

Würzburger Jugendhilfe-Evaluationsstudie (WJE)

Die Wirksamkeit von heilpädagogisch-therapeutischen Hilfen



Selbstevaluation als Grundlage
zu empirischen Fragestellungen in der Jugendhilfe

Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung stationärer Erziehungshilfe

Herausgeber:

Überregionales Beratungs- und Behandlungszentrum Sankt Joseph, Würzburg

Harald Patzelt

Arbeitsgruppe WJE-Studie:

Hans Heindl, Nicolai Klessinger, Eckhart Knab, Christine Krettek, Michael Macsenaere, Albert Müller, Harald Patzelt, Helmut Reidel und Astrid Westerbarkei

Würzburg, im Februar 2000

Würzburger Jugendhilfe-Evaluationsstudie (WJE)

Die Wirksamkeit von heilpädagogisch-therapeutischen Hilfen

- Selbstevaluation als Grundlage zu empirischen Fragestellungen in der Jugendhilfe –

Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung stationärer Erziehungshilfe

Projektleitung:

Helmut Reidel, Dipl.-Psychologe, ÜBBZ Sankt Joseph, Würzburg

Albert Müller, Dipl.-Pädagoge und Dipl.-Sportlehrer, Leiter der Fachakademie für Heilpädagogik Würzburg

Auswertung und Dokumentation:

Institut für Kinder- und Jugendhilfe (IKJ), Mainz

Gefördert durch:

Vereinigung für Jugendhilfe e.V., Würzburg

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, München

Sozialdienst katholischer Frauen e.V., Würzburg

Vorwort

Die Diskussion um die Wirksamkeit oder den Nutzen der Heimerziehung für junge Menschen, ihre Familien und die Öffentlichkeit hat durch die Finanznot der öffentlichen Hand an Schärfe zugenommen, der finanzielle Legitimationsdruck hat sich verstärkt. Deshalb beglückwünsche ich den Träger des Überregionalen Beratungs- und Behandlungszentrums St. Josef zu seiner Strategie, in den Reihen der Forschung Verbündete zu suchen.

Mit dem Argument, der Erfolg von Jugendhilfeleistungen ließe sich aufgrund des individuellen und interaktiven Charakters nicht messen, wurden in der Vergangenheit vielfach Forderungen nach einzelfallübergreifenden Qualitäts- und Effizienzanalysen abgewehrt. Doch auch die Jugendhilfe steht in der Verantwortung, Effizienz und Effektivität ihrer Arbeit nachzuweisen und mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung auf den Prüfstand zu bringen.

Die zentrale Frage der vorliegenden Würzburger Jugendhilfe-Evaluationsstudie ist die Wirksamkeit heilpädagogisch-therapeutischer Hilfen. Das Problem, gerade bei sozialpädagogischen und/oder therapeutischen Leistungen den Erfolg oder Misserfolg zu bestimmen, wurde und wird in der Fachöffentlichkeit kontrovers diskutiert, eben weil sich die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Jugendhilfe nicht an Zahlen zur Umsatz- und Produktivitätssteigerung ablesen lässt. Dass es nicht ausgeschlossen ist, den Wirkungsgrad des Einsatzes von Ressourcen nachzufragen und Qualitätsstandards zu sichern bzw. diese fortzuentwickeln zeigt die vom Institut für Kinder- und Jugendhilfe Mainz erarbeitete Dokumentation.

Die immense Arbeit, die allein schon durch den Untersuchungszeitraum von 20 Jahren geleistet werden musste, hat sich meiner Ansicht nach ausgezahlt. Die beiden gesteckten Ziele, zum einen die wesentlichen Ergebnisse in Bezug zum Überregionalen Beratungs- und Behandlungszentrum zu betrachten und zum anderen, darüber hinaus Bezüge zur allgemeinen Situation stationärer Hilfen herzustellen, wurden erreicht. Die Studie wird einen wichtigen Beitrag zur weiteren Qualitätsdiskussion in der Jugendhilfe leisten.

Vor allem aber die Leistungsberechtigten selbst, Kinder, Jugendliche und deren Eltern haben einen Anspruch darauf, dass Finanzmittel und „Menpower“ gezielt zu ihrem Nutzen, für ihre Bedarfslagen eingesetzt werden. Die Jugendhilfe und insbesondere die Heimerziehung kann hier auch ihre „Bringschuld“ einlösen. Wenn die vorliegende Studie beispielsweise zu dem Ergebnis kommt, dass 85 % der untersuchten Hilfeverläufe hinsichtlich einer Reintegration in die Familie oder in eine Familien ersetzende Einrichtung mit positiver Bilanz beendet worden sind, ist „falsche Bescheidenheit“ fehl am Platz und es gilt wieder einmal das Motto "Tue Gutes und rede darüber!"



Karin Reiser
Leiterin des Referats "Jugendhilfe" im
Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und
Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit

Vorwort

Unter den Erziehungshilfen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) hat sich die Heimerziehung entgegen aller negativen Prognosen behauptet. Zwar ist ihr Anteil im Vergleich zu den achtziger Jahren gesunken, trotzdem nimmt sie noch immer einen der vordersten Plätze ein und dies mit steigender Tendenz. Nur der Bereich der Tagesstätten rangiert noch davor.

Somit hat sich die auch in Fachkreisen verbreitete Auffassung, dass mit einem erweiterten Angebot an ambulanten und teilstationären Erziehungshilfen der Bedarf an stationären Hilfen zurück gehen könnte, so nicht bewahrheitet. Vielmehr hat sich die Erfahrung bestätigt, dass die gesamtgesellschaftliche, speziell die soziostrukturelle Entwicklung den Bedarf an Leistungen der Jugendhilfe weitaus stärker beeinflusst, als dies mittels veränderter Organisationsformen der Fall sein kann.

Als überzeugendes Beispiel hierfür müssen die Untersuchungsergebnisse des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern zu den Ursachen der unterschiedlichen Inanspruchnahme vollstationärer Heimerziehung in dessen Verbandsgebiet zur Kenntnis genommen werden. Die Zunahme von Arbeitslosigkeit, Sozialhilfeempfängern, Scheidungswaisen, wie überhaupt die Erosion familiärer Strukturen und der Verbindlichkeit von Werten, sind die hauptsächlichsten Indikatoren für eine steigende Inanspruchnahme öffentlicher Jugendhilfeleistungen, darunter eben auch der Heimerziehung, auch wenn letztere als teuerste Hilfeform vorrangig die Kritik an der zu teuren Jugendhilfe herausfordert.

So bleibt es nicht aus, dass angesichts des enormen und noch weiterhin zunehmenden Kostendrucks der Ruf nach Kontrolle und Verbesserung der Auskunftslage hinsichtlich der Effekte und Wirkungsgrade von Jugendhilfeleistungen lauter wird. Ohne die Euphorie hinsichtlich neuer Steuerungsmodelle zu teilen, bleibt festzustellen, dass es neben aussagekräftigen Kriterien der Entwicklung differenzierter Konzepte zur Untersuchung von Wirkfaktoren und Effekten bedarf, um zu verwertbaren Ergebnissen im Hinblick auf Erfolge bzw. Misserfolge gerade auch im stationären Bereich zu kommen. Nicht zuletzt deswegen beteiligt sich auch das Land Bayern an der bundesweit angelegten Jugendhilfe-Effekte-Studie (JES) und, dankbar zur Kenntnis genommen, auch an vorliegender Untersuchung, der Würzburger Jugendhilfe-Evaluationsstudie (WJE).

Auch wenn die Forschung in diesem Bereich noch am Anfang steht, wird zunehmend deutlicher, dass neben einer verbindlichen Bedarfsplanung die periodische Evaluation und Effizienzprüfung zu unverzichtbaren Steuerungsinstrumenten entwickelt werden müssen. Hoffnungsvolle Ansätze hierfür sind vorhanden.

Mit dazu gehört die uneingeschränkt zu begrüßende Initiative des Sozialdienstes Katholischer Frauen e.V. in Würzburg, der es unternommen hat, die ihm zur Verfügung stehenden Materialien aus drei Jahrzehnten heilpädagogisch-therapeutischer Erziehungshilfe seiner Würzburger Einrichtung zwecks Erforschung der dabei erzielten Effekte auszuwerten.

Besonderer Dank für die in diesem Projekt geleistete Arbeit gilt den Herren Helmut Reidel, Albert Müller und Harald Patzelt sowie seinen MitarbeiterInnen, die neben dem für die wissenschaftliche Auswertung zuständigen Institut für Kinder- und Jugendhilfe Mainz die Hauptarbeit geleistet haben.

Mein Dank gilt aber auch den Mitgliedern der Vereinigung für Jugendhilfe e.V. Würzburg, die mit ihrer Bereitschaft, einen namhaften Betrag aus Mitteln des Vereins zur Verfügung zu stellen, das Zustandekommen dieser Studie ermöglicht haben.

Bleibt noch zu wünschen, dass dieser Beitrag zur Erforschung von Effekten im Bereich der Heimerziehung unserem gemeinsamen Anliegen nach Förderung und Sicherung der Jugendhilfe dienlich ist.

Würzburg, im Februar 2000

A handwritten signature in black ink, reading "Hans Heindl". The script is cursive and somewhat stylized, with the first letters being larger and more prominent.

Hans Heindl, Jugendamtsleiter a.D.

1. Vorsitzender der Vereinigung für Jugendhilfe e.V. Würzburg

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	IV
Vorwort	V
1 Einführung	1
1.1 Das ÜBBZ Würzburg	1
1.1.1 Problemstellung	1
1.1.2 Konkretisierung und Förderung	1
1.1.3 Die Studie	2
1.1.3.1 Untersuchungsgegenstand	2
1.1.3.2 Einrichtung	2
1.1.3.3 Erfassungsbereich	2
1.1.3.4 Forschungsgruppe	2
1.1.3.5 Ziele der Forschungsstudie	3
1.1.4 Das Überregionale Beratungs- und Behandlungszentrum als Modell differenzierter Jugendhilfe in Bayern	3
1.1.5 Das Überregionale Beratungs- und Behandlungszentrum St. Joseph Würzburg	4
1.1.5.1 Größe und Struktur	5
1.1.5.2 Zielsetzung	7
1.1.5.3 Konzepte und Arbeitsweisen	7
1.1.5.4 Leistungen	7
1.1.5.5 Personal	8
1.1.5.6 Qualitätsentwicklung im ÜBBZ Sankt Joseph	9
1.1.5.7 Äußerer Rahmen des ÜBBZ	10
1.2 Qualitätsentwicklung	12
1.2.1 Qualitätsdimensionen	12
1.2.2 Qualitätssicherungsverfahren	14
2 Methode	17
2.1 Design	17
2.2 Durchführung	18
2.2.1 Instrumente	18
2.2.2 Erhebung	19
2.2.3 Stichprobe	19
2.3 Dateneingabe und -auswertung	20
3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse	22
3.1. Klientelbeschreibung	22
3.1.1 Soziographische Merkmale	22
3.1.1.1 Anzahl der Aufnahmen im Erhebungszeitraum	22
3.1.1.2 Geschlecht und Aufnahmealter	22
3.1.1.3 Nationalität und Religionszugehörigkeit	24
3.1.2 Familienkonstellation	24
3.1.2.1 Familienform vor Aufnahme	24
3.1.2.2 Geschwister	25
3.1.2.3. Sorgerecht	26
3.1.2.4 Sozioökonomischer Status der Eltern	26
Alter	26
Bildungsstand	26

Beruflicher Status.....	28
Einkommen der Eltern.....	29
3.1.3 Einweisung und Verweildauer	31
3.1.3.1 Rechtsgrund der Einweisung	31
3.1.3.2 Eingangsdiagnosen.....	32
3.1.3.3 Verweildauer	33
3.1.3.4 Zusammenhang zwischen Eingangsdiagnosen und Verweildauer	34
3.1.4 Vorinterventionen.....	35
3.1.4.1 Alter bei der ersten Vorintervention	35
3.1.4.2 Anzahl an verschiedenen Vorinterventionen	36
3.1.4.3 Arten der Vorintervention	37
Elternorientierte Vorinterventionen	37
Kindbezogene Vorinterventionen	38
Medizinische Vorinterventionen	38
Schulische Vorinterventionen.....	39
3.1.4.4 Zusammenfassung.....	40
3.1.5 Außergewöhnliche Belastungen.....	40
3.1.5.1 Besonderheiten der Schulkarrieren	40
3.1.5.2 Psychosoziale Belastungsfaktoren.....	41
Chronische Belastungen	41
Summe chronischer psychosozialer Belastungen	43
Aktuelle Belastungen	43
3.1.6 Zur Thematik der Indikation stationärer Verhaltenstherapie	45
3.2 Ergebnisqualität – Effekte	50
3.2.1 Störungsbilder und Veränderungsverläufe	50
3.2.1.1 Hyperkinetische Störungen	50
3.2.1.2 Teilleistungs- und Lernstörungen	55
3.2.1.3 Störungen des Sozialverhaltens.....	57
3.2.1.4 Verhaltensdefizite im Alltag	60
3.2.1.5 Psychosomatische Störungen.....	61
3.2.1.6 Sozial-emotionale Störungen	62
3.2.1.7 Motorische Teilleistungsstörungen	63
3.2.1.8 Medizinische Risikofaktoren und Formen von Gewalterfahrung	64
3.2.1.9 Kurze Zusammenfassung	64
3.2.2 Schulleistungen.....	65
3.2.2.1 Beschulung vor Heimaufnahme und bis zur Entlassung.....	65
3.2.2.2 Beschulung und Betreuung nach der Entlassung.....	66
3.2.2.3 Schulnoten.....	67
Hauptfachnoten.....	67
Noten in den Lernfächer.....	68
3.2.2.4 Förderung der Schulleistung	70
3.2.3 Schutzfaktoren und Ressourcen im familiären Umfeld	71
3.2.4 Erziehungsstile.....	74
3.2.5 Effekte der Eltern- und Familienarbeit	75
3.2.6 Psychosoziale Belastung	76
3.3 Prozessqualität - Wirkfaktoren	78
3.3.1 Eltern- und Familienarbeit	78

3.3.1.1	Schwerpunkte der Eltern- und Familienarbeit.....	78
3.3.1.2	Dauer der Eltern- und Familienarbeit.....	80
3.3.1.3	Teilnahme der Eltern und Einstellung zur Elternarbeit.....	81
	Veränderung der Einstellung zur Elternarbeit.....	81
	Einstellung zur Elternarbeit in Bezug auf die Verweildauer.....	82
3.3.2	Formen therapeutischer Intervention für die Kinder.....	83
4	Darstellung der Zusammenhangsstruktur zwischen Erfolgskriterien und Prozessmerkmalen mit Hilfe eines Kettengraphen	87
4.1	Variablenauswahl und Vorgehen	87
4.2	Interpretation des Kettengraphen.....	89
4.3	Fazit.....	91
5	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen der WJE-Studie	93
	Klientelbeschreibung.....	93
	Ergebnis- und Prozessqualität	95
	Einfluss der Hilfedauer (Aspekt der Prozessqualität) auf die Ergebnisqualität.....	96
	Sicherung von Prozess- und Ergebnisqualität durch Elternarbeit.....	97
	Strukturqualität.....	98
	Grenzen erfolgreicher Hilfeverläufe.....	99
	Bewertung und Ausblick.....	99
	Zukünftige Forschung	100
6	Literatur	101
	Abbildungsverzeichnis	105
	Tabellenverzeichnis	107
7	Anhang	109
7.1	Tabellen.....	110
7.2	Daten und Fakten - Von der Beobachtungsstation zum ÜBBZ Sankt Joseph	111
7.3	Diplom-, Fach- und Zulassungsarbeiten sowie sonstige wissenschaftliche Arbeiten aus dem ÜBBZ Sankt Joseph Würzburg	113
7.4	Veröffentlichungen aus dem / bzw. über das ÜBBZ Sankt Joseph, Würzburg.....	116
7.4.1	Schriften.....	116
7.4.2	Filme.....	122
7.4.3	Zeitschriftenbeiträge.....	122
7.5	Leitsätze im ÜBBZ Sankt Joseph.....	124

1 Einführung

1.1 Das ÜBBZ Würzburg

Harald Patzelt

1.1.1 Problemstellung

Es ist kein Zufall, dass gerade in den Zeiten knapper Kassen und restriktiver Haushaltspolitik die Erziehungshilfe und darunter insbesondere die stationäre Erziehungshilfe (Heimerziehung) immer mehr unter Druck gerät, den Wert, die Wirkungen und die Wirtschaftlichkeit ihrer Interventionen „beweisen“ zu müssen. Nicht nur die Mitarbeiter der Heime, auch die Jugendamtsmitarbeiter, die Kinder und Jugendliche in Heimen unterbringen wollen, stehen unter einem gewaltigen Rechtfertigungsdruck. Die Auskunftsfähigkeit der Jugendhilfe über ihren eigenen Stand bzw. über Gründe und inhaltliche Richtungen ihrer Entwicklung muss deshalb zum Gegenstand bei der Jugendhilfeplanung werden.

Alle Kommissionen, die an den letzten Jugendberichten der Bundesregierung gearbeitet haben, beklagten übereinstimmend den Mangel an Datenüberblicken über die Entwicklung der Jugendhilfe. Die Forderung nach einer Verbesserung der Datengrundlagen wird auch von vielen Trägern der Jugendhilfe gestellt, die in der Unübersichtlichkeit der Jugendhilfelandchaft die Gefahr der Beliebigkeit und Zufälligkeit bei der Entscheidung über die Indikation erzieherischer Hilfen sehen.

Berechtigterweise wird deshalb die Überprüfung der verschiedenen erzieherischen Hilfen nach ihrer Effektivität und Effizienz als Grundlage für eine entsprechende Jugendhilfeplanung eingefordert.

1.1.2 Konkretisierung und Förderung

Nach einer Entscheidung im Leitungsteam der Psychotherapeutisch-heilpädagogischen Kinderstation des Überregionalen Beratungs- und Behandlungszentrum Sankt Joseph Würzburg (früher St. Josefsheim; im folgenden ÜBBZ) wurde im Februar 1996 an die **Vereinigung für Jugendhilfe e.V. Würzburg** ein Antrag auf finanzielle Unterstützung einer Jugendhilfe-Evaluationsstudie gestellt. Darin heißt es: „....als überregionale Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe sind wir an der Optimierung stationärer Jugendhilfe besonders interessiert. Wir sind bereit, unsere therapeutisch–heilpädagogischen Maßnahmen durch wissenschaftliche Erhebungen einer Erfolgsbeurteilung zu unterziehen, um entsprechende Konsequenzen für eine bedarfsgerechte und zeitgemäße Jugendhilfe zu ziehen.“ Dass dies mit der nun vorliegenden WJE-Studie möglich wurde, ist ein besonderer Verdienst des 1.Vorsitzenden der Vereinigung für Jugendhilfe e.V., Hans Heindl, Jugendamtsleiter a.D..

Unterstützung erfuhr das Forschungsprojekt auch durch das **Bayerische Sozialministerium**, das den Mangel an validen, aussagekräftigen Daten zum Nachweis effizienter und effektiver Jugendhilfe feststellte und deshalb in der geplanten Würzburger Jugendhilfe-Evaluationsstudie (WJE) eine Ergänzung und Vertiefung der Jugendhilfe-Effekte-Studie (JES) sah. Das Sozialministerium erhofft sich einen Impuls für die Optimierung von Erziehungshilfemaßnahmen.

Erst mit der umfangreichen Förderung des **Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Würzburg** - als Träger des ÜBBZ - konnte das Projekt begonnen werden. Wieder einmal mehr hat dieser Träger seine Weitsicht und Offenheit bei der Entwicklung und

Konzeptionierung bedarfsgerechter Jugendhilfemaßnahmen bewiesen und mit seinem Investitionsbeitrag eine effektive und effiziente Hilfe für Kinder, Jugendliche und deren Familien angezielt, denn ohne Praxisforschung und wissenschaftliche Begleitung von Projekten wäre die Jugendhilfe blind für die ständig sich wandelnden gesellschaftlichen Anforderungen.

Zur Durchführung der Evaluationsstudie wurde das **Institut für Kinder- und Jugendhilfe in Mainz** beauftragt. Es wurde bewusst auf eine institutionsinterne Praxisforschung verzichtet, um bei der Bewertung der Ergebnisse eine kritische Distanz sicher zu stellen.

1.1.3 Die Studie

1.1.3.1 Untersuchungsgegenstand

- Die Wirksamkeit von heilpädagogisch-therapeutischen Hilfen in der Heimerziehung
- Selbstevaluation als Grundlage zu empirischen Fragestellungen in der Jugendhilfe
- Bestandsaufnahme, Probleme, Indikationsstellungen und Behandlungsverläufe der Kinder und Jugendlichen im ÜBBZ

1.1.3.2 Einrichtung

Überregionales Beratungs- und Behandlungszentrum Sankt Joseph,
Psychotherapeutisch-heilpädagogische Stationen für Kinder und jugendliche Mädchen,
Wilhelm-Dahl-Str. 19, 97082 Würzburg
Gesamtleiter: Harald Patzelt, Dipl.-Sozialpädagoge (FH)
Träger: Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Würzburg

1.1.3.3 Erfassungsbereich

Psychotherapeutisch-heilpädagogische Kinderstation des ÜBBZ Sankt Joseph
(§ 34 KJHG in Verbindung mit § 27 KJHG, § 35a KJHG)
Alle Kinder, die in den Jahren 1979 bis 1997 im ÜBBZ aufgenommen und behandelt wurden
(n = ca. 286 Kinder/Jugendliche)

1.1.3.4 Forschungsgruppe

Klessinger, Nicolai	Institut für Kinder- und Jugendhilfe Mainz (IKJ)
Dr. Knab, Eckhart	IKJ Mainz, Institutsleiter
Krettek, Christine	IKJ Mainz
Dr. Macsenaere, Michael	IKJ Mainz
Müller, Albert	ÜBBZ Sankt Joseph Würzburg
Patzelt, Harald	ÜBBZ Sankt Joseph, Gesamtleiter
Reidel, Helmut	ÜBBZ Sankt Joseph, Projektleiter der Studie
Westerbarkei, Astrid	IKJ Mainz

Erhebungen

Bahn Müller, Carola	Dipl.-Psychologin
Krug-Brückner, Karin	Dipl.-Psychologin
Lehmann, Hubertus	Dipl.-Psychologe
Stempel, Karin	Dipl.-Psychologin

1.1.3.5 Ziele der Forschungsstudie

- Mangel an Datenüberblicken über die Entwicklung der Jugendhilfe beheben durch Feststellung von Veränderungen, wie z.B. Anlass der Heimaufnahme, Problemlagen und -konstellationen, konzeptionelle Weiterentwicklungen und theoretische und methodische Neuorientierungen etc.
- Durch wissenschaftliche Erforschung die Wirkfaktoren der therapeutisch-heilpädagogischen Maßnahmen feststellen.
- Daraus Konsequenzen für eine bedarfsgerechte und zeitgemäße Jugendhilfe ziehen (Differenzierung der Leistungsangebote) im Sinne einer Optimierung adäquater Interventionsmaßnahmen in der Heimerziehung.
- Sicherung von Bewährtem, aber auch Einleitung von Veränderungen, wenn entsprechende Kenntnisse dies erfordern (Weiterentwicklung als Herausforderung).
- Schaffung von Grundlagen für zukünftige und fortlaufende Erhebungen in der Jugendhilfe (Qualitätssicherung).

Es ist nicht zu leugnen, dass wir mit der Durchführung der Studie auch die Hoffnung verbinden, eine ganze Reihe von Erfolgskriterien benennen und verifizieren zu können, die die Wirksamkeit der pädagogisch-therapeutischen Dimension im ÜBBZ Sankt Joseph erkennen lässt.

Besonders wichtig erscheint uns in diesem Zusammenhang die Erfahrung zu sein, dass die Grundlage der Erfolge in den Menschen zu sehen ist, die mit ihrer Person die Beziehungen zu den Kindern, Jugendlichen und deren Familien gestalten (Leitbild des ÜBBZ Sankt Joseph). Ihre Identität, ihre Leistungsbereitschaft und -fähigkeit wird unter anderem bestimmt von der Akzeptanz ihrer Tätigkeit durch die Gesellschaft. Ihre Arbeit permanent legitimieren zu müssen, zugleich das eigene Tun durch finanzielle Deckelung ständig eingeschränkt und sich der beruflichen und damit persönlichen Wertigkeit beraubt zu sehen – das entzieht Pädagogen und Therapeuten langfristig die Kraft und die Motivation. Dem sollte diese Studie unter anderem entgegen wirken.

1.1.4 Das Überregionale Beratungs- und Behandlungszentrum als Modell differenzierter Jugendhilfe in Bayern

Das „Überregionale Beratungs- und Behandlungszentrum“ wurde in den 70-er und 80-er Jahren als neuer konzeptioneller Ansatz für die Jugendhilfe in Bayern entwickelt und erstmals im Jugendprogramm der Bayerischen Staatsregierung von 1974 beschrieben. Die „Bayerischen Richtlinien für Heime und andere Einrichtungen“ (letzte Fortschreibung 1995) führen die Überregionalen Beratungs- und Therapiezentren (ÜBZ) unter der Kategorie „Psychotherapeutische Einrichtungen“ auf und spezifizieren:

1. Überregionale Beratungs- und Therapiezentren (ÜBZ)
2. Psychotherapeutische Heime

Als Zielgruppen der ÜBZ werden genannt: „Kinder und Jugendliche mit Verhaltensstörungen unterschiedlicher Genese, für die als Entscheidungshilfe über weitere Maßnahmen eine mehrdimensionale diagnostische Abklärung außerhalb des bisherigen sozialen Bezugsfeldes erforderlich ist, sowie Kinder und Jugendliche, die einer multidisziplinären Intensivtherapie bedürfen.“

Von den damals geplanten 9 ÜBZ sind 7 Einrichtungen als solche ausgebaut worden. Heute nehmen noch 6 Einrichtungen die umschriebenen Aufgaben eines ÜBZ wahr. Sie befinden

1 Einführung

sich in Augsburg, Nürnberg, Naila, Regensburg, Traunstein und Würzburg. Aufgrund ihres Standortes, ihrer sonstigen Rahmenbedingungen, ihrer Tradition, ihrer Vernetzungen und ihrer gewachsenen Konzeptionen zeigen sie unterschiedliche Ausprägungen. Alle diese Einrichtungen sind im Arbeitskreis der ÜBZ Bayern zusammengefasst. Hinzu kommen noch die beiden Intensivtherapeutischen Heime in Gauting und Rummelsberg.

Ursprünglich waren die ÜBZ als „Scharnier“ (Flosdorf, 1990) zwischen den Erziehungsberatungsstellen und der Heimerziehung geplant worden, ebenso als Schnittstelle von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. (Als die Idee und die Konzeption des ÜBZ entstand, war die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Bayern noch am Anfang.)

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie sieht ihren Aufgabenbereich nicht nur auf dem Gebiet der klassischen psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen, sondern auch für psychische, psychosomatische und soziale Verhaltensauffälligkeiten (Denkschrift zur Lage der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der BRD, 1984) und versucht deshalb das soziale Umfeld entsprechend zu berücksichtigen. „Von daher ist die Zusammenarbeit des Kinder- und Jugendpsychiaters mit anderen Fachvertretern aus benachbarten Arbeitsfeldern, besonders der Schule und der Jugendhilfe unentbehrlich.“ (Flosdorf a.a.O., 79) Daraus ergibt sich umgekehrt der Anspruch der ÜBZ, als Jugendhilfeeinrichtung eng mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu kooperieren.

Die Entwicklungen der ÜBZ betreffen nachhaltig den Schulbereich. In fast allen ÜBZ wurden Vernetzungskonzepte zwischen Erziehungshilfe und Schule (meist wurden Schulen bzw. Schulklassen zur Erziehungshilfe in die stationäre Arbeit integriert) entwickelt und umgesetzt. Die Konzeption des ÜBZ ist von der Bayerischen Staatsregierung im Zusammenwirken mit den freien Trägern als ein Beitrag zur fachlichen Qualifizierung der Erziehungshilfe entworfen worden. Die ÜBZ definieren die von ihnen geleistete therapeutische Heimerziehung als ein integriertes Gesamtkonzept, in der das Handeln der Mitarbeiter auf der Basis einer multidimensionalen Diagnose zielbestimmt ist und in methodisch gesicherten Konzepten erfolgt. Sie wollen therapeutische Heimerziehung nicht als Heimerziehung plus irgendein „therapeutisches“ Angebot (z.B. Mototherapie oder Ergotherapie, Reittherapie etc.), finanziert über die sogenannten Fachleistungsstunden, missverstanden wissen. Flosdorf hinterfragt kritisch, „inwieweit das Lebensfeld eines Kindes durch das oft unverbundene Nebeneinander von „Stunden“ und Behandlungseinheiten atomisiert und so zu einer Sicherheit und Identität vermittelnden Sozialisation dysfunktional wird.“ (Flosdorf, a.a.O., 79) Der vom Arbeitskreis der ÜBZ Bayern in den letzten Jahren entwickelte „**Rahmenleistungskatalog**“ hat die Entwicklungen der Gesellschaft mit den speziellen Problemlagen der Kinder, Jugendlichen und deren Familien aufgegriffen und darin die Hilfe- und Leistungsangebote fortgeschrieben.

1.1.5 Das Überregionale Beratungs- und Behandlungszentrum St. Joseph Würzburg

Die Entwicklung des ÜBBZ Sankt Joseph beginnt mit dem 1951 durchgeführten Wiederaufbau eines im Krieg zerstörten Mädchenerziehungsheimes und der 1952 dort durch Schraml erfolgten Angliederung einer **psychotherapeutisch-heilpädagogischen Station** für verhaltensauffällige Kinder.

1955 entwickelte sich aus der stationären Jugendhilfe des St. Josefsheimes die **Erziehungsberatungsstelle** (neben dem sozialen Beratungsdienst der Stadt Nürnberg die

älteste im nordbayerischen Raum), die damals als Institution zur Vorbereitung der stationären Aufnahme und zur Nachbetreuung der aus der Heimerziehung entlassenen Kinder gedacht war.

1960 konnte die heimeigene **Sondervolksschule** für Verhaltensgestörte eröffnet werden. Durch die Integration des schulischen Bereiches in die therapeutische Konzeption wurde die therapeutische Effizienz merklich gesteigert.

1966/67 wurde mit der Errichtung eines **Heilpädagogischen Seminars** die Zusatzausbildung zum Heilpädagogen in räumlicher und personeller Verbindung zum St. Josefsheim begonnen.

1970-1973 erfolgte der Ausbau der heimeigenen Schule zu einer selbständigen Sondervolksschule für erziehungsschwierige und verhaltensgestörte Kinder.

Parallel dazu wurde eine **Heilpädagogische Tagesstätte** aufgebaut.

Mitbedingt durch die zentrale Lage des Hauses konnte sich bis zur Inbetriebnahme als **ÜBBZ** im Jahr 1980 eine Entwicklung durchsetzen, die in der Auseinandersetzung mit den jeweiligen Anforderungen und den zur Verfügung stehenden bzw. ausdifferenzierten Methoden und wissenschaftlichen Ansätzen zu einem vielfältigen Verbundsystem ambulanter, teilstationärer und stationärer Jugendhilfeangebote geführt hat. So bilden die oben genannten 5 Abteilungen einen Jugendhilfeverbund mit einem gemeinsamen Bereichsleiter.

Weitere Daten und Fakten zur institutionellen und konzeptionellen Entwicklung des ÜBBZ Sankt Joseph sind im Anhang der WJE-Studie zusammengefasst (s. Anhang 8.2).

Im stationären Bereich des Überregionalen Beratungs- und Behandlungszentrum Sankt Joseph werden in Zusammenarbeit mit den Jugendämtern, den Erziehungsberatungsstellen, anderen Jugendhilfeeinrichtungen und Schulen, niedergelassenen Therapeuten, Ärzten, Kliniken, insbesondere der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Würzburg, kurz- und mittelfristige psychotherapeutische und heilpädagogische Maßnahmen durchgeführt.

Zur Zielgruppe gehören Kinder und Jugendliche, die in ihrer Entwicklung gehemmt, in ihrer Befindlichkeit gestört, oder in ihrem Verhalten so auffällig sind, dass sie neben einer stationären erzieherischen Betreuung intensive therapeutische Behandlung und meist auch schulische Förderung durch eine integrierte Schule zur Erziehungshilfe benötigen. Gleichzeitig ist eine kontinuierliche Einbeziehung der Eltern/Familien notwendig, um die Rückführung in die Familie und die Regelschule abzusichern. Zur Aufgabe des ÜBBZ gehört in diesem Zusammenhang auch die diagnostische Abklärung von Störungsbildern im Rahmen der Kurzzeit- und Intensivgruppe mit dem Ziel, die passende Hilfeform für die betreffenden Kinder zu ermitteln.

1.1.5.1 Größe und Struktur

Im ÜBBZ Sankt Joseph, einschließlich seiner Außenwohngruppen, besteht für 38 Kinder (geschlechtsgemischt) und 12 jugendliche Mädchen die Möglichkeit einer stationären psychotherapeutisch-heilpädagogischen Behandlung.

In den Kinder- und Mädchengruppen werden Kinder und Jugendliche aufgenommen, die in ihrer Entwicklung gehemmt, in ihrer Befindlichkeit gestört oder in ihrem Verhalten so auffällig sind, dass sie neben einer stationären erzieherischen Betreuung therapeutische Behandlung benötigen; insbesondere auf Grund der unten genannten Indikationen.

1 Einführung

Stationärer Bereich des ÜBBZ			
Kinderstation	Station für jugendliche Mädchen	Fachdienste	
4 geschlechts- und altersgemischte Gruppen mit je 7 Kindern (7-14 J.) - mittelfristig - 1 Kurzzeit- und Intensivgruppe mit 6 Kindern 1 Außenwohngruppe mit 4 Kindern/Jugendlichen	1 Gruppe mit 8 jugendlichen Mädchen (13-18 J.) 1 Außenwohngruppe mit 4 jugendlichen Mädchen/jungen Erwachsenen (16-21 J.)	kindbezogen <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik • Beratung • Therapien • Heilpädagogik • Motopädagogik • Kinder- u. Jugendpsychiatrische Behandlung 	Elternbezogen <ul style="list-style-type: none"> • Eltern- und Familienarbeit • Elterntraining mit Unterbringungsmöglichkeit in Elternappartements Personalbezogen <ul style="list-style-type: none"> • Supervision • Fort- und Weiterbildung
Betreutes Wohnen innerhalb und außerhalb der Einrichtung			
3 räumlich und konzeptionell integrierte Heimklassen der Schule zur Erziehungshilfe (Grund- und Hauptschule)			

Eine Aufnahme in die Kurzzeit- und Intensivgruppe ist indiziert:

- bei akutem Kriseninterventionsbedarf (z.B. sexueller Missbrauch, zuspitzende Familiendynamik etc.);
- zur psychosozialen Diagnose und bei gutachterlichen Fragestellungen der Jugendhilfe;
- bei Kindern mit entsprechend hohem Betreuungsbedarf

Die Aufnahmegründe sind orientiert an der Rahmenleistungsbeschreibung der ÜBZ in Bayern.

Indikationen für eine stationäre Aufnahme

- Verhaltensstörungen
 - Beziehungsstörungen
 - Aggressivität
 - soziale Isolation, soziale Unsicherheit
 - Hyperaktivität
 - Aufmerksamkeitsstörungen
 - u.ä.m.
- Störungen der Emotionen
 - allgemeine und soziale Angst
 - spezifische Ängste (Phobien)
 - Depression
 - Zwangsgedanken, Zwangshandlungen
 - u.ä.m.
- Entwicklungsstörungen
 - Teilleistungsstörungen (Legasthenie, Dyskalkulie)
 - Lern- und Leistungsstörungen (Schulversagen)

- Störungen der Sprache/Wahrnehmung/Motorik
- Psychosomatische Störungen
- Ess-Störungen (Anorexie, Bulimie, Adipositas)
- Einnässen, Einkoten
- Schlafstörungen
- Psychosomatische Störungen in der Folge von sexuellem Missbrauch und/oder Gewalterfahrungen

zusätzliche Indikation für die Intensiv- und Kurzzeitgruppe:

- akute Krisenintervention
- psychodiagnostische und gutachtliche Fragestellungen der Jugendhilfe

Ausschlusskriterien

- schwere körperliche, geistige oder sensorielle Behinderung
- schwere Lernbehinderung
- akute kinder- und jugendpsychiatrische Syndrome
- Suchtproblematiken
- extreme Dissozialität

1.1.5.2 Zielsetzung

Ziel aller pädagogisch-therapeutischen Maßnahmen ist es, die Stärken und Fähigkeiten der einzelnen Kinder und Jugendlichen zum Tragen zu bringen, Fehlentwicklungen und Störungen zu korrigieren und gleichzeitig die Erziehungskompetenz der Eltern zu erweitern und auch die Ressourcen der Familie zu nutzen,

- damit eine baldmögliche Rückführung in die Familie und das gewohnte Umfeld (Regelschule etc.) erreicht wird oder
- gegebenenfalls durch Vermittlung in eine Familien ersetzende Einrichtung sich neue Lebensperspektiven ergeben können;
- gegebenenfalls durch schrittweise Verselbständigung auf die Anforderungen eines eigenständigen Lebens vorbereitet wird.

1.1.5.3 Konzepte und Arbeitsweisen

Die gezielte Gestaltung und Strukturierung der Heimgruppe als Lern- und Lebensraum bildet das grundlegende pädagogische Konzept. Alle anderen therapeutisch-heilpädagogischen Maßnahmen ergänzen und beziehen sich auf den Lern- und Entwicklungsprozess des Einzelnen in seiner Gruppe und sind so integrale Bausteine einer individualisierenden und auf den ganzen Menschen ausgerichteten Erziehung und Behandlung. Unsere Interventionsansätze sind wissenschaftlich begründete therapeutische und heilpädagogische Methoden, wobei die lern- und verhaltenspsychologischen Erkenntnisse die Basis eines integrativen Behandlungsansatzes bilden.

1.1.5.4 Leistungen

Grundlegend für die folgenden Leistungen ist die heilpädagogische Beziehungsgestaltung im Sinne eines „Therapeutischen Milieus“.

- Diagnostik
 - Persönlichkeits-, Intelligenz- und Leistungsdiagnostik

1 Einführung

- neuropsychologische Diagnostik
- psychomotorische Diagnostik
- systematische Verhaltensbeobachtung und Verlaufsdagnostik
- Therapie und Heilpädagogik
 - psychomotorische und heilpädagogische Übungsbehandlung
 - Training kognitiver, konzentrativer, motorischer und sozialer Kompetenzen
 - Gestaltungstherapie
 - Sozialtherapeutisches Rollenspiel
 - Verhaltenstherapie, Gruppenpsychotherapie
 - Spiel- und Gestalttherapie
 - Erlebnispädagogik
 - Reittherapie
- Eltern- und Familienarbeit
 - Paarberatung und Psychotherapie
 - Interaktionstraining und Therapiegruppen für Eltern und Familien
 - Familienberatung, Familientherapie
 - Aufnahmemöglichkeit für Eltern zur Mitbehandlung und Integration in die erzieherische/therapeutische Arbeit des ÜBBZ
- Regelmäßige kinder- und jugendpsychiatrische Beratung/Untersuchung und Behandlung
- Schulische Förderung
 - konzeptionell und räumlich integrierte Beschulungsmöglichkeit in den Heimklassen der Schule zur Erziehungshilfe
 - abgestimmte Erziehungs- und Fördermaßnahmen
 - computerunterstützte Lern- und Leistungstrainings
 - Kooperation mit Regelschulen
- Sonstige Leistungen
 - Erlebnispädagogische Projekte, z.B. Klettern, Kanu-, Radtouren, Zelt- und Skilager im Sinne einer Ressourcen orientierten Pädagogik
 - vielfältige gruppenübergreifende Interessensgruppen wie Bogenschießen, Heimzeitung, Jonglieren, Judo, Malen und Gestalten, Modellbau, Rhönradturnen, Trampolinspringen, Tanzen, Theater- und Rollenspiel, u.a.m.

1.1.5.5 Personal

- in den Gruppen:
ErzieherInnen, HeilpädagogInnen, Dipl.-SozialpädagogInnen, zusätzlich Berufs-, Fachhochschul- und PsychologiepraktikantInnen
- im Gruppen übergreifenden Dienst:
Klinische PsychologInnen, psychologische PsychotherapeutInnen, Familientherapeuten, HeilpädagogInnen, MototherapeutInnen, Dipl.-SozialpädagogInnen, Sportlehrer, Werkerzieher, Supervisor, Kinder- und Jugendpsychiater (Konziliarärzte)
- weiteres Personal:
Sekretärin, Schreibkraft, Dipl.-Volkswirt (anteilig), Buchhalterin, Hausmeister und ZDL, Hauswirtschaftl. MitarbeiterInnen, Köchinnen

- in den Heimklassen der Schule zur Erziehungshilfe:
SonderschullehrerInnen, HeilpädagogInnen

1.1.5.6 Qualitätsentwicklung im ÜBBZ Sankt Joseph

Die Reflexion der eigenen Arbeit und auch der Bedingungsstrukturen ist ebenso jahrzehntelange Praxis im Überregionalen Beratungs- und Behandlungszentrum Sankt Joseph, wie deren Umsetzung im Sinne einer sich permanent fortschreibenden Konzeptionsentwicklung.

Bereits im Jahre 1959 hat Prof. Dr. Eckart Wiesenhütter die Wirksamkeit der „Stationären Psychotherapie und Heilpädagogik“ im St. Josefsheim (jetzt: ÜBBZ Sankt Joseph) in einer wissenschaftlichen Studie untersucht. In einer 1970 veröffentlichten katamnestischen Untersuchung über die „Erfolge stationärer Kinderpsychotherapie“ befasste sich Dr. med. Ilseget Uhlich mit dem „Patientengut“ der Psychotherapeutisch-heilpädagogischen Kinderstation des St. Josefsheimes. In dieser Studie aus der Universität Würzburg konnten von den 149 langfristig behandelten Kinder 140 nachuntersucht werden.

Mit der vor 30 Jahren eingerichteten Stabsstelle für einen hauptamtlichen Supervisor wurde für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Grundlage einer kontinuierlichen arbeitsfeldbezogenen Reflexion der eigenen Einstellungen, Haltungen und Handlungen geschaffen. Damit wird die in diesem Arbeitsfeld so unabdingbare Auseinandersetzung mit der eigenen Person und Arbeit als ein Teil der Qualitätssicherung gewährleistet. So trägt die regelmäßige Supervision im Form von Gruppen-, Team- oder Einzelsupervision dazu bei, die berufliche und persönliche Kompetenz zu erhalten und zu erweitern – ein nicht zu unterschätzender Beitrag der Einrichtung zur Mitarbeiterpflege und Personalentwicklung.

1975-1977 wurde ein vom Bayerischen Staatsministerium gefördertes Projekt „Verhaltenstherapie in der Heimerziehung“ durchgeführt. Damit wurde auch konzeptionell und personell auf die sich stark verändernde Klientengruppe reagiert. Besondere Beachtung fand dabei der Wandel in den Lebensbedingungen der nachwachsenden Generation. Die Sicherung der Eltern-/Familienarbeit durch eine eigene Planstelle für einen klinischen Psychologen und Verhaltenstherapeuten war der Beginn weiterer behandlungsrelevanter Veränderungen.

1979-81 erfolgte die Durchführung eines Projektes „Psychomotorik und Heimerziehung“, das wegen seiner Breitenwirkung vom Bayerischen Sozialministerium unterstützt und gefördert wurde.

1982 wurde eine Arbeitstagung mit Fachvertretern der Beratungsstellen und Jugendbehörden durchgeführt. Ziel war die gemeinsame Auswertung der bisher vom ÜBBZ geleisteten Arbeit, die Erstellung einer Bedarfsanalyse und die konkrete Planung des ÜBBZ in seinen Vernetzungen.

Von 1987 bis 1993 unterzog sich das ÜBBZ und der gesamte SkF Würzburg einem Organisationsentwicklungsprozess, der durch den externen Organisationsberater Dr. Priepeke (Stuttgart) koordiniert und begleitet wurde.

Mit der Benennung eines QM-Beauftragten für das ÜBBZ und mehreren QM-Koordinatoren für den Sozialdienst katholischer Frauen in Würzburg im Jahr 1998 wurden notwendige Grundvoraussetzungen für eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung geschaffen. Zusätzlich wurden mehrere MitarbeiterInnen zu Auditoren ausgebildet und inzwischen über 20 MitarbeiterInnen im Qualitätsmanagement weitergebildet. Ein QM-Ausschuss und mehrere Qualitätszirkel sorgen für die Umsetzung. So wurden z.B. unter Beteiligung aller

1 Einführung

MitarbeiterInnen und der Leitung die „Leitideen“ für die Arbeit im ÜBBZ formuliert (s. Anhang 8.8).

Mit einer Vielzahl unterschiedlicher Themenstellungen aus der Arbeit und Aufgabenstellung des ÜBBZ befassen sich zahlreiche Diplom-, Fach- und Zulassungsarbeiten sowie sonstige wissenschaftliche Arbeiten. Zur Zeit sind uns ca. 40 zugänglich (s. Anhang 8.3). Die mit diesen Arbeiten verbundenen Fragestellungen und Auseinandersetzungen führten oftmals zu einer weiteren Differenzierung der Methoden bzw. Fortschreibung der Einrichtungskonzeption.

In zahlreichen Veröffentlichungen (Artikel in Fachzeitschriften, Bücher, Filme, Videos, s. Anhang 8.4 bis 8.6) wurden die Leistungen des ÜBBZ immer wieder transparent und der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht. Darüber hinaus wurde die eigene Arbeit in Fachgremien, Workshops, Fortbildungen und bei Exkursionen von Studiengruppen und Fachbesuchern ins ÜBBZ (jährlich rund 1000 Besucher) einer breiten öffentlichen Kontrolle und Diskussion unterstellt.

Seit 1993 ist das ÜBBZ in die bundesweit durchgeführte Jugendhilfe-Effekte-Studie (JES) einbezogen und auch mit einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin beteiligt sowie im Fachbeirat vertreten.

Die hier vorliegende WJE-Studie stellt ein weiteres Bemühen der Einrichtung und des Trägers dar, eine optimale Qualität in der Behandlung der Kinder, Jugendlichen und deren Eltern zu sichern.

In der Jugendhilfe ist neben den angezielten Effekten auch die Effizienz der jeweiligen Einrichtung zu überprüfen, das heißt, bei den zu gewährenden Hilfen sind auch die Bedingungsstrukturen und die Wirtschaftlichkeit zu beachten. Dies geschieht im Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Würzburg und damit auch im ÜBBZ Sankt Joseph regelmäßig durch einen externen Revisor, der im Auftrag des Vorstandes tätig wird und über die vorgenommenen Prüfungen einen schriftlichen Bericht abfasst. Dieser wiederum kann eine wichtige Grundlage für wirksame Steuerungsmaßnahmen sein. So ist dann Controlling im ÜBBZ „eng verbunden mit Planung, Kontrolle, Information und dient der Anpassung der Organisation an neue Erkenntnisse und Entwicklungen. Die Controllingfunktion hat Transparenzverantwortung gegenüber der Entscheidungsverantwortung.“ (Diederling, 1996, 60)

1.1.5.7 Äußerer Rahmen des ÜBBZ

Das Heim liegt in zentraler Lage innerhalb der Stadt Würzburg mit kurzen Schulwegen (zu Gymnasien, Realschulen, öffentlichen Haupt- und Grundschulen) und in unmittelbarer Nachbarschaft zu städtischen Freizeiteinrichtungen (Erlebnisbad, Eislaufbahn, Rollschuhplatz, Radwege, Kinderbibliothek u.a.) sowie in der Nähe zur Kinder- und Jugendfarm und der Festung mit ihren hervorragenden Spielmöglichkeiten, von Spielwiesen am Main und der Zeller Waldspitze. Die städtische Umgebung wird ausgeglichen und ergänzt durch das mit Fahrrädern gut erreichbare heimeigene Wochenendhaus mit einem an Fluss und Wald gelegenen Zeltplatz.

Die architektonische Ausgestaltung des Hauses unterstützt bewusst die pädagogisch-therapeutische Arbeit und fördert Kommunikation und Transparenz zwischen den Gruppen und den übergreifenden Bereichen. Die Gruppen leben in abgetrennten Wohneinheiten mit eigener Küche, Balkon und Nebenräumen zum Spielen und Lernen sowie integriertem Schlafbereich (1-, 2- und 3-Bett-Zimmer). Gruppenübergreifend stehen neben Räumen für Einzel- und Gruppentherapie zur Verfügung: Turnhalle, Gymnastikraum, Sauna, Kegelbahn,

Anlagen zum Luftgewehr- u. Bogenschießen, Tischtennisraum, Werk- und Gestaltungsräume, Diele mit offenem Kamin, Meditationsraum, Musikraum, Computerraum u.a.

„Räume können Handlungsabläufe und den Charakter von Kommunikation strukturieren (beeinflussen): sie können eine bestimmte Handlung oder eine bestimmte Kommunikation ermöglichen und fördern, aber auch erschweren oder ausgrenzen.“ (Heimerziehung – Heimplanung. Dokumentation einer Ausstellung, Hrsg. IGFH, Darmstadt 1974).

Bei der Planung und Ausgestaltung des ÜBBZ Sankt Joseph haben solch grundlegende pädagogische Überlegungen zu einer Raumgliederung und Raumgestaltung geführt, die sich über viele Jahre bewährt hat. So wird das heilpädagogisch-therapeutische Behandlungs- und Organisationskonzept des Heimes durch das Raumprogramm und die Zuordnung der Räume gestützt. Damit wird auch die Wirksamkeit der Hilfen im ÜBBZ Sankt Joseph positiv beeinflusst.

Im Anhang (8.8) sind unsere Überlegungen zur baulichen Verwirklichung unserer therapeutisch-heilpädagogischen Konzeption beigefügt, ebenso die „Reflexion relevanter (typischer) Verhaltensauffälligkeiten im Hinblick auf die Raumgestaltung unseres therapeutischen Heimes“ (Flosdorf, P. & Mahlke, W. In: Einrichtungsbroschüre des ÜBBZ Sankt Joseph, Würzburg).

1.2 Qualitätsentwicklung

Michael Macsenaere

In den letzten fünf Jahren war „Qualität“ ein, wenn nicht sogar das bestimmende Thema in der Jugendhilfe-Fachdiskussion. Dabei wurde der anfänglich im Vordergrund stehende Begriff „Qualitätsmanagement“ durch „Qualitätssicherung“ abgelöst, der wiederum durch „Qualitätsentwicklung“ weitgehend verdrängt wurde. Auch der Gesetzgeber wählte in der Novellierung des SGB VIII (§§ 77 und 78 a-g) bewusst und in Abgrenzung zu § 93 BSHG nicht den Begriff „Qualitätssicherung“, sondern entschied sich für „Qualitätsentwicklung“; dadurch soll die mangelnde Eignung der in der industriellen Güterproduktion entwickelnden Verfahren für die Bewertung personenbezogener Dienstleistungen verdeutlicht werden (Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, BT-Drs. 13/10330, 18-19). Ab dem 1.1.1999 erhielt die Qualitätsentwicklungsdebatte durch ebendiese Novellierung einen rechtspolitischen Impuls und einen verbindlicheren Rahmen: Im § 78 b SGB VIII wird der Abschluss von Qualitätsentwicklungsvereinbarungen (neben Leistungs- und Entgeltvereinbarungen) zur Voraussetzung für die Kostenübernahme im Einzelfall gemacht (Wiesner, 1999). Unter Qualitätsentwicklungsvereinbarung werden im Gesetzestext „Grundsätze und Maßstäbe für die Bewertung der Qualität der Leistungsangebote sowie über geeignete Maßnahmen zu ihrer Gewährleistung“ verstanden.

1.2.1 Qualitätsdimensionen

Bei der Durchsicht der Literatur zum Thema Qualitätsentwicklung fällt auf, dass vielfach unscharfe Definitionen von Qualität vorliegen. Einerseits werden **Qualitätsdimensionen** heterogen definiert, zum anderen fließen z.T. ökonomische Kategorien, wie z.B. Effizienz, mit ein. Im Folgenden soll daher ein Versuch der Begriffsklärung erfolgen: Üblicherweise wird der Begriff Qualität in Anlehnung an Donabedian (1980) dreifach in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dimensioniert (s. Abb. 1).

Unter **Strukturqualität**¹ sind die allgemeinen Rahmenbedingungen von Institutionen und Diensten zu verstehen, unter denen diese ihre jeweiligen Leistungen erbringen. Nach Holländer & Schmidt (1997) kann insbesondere Strukturqualität nicht losgelöst von gesellschaftlichen, politischen und administrativen Faktoren gesehen werden: So müssen beispielsweise die Konzepte an den rechtlichen Vorgaben des SGB VIII und den sich ändernden Problemlagen von Familien und ihren Kindern orientiert sein, Mitarbeiterqualifikation ist abhängig von den jeweiligen Ausbildungsstandards, die Lage der öffentlichen Haushalte beeinflusst die Ressourcen der Jugendhilfe usw. (weitere die Strukturqualität beeinflussende Faktoren s. Abb. 1, links). Strukturqualität stellt eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für **Prozessqualität** dar. Prozessqualität umfasst sämtliche Handlungen zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger. Sie beinhaltet die individuelle Qualität des Umgangs mit dem Klienten, der Konzeptumsetzung und des Ablaufs der Leistungen (zur differenzierten Darstellung von Prozessqualitätsmerkmalen s. Schmidt & Hohm, 1997). Prozessqualität wiederum ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für **Ergebnisqualität**, unter der sich

¹ Eine vertiefende Darstellung von empirisch gewonnenen Dimensionen der Strukturqualität findet sich bei Macsenaere (1999).

sämtliche Erfolge bzw. Misserfolge der Hilfe subsumieren lassen (zum Zusammenhang zwischen Prozess- und Ergebnisqualität s. Schmidt et al., 1999).

Der zweifach beschriebene „notwendige aber nicht hinreichende“ Zusammenhang zwischen Struktur- und Prozessqualität sowie zwischen Prozess- und Ergebnisqualität ist wie folgt zu verstehen: Es muss ein Mindestmaß an Strukturqualität gewährleistet sein, um über Prozessqualität die Ergebnisqualität positiv zu beeinflussen. Andererseits führt eine Verbesserung der Strukturqualität nicht zwangsläufig zu besserer Prozessqualität und Ergebnisqualität. Letztendlich ist allerdings von einem positiven Zusammenhang zwischen Struktur- und Ergebnisqualität auszugehen. Neben den beschriebenen Beziehungen zwischen Struktur-/Prozessqualität und Prozess-/Ergebnisqualität existieren Rückwirkungen der Ergebnis- auf die Prozessqualität, der Ergebnis- auf die Strukturqualität wie auch der Prozess- auf die Strukturqualität. Diese **Rückkopplungen** sind nicht etwa als Störvariablen, sondern umgekehrt als korrigierende Qualitätsentwicklung zu interpretieren. Ohne explizite Qualitätskontrollen wären diese Rückwirkungen in Frage gestellt oder erfolgten mit größerer zeitlicher Verzögerung; zudem blieben sie unsystematisch. Die Einführung von Qualitätssicherungsverfahren kann solche korrigierenden Rückkopplungsprozesse beschleunigen und effektivieren.

Die im Bereich der Volkswirtschaft gebräuchlichen Kategorien Effektivität und Effizienz (Roos, 1993) sollten getrennt von den Qualitätsdimensionen nach Donabedian betrachtet und eine Vermischung vermieden werden. Nach Merchel (1999) wird **Effektivität** weitgehend durch die Ergebnisqualität bestimmt: Sie ist um so höher, je größer der Nutzen ist, d.h. - auf die Jugendhilfe übertragen - je mehr die Interventionsziele bei Kind und Familie erreicht werden konnten (s. auch Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1996). Im Gegensatz dazu bezeichnet **Effizienz** die Relation zwischen Kosten und Nutzen (Petermann et al., 1997). In der Jugendhilfe müssten demnach für eine Effizienzbestimmung die Kosten einer erzieherischen Hilfe, die sowohl durch übergreifende Strukturen wie auch einzelfallbezogenen Prozesse entstehen, dem Nutzen der Intervention gegenübergestellt werden. Die Umsetzung einer solchen - aus fachlichem und fiskalischem Blickwinkel sinnvollen - Effizienzbestimmung ist mehrfach problematisch: Zum einen ist es bisher in der Jugendhilfe nicht üblich, sämtliche durch einen Hilfeprozess entstehenden Kosten einzelfallbezogen zu dokumentieren. Weitaus problematischer erscheint allerdings die zur Effizienzbestimmung notwendige Quantifizierung des Nutzens einer erzieherischen Hilfe. Dies setzte einerseits ein - in der Jugendhilfepraxis nicht gebräuchliches - gesichertes Wissen um die Effekte voraus, andererseits müssten diese bewertet, also gewichtet werden. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Bestimmung der Nutzenerreichung sinnvollerweise in der gleichen Dimension wie die Kostenerfassung, d.h. in der jeweils gebräuchlichen Währungseinheit (in DM !), erfolgen müsste. Eine solche in der Wirtschaft übliche Effizienzbestimmung im engen Sinn liegt in der Jugendhilfe bislang noch nicht vor.

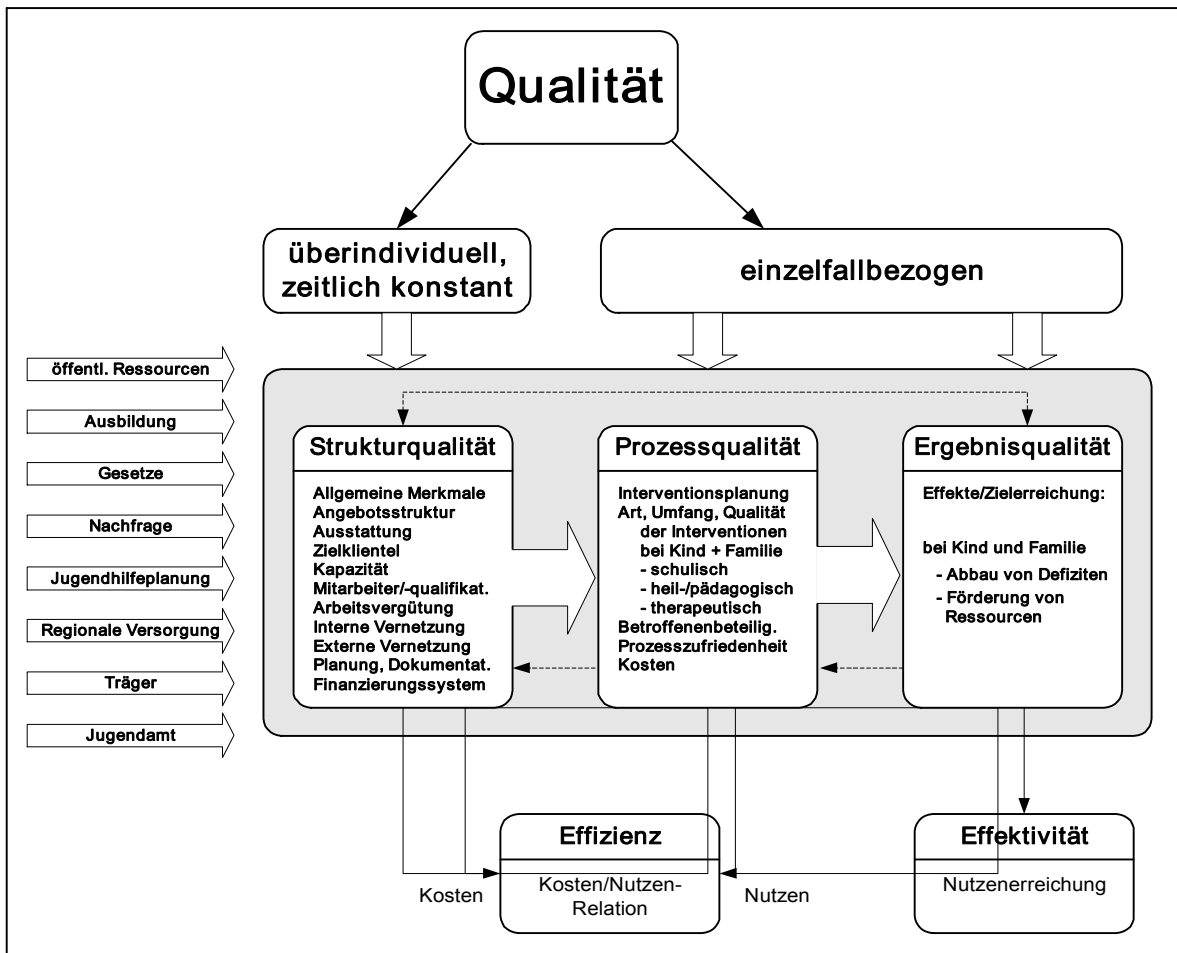


Abb. 1 Qualitätsdimensionen in der Kinder- und Jugendhilfe

1.2.2 Qualitätssicherungsverfahren

Infolge des „Qualitätssicherungsbooms“ der letzten Jahre werden in der Jugendhilfe z.Zt. eine Vielzahl von Verfahren eingesetzt, die mit z.T. völlig unterschiedlichen Methoden vorgeben, Qualität zu managen, zu sichern oder zu entwickeln. Im folgenden soll der Versuch unternommen werden, diese **Qualitätssicherungsverfahren** zu systematisieren:

1. Klassische Verfahren
2. Zertifizierung
3. Gütegemeinschaften/Gütesiegel
4. Benchmarking
5. Evaluation

zu 1) Schon lange vor der aktuellen Diskussion gab es eine Reihe von Methoden, die die gleiche Zielsetzung der „aktuellen“ Verfahren verfolgten. Zu diesen **klassischen Verfahren** gehören u. a. Konzeption, Jahresbericht, Dokumentation, Zeiterfassung, Fort- und Weiterbildung, interne Vernetzung (z.B. Teambesprechung, Besprechungsgremien), externe Vernetzung (Zusammenarbeit mit externen Institutionen, Diensten, Gremien, Verbänden) und Supervision.

zu 2) **Zertifizierung** heißt die gründliche Untersuchung (Auditierung) eines Betriebes durch Prüfer (Auditoren) einer unabhängigen befugten Organisation (akkreditierte Zertifizierungsgesellschaft) mit dem Ziel zu bestätigen

(zertifizieren), dass für den Betrieb ein Qualitätsmanagementsystem (z. B. nach ISO 9001) entwickelt wurde und dieses System auch tatsächlich angewendet wird (System-Zertifikat) (Gerull, 1999a). Nach Gerull können Zertifizierungsverfahren als Systemisierungshilfe oder Einstieg ins Qualitätsmanagement durchaus nützlich gewesen sein; als flächendeckend empfehlenswerter Ansatz sind sie nicht indiziert, da

- eine erfolgreiche Zertifizierung im Sinne der ISO-Normen nichts über Qualität der eigentlichen Dienstleistung aussagt;
 - sie nur Momentaufnahmen darstellen;
 - sie nur auf Teilaspekte (vor allem die Gestaltung der Prozesse) abzielen und andere wichtige Bereiche, wie z. B. Ergebnisqualität, nicht berücksichtigen;
 - der zu betreibende Arbeitsaufwand sehr hoch ist. Insbesondere bei einem schon hohen Qualitätsniveau sind die notwendigen zeitlichen Ressourcen an anderer Stelle sinnvoller eingesetzt;
 - Zertifizierungen teuer sind und vor allem für kleine Einrichtungen Finanzierungsprobleme entstehen können;
 - das Prüfsiegel aus Wettbewerbsgründen angestrebt wird, was sich als eher innovationshemmend erweisen kann;
 - branchendeckende Zertifizierungen ihre Funktion als qualitätsrelevantes Unterscheidungsmerkmal verlieren. Die Folge wären immer neue Formen der Differenzierung (Zertifizierungsspirale).
- zu 3) Gütegemeinschaften bzw. Gütesiegel als eine verbandliche Selbstkontrolle stellen eine Alternative zur Zertifizierung durch externe Gesellschaften dar. Ein Beispiel ist das Gütesiegel der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke). Zur Erlangung des bke-Gütesiegels müssen die Aspiranten dokumentieren, ob bzw. in welchem Umfang sie bestimmte Kriterien (24 fachliche Standards) erfüllen. Das Gütesiegel wird schließlich durch eine Kommission vergeben, die durch den Vorstand des bke berufen wird. Das Gütesiegel hat eine Gültigkeit von vier Jahren. Es bestätigt, dass von der antragstellenden Einrichtung die fachlichen Standards für die Arbeit und Ausstattung von Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern erfüllt werden. Es wird in der Form eines Signet für die Außenwand der Einrichtung und als Urkunde verliehen (Menne, 2000).
- zu 4) Unter Benchmarking wird im Zusammenhang mit Qualitätsentwicklung (der Begriff „benchmark“ stammt eigentlich aus der Topologie und bezeichnet eine landschaftlich herausragende Stelle) ein Verfahren verstanden, das durch inner- bzw. überbetriebliches Vergleichen einen Lernprozess aller Beteiligten ermöglicht. Der im Wirtschaftsbereich weit fortgeschrittene Ansatz beginnt - über das Gesundheitswesen - auch im Bereich Erziehungshilfen Fuß zu fassen. Das Verfahren funktioniert wie folgt. Die Datenerhebung erfolgt in den beteiligten Einrichtungen mit vom Datenbankbetreiber zur Verfügung gestellten Fragebögen (bisher überwiegend Strukturqualität von Einrichtungen/Diensten betreffend; grundsätzlich ist es aber auch möglich Prozess- und Ergebnisqualität zu benchmarken). Von einem Datenbankbetreiber werden Daten gesammelt, anonymisiert, verarbeitet, ausgewertet und den Einrichtungen in Form eines Profils zurückgemeldet. Über ein Vergleichen

1 Einführung

Profilen anderer Einrichtungen können Stärken und Schwächen erkannt werden. Die Interpretation dieser Ergebnisse schließlich kann zu einer empirisch fundierten Organisationsentwicklung überleiten. Anhand wiederholter Anwendungen lassen sich Entwicklungsprozesse verfolgen und können mögliche Effekte dokumentiert werden (weitere Informationen zu Benchmarking s. Löwenhaupt, 1999; Gerull, 1999b).

- zu 5) Unter Evaluation versteht man die auf empirischen Methoden basierende Bewertung von Interventionen. Evaluation bewegt sich in dem Kontinuum zwischen Fremd- und Selbstevaluation; dabei liegt in den meisten Fällen keine reine Selbst- oder Fremdevaluation, sondern eine Mischform mit fremd- wie auch selbstevaluativen Anteilen vor. Eine echte Fremdevaluation liegt dann vor, wenn ein beauftragter externer Spezialist das gesamte Projekt durchführt - ohne Beteiligung von Personen, die mit der zu evaluierenden Intervention befasst sind. Umgekehrt spricht man von einer Selbstevaluation, wenn die evaluierenden Personen identisch mit denen sind, die die zu evaluierenden Intervention ausführen. In vielen Fällen hat sich die Beteiligung von Interventionsdurchführenden (mit einem hohen Praxisknowhow) wie auch die Beteiligung von externen Experten (mit einem hohen Methoden- und Evaluationsknowhow) als hilfreich erwiesen. Grundsätzlich ist es für den Erfolg einer Evaluationen notwendig, die Wahl des Evaluationsverfahrens an der Fragestellung und den strukturellen Gegebenheiten vor Ort auszurichten; die Kunst besteht in der Planungsphase in der eleganten Verknüpfung, von sich ergänzenden selbst- und fremdevaluativen Gesichtspunkten. Ein solches Vorgehen - unter Berücksichtigung von Selbstevaluation - kommt den in der Begründung zu § 78 b SGB VIII vorgeschlagenen Qualitätsentwicklungsmaßnahmen, die einfach in den pädagogischen Alltag zu integrieren sind und durch die Mitarbeiter selbst gesteuert werden können, am nächsten (weitere Informationen zum Thema Qualitätsentwicklung durch Evaluation s. Beywl, 1996; Heiner, 1996; Gerull, 1999b).

Für die Würzburger Jugendhilfe-Evaluationsstudie (WJE) erwies sich ein evaluatives Vorgehen als geeignet. In der retrospektiven Längsschnittstudie werden einzelfallbezogen Merkmale des Hilfeprozesses und die Entwicklung von 286 Kinder und Jugendlichen, die Heimerziehung in Anspruch nehmen, zu Beginn, im Verlauf und zum Ende der Hilfe erfasst. Hiermit werden einzelfallübergreifende Aussagen zur Prozess- und Ergebnisqualität gewonnen. Zudem können Zusammenhänge zwischen Prozess- und Ergebnisqualität beschrieben und somit Aussagen zu möglichen Wirkfaktoren in der Heimerziehung gemacht werden. Schließlich werden Rückschlüsse auf die Ergebnisrelevanz der Strukturqualität durch den Vergleich der verschiedenen Dekaden ermöglicht. Somit berücksichtigt die WJE-Studie mit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sämtliche Qualitätsdimensionen nach Donabedian. Im Rahmen der Studie können allerdings nur in Ansätzen Aussagen über Kosten gemacht werden. In Verbindung mit bislang im Jugendhilfebereich fehlenden Bewertungssystemen zur Quantifizierung bzw. Bezifferung von Effekten ist es hier nicht möglich, Aussagen zur Effizienz im engen Sinne, d.h. einer Kosten/Nutzen-Relation, zu machen. Trotz dieser Einschränkung bewährte sich das evaluative Design der WJE-Studie. Zum einen können dadurch die im ÜBBZ Würzburg über Jahrzehnte auf hohem fachlichen Niveau und auf mehreren Ebenen geführte Dokumentation berücksichtigt werden; zum anderen kann die Vielzahl der vorliegenden Ergebnisse - neben den einrichtungsinternen Rückmeldungen - auch einrichtungsübergreifend einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der Heimerziehung leisten.

2 Methode

Nicolai Klessinger

Als Forschungsmethode wurde die Aktenanalyse angewendet. Das Auswertungsmaterial umfasste alle Akten von Kinder und Jugendlichen, die im Zeitraum vom 05.09.1977 bis zum 08.04.1997 stationär in die geschlechtsgemischten Gruppen der therapeutisch-heilpädagogischen Station für Kinder des ÜBBZ aufgenommen wurden. Im einzelnen sind als Untersuchungsmaterialien folgende Dokumente aus diesen Akten berücksichtigt worden:

- Aufnahmeberichte (Gutachten von Kliniken, Berichte aus Beratungsstellen, etc.)
- Zeugnisse und Berichte aus dem Bereich Schule
- Dokumentation der am ÜBBZ durchgeführten Diagnostik
- Zwischenberichte
- Entlassungsberichte

2.1 Design

Das mit der Aktenanalyse kombinierte retrospektive Design der Studie umfasste pro Kind verschiedene Erhebungen, die sich wie folgt verteilen:

1. retrospektive Ausgangserhebung (A) zum Aufnahmezeitpunkt durch Aktenanalyse;
2. jährliche retrospektive Zwischenerhebung(en) (Z₁, Z₂, Z₃, Z₄) während der Intervention, jeweils vor den Sommerferien, durch Aktenanalyse; zusätzlich eine einmalige retrospektive Erhebung zur Indikationsstellung einer stationären Verhaltenstherapie am Ende des ersten Schuljahres nach der Aufnahme (I)
3. retrospektive Erhebung zum Entlassungszeitpunkt durch Aktenanalyse (E).

Somit ergibt sich folgendes Erhebungsschema, differenziert nach unterschiedlicher Helfedauer:

Tabelle A Erhebungsschema

Dauer der Hilfe	Erhebungszeitraum				
	im 1. Jahr	im 2. Jahr	im 3. Jahr	Im 4. Jahr	im 5. Jahr
bis 1 Jahr	A---Z ₁ ,I-----E				
bis 2 Jahre	A-----Z ₁ ,I	-----E			
bis 3 Jahre	A-----Z ₁ ,I	-----Z ₂	-----E		
bis 4 Jahre	A-----Z ₁ ,I	-----Z ₂	-----Z ₃	-----E	
bis 5 Jahre	A-----Z ₁ ,I	-----Z ₂	-----Z ₃	-----Z ₄	-----E

Legende: A (Ausgangserhebung), Z₁, Z₂, Z₃, Z₄ (Zwischenerhebungen), I (Erhebung zur Indikationsstellung stat. Verhaltenstherapie), E (Abschlußerhebung bei Entlassung)

2.2 Durchführung

2.2.1 Instrumente

Zur Aktenanalyse wurde ein Instrumentarium entwickelt, das insgesamt vier Leitfäden für die verschiedenen Erhebungszeitpunkte enthält. Die Bereiche, die damit erfasst wurden, sind in Tabelle B dargestellt. Mit den einzelnen Bereichen sollen vor allem Prozess- und Ergebnisqualität erfasst werden. Auf die Erfassung von Strukturdaten zum ÜBBZ wurde in der vorliegenden Studie verzichtet.

Tabelle B Erhebungsinstrumentarium der Aktenauswertung

Ausgangserhebung (Hilfbeginn)	Verlaufserhebungen (jährl. bzw. bei einer Behandlungsdauer von bis zu 1 J. einmalig nach ½ Jahr)	Abschlusserhebung (Hilfeende)	Erhebung zur Indikationsstellung stat. Verhaltenstherapie (berücksichtigt die gesamte Aufenthaltsdauer)
Auswertungsleitfaden zu <ul style="list-style-type: none"> • Soziograph. Daten; • Hilfedaten; • Diagnose; • Vorinterventionen; • psychosozialer Belastung; 	Auswertungsleitfaden zu <ul style="list-style-type: none"> • kindbezogenen Leistungen • elternbezogenen Leistungen; • psychosozialer Belastung; 	Auswertungsleitfaden zu <ul style="list-style-type: none"> • kindbezogenen Leistungen • elternbezogenen Leistungen; • psychosozialer Belastung; 	Auswertungsleitfaden zu <ul style="list-style-type: none"> • kindbezogenen Indikationsstellungen; • elternbezogenen Indikationsstellungen; • familienbezogenen Indikationsstellungen.
<ul style="list-style-type: none"> • Indikationsstellung, Störungsbilder • Schulische Situation 	<ul style="list-style-type: none"> • Indikationsstellung, Störungsbilder • Schulische Situation 	<ul style="list-style-type: none"> • Indikationsstellung, Störungsbilder • Schulische Situation 	
<ul style="list-style-type: none"> • Elterliche Erziehungsstile 	<ul style="list-style-type: none"> • Elterliche Erziehungsstile 	<ul style="list-style-type: none"> • Elterliche Erziehungsstile • Entlassungsdaten 	

Bei der Entwicklung der Instrumente wurde darauf geachtet, möglichst viele Items so zu konstruieren, dass sie in unmittelbarem Zusammenhang mit expliziten Angaben in den Aktenunterlagen stehen. Zum Teil wurde für einzelne Items dabei auf Formulierungen zurückgegriffen, die nach der ersten Sichtung der Akten häufig darin vorkamen.

Zur Erfassung der Indikationsstellungen und Störungsbilder wurde nach dieser ersten Sichtung der Akten ein umfangreicher Katalog mit zahlreichen Merkmalen und Symptomen verschiedener Störungsbilder erstellt. Um die eingeschränkte Validität durch die unterschiedliche Aktenqualität zu verbessern, wurden die verschiedenen Gruppen von Störungen im wesentlichen mit der Systematik des ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) abgeglichen. Vor dem Hintergrund der Beschaffenheit des zu untersuchenden Materials wurde als Skalierung der einzelnen Items eine dreifache Abstufung gewählt („trifft nicht zu“, „trifft zu“, „trifft in hohem Maße zu“).

Eine Besonderheit stellt die Entwicklung des Leitfadens zur Erfassung einer Indikationsstellung stationärer Verhaltenstherapie dar: Die von Zielke und Sturm (1994) für den Erwachsenenbereich formulierten Kriterien einer Indikationsstellung für eine stationäre (verhaltenstherapeutische) Behandlung wurden durch die im ÜBBZ Würzburg tätigen

Verhaltenstherapeuten auf ihre Anwendbarkeit für Kinder- und Jugendliche überprüft, ergänzt und überarbeitet, um so ein im ÜBBZ brauchbares Instrument zur Indikationsstellung zu entwickeln. Neben den Problembereichen von Zielke und Sturm wurden vor allem kindspezifische Ergänzungen eingefügt, sowie der soziale Hintergrund im Elternhaus bzw. das familiäre Umfeld stärker mitberücksichtigt. So wurde eine Liste von Indikationen erarbeitet, nach der Erscheinungsformen und die Störungsbilder der Kinder und ihrer Familien eingeordnet und eingeschätzt werden konnten.

2.2.2 Erhebung

Die Erhebung (Aktenauswertung) wurde von insgesamt vier Personen (drei Frauen und einem Mann) durchgeführt, die alle Diplom-Psychologen mit Berufserfahrung in klinisch-therapeutischen und beraterischen Bereichen sind. Die Rater erhielten in vier Trainingssitzungen eine umfassende Schulung und Einweisung in die Erhebungsinstrumente. Zur Steigerung von Objektivität und Reliabilität und um zusätzliche Interpretationsverzerrungen durch die Auswerter weitgehend zu vermeiden, erhielten die Rater die Anweisung, nur tatsächlich in den Aktenunterlagen benannte Sachverhalte zu erfassen².

Anhand von insgesamt 4 Proberatings mit einer repräsentativen Itemauswahl wurden nach jedem Training Interrater-Reliabilitäten berechnet, auf deren Grundlage sogenannte Problemitems (d. h. die Items mit sich stark unterscheidenden Ratings) gemeinsam besprochen wurden. Entsprechende Abweichungen konnten aufgezeigt und aufeinander abgestimmt werden.

Durch die einzelnen Trainingssitzungen konnte die Interraterreliabilität verbessert und ein insgesamt befriedigendes Niveau von .61 bis .75 (Spearman-Rho-Korrelationen) für die einzelnen Erhebungsinstrumente erreicht werden.

Im Anschluß an die Aktenauswertung wurde durch ein Experten-Rating (am ÜBBZ tätige Diplom-Psychologen mit verhaltenstherapeutischer Zusatzausbildung) eine Einschätzung jedes Kindes anhand des Erhebungsinstrumentes zur Erfassung der Indikationsstellung stationärer Verhaltenstherapie vorgenommen. Um eine bessere Objektivität bzw. Validität der Ratings zu erzielen, wurden diese Einschätzungen mit den in der Elternarbeit gewonnenen Aufzeichnungen abgeglichen.

2.2.3 Stichprobe

Die Untersuchungsstichprobe umfasst alle (insgesamt 287) Kinder und Jugendlichen, die im Zeitraum vom 05.09.1977 bis zum 08.04.1997 stationär in die geschlechtsgemischten Gruppen der Kinderstation des ÜBBZ aufgenommen wurden. Ursprünglich standen 287 auswertbare Akten aus diesem Zeitraum zur Verfügung, ein Fall wurde ausgeschlossen, da das betreffende Kind insgesamt nur eine Woche auf der Kinderstation war und die Hilfe durch die Mutter abgebrochen wurde.

² Dabei wurde das Risiko, durch diese Anweisung u.U. in einigen Datenbereichen eine hohe Anzahl von fehlenden Werten (Missings) zu erzielen, bewusst zugunsten einer größeren Objektivität in Kauf genommen.

2.3 Dateneingabe und -auswertung

Die Daten wurden von vier erfahrenen Sekretärinnen eingegeben, die Übereinstimmungsreliabilitäten lagen bei ca. 95%. Nach der Eingabe wurde der Datensatz einer umfassenden Plausibilitätsprüfung unterzogen. Zur anschließenden Datenanalyse wurden verschiedene statistische Methoden und Verfahren angewandt. Dabei wurde zur Verrechnung auf das Computerprogramm SPSS for Windows, Version 8.0.1 zurückgegriffen. Aufgrund des überwiegend explorativen Charakters der vorgelegten Studie werden im Ergebnisteil überwiegend Verfahren der deskriptiven Statistik eingesetzt. In Abhängigkeit vom jeweiligen Skalenniveau werden die Daten in absoluten oder relativen Häufigkeiten (in Prozent) bzw. Mittelwerten, Standardabweichungen, Minimum und Maximum beschrieben. Zur Prüfung statistisch bedeutsamer Unterschiede werden die Verfahren Varianzanalyse³ und Chi-Quadrat-Test⁴ angewendet. Für die Varianzanalyse als Prüfverfahren gegenüber dem T-Test sprechen die weniger restriktiven Voraussetzungen. Sie ist u.a. weniger anfällig gegenüber Verletzungen der Normalverteilungsannahme (vgl. Bortz, 1993), auf deren Überprüfung im Rahmen der folgenden Datenauswertungen verzichtet wurde. Stärke und Richtung von Zusammenhänge zwischen zwei Variablen werden mit Korrelationskoeffizienten dargestellt; multivariate Zusammenhänge werden mit Hilfe eines Graphischen Kettenmodelles abgebildet.

Exkurs: Graphische Kettenmodelle

Graphische Kettenmodelle (auch Kettenmodelle) sind Verfahren zur graphischen Repräsentation von Assoziationsstrukturen zwischen Variablen. Sie erlauben die Untersuchung der Zusammenhangsstrukturen von qualitativen bzw. qualitativen und quantitativen (gemischten) Variablen. Dabei bedienen sie sich der Konzepte der marginalen und bedingten Unabhängigkeit (vgl. Wermuth, 1998 und Wermuth & Cox, 1998).

Ziele der Anwendung von Graphischen Kettenmodellen sind die allgemeine Abbildung statistischer Zusammenhangsstrukturen zwischen Variablen und, falls möglich, eine Komplexitätsreduktion bei einer Vielzahl von Variablen, wie sie in Fragestellungen sozialwissenschaftlicher Forschung häufiger vorkommen. In letzterer werden in der Regel gerichtete Assoziationen verschiedener Zielgrößen (abhängige Variablen) mit einer oder mehreren Einflussgrößen (unabhängige Variablen) betrachtet.

Bei solchen komplexen Fragestellungen mit einer Vielzahl von Einflussgrößen und mehreren Zielgrößen werden oft multivariate Analyseverfahren (Varianzanalysen, Regressionen) unsystematisch integriert. Dabei werden sogenannte vermittelnde Variablen nicht ausreichend berücksichtigt. Graphische Kettenmodelle dagegen erlauben eine adäquate Betrachtung solcher vermittelnden Variablen: Zu verschiedenen Analysezeitpunkten werden sie einmal als Ziel- und ein anderes Mal als Einflussgrößen betrachtet, die Ergebnisse werden am Ende der Analyse dann integriert. Mit ihrer Hilfe können komplexe Zusammenhangsanalysen systematisch aufgebaut und durchgeführt werden. Bei der Anwendung Graphischer Kettenmodelle sind bestimmte Konstruktionsprinzipien zu beachten. Diese werden im folgenden kurz aufgeführt, zu einer tiefergehenden Betrachtung sei auf die entsprechende Literatur (z.B. Lauritzen & Wermuth, 1989, Streit, 1994, Cox & Wermuth, 1996) verwiesen.

³ *Varianzanalyse*: Statistisches Test-Verfahren zur Bestimmung von Mittelwertsunterschieden in einer Variablen (z.B. Ausmaß der Symptombelastung) zwischen zwei oder mehreren unabhängigen Stichproben (z.B. Mädchen und Jungen). Prüfwert in der Varianzanalyse ist der F-Wert (F).

⁴ *Chi-Quadrat-Test*: Statistisches Test-Verfahren zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen zwei qualitativen Merkmalen bzw. Variablen (z.B. Geschlecht und Organisationsebene der Gruppe)

Konstruktionsprinzipien:

- Graphische Kettenmodelle unterscheiden zwischen Zielgrößen, vermittelnden Variablen und Einflußgrößen. Dabei wird die Unterscheidung über die Position der jeweiligen Variablen in einer sogenannten Abhängigkeitskette (s.u.) definiert.
- Variablen werden als sogenannte *Knoten* (engl. "nodes") dargestellt. Die Variablenart wird dabei durch *Punkte* (engl. "dot") bei qualitativen (diskreten) Variablen bzw. durch *Kreise* (engl. "circle") bei quantitativen (kontinuierlichen) Variablen gekennzeichnet.
- Aufgrund substanzwissenschaftlicher Überlegungen bzw. der zu untersuchenden Hypothesen werden die einzelnen Variablen nach bestimmten Gesichtspunkten (chronologisch oder inhaltlich) unterschiedlichen Kettengliedern zugeordnet und in eine Abfolge gebracht. Man spricht dann von einer vorstrukturierten oder hypothetischen Abhängigkeitskette. Die einzelnen Kettenglieder werden graphisch als *Boxen* (engl. box) dargestellt.
- Die Abhängigkeitsstrukturen der Variablen werden durch die Abfolge der Kettenglieder hierarchisch definiert. Reine Zielgrößen stehen in der Kette ganz links, reine Einflussgrößen ganz rechts, vermittelnde Variablen dazwischen.
- Innerhalb der einzelnen Boxen werden symmetrische Assoziationen betrachtet, zwischen den einzelnen Gliedern der Kette asymmetrische Assoziationen. Dabei werden gefundene Zusammenhänge zwischen Variablen als *Kanten* (engl. "edges") symbolisiert. Bei symmetrischen Assoziationen werden diese als *Linien*, bei asymmetrischen Assoziationen dagegen als *Pfeile* dargestellt. Aufgrund der vorher definierten Abfolge sind nur Pfeile von rechts nach links zugelassen. Fehlende Verbindungen weisen auf marginale oder bedingte Unabhängigkeiten hin. Die genaue Bedeutung ergibt sich aus der definierten Abfolge der Kettenglieder und der Festlegung von Zielgrößen und ihrer möglichen und tatsächlich wichtigen Einflußgrößen.

Die verwendeten Zielgrößenmodelle bei der Analyse der Zusammenhangsstrukturen im Rahmen Graphischer Kettenmodelle sind generalisierte, lineare Modelle (McCullagh & Nelder, 1989). GLIM-Modelle implizieren eine hierarchische Modellstruktur, d.h. bei vorhandenen Interaktionen sind auch die zugehörigen Haupteffekte im Modell enthalten.

Bei der graphischen Abbildung der Zusammenhangsstrukturen innerhalb eines Kettenmodells werden vorhandene Interaktionen oder nichtlineare Effekte sowie die Richtung der Zusammenhänge (positiver oder negativer Einfluß) nicht berücksichtigt. Deshalb werden zu jedem Kettengraphen zusätzlich die jeweiligen Modellgleichungen entweder vereinfacht in GLIM-Notation oder als komplette Gleichungen in Tabellenform dargestellt. In der vorliegenden Arbeit werden sowohl quantitative als auch qualitative Zielgrößen betrachtet. Dabei werden bei quantitativen Zielgrößen multiple lineare Regressionen, bei qualitativen Zielgrößen logistische Regressionen verwendet. Letztere sind Zielgrößenmodelle mit einer qualitativen, zweistufigen Zielgröße und quantitativen, qualitativen oder gemischten Einflussgrößen. Auf die Grundlagen solcher Modelle soll hier nicht eingegangen werden; eine umfassende Darstellung dazu findet sich bei McCullagh & Nelder (1989).

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Nicolai Klessinger, Christine Krettek und Astrid Westerbarkei

3.1. Klientelbeschreibung

3.1.1 Soziographische Merkmale

3.1.1.1 Anzahl der Aufnahmen im Erhebungszeitraum

Die vorliegende Studie umfasst Daten, die für den Zeitraum von 1977 bis 1997 erhoben wurden. Es wurden Angaben von insgesamt 286 Kindern und Jugendlichen, die innerhalb dieser 21 Jahre stationär im ÜBBZ aufgenommen wurden, ausgewertet.

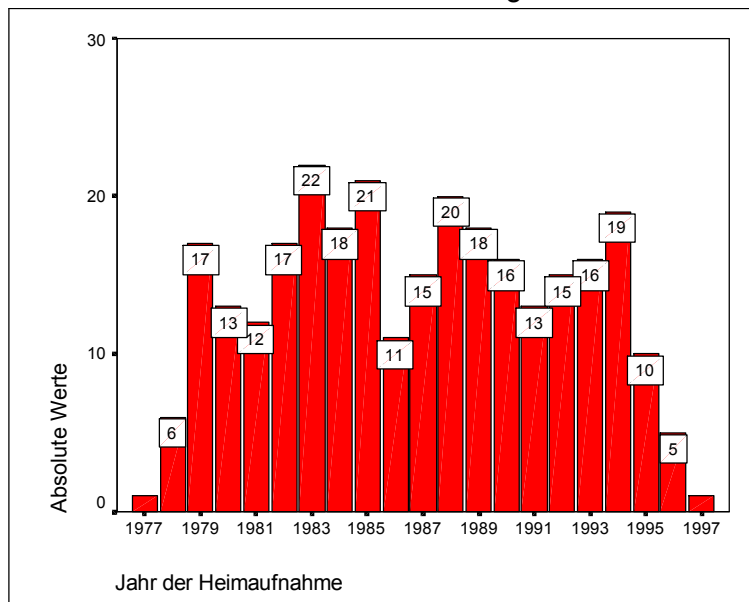


Abb.2 Anzahl der Kinder pro Aufnahmejahr

Im Durchschnitt flossen aus jedem Jahr die Daten von 13 bis 14 Kindern und Jugendlichen ($M=13,6$)⁵ in die Studie ein. Dabei ist die Anzahl aufgenommener Kinder pro Jahr relativ gleichmäßig verteilt (vgl. Abb.2). Die meisten Kinder wurden in den Jahren 1983 ($N=22$), 1985 ($N=21$), 1988 ($N=20$) und 1994 ($N=19$) aufgenommen. Die augenscheinlich geringe Anzahl von aufgenommenen Kindern in den ersten und letzten beiden Jahren des berücksichtigten Zeitraumes erklärt sich aus der Aufnahmepraxis im ÜBBZ (der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen wird zu Beginn eines Schuljahres aufgenommen, seltener zu Beginn des 2. Schulhalbjahres oder anderen Zeitpunkten) und der Anlage der Untersuchung (Festlegen eines Stichtages).

3.1.1.2 Geschlecht und Aufnahmealter

Mit 81,1% ($N=232$) sind viermal so viele Jungen wie Mädchen mit 18,9% ($N=54$) in der Stichprobe berücksichtigt (s. Abb.3). Dies spiegelt nicht die tatsächliche Geschlechtsverteilung der stationär behandelten Kinder und Jugendlichen im ÜBBZ wieder, da in die Untersuchung keine Daten der Mädchenstation miteingeflossen sind.

⁵ M: Mittelwert, N: Anzahl

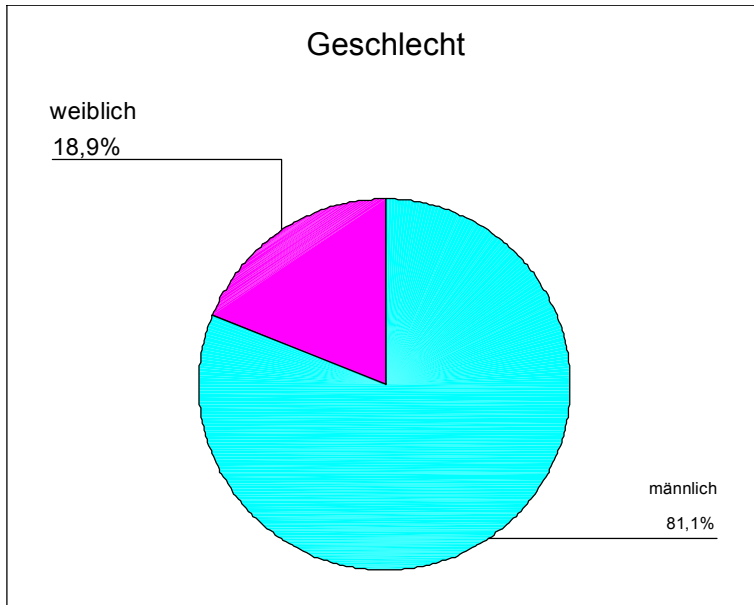


Abb.3 Prozentualer Anteil an Mädchen und Jungen

Die Kinder und Jugendlichen in den untersuchten gemischtgeschlechtlichen Heimgruppen sind im Durchschnitt bei ihrer Aufnahme 10,77 ($Sd^6=2,18$) Jahre alt, die Mädchen ($M=10,08$; $Sd=1,8$) sind dabei durchschnittlich fast ein Jahr jünger als die Jungen ($M=10,93$; $Sd=2,2$). Dabei war der jüngste Junge bei seiner Aufnahme 4,9 Jahre, der älteste 16,8 Jahre alt. Bei den untersuchten Mädchen ist die Altersspanne von 6,8 bis 16,0 Jahre etwas geringer. Zur besseren Übersicht sind die Kinder und Jugendlichen in Abb.4 in Altersgruppen zusammengefasst. Dabei wurden Gruppen aus den unter acht Jahre alten Kindern, den acht bis unter 10jährigen, den 10- bis unter 12jährigen, den 12- bis unter 14jährigen und den ab 14 Jahre alten Jugendlichen gebildet.

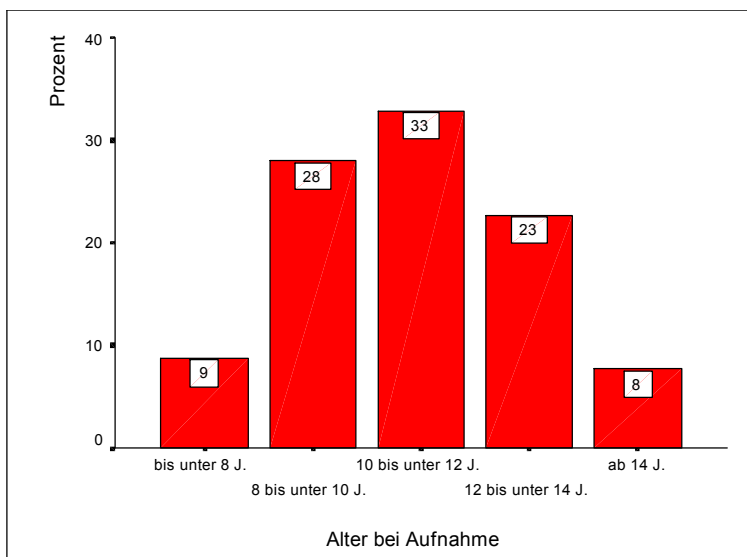


Abb.4 Alter der untersuchten Kinder und Jugendlichen bei Aufnahme ins ÜBBZ

28% der aufgenommenen Kinder und Jugendlichen waren acht bis zehn Jahre, ein Drittel zwischen 10 und 12 Jahre alt, und 28% 12 bis unter 14 Jahre alt. Nur 9% der aufgenommenen Kinder und Jugendlichen sind jünger als acht Jahre und 8% älter als 14

⁶ Sd: Standardabweichung, Maß für die Streuung

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Jahre. Die Altersverteilung bildet die Struktur des ÜBBZ als therapeutische Einrichtung mit angegliederter Schule zur Erziehungshilfe ab – die Aufnahme ist auf Kinder und Jugendliche mit Schülerstatus beschränkt. Anhand der Altersdaten wird schon hier deutlich, dass auffällige Kinder im Schulalter oft erst relativ spät eine stationäre Hilfe erhalten, obwohl oft, wie an späterer Stelle dargestellt, bereits eine frühe Chronifizierung vorhanden ist.

3.1.1.3 Nationalität und Religionszugehörigkeit

Von den im ÜBBZ aufgenommenen Kindern waren 97,9% (N=280) deutscher Nationalität, jeweils ein Prozent (N=3) hatten die amerikanische oder eine andere Staatsangehörigkeit. Die Religionszugehörigkeit wurde von 263 Kindern und Jugendlichen erfasst. Davon waren 59,7% römisch-katholisch und 33,1% evangelisch, für 1,5% wurden „sonstige“ und für 5,7% „keine Religion“ angegeben. So gut wie alle Kinder und Jugendlichen lebten vor ihrer Aufnahme in Würzburg und einer Umgebung von ca. 80-100 km. Die Grenze des Einzugsgebietes hängt aufgrund der intensiven Elternarbeit mit der zumutbaren Wegstrecke zwischen dem Wohnort der Eltern und dem ÜBBZ zusammen.

3.1.2 Familienkonstellation

Zur Familienstruktur zählen Daten zur Herkunftsfamilie, Anzahl der Geschwister, die Lebenssituation unmittelbar bei Aufnahme und die Personensorge.

3.1.2.1 Familienform vor Aufnahme

Unter dieser Überschrift soll erfasst werden, woher die Kinder und Jugendlichen direkt vor der Aufnahme ins ÜBBZ kamen, welche Vorerfahrungen sie unter Umständen schon mit anderen Institutionen gemacht haben.

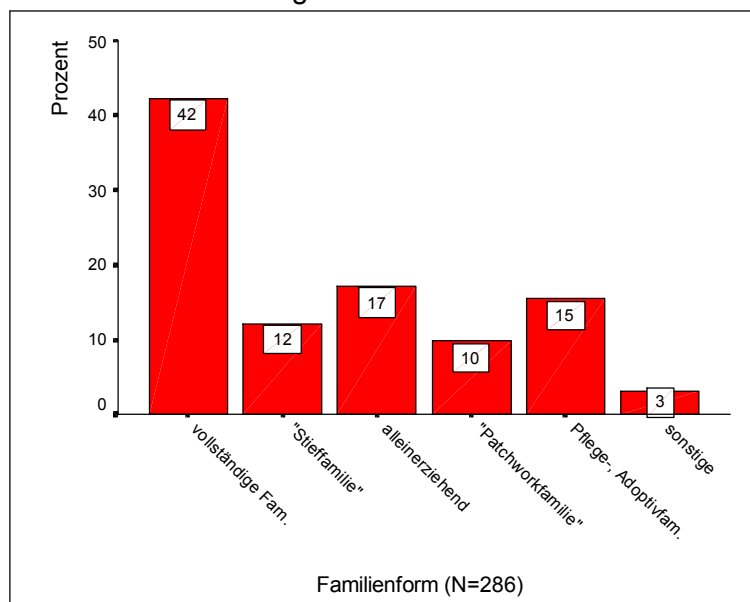


Abb.5 Prozentzahlen der Verteilung der Familienform bei Aufnahme

Nur 3% (N=9) der Kinder und Jugendlichen leben vor ihrer Aufnahme ins ÜBBZ in anderen Einrichtungen. Der überwiegende Teil (ca. 80%) der Kinder und Jugendlichen kommt aus einer familiären Konstellation mit zwei Bezugs- oder Erziehungspersonen („Partnerschaftsfamilien“). Im einzelnen (vgl. Abb.5) stammen 42% (N=121) aus vollständigen, leiblichen Familien, 12% aus Stieffamilien (N=35), bestehend aus leiblicher Mutter mit Stiefvater oder leiblichem Vater mit Stiefmutter; 10% (N=28) der Kinder leben vor ihrer Aufnahme in sogenannten "Patchworkfamilien" (Mütter oder Väter mit Partnern und

Partnerinnen sowie alleinerziehende Mütter mit wesentlicher Großelternerziehung gezählt) und 15% (N=44) stammen aus Adoptiv- und Pflegefamilien bzw. leben bei den Großeltern oder Verwandten. 17% (N=49) der Kinder und Jugendlichen leben mit alleinerziehenden Müttern oder Vätern. Auf die Anzahl von Trennungen und Scheidungen wird im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen in der Familie (s. Kap. 3.1.5) eingegangen.

3.1.2.2 Geschwister

In einem Heim zu leben, bedeutet für die Kinder und Jugendlichen das Zusammenleben mit anderen und das Erleben von sozialer Anpassung an eine Gruppe. Interessant ist, welche Vorerfahrungen die Kinder im ÜBBZ bei ihrer Aufnahme mitbringen. Da nicht nur leibliche Geschwister einen Einfluss auf das soziale Lernen haben, werden hier auch Stiefgeschwister oder „andere“ Geschwister z.B. in Stief- oder Pflegefamilien erfasst.

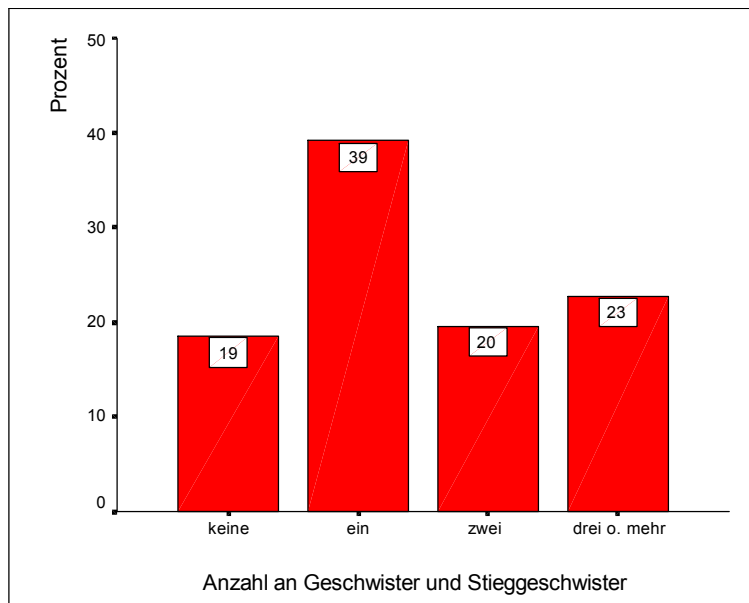


Abb.6 Anzahl Geschwister und Stiefgeschwister

Die überwiegende Mehrzahl der im ÜBBZ aufgenommenen Kinder und Jugendlichen ist mit Geschwistern aufgewachsen: 39% (N=112) haben zum Zeitpunkt der Aufnahme ein, 20% (N=56) zwei und ca. 23% (N=65) drei oder mehr Geschwister. 18,5% (N=53) der Kinder und Jugendlichen haben keine Geschwister oder Stiefgeschwister (s. Abb.6).

Verglichen mit den Zahlen aus einer Veröffentlichung des BMFSFJ (1998) über die Leistungen und Grenzen der Heimerziehung⁷ ist der Anteil an Kindern, die ohne Geschwister aufwachsen, deutlich geringer; der Anteil an Kindern mit einem Geschwister und mit drei oder mehr Geschwistern etwas höher (Zahlen aus d. Untersuchung des Bundesministeriums: 32% Einzelkinder; 32,7% zwei Kinder pro Familie, also ein Geschwister; 18,3% zwei Geschwister; und 17% drei oder mehr Geschwister; (BMFSFJ, 1998, 132)). Im Bundesdurchschnitt wachsen etwa 50,3% der Kinder ohne Geschwister auf und in 11,8% aller Familien/Lebensgemeinschaften/Alleinerziehende leben 3 und mehr Kinder (BMFSFJ, 1997, 41). Im ÜBBZ sind also überdurchschnittlich viele Kinder und Jugendliche, die mit einem oder mehreren Geschwistern aufwachsen.

⁷ Ausgewertet wurden die Daten von 284 Mädchen und Jungen.

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

3.1.2.3. Sorgerecht

Das Sorgerecht für das betreute Kind liegt in 53%, also bei über der Hälfte der aufgenommenen Fälle bei beiden Eltern (N=152), in 36% der Fälle (N=103) hat die Mutter das alleinige Sorgerecht, in 4% der Fälle (N=10) der Vater (s. Abb.7). Bei 7% der Kinder (N=21) verfügt ein Vormund über das Sorgerecht (entspricht dem Anteil der Pflegefamilien).

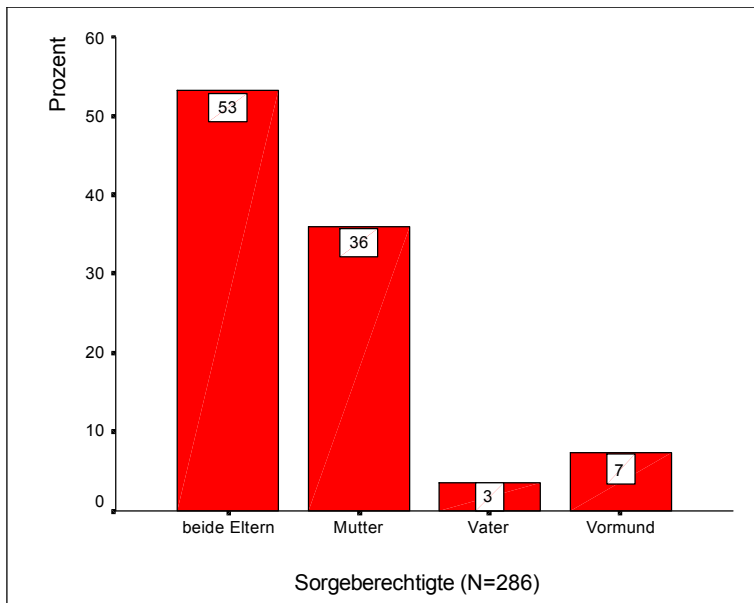


Abb.7 Prozentuale Verteilung der Sorgeberechtigten

Unbedeutend ist die Anzahl der Sorgerechtsänderungen: Nur bei sieben Kindern fand während des Aufenthaltes im ÜBBZ ein Wechsel in der Personensorge statt. In fünf Fällen erhielt das Sorgerecht der Elternteil, der es vorher nicht hatte, und in zwei Fällen ging das gemeinsame Sorgerecht auf einen Elternteil über.

3.1.2.4 Sozioökonomischer Status der Eltern

Alter

Bei Aufnahme der Kinder und Jugendlichen sind die Mütter durchschnittlich ca. 36 Jahre (M=36,7; Sd=6,7) und die Väter durchschnittlich 40 Jahre (M=40,3; Sd=7,3) alt. Die Altersverteilungen sind dabei recht gleichmäßig: 50% der Mütter sind zwischen 31 und 41 Jahre alt, nur 3% sind jünger als 27 Jahre und 4,8% älter als 50. Bei den Vätern sind ca. 50% zwischen 34 und 45 Jahren alt, nur 1,5% sind jünger als 27 und knapp 10% älter als 50.

Bildungsstand

Zum Bildungsstand der Eltern konnten die Angaben von ungefähr ca. einem Drittel der betreuten Kinder und Jugendlichen aus den Akten erhoben werden. Deshalb entsprechen die folgenden Zahlen nicht unbedingt den tatsächlichen Gegebenheiten in der Untersuchungsgruppe.

Von den Müttern haben 16% (N=14) keinen Schulabschluss, 24% (N=21) einen qualifizierten Hauptschulabschluss, 28% (N=24) einen mittleren Bildungsabschluss und 6% (N=5) die Universitäts- oder Fachhochschulreife (s. Abb.8). 19% (N=16) der Mütter verfügen über einen Universitätsabschluss, 5% (N=4) über einen Fachhochschulabschluss und jeweils 1% (N=1) über einen Fachschulabschluss oder eine Meisterausbildung.

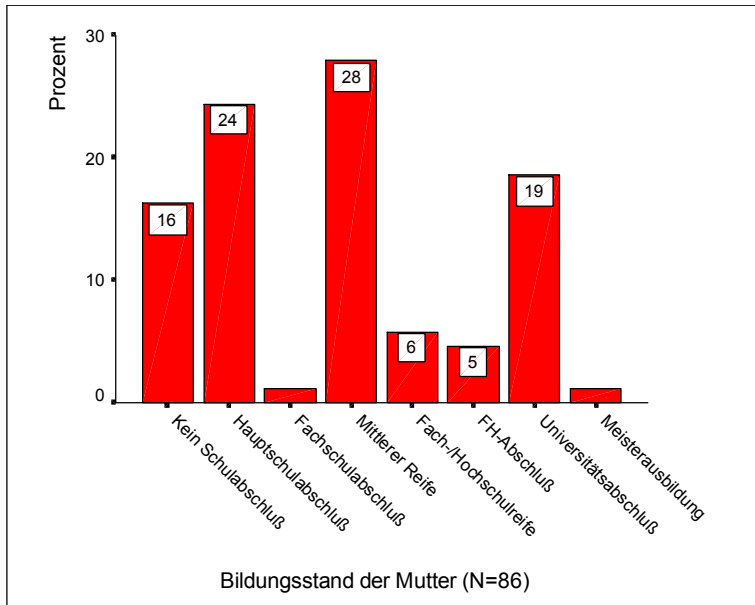


Abb.8 Bildungsstand der Mutter

Der durchschnittliche Bildungsstand der Väter (vgl. Abb.9) liegt über dem der Mütter. Nur 9% (N=7) der Väter haben keinen Schulabschluss, 14% (N=11) einen qualifizierten Hauptschulabschluss, 23% (N=18) einen mittleren Bildungsabschluss und 5% (N=4) die Allg.- oder Fach- Hochschulreife. Einen Universitätsabschluss erreichten 36% (N=28) der Väter, 8% (N=6) einen Fachhochschulabschluss und jeweils 3% (N=4) einen Fachschulabschluss bzw. einen Meistertitel.

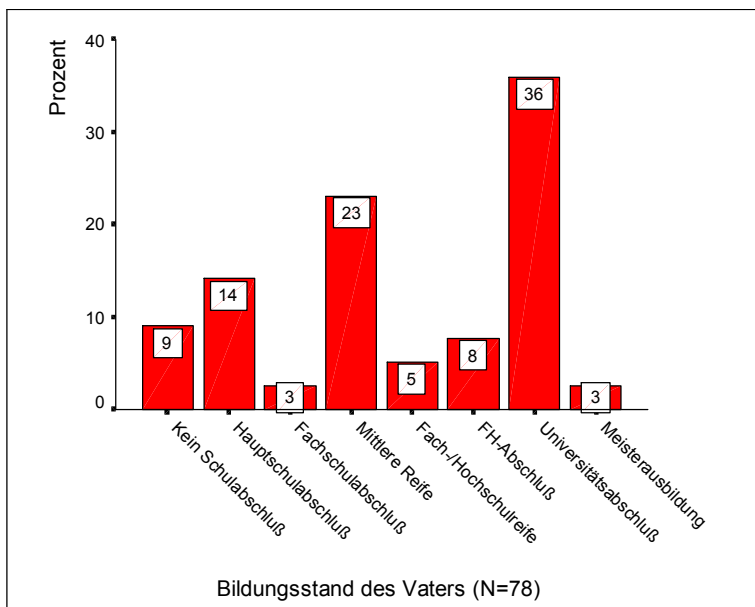


Abb.9 Bildungsstand des Vaters

Berücksichtigt man die Altersverteilungen der Eltern und vergleicht den Bildungsstand der Eltern von Kindern im ÜBBZ mit Daten aus der Gesamtbevölkerung, so stellt man einen überdurchschnittlichen Bildungsstand fest. Für 1996 lag der Anteil an Frauen im Alter von 25 bis 50 mit abgeschlossener Fachhochschul- oder Hochschulreife bei ca. 20%, der Anteil von Männern bei ca. 25% (Statistisches Bundesamt, 1998, 369). Im Vergleich dazu haben ca. 30% der Mütter in der Untersuchungsstichprobe mindestens die Fachhochschulreife, bei den Vätern sind es sogar 49%.

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Vermutlich trägt der relativ hohe Bildungsstand der Eltern mit zu einer höheren Bereitschaft bei, an einer intensiven Elternarbeit, wie sie fest in der Konzeption des ÜBBZ Würzburg verankert ist, teilzunehmen.

Beruflicher Status

Ein ähnliches Bild ergibt sich aus der Betrachtung von beruflichem Status und Einkommensverhältnissen der Eltern.

Zum beruflichen Status der Eltern liegen auswertbare Daten von insgesamt 183 Müttern und 202 Vätern, d.h. knapp zwei Drittel der Eltern, vor.

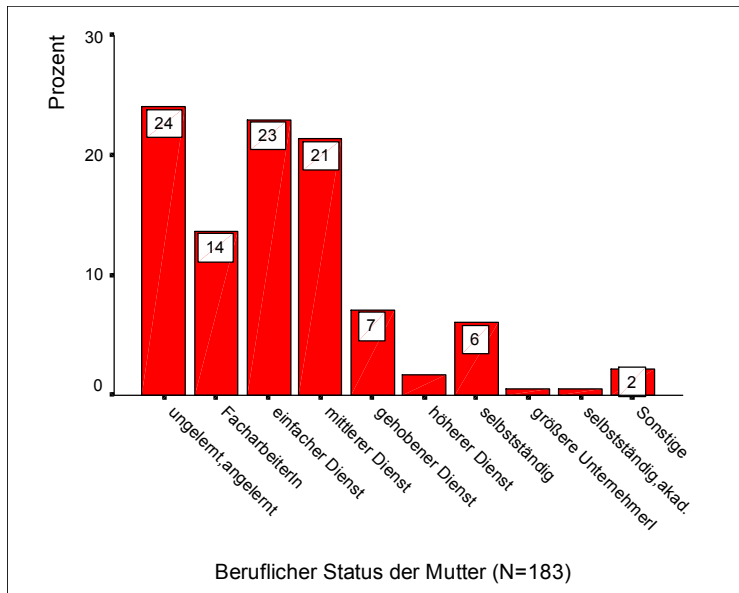


Abb.10 Beruflicher Status der Mutter

Von den Müttern sind nur 24% (N= 44) ungelernte bzw. angelernte Arbeiterinnen (meist Gelegenheitsstätigkeiten) und 14% (N=25) Facharbeiterinnen (vgl. Abb.10). In einfachen beruflichen Funktionen oder Diensten sind 23% (N=42), in mittleren 21% (N=39) der Mütter beschäftigt. Gehoben-leitende Funktionen und höhere Dienste geben 7% (N=13) bzw. 2% (N=3) der Mütter an. Mit 6% (N=11) vertreten sind die Selbständigen mit kleinen Betrieben in Handel, Handwerk oder in der Gastronomie. Eine Mutter ist Unternehmerin mit einem größeren Betrieb und eine arbeitet als akademisch Selbständige.

Bei den Vätern ergibt sich folgender Berufsstatus bei der Aufnahme ihrer Kinder ins ÜBBZ (s. Abb.11): Mit 29% (N=59) liegt ein hoher Anteil an Facharbeitern und Handwerkern vor. Ungelernte bzw. angelernte Arbeiter sind nur 11% (N=22) der Väter. Der einfache und mittlere Dienst oder berufliche Funktionen auf dieser Ebene wurde für 14% (N=29) bzw. 13% (N=26) der Väter erhoben, gehoben-leitende und höhere Dienste für 6% (N=13) und 7% (N=14). Selbständig mit kleinem Betrieb in Handel, Handwerk oder Gastronomie sind 11% (N=23) der Väter und akademisch selbständig tätig sind 5% (N=10). Die Inhaber mittelständischer und größerer Unternehmen spielen mit 2% (N=3) und 1% (N=2) lediglich eine untergeordnete Rolle.

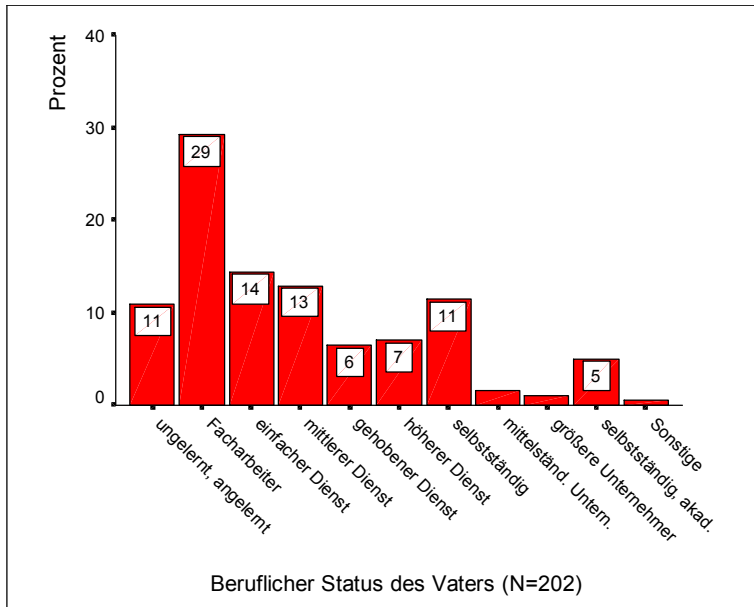


Abb.11 Beruflicher Status des Vaters

Einkommen der Eltern

Die Angaben zum Einkommen wurden mit anderen Angaben zur Berufstätigkeit zusammen erhoben, so dass es sich bei den folgenden Angaben um das jeweils geschätzte Einkommen je nach Berufsstatus handelt. Aufgrund datenschutzrechtlicher Überlegungen wurden die Angaben zum Einkommen nicht in absoluten DM-Angaben sondern in Kategorien zusammengefasst. Auch so sollte ein Überblick über die Lebenssituation, aus der die Kinder und Jugendlichen kommen, gewährleistet sein.

Hier sollte ebenfalls berücksichtigt werden, dass Einkommensangaben nur für 84 Mütter und 124 Väter vorlagen, die folgenden Zahlen sind also sehr vorsichtig zu interpretieren. Auch die Tatsache, dass die Zahlen auf Aktenauswertungen beruhen, sollte beachtet werden. Vermutlich tauchen Einkommensverhältnisse der Eltern in den Akten nur dann auf, wenn sie in irgendeinem Zusammenhang zu einer Intervention stehen.

Dabei sind die genannten Einkommenskategorien folgendermaßen zu verstehen:

- sehr geringes Einkommen: starke Abhängigkeit von sozialen Transferleistungen bzw. gelegentliche Jobs mit Verdiensten im Bereich des Sozialhilfesatzes;
- geringes Einkommen: Facharbeiter/-innen, Handwerksgesellen/ -innen, Arzthelferinnen, einfacher Verwaltungsdienst, usw.;
- mittleres Einkommen: Handwerksmeister/-innen, Verwaltungsinspektor/-innen, Industriemeister/-innen, usw.;
- gehobenes Einkommen: Lehrer/-innen, Ärztin/Arzt im Krankenhaus, Ingenieur/-in
- überdurchschnittliches Einkommen: gutgehende Arztpraxis, Rechtsanwaltskanzlei, großer Handwerksbetrieb, usw.;

Wie in Abb.12 zu erkennen, verfügen demnach 24% (N=20) der Mütter über ein geringes und unregelmäßiges Einkommen, 48% der Mütter (N=40) über ein geringes und regelmäßiges Einkommen. Ein mittleres Einkommen haben 15% (N=13) der Mütter und 10% (N=8) ein gehobenes. Vier Prozent (N=3) der Mütter haben ein überdurchschnittliches Einkommen zur Verfügung.

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

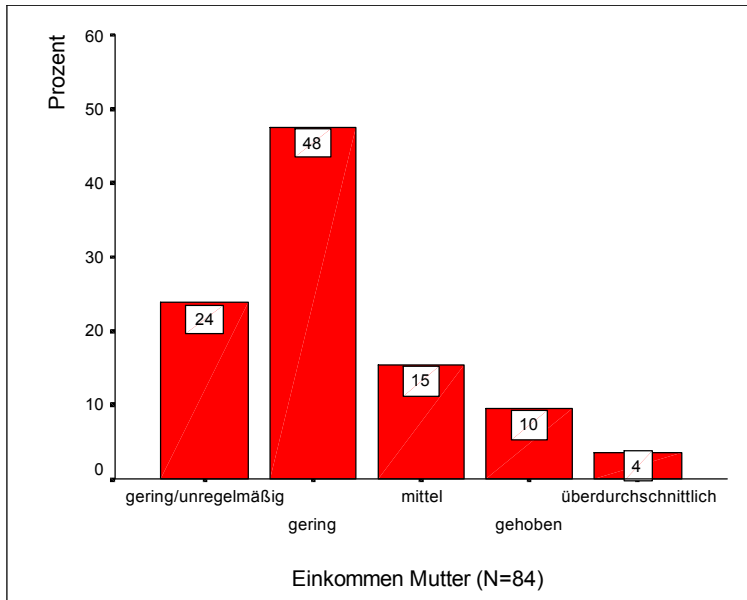


Abb.12 Prozentuale Verteilung des Einkommen der Mutter

Bei den Vätern ergibt sich folgendes Bild (s. Abb.13): Ein geringes und unregelmäßiges Einkommen kommt nur in 2% (N=3) der Fälle vor. Ein geringes, regelmäßiges Einkommen haben 41% (N=53), ein mittleres Einkommen 29% (N=38), ein gehobenes Einkommen 13% (N=17) und noch 14% (N=18) der Väter ein überdurchschnittliches Einkommen.

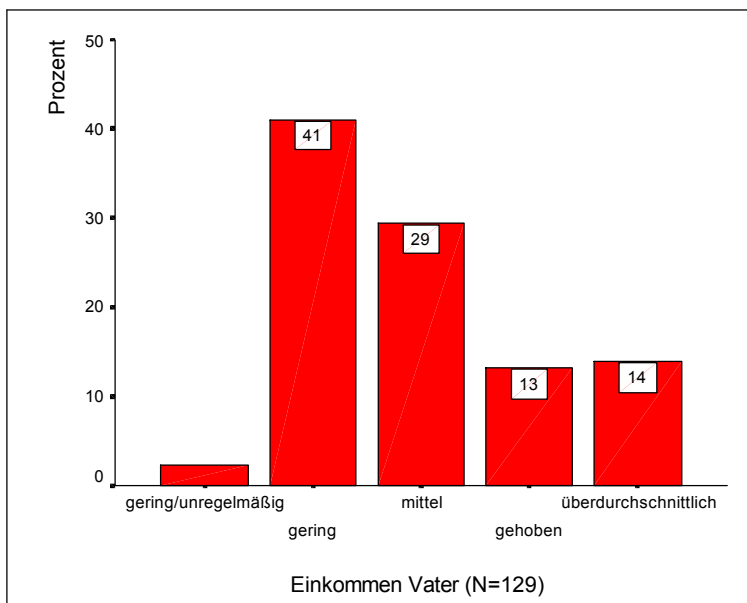


Abb.13 Prozentuale Verteilung des Einkommen des Vaters

Insgesamt gibt es in 14 Familien zwei Einkommen („Doppelverdiener“). Zusammengefasst zeigt sich bei Betrachtung der Einkommensverhältnisse ein ähnliches Bild wie beim Bildungsstand: Die Eltern der Kinder und Jugendlichen im ÜBBZ gehören überwiegend zur sogenannten „Mittelschicht“. Dabei sollte schon an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass es keine Zusammenhänge zwischen Schichtzugehörigkeit und spezifischen Störungsbildern gibt.

3.1.3 Einweisung und Verweildauer

Insgesamt sind im Erhebungszeitraum von 1977 bis 1997 bedeutende rechtliche Veränderungen in Kraft getreten, die nachweislich Auswirkungen auf die Zuständigkeit und Kostenerstattung hatten: Am 01.01.1990 wurde das KJHG in den alten Bundesländern in Kraft gesetzt, am 01.04.1993 trat das erste Gesetz zur Änderung des Achten Buches SGB in Kraft. In letzterem wurden aufgrund von Anregungen aus der Praxis der Jugendhilfe v.a. die Vorschriften über Zuständigkeiten, Kostenerstattung, Teilnahmebeiträge, Heranziehung zu Kosten und Überleitung von Ansprüchen überarbeitet und neu gefasst. Daneben wurden die Zuordnungen von Leistungen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche zur Jugendhilfe (§35a KJHG) präzisiert (Wiesner et al., 1995).

Die im folgenden dargestellten Ergebnisse und Unterschiede in den betreffenden Zeitabschnitten in Bezug auf die rechtlichen Einweisungsgründe sollten daher immer vor dem jeweils gültigen rechtlichen Hintergrund betrachtet werden.

3.1.3.1 Rechtsgrund der Einweisung

Wie schon oben beschrieben wurden die Daten von 286 Kindern und Jugendlichen für 1977 bis 1997 erhoben. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die vier wichtigsten rechtlichen Einweisungsgrundlagen im gesamten Erhebungszeitraum⁸.

Tabelle 1 Anzahl der Kinder und Jugendlichen pro Aufnahmejahr, differenziert nach dem Rechtsgrund der Einweisung

Aufnahmejahr	JWG	Rechtsgrund der Einweisung (Anzahl)			Gesamt
		§ 39 BSHG	§ 27 KJHG	§ 35a KJHG	
1977	1	-	-	-	1
1987	3	2	-	-	5
1979	14	3	-	-	17
1980	8	4	-	-	12
1981	8	3	-	-	11
1982	14	3	-	-	17
1983	10	11	-	-	21
1984	10	7	-	-	17
1985	12	7	-	-	19
1986	6	4	-	-	10
1987	7	5	-	-	12
1988	14	4	-	-	18
1989	9	8	-	-	17
1990	7	1	1	7	16
1991	1	-	-	12	13
1992	-	2	1	12	15
1993	-	1	3	12	16
1994	-	1	5	12	18
1995	-	-	5	5	10
1996	-	-	2	2	4
1997	-	-	1	-	1
Gesamt	124	66	18	62	270

Wie zu erkennen ist, hat sich durch die Einführung des KJHG (Kinder- und Jugendhilfegesetz) die Praxis der Zuständigkeit der Kostenträger für die Kinder und Jugendlichen im ÜBBZ verändert. Auffallend ist besonders, dass nach Einführung des KJHG

⁸ Von den 286 Kindern und Jugendlichen wurden 8 über die Krankenkassen, 2 über das Sonderschulgesetz eingewiesen, bei 6 Kindern waren widersprüchliche Angaben in den Akten.

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

1991 anteilmäßig wesentlich mehr Kinder Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§35a des KJHG) erhalten haben als vorher über den §39 BSHG (Bundessozialhilfegesetz).

Insgesamt wurden im Erhebungszeitraum (bezogen auf 280 auswertbare Fälle) noch 44% (N=124) nach dem JWG (Jugendwohlfahrtsgesetz) und noch 24% (N=66) nach §39 BSHG aufgenommen. Nur 6,5% (N=18) wurden aufgrund der Bestimmungen zum Angebot erzieherischer Hilfe nach §27 KJHG aufgenommen und 22% (N=62) erhielten Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach §35a KJHG und statt. Selten waren Einweisungen über die Krankenkassen (3% der Kinder und Jugendlichen, N=8) und über das Sonderschulgesetz (N=2).

3.1.3.2 Eingangsd Diagnosen

Ein großer Teil der Kinder im ÜBBZ bringt bei Aufnahme eine oder mehrere Diagnosen mit, die je nach Vorintervention von verschiedenen Fachleuten (Psychiater, Ärzte, Psychologen, Therapeuten) gestellt wurden. Tabelle 2 stellt diese in absteigender Häufigkeit dar.

Tabelle 2 Diagnoseetiketten bei Aufnahme ins ÜBBZ

Vordiagnosen	Anzahl (N)	Anteil (%)
Sonstige Diagnoseetiketten	137	47,9
Erziehungsschwierigkeiten	107	37,4
Verhaltensstörungen	82	28,7
Verhaltensauffälligkeiten	81	28,3
Familiäre Probleme/ life events	58	20,3
Dissozialität	56	19,6
Teilleistungsstörungen	54	18,9
MCD (Minimale cerebrale Dysfunktion)	53	18,5
HKS (Hyperkinetisches Syndrom)	46	16,1
Neurose, neurotische Störungen	42	14,7
Verwahrlosung	37	12,9
Aufmerksamkeitsstörungen	19	6,6
Delinquenz	18	6,3
Legasthenie	17	5,9
Hirnschaden	15	5,2
POS (Psychisch organisches Syndrom)	10	3,5
ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)	2	0,7

Die Eingangsd Diagnosen waren bei der Aktenauswertung oft nicht eindeutig einzuordnen oder nicht ausreichend differenziert. Daraus erklärt sich der hohe Anteil nicht näher aufgeschlüsselter „Sonstiger Diagnoseetiketten“. An erster Stelle stehen

„Erziehungsschwierigkeiten“ der Eltern, die meistens an die Diagnoseetiketten „Verhaltensstörungen“, „Verhaltensauffälligkeiten“, „Dissozialität“ und „Verwahrlosung“ gekoppelt sind. Diese sind auch neben familiären Problemen und Diagnosen, die auf ein hyperkinetisches Syndrom hindeuten (MCD, HKS, ADHD oder Aufmerksamkeitsstörung)⁹, sowie den sogenannten Teilleistungsstörungen, die in den Akten am häufigsten geführten Diagnosen.

3.1.3.3 Verweildauer

Die Verweildauer ist im Zusammenhang mit der aktuellen Qualitätsdiskussion und der Forderung nach möglichst effektiven und effizienten Hilfsmaßnahmen ein bedeutsamer Faktor, der gerade in der Heimerziehung häufig kontrovers diskutiert wird.

Die Aufenthaltsdauer der Kinder und Jugendlichen im ÜBBZ beträgt durchschnittlich knapp zwei Jahre ($M=1,9$; $Sd^{10}=0,97$ bzw. 23 Monate). Damit liegt sie unter dem Bundesdurchschnitt von 29 Monaten durchschnittlicher Aufenthaltsdauer in der Heimerziehung (Statistisches Bundesamt, 1998b). Abbildung 14, zeigt die prozentuale Verteilung der Kinder und Jugendlichen nach Gruppen unterschiedlicher Verweildauer eingeteilt.

Insgesamt bleiben 64% der Kinder unter einer Behandlungsdauer von zwei Jahren; mit 43% (N=123) liegt der höchste Anteil zwischen ein und zwei Jahren; 21% (N=59) bleiben bis zu einem Jahr. In dieser Gruppe befinden sich auch Kinder und Jugendliche zur Abklärung von Störungen und Diagnosen mit akutem Interventionsbedarf.

27% (N=78) der Kinder und Jugendlichen bleiben zwei bis drei Jahre im ÜBBZ. Eine Behandlungsdauer von mehr als drei Jahren ist nur bei einem kleinen Teil der Kinder und Jugendlichen (9%; N=26) nötig.

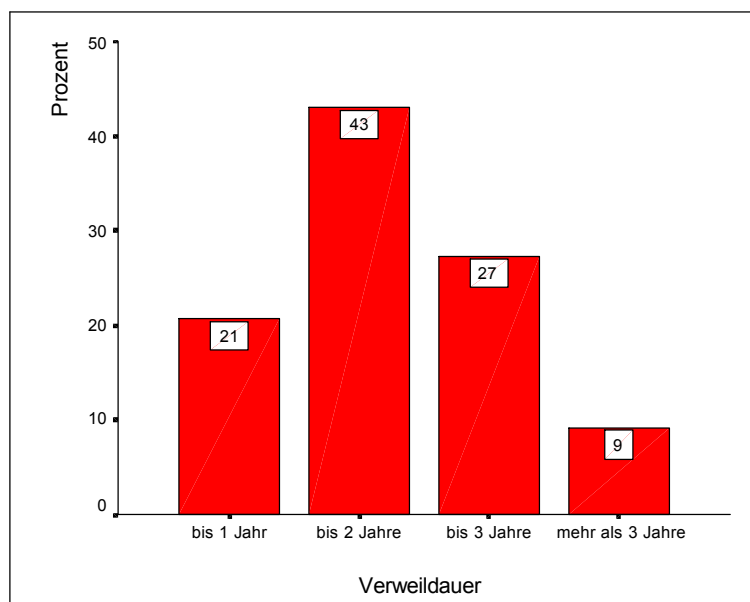


Abb.14 Prozentuale Verteilung der Kinder und Jugendlichen, eingeteilt nach Verweildauer

⁹ Bei diesen Bezeichnungen handelt es sich um historische Diagnoseetiketten, die sich im Laufe der Zeit immer wieder geändert haben.

¹⁰ Sd: Standardabweichung, Maß für die Streuung

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Betrachtet man die durchschnittliche Verweildauer, differenziert nach Aufnahmejahren (s. Abb.14a) so zeigt sich, dass bei den Kindern und Jugendlichen, die in den 90er Jahren aufgenommen wurden, die durchschnittliche Verweildauer leicht unter der in den 80er Jahren aufgenommenen liegt¹¹. Tatsächlich gibt es in den 90er Jahren so gut wie keine Kinder und Jugendliche, die länger als drei Jahre im ÜBBZ behandelt werden, d.h. dass auch die Kosten der Hilfemaßnahme pro Fall sinken.

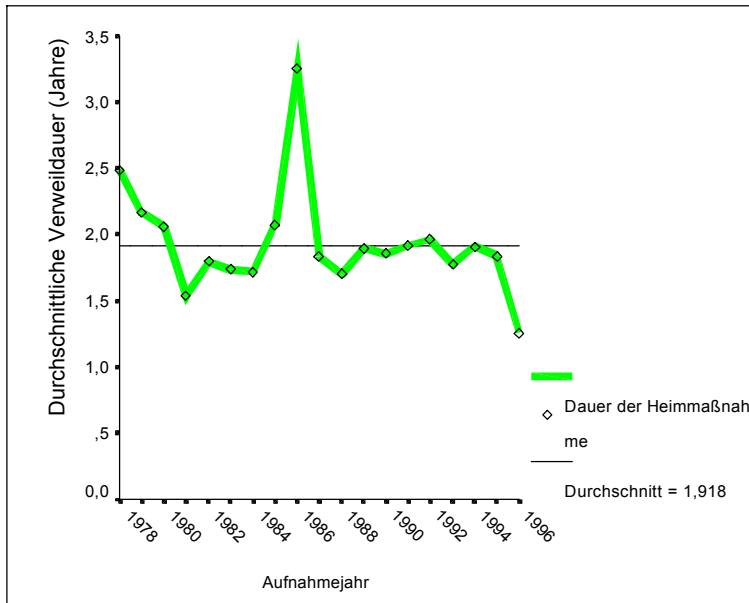


Abb.14a Durchschnittliche Verweildauer, differenziert nach Aufnahmejahr

Denkbar wäre, dass dieser Umstand auch einigen strukturellen Veränderungen im ÜBBZ zu verdanken ist, z.B. Schaffung neuer Stellen, Qualifizierung des Personals, oder der Schaffung eines niedrigschwelligen Hilfeangebotes o.ä. Auf die Erfassung entsprechender Daten wurde im Rahmen der vorliegenden Untersuchung allerdings verzichtet, da die Zielsetzung bewusst mit einer Betrachtung der Kinder- und Jugendlichen verknüpft wurde.

3.1.3.4 Zusammenhang zwischen Eingangsdiagnosen und Verweildauer

Eine für die Jugendhilfepraxis interessante Fragestellung ist, ob bestimmte Störungen eine bestimmte Behandlungsdauer und/oder eine daraus teilweise abgeleitet spezifische Hilfeform benötigen.

In Tabelle 3 sind die Eingangsdiagnosen der Kinder und Jugendlichen im ÜBBZ und die entsprechende Verweildauer (eingeteilt in vier Gruppen) einander gegenübergestellt.

Folgende Tendenzen lassen sich erkennen¹²:

- allgemeine Diagnoseetiketten wie Erziehungsschwierigkeiten, Verhaltensstörung, Verhaltensauffälligkeiten, familiäre Problem stehen in keinem Zusammenhang mit einer spezifischen Verweildauer; sie sind bei den Kindern- und Jugendlichen häufig vorzufinden;
- Störungen, die sich dem Hyperkinetischen Syndrom zuordnen lassen, Teilleistungsstörungen und Neurosen scheinen die Behandlungsdauer zu erhöhen;

¹¹ Die in der Abbildung auffallende Spitze Mitte der 80er Jahre entsteht hauptsächlich durch drei Kinder und Jugendliche mit extrem ausgeprägten psychischen Störungen, die überdurchschnittlich lange im ÜBBZ waren (4,3; 5 und 6,4 Jahre).

- auch Kinder mit dem Label „Dissozialität“ scheinen eine längere Behandlungsdauer zu benötigen (bis zu 3 Jahre), werden sie zusätzlich mit dem Label „Verwahrlosung“ aufgenommen, bleiben sie in der Regel nicht länger als zwei Jahre;
- delinquente und mit dem Etikett „verwahrlost“ belegte Kinder verweilen in der Regel nicht länger als zwei Jahre im ÜBBZ;

Tabelle 3 Häufigkeiten und Anteil von Eingangsdiagnosen, differenziert nach Verweildauer

	Verweildauer			
	Bis zu 1 J. N (%)	bis zu 2 J. N (%)	bis zu 3 J. N (%)	mehr als 3 J. N (%)
	59 (100)	123 (100)	78 (100)	26 (100)
	Davon je	davon je	davon je	davon je
Eingangsdiagnose				
Hyperkinetisches Syndrom¹³	9 (15,3)	38 (30,9)	35 (44,9)	9 (34,6)
Erziehungsschwierigkeiten	23 (39,0)	49 (39,8)	26 (33,3)	9 (34,6)
Verhaltensstörungen	16 (27,1)	38 (30,9)	19 (24,4)	9 (34,6)
Verhaltensauffälligkeiten	18 (30,5)	32 (26,0)	25 (32,1)	6 (23,1)
Familiäre Probleme/ life events	16 (27,1)	24 (19,5)	13 (16,7)	5 (19,2)
Teilleistungsstörungen	5 (8,5)	22(17,9)	20 (25,6)	7 (26,9)
Dissozialität	14 (23,7)	24 (19,5)	16 (20,5)	2 (7,7)
Verwahrlosung	13 (22,0)	18 (14,6)	4 (5,1)	2 (7,7)
Delinquenz	7 (11,9)	7 (5,9)	4 (5,1)	-
Neurose, neurotische Störungen	5 (8,5)	17 (13,8)	16 (20,5)	4 (15,4)
Legasthenie	3 (5,1)	5 (4,1)	6 (7,7)	3 (11,5)
Hirnschaden	2 (3,4)	5 (4,1)	6 (7,7)	2 (7,7)
POS (Psychisch organisches Syndrom)	-	9 (7,3)	-	1 (3,8)
Sonstige Diagnoseetiketten	24 (40,7)	54 (43,9)	48 (61,5)	11 (42,3)

***fett gedruckt: unterschiedliche Anteile, je nach Verweildauer**

3.1.4 Vorinterventionen

Für viele Kinder und Jugendliche ist die stationäre Heimaufnahme nicht die erste initiierte Hilfe. Schon aus der Zahl der zum Zeitpunkt der Aufnahme ins ÜBBZ vorliegenden Fachgutachten wird ersichtlich, dass ein Großteil der Kinder schon eine oder mehrere Vorinterventionen hinter sich hat, bevor eine stationäre Aufnahme eingeleitet wird. So lagen bei 24% der Kinder und Jugendlichen zum Zeitpunkt der Aufnahme mindestens vier schriftliche fachliche Stellungnahmen, bei 15,7% drei, bei 29% zwei und bei 23,8% ein Gutachten vor.

3.1.4.1 Alter bei der ersten Vorintervention

Das Alter der Kinder und Jugendlichen bei der ersten offiziell registrierten Intervention durch Behörden, Beratungsstellen oder sonstige Institutionen wurde in insgesamt 232 Fällen erfasst. Unter Vorintervention sind Behandlungsmaßnahmen zu verstehen, die über eine abklärende Diagnostik hinausgehen, wie bspw. Frühförderung, Ergotherapie, Logopädie oder auch psychiatrische Behandlung.

Die erste Intervention fand bei 13% (N=29) der Kinder bereits im Kleinkindalter (bis zu drei Jahren) statt. Neunzehn Prozent (N=45) waren bei der ersten Maßnahme vier bis fünf Jahre alt, 23% (N=53) sechs bis sieben Jahre und 31% (N=73) der untersuchten Kinder acht bis

¹² Diese schon an dieser Stelle zu erkennende Tendenzen werden in späteren Kapitel (3.2 und 4) noch genauer untersucht.

¹³ umfasst die Diagnosen MCD, HKS, ADHD und Aufmerksamkeitsstörungen

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

zehn Jahre. Vierzehn Prozent (N=32) der Kindern und Jugendlichen im ÜBBZ hatten erst im Alter von 11 bis 16 Jahren eine Vorintervention (s. Abb.15).

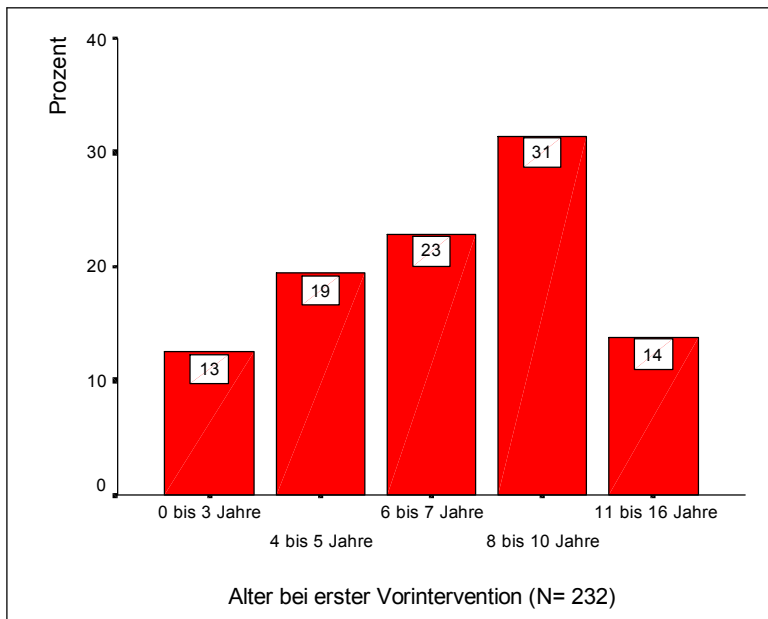


Abb.15 Prozentuale Verteilung des Alters bei erster Vorintervention

Zusammenfassend bedeutet dies, dass bei fast einem Drittel (32%) der Kinder und Jugendlichen, die stationär ins ÜBBZ aufgenommen wurden, die Erstintervention schon im Vorschulalter stattfand; bereits im Kindergartenalter wird also eine große Zahl von Kindern verhaltensauffällig. Bei über der Hälfte der Fälle (54%) dauerte es bis ins Grundschulalter, bis eine Form von Behandlung eingeleitet wurde.

Zwischen dem Alter bei der ersten Vorintervention und dem späteren Aufnahmealter gibt es in den vorliegenden Daten einen statistisch eindeutig nachweisbaren Zusammenhang¹⁴: je früher die erste Intervention stattfindet, desto jünger sind die Kinder bei Aufnahme ins ÜBBZ, d.h. um so früher wird eine stationäre Hilfe eingeleitet und um so jünger sind die Kinder bei Beendigung der Maßnahme.

3.1.4.2 Anzahl an verschiedenen Vorinterventionen

Nur drei Prozent (N=8) der Kinder und Jugendlichen hatten vor ihrer Aufnahme ins ÜBBZ keinerlei Vorintervention und wandten sich direkt ans Jugendamt (s. Abb.16). Bei 28% (N=79) der Kinder und Jugendlichen fanden eine, bei 30% (N=85) zwei verschiedene Formen von Vorinterventionen statt. Bei 21% (N=61) wurde vor der Aufnahme dreimal unterschiedlich interveniert, bei 11% (N=32) viermal, bei 5% (N=15) fünfmal, bei 1% (N=4) sechsmal und bei einem Jugendlichen fanden sieben verschiedene Vorinterventionen statt.

¹⁴ zugehöriger Korrelationskoeffizient: $r=.46$; $p<.01$

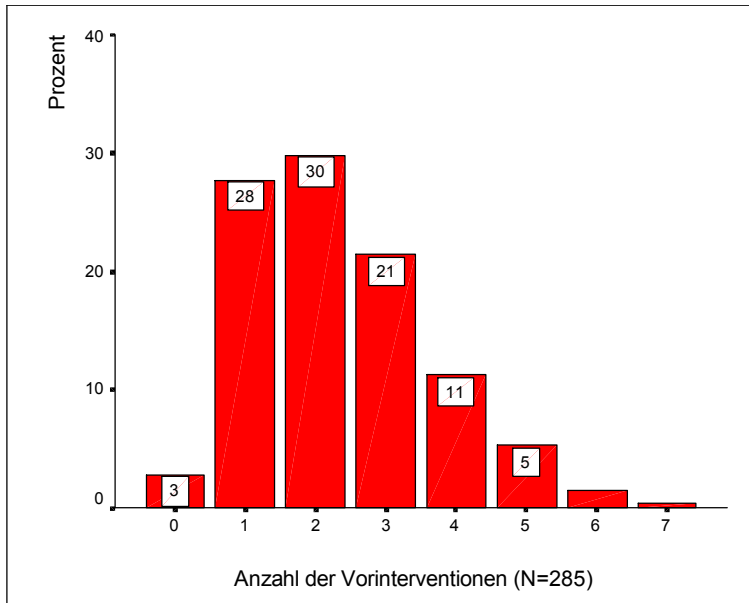


Abb.16 Anzahl der verschiedenen Formen der Vorinterventionen

3.1.4.3 Arten der Vorintervention

Insgesamt tauchen in den Akten im ganzen 35 verschiedenartige Formen möglicher Vorinterventionen auf. Zur besseren Übersichtlichkeit werden diese im folgenden unterteilt in elternorientierte, kindorientierte sowie in medizinische und schulische Vorintervention.

Elternorientierte Vorinterventionen

In 203 Fällen (70,9%) wurde vor Aufnahme ins ÜBBZ eine elternorientierte oder familienorientierte Vorintervention durchgeführt (s. Abbildung 16a).

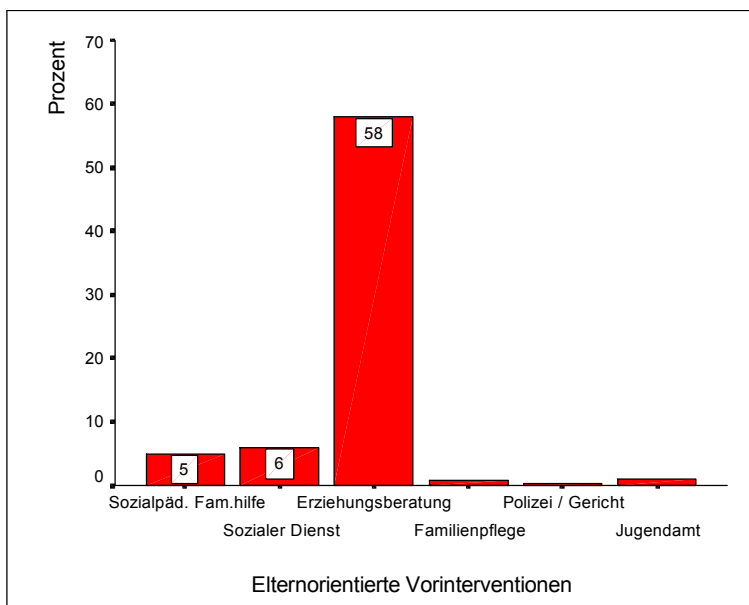


Abb.16a Prozentuale Verteilung elternorientierter Vorinterventionen

Die mit großem Abstand häufigste Intervention ist mit 58% (N=166) die Erziehungsberatung. Andere elternbezogene Vorinterventionen spielen eine eher untergeordnete Rolle. Hier sind mit 6% (N=17) der Einsatz des Sozialen Dienstes und mit 5% (N=14) die sozialpädagogische Familienhilfe zu nennen. Nur in wenigen Fällen griffen vor der Aufnahme Behörden direkt ein. Bei der sozialpädagogischen Familienhilfe zeigt sich der einzige Zusammenhang mit

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

dem Alter des Kindes bei Heimaufnahme. Kinder, die zusammen mit ihren Familien Hilfe in Form sozialpädagogischer Betreuung erhalten haben, sind bei Heimeintritt ca. anderthalb Jahre jünger (9,2 gegenüber 10,8 Jahre)¹⁵.

Kindbezogene Vorinterventionen

Noch häufiger als Maßnahmen für die Eltern finden allgemeine kindbezogene nichtschulische und nichtmedizinische Vorinterventionen statt, insgesamt bei knapp 80% (N=228) der Kinder und Jugendlichen. Die einzelnen relativen Häufigkeiten der 15 unterschiedlichen Formen sind in Abbildung 16b dargestellt.

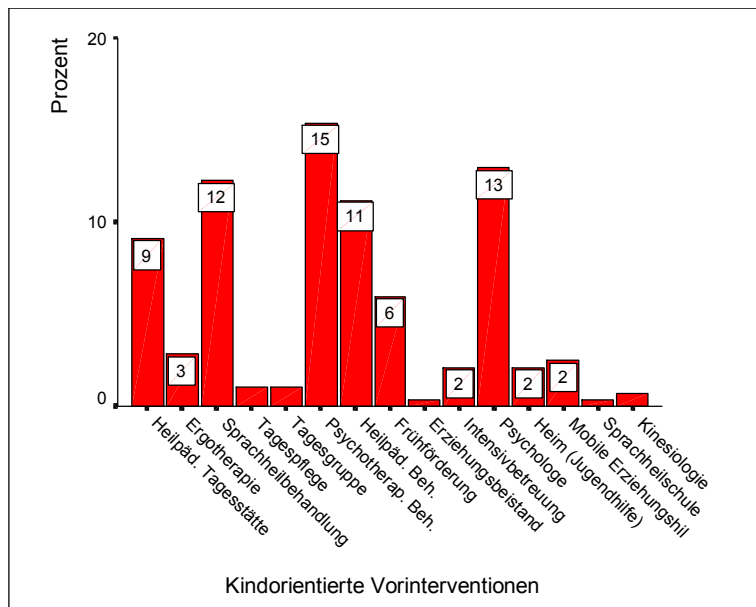


Abb.16b Prozentuale Verteilung kindorientierter Vorinterventionen

Die häufigste Form ist die psychotherapeutische Behandlung mit 15% (N=44), gefolgt von der Behandlung durch einen Psychologen mit 13% (N=37), der Sprachheilbehandlung mit 12% (N=35) und heilpädagogischen Behandlung mit 11% (N=32). Neun Prozent (N=26) der Kinder und Jugendlichen besuchten vor ihrer Aufnahme im Heim eine heilpädagogische Tagesstätte und 6% (N=17) erhielten eine Frühförderung. Eine nachgeordnete Rolle spielten in acht Fällen die Ergotherapie, in sieben Fällen die mobile Erziehungshilfe und in jeweils sechs Fällen die Intensivbetreuung und die Jugendhilfe im Heim. Jeweils drei Kinder und Jugendliche waren in einer Tagespflegestelle bzw. in einer Tagesgruppe, zwei erhielten eine kinesiologische Behandlung und jeweils ein Kind eine Erziehungsbeistandschaft oder eine Behandlung in einer Sprachheilschule.

Medizinische Vorinterventionen

Insgesamt fand bei 56,6% (N=162) der Kinder und Jugendlichen vor der Heimaufnahme eine medizinische Vorintervention statt. Fast ein Drittel der Kinder und Jugendlichen bringen die Erfahrung einer vorausgegangenen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung (32%; N=91), 11% die einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung mit. Sechs Prozent (N=17) wurden hausärztlich bzw. pädiatrisch behandelt und 5% (N=13) hatten einen Aufenthalt in einer Kinderklinik. Sechsmal gab es eine Vorintervention durch das Gesundheitsamt und drei stationäre Behandlungen in einer psychosomatischen Klinik.

¹⁵ T=2,67; p<=.01

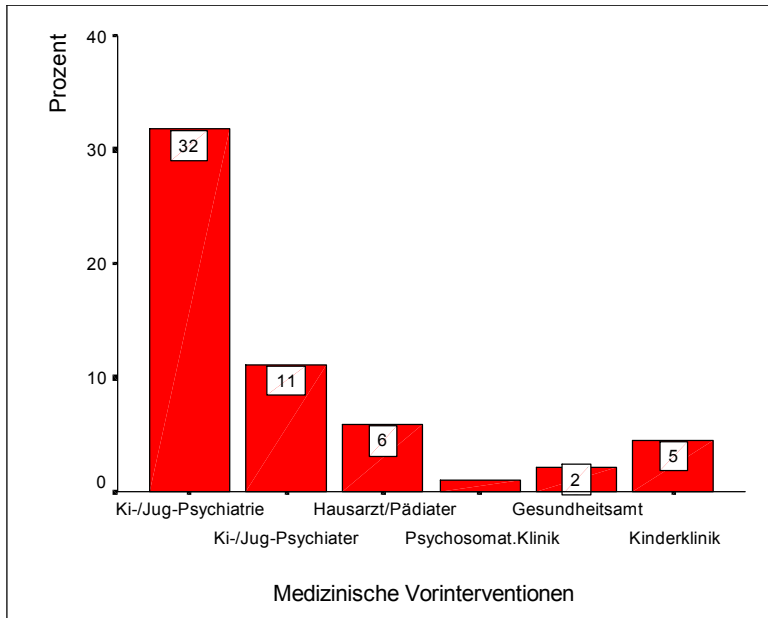


Abb.16c Prozentuale Verteilung der medizinischen Vorinterventionen

Schulische Vorinterventionen

Insgesamt sind Formen der schulischen Vorinterventionen in 71 (24,8%) Fällen zu finden (s. Abb.16d). Für 14% (N=41) der Kinder und Jugendlichen wurde der Schulpsychologe konsultiert und für 3% (N=9) der Beratungslehrer. Ebenfalls 3% (N=9) befanden sich in einer schulvorbereitenden Einrichtung. Vier Kinder und Jugendliche erhielten eine schulische Zusatzförderung, zwei Nachhilfeunterricht und ein Kind Hausaufgabenbetreuung.

Erwähnenswert sind an dieser Stelle auch, dass insgesamt 6% (N=15) der Kinder eine Diagnose-Förderklasse besuchten und 1% (N=3) bei Aufnahme in einem Internat waren (diese Zahlen sind nicht in der Graphik abgebildet).

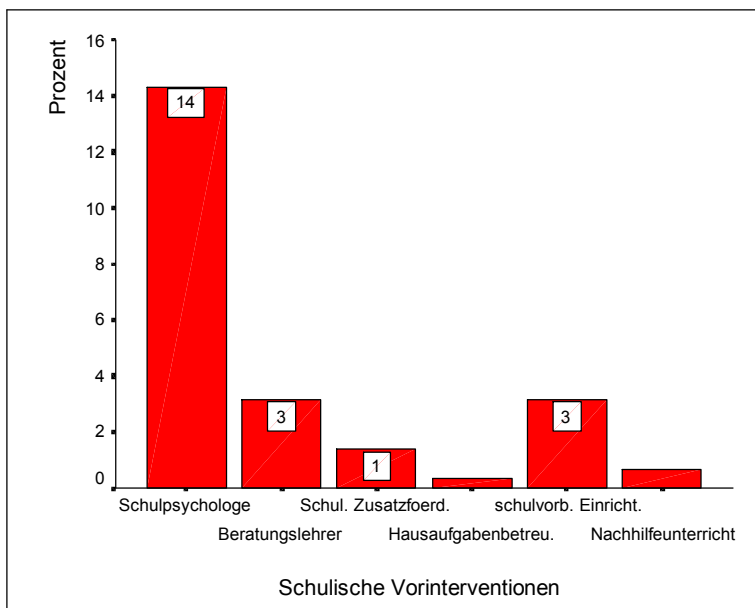


Abb.16d Prozentuale Verteilung der schulischen Vorinterventionen

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

3.1.4.4 Zusammenfassung

Betrachtet man Alter, Häufigkeit und Arten der Vorinterventionen, so zeigen sich als wesentlichste Ergebnisse:

- ca. 70% der Kinder und Jugendlichen haben mehr als zwei Vorinterventionen vor ihrer Aufnahme, 40% (!) haben sogar drei und mehr Vorinterventionen;
- nur ca. ein Drittel der Kinder und Jugendlichen hat vor der Einschulung eine Vorintervention, d.h. Frühförderung findet in relativ wenigen Fällen statt, gemessen an der Komplexität der vorliegenden Störungsbilder; stationäre erzieherische Hilfen werden oft erst in der Schule in Erwägung gezogen;
- 91 Kinder, also ca. ein Drittel der Stichprobe (!) war vor Aufnahme ins ÜBBZ stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 85% davon hatten mindestens noch eine, 60% mindestens zwei zusätzliche Vorinterventionen;

Besonders unter dem Kostenaspekt verdienen diese Daten Beachtung: Viele Kinder und Jugendliche scheinen von einer Hilfe zur nächsten Hilfe durch verschiedene Professionen weitergereicht zu werden, bevor sie eine stationäre erzieherische Hilfe erhalten.

3.1.5 Außergewöhnliche Belastungen

Für den allgemeinen Entwicklungsprozess mitbestimmend sind das Auftreten bestimmter Risikofaktoren, aber auch die Existenz und der Erwerb von protektiven oder Schutzfaktoren. Einige Entwicklungsmodelle gehen davon aus, dass eine Störung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit dann auftritt, wenn bestimmte Risiken in sogenannten „sensiblen Perioden“ auftreten, wenn diese sich im Entwicklungsverlauf summieren und wenn keine zusätzlich erworbenen Schutzfaktoren mildernd auf den aktuellen Bewältigungsprozess einwirken (Nash & Hay, 1993; Rutter, 1989). So gehen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen oft einher mit zusätzlichen Belastungen in den Familien, und die Störungen selber haben wiederum Auswirkungen auf z.B. die schulische Entwicklung und den familiären Alltag. (Kusch & Petermann, 1994). Andererseits sind familiäre psychosoziale Belastungen Risikofaktoren für verschiedenste klinische Störungen, besonders im sozial-emotionalen Bereich.

In der vorliegenden Untersuchung sind unter außergewöhnlichen Belastungen emotionale Belastungen wie häufige Auseinandersetzungen oder Trennung der Eltern und Misshandlung oder Vernachlässigung der Kinder sowie Besonderheiten der Schulkarrieren, materielle Schwierigkeiten, wie Überschuldung, Arbeitslosigkeit der Eltern, beengte Wohnverhältnisse zusammengefasst.

3.1.5.1 Besonderheiten der Schulkarrieren

In Abbildung 17 ist zu erkennen, dass insgesamt 175 (61,2%) Kinder und Jugendliche vor der Aufnahme ins ÜBBZ in bezug auf die Schullaufbahn einige Auffälligkeiten aufweisen. 59 (20,6%) mussten eine Klasse wiederholen und 51 (17,8%) wechselten häufig die Schule. Als nicht schulpflichtig eingestuft wurden trotz Erreichung des schulpflichtigen Alters sechs (2,1%) Kinder und vom Schulbesuch zurückgestellt waren 27 (9,4%) Kinder. Bei neun (3,2%) Kindern und Jugendlichen wurde wiederholtes Schulschwänzen festgestellt, 10 (3,4%) fehlten häufig wegen Krankheit und in 13 (4,5%) Fällen wurde der Besuch einer weiterführenden Schule abgebrochen. In Zusammenhang mit den Zahlen zu schulischen Vorinterventionen vor der Aufnahme ins ÜBBZ Würzburg (vgl. Abbildung 16d), die von insgesamt 24,8% der Kinder in Anspruch genommen wurden, können die Angaben zu Auffälligkeiten in der Schulkarriere als Hinweis auf drohendes Versagen in der öffentlichen

Regelschule interpretiert werden. Somit zeigt sich, dass im ÜBBZ ein Großteil der Kinder tatsächlich eine Indikation zur stationären Aufnahme in eine Einrichtung mit konzeptionell integrierter Schule aufweist.

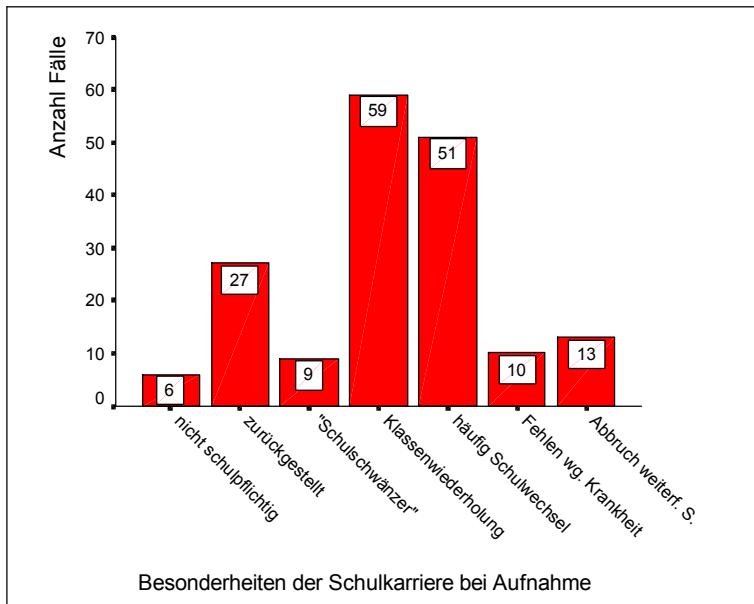


Abb.17 Prozentuale Verteilung von Auffälligkeiten in der Schulkarrieren

3.1.5.2 Psychosoziale Belastungsfaktoren

Eine Vielzahl von Kindern und Jugendlichen war vor ihrer Aufnahme teilweise erheblichen psychosozialen Belastungen im unmittelbaren familiären Umfeld ausgesetzt. Im folgenden wird unterschieden zwischen sogenannten *chronischen psychosozialen Belastungen*, die bei der Aufnahme ins ÜBBZ als länger als ein halbes Jahr andauernde Belastungen aus den Akten bekannt wurden, und *aktuellen Belastungen*, unter denen alle bei Aufnahme bekannt gewordenen Belastungsfaktoren festgehalten wurden.

Chronische Belastungen

Insgesamt wurden 15 psychosoziale Belastungsfaktoren erfasst, die länger als sechs Monate wirkten. In Tabelle 4 sind diese Faktoren in absteigenden Häufigkeiten dargestellt.

Bei über einem Viertel (25,5 %; N=73) der Kinder und Jugendlichen liegt eine durch Streit und Trennung extrem belastete Beziehung der Eltern und damit evtl. auch eine Indikation zur Partnerschaftstherapie vor. Die Trennung der Eltern ist nicht per se ein Belastungsfaktor, sondern kann nur als Belastung gewertet werden, wenn die „Konsolidierungsphase“ noch nicht beendet ist. Zusätzlich ist das Alter des Kindes bei der Trennung und zum Erhebungszeitpunkt von Bedeutung. Das bedeutet: Trennung ist nicht identisch mit Belastung, Konflikthaftigkeit der Elternbeziehung hingegen doch.

Als zweithäufigste länger dauernde Belastung gelten hier mit 14% (N=40) die extremen Formen der Kindesvernachlässigung im Sinne sowohl emotionaler als auch physischer Vernachlässigung bei gleichzeitig fehlendem normativen Erziehungsverhalten, d.h. es werden keine Regeln vorgegeben (vgl. Tabelle 4 bzw. Abb.18).

Weitere relevante Belastungsfaktoren sind mit 6% (N=17) die langfristige Arbeitslosigkeit des Haushaltsvorstands und jeweils mit 7% (N=19) beengte Wohnverhältnisse und hohe Verschuldung (oft im Sinne des Kontrollverlustes über finanzielle Ressourcen) in den betreffenden Familien.

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Tabelle 4 Anzahl und Häufigkeit chronischer Belastungsfaktoren zum Zeitpunkt der Heimaufnahme

Belastungsfaktoren	Zeitpunkt der Aufnahme	
	Anzahl (N)	Häufigkeit (%)
Beziehung zwischen Eltern extrem belastet (Streit, Trennung)	73	25,5
Chronisch extreme Vernachlässigung (emotional, normativ, physisch)	40	14,0
Psychische Erkrankungen der Hauptbezugsperson	23	8,0
Beengte Wohnverhältnisse	19	6,6
Finanzielle Schwierigkeiten, Verschuldung	19	6,6
Arbeitslosigkeit des Haushaltsvorstandes	17	5,9
Körperliche Misshandlung	13	4,5
Körperliche Erkrankungen der Hauptbezugsperson	11	3,8
Sexueller Missbrauch	9	3,1
Alkoholabhängigkeit der Mutter	7	2,4
Alkoholabhängigkeit des Vaters	18	6,3
Drogenabhängigkeit der Mutter	4	1,4
Drogenabhängigkeit des Vaters	1	0,3
Medikamentenabhängigkeit der Mutter	1	0,3
Medikamentenabhängigkeit des Vaters	1	0,3

Krankheit der wichtigsten Bezugsperson spielt ebenfalls eine Rolle: 8% (N=23) der Kinder und Jugendlichen sind mit einer psychischen und 4% (N=11) mit einer körperlichen Erkrankung ihrer Hauptbezugsperson konfrontiert. Sechs Prozent (N=18) der Kinder haben alkoholabhängige Väter und 2% (N=7) alkoholabhängige Mütter. In vier Fällen war die Mutter drogenabhängig, bei einem Kind der Vater, und jeweils eine Mutter und ein Vater waren medikamentenabhängig. Diese Raten sind verglichen z.B. mit den Daten aus der Untersuchung des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, die für 35% der Eltern von Kindern mit stationärer erzieherischen Hilfe eine Suchtproblematik feststellt (BMFSFJ, 1998, 208), recht gering. Vielleicht liegt dieser Umstand daran, dass schon im ersten Gespräch mit den Eltern (vor Aufnahme) die Bedeutsamkeit einer kontinuierlichen Zusammenarbeit zur baldigen Reintegration des Kindes in die Familie angesprochen wird.

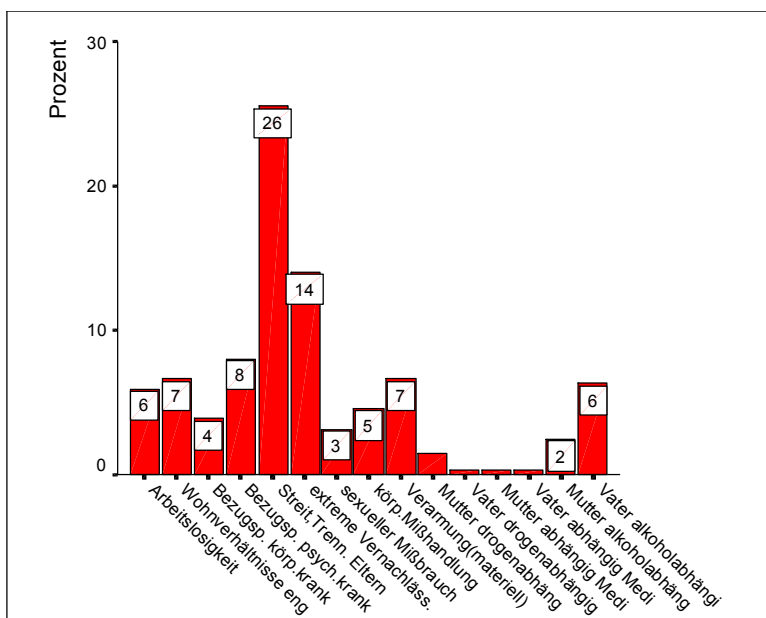


Abb. 18 Prozentuale Verteilung chronischer Belastungsfaktoren bei Heimaufnahme

Weitere relevante und schwerwiegende Belastungsfaktoren sind körperliche Misshandlung (bei 5%; N=13) und sexueller Missbrauch (bei 3%; N=9) (Amman, Wipplinger, 1998). Dieser Wert scheint, kontrastierend zu vielen anderen Befunden, recht gering zu sein. Zum einen kann das daran liegen, dass sich im Verhältnis zur Anzahl der Jungen nur wenige Mädchen in der Untersuchungsgruppe befinden. Oft werden Fälle von Missbrauch auch erst in späterem Alter aufgedeckt. Nicht selten gehen Missbrauchsfälle mit einem Sorgerechtsentzug einher und die betroffenen Kinder gelangen möglicherweise in familienersetzende Einrichtungen.

Summe chronischer psychosozialer Belastungen

Nach Auswertung der Akten wurden mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen (N= 149, 52%) in ihrer familiären Umwelt bei Aufnahme ins Heim mit mindestens einem chronischen psychosozialen Belastungsfaktor konfrontiert. Im einzelnen liegt bei fast einem Drittel der Untersuchungsstichprobe (31%; N=88) ein chronischer Belastungsfaktor vor (vgl. Abb.19), zwölf Prozent (N=33) hatten zwei und 6 % (N=17) sogar drei erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren. Extreme Belastungen von vier Einzelfaktoren waren sechs, fünf Einzelfaktoren waren drei und sechs Einzelfaktoren waren zwei betroffene Kinder und Jugendliche ausgesetzt.

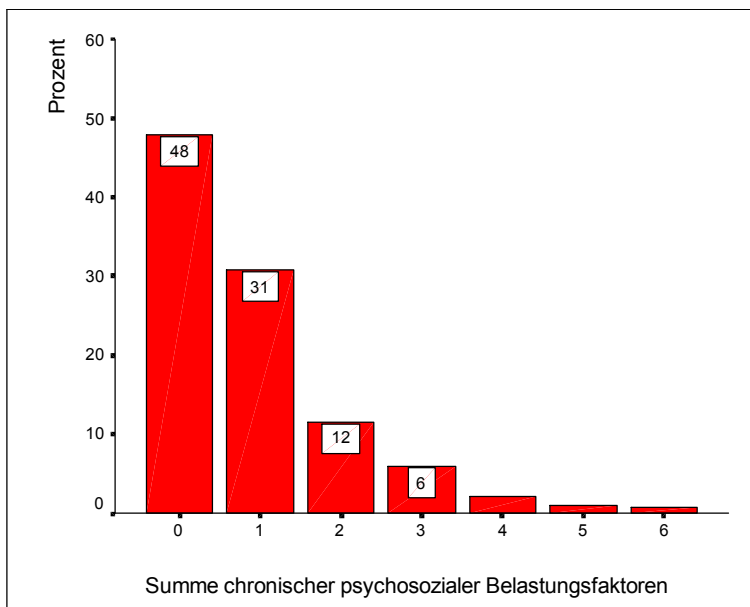


Abb.19 Summe chronischer psychosozialer Belastungsfaktoren bei Aufnahme

Aktuelle Belastungen

Beispiele für aktuelle psychosoziale Belastungen sind Scheidung oder Trennung der Eltern, Arbeitslosigkeit, Überbelastung der Erziehungspersonen, Formen von Vernachlässigung und Misshandlung, Krankheiten und Todesfälle in der Familie, etc.

Die Anzahl der psychosozialer Belastungen variieren in ihrer Summe bei der Heimaufnahme zwischen keiner Belastung bis zu dreizehn festgestellten Belastungsfaktoren. Der Mittelwert liegt bei 4,22 Belastungen (Sd=2,81). 65,6% der Kinder und Jugendlichen weisen bei ihrer Aufnahme zwischen zwei und sechs relevanten familiären Belastungsfaktoren auf. Eine Darstellung der Verteilung erfolgt an späterer Stelle bei der Gegenüberstellung mit aktuellen Belastungsfaktoren im Zeitraum vor der Entlassung (s. Abb. 45).

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Tabelle 5 gibt eine Übersicht über die bei Aufnahme am häufigsten genannten vorhandenen aktuellen psychosozialen Belastungen im familiären Umfeld.

Tabelle 5 Aktuelle psychosoziale Belastungsfaktoren zum Zeitpunkt der Heimaufnahme im Vergleich zum Zeitpunkt der Entlassung

Belastungsfaktoren	Zeitpunkt der Aufnahme		Zeitpunkt der Entlassung	
	Anzahl N	Häufigk. %	Anzahl N	Häufigk. %
Familiäre Konstellation				
Trennung/ Scheidung der Eltern	96	33,5		
Trennphase noch akut	84	29,4		
Umzug der Familie	74	25,8	19	6,6
Geburt eines Geschwisterkindes	53	18,5	8	2,8
Elternteil/Bezugsperson verstorben (Unfall/Krankheit)	27	9,4	4	1,3
Wiederheirat der Mutter	35	12,2	11	3,8
Wiederheirat des Vaters	18	6,3	4	1,4
Entzug des Personensorgerechts	14	4,9	5	1,7
Einschränkung des Personensorgerechts	16	5,6	2	0,7
Diskriminierung/ Migration	11	3,8	-	-
Isoliert lebende Familie	24	8,4	4	1,4
Stressoren der verbleibenden Erziehungsperson				
Überbelastung d. Vaters (Erziehung)	23	8,0	11	3,8
Überbelastung von Bezugsperson (Erziehung)	6	2,1	6	2,1
Überbelastung der Mutter (Beruf)	9	3,1	9	3,1
Überbelastung von Bezugsperson (Beruf)	12	4,2	8	2,8
Überbelastung der Mutter (Beruf u. Erziehung)	25	8,7	15	5,2
Überbelastung des Vaters (Beruf u. Erziehung)	10	3,5	7	2,4
Sozio-Ökonomische Situation				
Intrafamiliale Kommunikationsprobleme (Gewalt etc.)	101	35,3	49	17,1
Schulden/Überschuldung	50	17,5	21	7,3
Kindesvernachlässigung	48	16,8	7	2,4
Kindesmisshandlung	32	11,2	1	0,3
Ungewollte Schwangerschaft der Mutter	29	10,1	2	0,7
Arbeitslosigkeit der Mutter	14	4,9	1	0,3
Arbeitslosigkeit des Vaters	12	4,2	1	0,3
Inhaftierung von Mutter oder Vater	9	3,1	5	1,7
Erkrankungen				
Klinikaufenthalt von Eltern o. Bezugsperson (schwere Krankheit)	20	6,9	11	3,8
Klinikaufenthalt von Kind selber (schwere Krankheit)	16	5,6	1	0,3
Drogenabhängigkeit von Mutter	4	1,4	1	0,3
Drogenabhängigkeit von Vater	1	0,3	-	-
Alkoholabhängigkeit von Mutter	10	3,5	4	1,4
Alkoholabhängigkeit von Vater	27	9,4	4	1,4
Alkoholabhängigkeit von Bezugsperson	1	0,3	-	-
Medikamentenabhängigkeit von Mutter	3	1,0	-	-
Psychotherapierrelevante Belastungen				
Depressionen, Zwänge, Angststörungen von Mutter	49	17,1	19	6,6
Depressionen, Zwänge, Angststörungen von Vater	15	5,2	5	1,7
Depressionen, Zwänge, Angstst. sonst. Bezugspersonn	4	1,4	-	-
Psychische Erkrankungen der Mutter	6	2,1	5	1,7
Psychische Erkrankungen des Vaters	2	0,7	-	-
Behinderung von Mutter o. Vater ¹⁶	8	2,8	2	0,7
Suizid Elternteil o. Bezugsperson	5	1,6	-	-

¹⁶ In zwei Fällen waren beide Eltern behindert

Bei der Interpretation der Zahlen ist folgendes zu beachten:

- nicht ein Ereignis als solches, sondern das Erleben des Ereignisses als Belastung wurde erfasst;
- die erfassten Belastungen gegen Ende der Hilfe umfassen den Zeitraum der letzten ca. 2-3 Monate vor der Entlassung; so erklärt sich z.B., dass die Zahl der Behinderungen abgenommen hat, was nach objektiven Maßstäben kaum sein kann, sich aber daraus erklärt, dass hier eben auch eine Vermischung von Erleben und stattgefunderer Veränderung vorliegt;
- die Angaben, die sich auf die erlebte Situation vor der Aufnahme beziehen, umfassen z.T. einen noch längeren Zeitraum, je nach Informationen in den ausgewerteten Akten.

3.1.6 Zur Thematik der Indikation stationärer Verhaltenstherapie

Die bisher dargestellten Belastungen und ihre Auswirkungen lassen sich auch mit Hilfe der Daten zur Frage nach einer Indikationsstellung stationärer Verhaltenstherapie verdeutlichen, für deren Erfassung im ÜBBZ eigens für die vorliegende Untersuchung ein neues Instrument entwickelt und eingesetzt wurde (vgl. Kapitel 2). In den Tabellen 6,7 und 8 sind die verschiedenen Indikationsstellungen, die in Anlehnung an Zielke und Sturm (1994) in verschiedene Schweregrade eingeteilt wurden, dargestellt.

Tabelle 6a Kindbezogene verhaltenstherapeut. Indikationen für eine stationäre Behandlung

kindbezogene Indikationsstellungen für stationäre Behandlung	bei Aufnahme		
	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	mass. vorh. (%)
• Enorme Chronifizierung des Störungsbildes bzw. Beginn schon in früher Kindheit.	18,2	35,0	46,9
• Verhaltensstörungen, die nur durch engmaschige Verhaltensbeobachtung und Verhaltensanalysen diagnostisch abgeklärt werden können.	36,4	34,6	29,0
• Verhaltensstörungen, bei denen Vermeidungs- und Verweigerungsstrategien zu kontinuierlicher positiver Verstärkung führen, im Herkunftsmilieu nicht zu stoppen.	11,9	35,0	53,1
• Lern-Leistungsstörungen und Störungen der Leistungsmotivation, die nur noch durch den engen Verbund von Station und methodisch integrierter Schule zur Erziehungshilfe (Heimklasse) aufgefangen werden können (z.B. Schulversagen, Schulverweigerung).	10,1	23,1	66,8
• Beobachtbare und deutliche Resistenz gegen Sanktionen und Bestrafungen, jeglicher Verstärkungszug ist ineffektiv.	36,4	39,2	24,5
• Keinerlei positiven Verstärkungssysteme sind noch attraktiv oder effektiv.	39,2	40,2	20,6
• Das Kind hat umfassende Antistrategien gegen Sanktionen, Verstärkungszug etc. entwickelt.	37,4	39,5	23,1
• Es liegen stabile Verhaltensexzesse vor, die den Kontrollbedingungen der Familie entgleiten (z.B. Essstörungen wie Adipositas, Zwänge).	62,9	19,9	17,1
• Es liegt enorme Passivität und Antriebslosigkeit vor, verbunden mit generalisierter Unselbständigkeit über alle Lebensbereiche - die Entwicklungsrückstände und Defizite im Vergleich zu Gleichaltrigen sind enorm.	44,8	27,6	27,6
• Es liegen Problematiken mit bedrohlichen Eskalationen von Erpressungsstrategien vor (z.B. selbstschädigendes Verhalten, Suiziddrohungen durch das Kind).	81,5	9,8	8,7
• Es liegen Problematiken mit bedrohliche Verhaltensexzessen, wie gravierenden Sachbeschädigungen, Zündeln, vor.	45,8	30,1	24,1
• Störungen, die eine gleichzeitige psych. und med. Behandlung erfordern, ambulante Ansätze blieben erfolglos (Kombination von VT und Stimulationenbehandlung beim Hyperkinetischen Syndrom).	86,0	8,4	5,6

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Tabelle 6a zeigt deutlich, dass ein Großteil der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten ins ÜBBZ kommt, die durch ambulante Maßnahmen nicht mehr adäquat behandelt werden können. So weisen nach Aktenauswertung der Rater ca. 90% der Kinder erhebliche Lern- und Leistungsstörungen auf und über 80% zeigen eine enorme Chronifizierung ihres Störungsbildes. Die Notwendigkeit einer stationären Maßnahme wird besonders deutlich durch die Zahlen in Tabelle 6b belegt. Dort sind eltern- und familienbezogene Indikationsstellungen dargestellt. In 90% der Fälle zeigen die Eltern der Kinder und Jugendlichen zum Teil erhebliche psychische Belastungen wie z.B. Erschöpfungszustände, und depressive Verstimmungen. Eine Herausnahme des Kindes aus einem solch belasteten familiären Milieu führt zu deutlicher Entlastung der Eltern.

Bei über 40% der Eltern ist die Partnerschaft durch die Störung des Kindes so belastet, dass deren Existenz teilweise stark gefährdet ist. In fast 50% der Fälle sind im familiären Umfeld keine positiven Verhaltensmodelle mehr vorhanden, die Eltern wissen nicht mehr, wie sie notwendige Lern- und Erfahrungsfelder sicherstellen können. Häufig kommt es in betroffenen Familien (27,6%) zu eskalierenden Geschwisterrivalitäten, und in fast der Hälfte der Fälle zu krisenhaften, von Misshandlung begleiteten Zuspitzungen.

Tabelle 6b Eltern-/familienbezogene verhaltenstherapeutische Indikationen für eine stationäre Behandlung

eltern-/familienbezogen Indikationsstellungen für stationäre Behandlung	bei Aufnahme		
	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	mass. vorh. (%)
• Die Indikation besteht in der Abklärungsfrage der Integrierbarkeit des Kindes in die Familie.	20,6	31,1	48,3
• Herausnahme des Kindes aus dem familiären Milieu unter dem Belastungsaspekt für das Kind (z.B. fehlende Akzeptanz durch besonders belastende Symptomatiken).	41,3	23,4	35,3
• Herausnahme des Kindes unter dem Entlastungsaspekt für die Eltern (z.B. einsetzende Erschöpfung, Depression, besonders belastende Symptomatiken).	9,1	42,0	49,0
• Das Störungsbild hat gravierende destruktive Einflüsse auf die Partnerschaft oder bedroht diese.	60,5	26,2	13,3
• Es liegen ausgeprägte Verhaltensdefizite vor, die Eltern können notwendige Lern- und Erfahrungsfelder nicht mehr bereitstellen (z.B. soziale Phobien).	29,7	22,0	48,3
• Es kommt zu dramatischen Verläufe und krisenhafte Zuspitzungen im familiären System (Misshandlungsrisiken, Misshandlungen).	51,4	24,8	23,8
• Eskalierende Geschwisterrivalitäten mit bedrohlichen Aggressionen und Gewaltanwendungen durch das Kind.	72,4	17,1	10,5
• Verhaltensmodelle innerhalb der Familie stabilisieren das Störungsbild.	52,1	20,3	27,6

Die Tabellen 7a und 7b zeigen weitere bedeutsame Indikationen, die für sich alleine auch als Indikationen für teilstationäre Hilfen betrachtet werden könnten, da sie nicht ganz so komplexe und gravierende Indikationen wie die in den Tabellen 6a und 6b aufgeführten darstellen.

Eine Häufung bzw. hohe Ausprägung mehrerer dieser Faktoren führt allerdings sicher ebenfalls zur Notwendigkeit einer stationären Aufnahme. Tabelle 7a zeigt kindbezogene, Tabelle 7b eltern- und familienbezogene Indikationsstellungen.

Auffallend sind vor allem die Komplexität der Störungsbilder der Kinder und Jugendlichen im ÜBBZ (84,6%), die hohe Rate fehlgeschlagener ambulanter Maßnahmen (ca. 75%) sowie die Tatsache, dass in über 50% der Fälle die Eltern schon im Kindergarten Hinweise für die sich später manifestierende Störung ihres Kindes erhalten (s. Tabelle 7a). Besonders die letztere Zahl weist in Zusammenhang mit dem durchschnittlichen Aufnahmealter im ÜBBZ von ca. 10 Jahren auf eine mögliche „Verschleppung“ von Fällen hin und wirft damit die Frage nach früherer stationärer Einweisung auf. Wie können Beratungsstellen, Schulpsychologen und andere Interventoren früher die Notwendigkeit einer stationären Indikationsstellung erkennen und initiieren? Fragestellungen der Prophylaxe und präventiver Maßnahmen gehen allerdings weit über den Rahmen der vorliegenden Untersuchung hinaus.

Tabelle 7a Weitere kindbezogene verhaltenstherapeutische Indikationen

kindbezogene Indikationsstellungen	bei Aufnahme		
	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)
• Bereits im Kindergarten gehen Informationen an die Eltern über gravierende Störungen des Sozial- und Spielverhaltens.	48,3	29,4	22,4
• Komplexe Störungsbilder (Mehrfachnennungen im ICD-Katalog) mit hohen Generalisierungstendenzen über alle Lebensbereiche.	15,4	53,5	31,1
• Fehlschlag ambulanter Maßnahmen; immer wieder Inanspruchnahme gleicher oder verschiedener ambulanter Fachdienste.	24,8	39,9	35,3
• Störungen, die zur Bearbeitung das Medium der Gruppe erfordern (z.B. Dissozialität, soziale Phobien, Kommunikationsstörungen).	5,9	40,2	53,8
• Problematiken, denen der stationäre Aufenthalt in Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie in seiner zeitlichen Begrenztheit nicht Genüge leisten kann.	6,3	44,8	49,0
• Stabile Verhaltensstörungen, bei denen eine abgestufte Reizkonstellation oder Reizkonfrontation nötig ist (z.B. soziale Phobien)	75,5	14,7	9,8
• Problematiken mit bedrohlichen Verhaltensexzessen wie schwer regulierbarem Risikoverhalten.	59,1	22,7	18,2
• Problematiken, die zu sexuellen Gefährdungen führen.	76,9	11,9	11,2
• Fehlwahrnehmungen, Fehlinterpretationen und Fehlattritionen führen in eine selbstproduzierte und nicht mehr lösbare Außenseiterposition.	23,8	33,2	43,0

Die in Tabelle 7b aufgeführten eltern- und familienbezogenen Indikationsstellungen belegen die Bedeutsamkeit und Notwendigkeit einer kontinuierlich stattfindenden Elternarbeit, die in der Lage ist, die Eltern zu entlasten und Ressourcen zu entwickeln, und vor allem eine Reintegration der Kinder und Jugendlichen in die Familien zu ermöglichen. Auffallend ist der hohe Anteil an Eltern (ca. 49%), die durch Inanspruchnahme verschiedener Vorinterventionen irritiert sind, die vor lauter verschiedenen Methoden nicht mehr wissen, was sie tun sollen, besonders für diese Gruppe ist eine kontinuierliche Elternbegleitung während der Hilfemaßnahme für das Kind notwendig.

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Tabelle 7b Weitere eltern- und familienbezogene verhaltenstherapeutische Indikationen

eltern-/familienbezogen Indikationsstellungen	bei Aufnahme		
	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)
• Inanspruchnahme eines umfangreichen Helfersystems unterschiedlicher methodischer Provenienz, deren tatsächliche oder vermeintliche Widersprüche Verwirrungen und Irritationen bei den Eltern auslösten.	51,4	35,0	13,6
• Notwendigkeit einer intensiven Elternarbeit, die in der Lage ist, mit einer methodischen Vielfalt und der Kombination verschiedenster Settings (Einzel-, Partnerschaftstherapie, Gruppentherapie, Interaktionstraining, Counseling, etc.) auf die Problematiken der Familie zu reagieren	5,6	37,4	57,0
• Das Störungsbild hat gravierende Einflüsse und Beeinträchtigungen auf Entwicklungsmöglichkeiten der Geschwister (z.B. Vernachlässigung).	66,8	23,4	9,8
• Gravierende emotionale Störungen zwischen Kind und Eltern oder einem Elternteil.	39,5	30,1	30,4
• Die Eltern werden in ihrer erzieherischen Kompetenz gegeneinander ausgespielt.	40,6	35,3	24,1
• Das Störungsbild hat einen funktionalen Zusammenhang zu chronisch belastenden Umgebungsreizen und/oder verstärkenden Systembedingungen.	0,7	49,3	50,0
• Es liegen chronisch belastende Partnerschaftskonflikte mit der Thematik Trennung und Scheidung vor, das Kind ist in Personenrechtsstreitigkeiten involviert	62,6	21,0	16,4
• Es liegen Verstärkungsbedingungen für problematische Verhaltensweisen vor, die die Eltern nicht beeinflussen können.	57,7	28,3	14,0
• Es liegen nicht beeinflussbare aversive und bestrafende Bedingungen im sozialen Umfeld vor (Stigmatisierung des Kindes oder der ganzen Familie durch das Störungsbild des Kindes)	40,6	37,1	22,4
• Verhaltensmodelle außerhalb der Familie (z.B. peer-group) stabilisieren das Störungsbild.	63,6	24,1	12,2
• Es liegen insbesondere overprotektive Erziehungsstile vor – in der Regel basierend auf dysfunktionale Kognitionen und Einstellungen. Dem Kind fehlen notwendige Stimuli, Erfahrungen und Anforderung.	26,2	35,7	38,1
• Es liegen Fremdattributionen vor, die im Sinne verfestigter Vorurteile im sozialen Umfeld (Nachbarschaft, Verwandtschaft) gegen Problemwahrnehmungen der Eltern das Störungsbild verharmlosen und bagatellisieren.	81,1	11,9	7,0
• Es liegen life-events vor, die die Erziehungsstile der Eltern nachhaltig beeinflussen – die Eltern sind nicht in der Lage, adäquate Lösungsstrategien zu entwickeln (z.B. unangemessene Mitleidshaltungen, resultierend aus Krankheiten, Unfällen des Kindes).	61,2	19,2	19,6

In Tabelle 8 sind weitere Zahlen zu Belastungsfaktoren aus dem familiären Umfeld aufgeführt, die teilweise die schon weiter oben dargestellte Situation, nämlich die einer sehr erheblichen psychosozialen Belastung, nochmals verdeutlichen.

Nach Einschätzung der Rater sind über ein Drittel der Eltern mit Trennungs- und Scheidungsproblematiken belastet. In ca. 65% der Fälle zeigen die Eltern aufgrund der belasteten Situation kein einheitliches Erziehungsverhalten, sie spielen sich z.B.

gegeneinander aus. Alle diese Faktoren sind gleichzeitig Indikationen für eine mögliche Partnerschafts- oder Familientherapie.

Tabelle 8 Zusätzliche familienbezogene verhaltenstherapeutische Indikationen für eine stationäre Behandlung

zusätzliche familiäre Belastungen	bei Aufnahme		
	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)
• Chronisch belastende Partnerschaftskonflikte mit der Thematik Trennung und Scheidung.	64,3	19,2	16,4
• Das Kind ist in gravierende Generationenkonflikte zwischen Eltern und Großeltern involviert.	76,2	14,0	9,8
• Es liegen auf Grund divergenter Einstellungen gravierend inkongruente Erziehungsstile zwischen den Eltern vor, die zu Verstärkungsbedingungen der problematischen Verhaltensweisen führen (z.B. gegenseitiges Auspielen).	35,7	40,9	23,4
• Es liegen sogenannte „experimentelle“ Erziehungsstile der Eltern auf dem Hintergrund diverser Ideologien und Weltanschauungen vor.	77,6	14,7	7,7
• Die Eltern nehmen stabil monokausale Attributionen zur Ätiologie vor, z.B. Krankheitsmodelle und leiten daraus Interventionsstrategien ab.	64,7	23,4	11,9
• Komplexe Störungsbilder werden im Sinne von sekundären Zuordnungen zu monokausalen Fehlattritionen nicht adäquat gewürdigt, es kommt zu inadäquaten Problemhierarchien.	72,0	17,8	10,1
• Die Fehlattritionen beinhalten Externalisierungsprozesse, womit funktionale Zusammenhänge (eher) ausschließlich außerhalb des Elternhauses festgelegt werden (z.B. Schule, peer-group).	68,5	24,1	7,3
• Die Fehlattritionen sind, von einem Elternteil externalisierend, in der alleinigen Schuldzuweisung an den anderen Elternteil zu sehen.	71,3	18,9	9,8
• Einen besonderen Fall von Fehlattrition stellt die Interpretation des kindlichen Verhaltens auf einer moralisch-ethischen Bewertungsdimension dar, aus denen dann überwiegend Bestrafungssequenzen und Verstärkungsdefizite resultieren.	76,6	18,5	4,9
• Die Fehlattrition beinhaltet vorwiegend dispositionelle und genetische Gewichtungen.	81,8	15,4	2,8
• Die Fehlattritionen beinhalten im Wesentlichen ein Konglomerat naiver Verhaltenstheorien.	21,3	54,5	24,1
• Divergente Attributionen unter den Eltern produzieren inkongruente Erziehungsstile.	49,7	32,2	18,2

3.2 Ergebnisqualität – Effekte

Über den schon erwähnten Ansatz zur Indikationsstellung hinaus, ist ein erklärtes Ziel der vorliegenden Untersuchung die Erfassung und Klassifikation von Symptomatiken und Störungsbildern der Kinder und Jugendlichen sowie die Abbildung von Veränderungsverläufen während der Dauer der Hilfemaßnahme im ÜBBZ. Gleichzeitig können solche Veränderungen als ein wichtiger Bestandteil der Erfassung und Beurteilung von Ergebnisqualität in der Jugendhilfe betrachtet werden (vgl. Kapitel 1.2).

3.2.1 Störungsbilder und Veränderungsverläufe

Wie bereits weiter oben dargestellt bringen die meisten Kinder und Jugendlichen bei ihrer Aufnahme eine von unterschiedlichen Fachleuten (Ärzte, Jugendämter, Erziehungsberatungsstellen o.ä.) gestellte Diagnose mit, die die Einleitung der Hilfemaßnahme indiziert. Dabei ist davon auszugehen, dass die gestellten Diagnosen nicht immer auf die gleichen diagnostischen Methoden zurückgehen. Im ÜBBZ Würzburg ist eine umfassende Eingangsdagnostik und verlaufsbegleitende Beobachtung, die sich am ICD-10 orientiert, fester Bestandteil der Arbeit. Darauf aufbauend wurde zur Erfassung der unterschiedlichen Störungsbilder für die vorliegende Studie ein Instrumentarium nach einer einheitlichen Systematik entwickelt, das sich in den meisten Bereichen nach dem Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 (Remschmidt & Schmidt, 1994) richtet.

Aufbau

Im folgenden werden für jede Gruppe von Störungen

- in einer tabellarischen Übersicht die prozentuale Verteilungen der jeweils störungsspezifischen Symptome bei Aufnahme ins ÜBBZ und bei Beendigung der Maßnahme einander gegenübergestellt;
- die Verläufe der einzelnen Störungsbilder von der Aufnahme bis zur Entlassung differenziert nach Geschlecht und/oder Verweildauer graphisch dargestellt. Dabei werden die störungsspezifischen Symptome durch Aufsummierung zu Skalen¹⁷ zusammengefasst, die je nach Störungsbild bzw. Anzahl der berücksichtigten Symptome Werte von 0 bis 18 annehmen können. Dargestellt werden Mittelwertsverläufe, ein Wert von „0“ bedeutet dabei, dass beim entsprechenden Störungsbild keines der zugehörigen Symptome vorhanden war);
- falls nicht anders angegeben, die Darstellungen immer auf die gesamte Untersuchungsstichprobe bezogen;
- bei den geschlechtsspezifischen Darstellungen (Balkendiagramme) stehen die farblich unterschiedlichen Balken für die verschiedenen Erhebungszeitpunkte: rote Balken für die Aufnahmeerhebung, grüne Balken für die erste Zwischenerhebung nach einem Jahr (bzw. bei den einjährigen Aufenthalten nach einem halben Jahr) und blaue Balken für die Entlassungserhebung.

3.2.1.1 Hyperkinetische Störungen

Kernsymptome der hyperkinetischen Störung sind Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörungen (Döpfner, 1995). Prävalenzraten, also Auftretenshäufigkeiten in

der Gesamtbevölkerung werden bei Kindern vorsichtig auf etwa 3-5% geschätzt (nach DSM-IV, Saß et al., 1998). Im Vergleich dazu ist eine sehr hohe Anzahl der im ÜBBZ Würzburg behandelten Kinder und Jugendlichen bei Aufnahme mit Diagnosen belegt, die sich durch Unaufmerksamkeit und Überaktivität auszeichnen. Insgesamt weisen 31,8% der Kinder als Eingangsd Diagnosen MCD (Minimale Cerebrale Dysfunktion), HKS (Hyperkinetisches Syndrom), ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder) oder Aufmerksamkeitsstörung auf. All diese Störungsbezeichnungen sind der Gruppe der Hyperkinetischen Störungen (nach ICD 10) zuzuordnen¹⁸. Im weiteren werden die Begriffe Hyperaktivitätsstörung und Aufmerksamkeitsstörung¹⁹ verwendet, um die in der Forschung diskutierten verschiedenartigen Symptome dieses komplexen Störungsbildes besser differenzieren zu können.

Betrachtet man zunächst die Häufigkeiten verschiedener Hyperaktivitätssymptome bei Aufnahme und Entlassung (s. Tabelle 10), so zeigt sich eine deutliche positive Veränderung:

- bei Aufnahme weisen durchschnittlich knapp 40% der Kinder und Jugendlichen Hyperaktivitätssymptome auf, davon etwa die Hälfte in massiver Ausprägung.
- bei Entlassung sinkt der Prozentsatz auf durchschnittlich 21% Kinder mit Hyperaktivitätssymptomen, davon nur noch ein Viertel (5% der Gesamtgruppe) mit hoher Ausprägung

Tabelle 10 Prozentuale Verteilung verschiedener Hyperaktivitätssymptomen bei Aufnahme und Entlassung

	Aufnahme			Entlassung		
	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)
Hyperaktivitätsstörung						
Aufmerksamkeits-, Konzentrationsstörung, (hohe Ablenkbarkeit)	43,4	30,0	34,6	67,7	24,9	7,4
Hyperaktivität (motorisch)	64,3	14,0	21,7	84,6	11,6	3,9
Kognitive Impulsivität	73,1	20,3	6,6	84,9	12,3	2,8
Ziel- und Planlosigkeit	71,7	19,9	8,4	85,6	11,6	2,8
Störung der Handlungsregulation	72,0	17,8	10,1	89,5	7,0	3,5
Soziale Anpassungsst. u. Oppositionsvh.	48,6	23,4	28,0	72,3	19,6	8,1
Kommunikationsstörung, Distanzlosigkeit, Mittelpunktverhalten	60,8	9,4	29,7	74,0	19,3	6,7
Typische Defizite im Freizeitverhalten	64,0	24,1	11,9	82,8	13,3	3,9
Typische Lern-, Leistungsstörungen (chaotischer Arbeitsstil)	45,8	26,9	27,3	70,9	22,8	6,3
Durchschnitt	60,2	20,6	19,1	79,1	15,8	5,0

Auch klassische Symptome von Aufmerksamkeitsstörungen treten bei Entlassung deutlich weniger häufig als auf bei der Aufnahme (vgl. Tabelle 11). Besonders bemerkenswert ist die Verbesserung von Konzentrationsstörungen: Während ca. die Hälfte der Kinder bei Aufnahme kurze bzw. extrem kurze (jeweils zu einem Viertel) Konzentrationsspannen haben, sind es bei Entlassung nur noch insgesamt ein Viertel (nur 5% haben noch massive Auffälligkeiten).

¹⁷ Die Auswahl der Items pro Skala erfolgte durch inhaltlich/theoretische Zuordnungen nach dem ICD-10 und wurde durch Reliabilitätsberechnungen überprüft. Diese sowie basale deskriptive Statistiken sind für alle Skalen im Anhang (Tabelle A1) dargestellt.

¹⁸ Die Diagnose MCD (Minimale Cerebrale Dysfunktion) wurde in den 80er Jahren oft synonym zu hyperkinetischem Syndrom verwendet (Steinhausen, 1982).

¹⁹ In Übereinstimmung mit dem DSM IV.

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Tabelle 11 Prozentuale Verteilung verschiedener Symptome von Aufmerksamkeitsstörungen bei Aufnahme und Entlassung

Aufmerksamkeitsstörungen	Aufnahme			Entlassung		
	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)
Störung der Infoaufnahme,-verarbeitung	86,0	7,3	6,6	86,3	9,8	3,8
Gedächtnis-, Speicherstörungen	81,5	10,5	8,0	90,2	7,7	2,1
Tempoverlangsamung (groß-/ kleinmotor.)	92,0	4,2	3,5	96,8	2,8	0,4
Kurze Konzentrationsspanne	50,0	23,8	26,2	75,4	20,0	4,6
Tempoverlangsamung (Sprachproduktion)	95,5	2,4	2,1	98,6	1,1	0,4
Sonstige Aufmerksamkeitsstörungen	96,9	2,1	1,0	99,3	0,4	0,4
Durchschnitt	72,6	14,7	13,9	86,5	10,5	3,1

Fasst man die entsprechenden Symptome, wie oben beschrieben, zu Skalen zusammen, und betrachtet man den geschlechtsspezifischen Verlauf von Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen, so zeigt sich ein deutliches Absinken des durchschnittlichen Ausmaßes (mittlere Skalenwerte) an Hyperaktivitätsstörung²⁰ und Aufmerksamkeitsstörung²¹, sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen (vgl. Abbildungen 20 und 21). Auch das Ausmaß dieser Arten von Störung unterscheidet sich nicht zwischen den Geschlechtern.

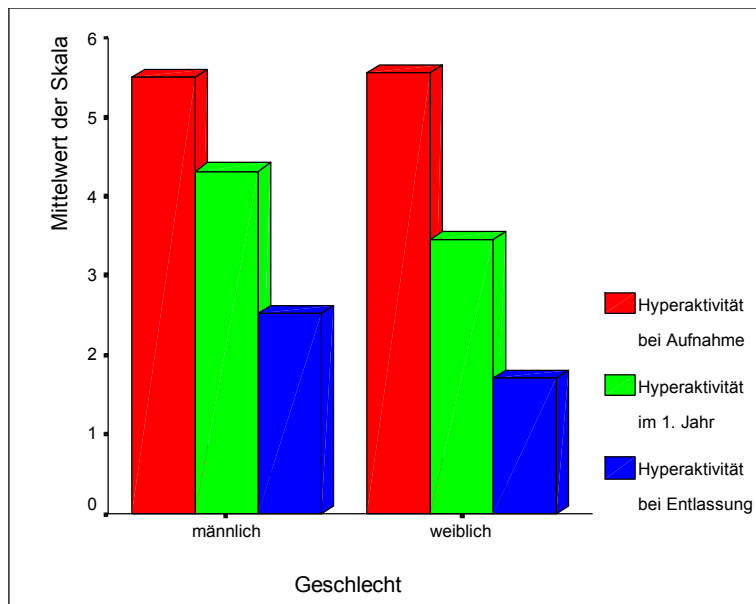


Abb. 20 Mittelwerte der Skala Hyperaktivitätsstörung

²⁰ Testwert aus der zugehörigen Varianzanalyse mit Meßwiederholung: $F(2,548)=61,95;p<.001$ (Haupteffekt Zeit)

²¹ Testwert aus der zugehörigen Varianzanalyse mit Meßwiederholung: $F(2,546)=56,5;p<.001$ (Haupteffekt Zeit)

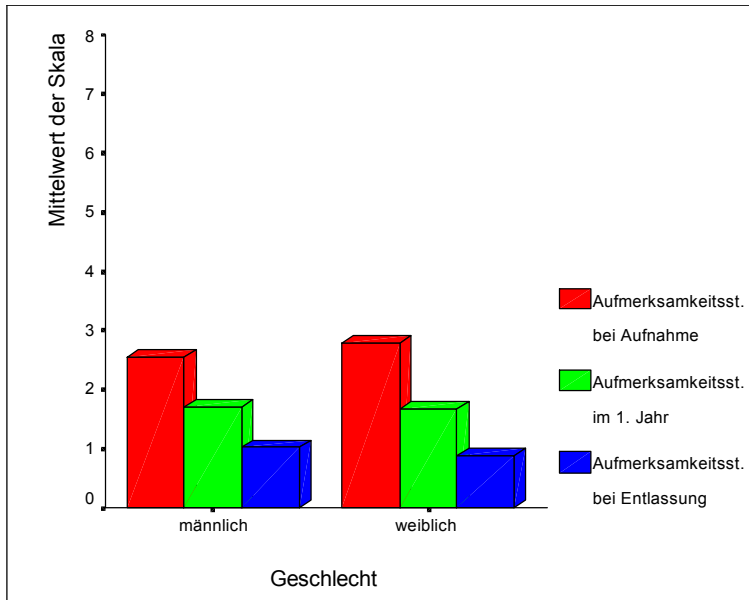


Abb. 21 Mittelwerte der Skala Aufmerksamkeitsstörung

Wie in Kapitel 3.1.3.4 beschrieben, scheinen hyperkinetische Störungsbilder, schulische Teilleistungsstörungen und Neurosen die Verweil- und Behandlungsdauer allgemein zu erhöhen. Betrachtet man den Verlauf der Hyperaktivitätsstörung differenziert nach Verweildauer, so zeigt sich folgender Unterschied (vgl. Abb. 22) zwischen der Gruppe der Kinder mit einer Aufenthaltsdauer von bis zu 1 Jahr und den übrigen²²: Die Kinder, die länger im ÜBBZ bleiben, haben höhere Ausgangswerte, die durch den längeren Aufenthalt den Verbesserungen der anderen angenähert werden können. Oder anders ausgedrückt, die ausgeprägtere Hyperaktivität macht eine längere Aufenthaltsdauer notwendig. Ein ähnlicher Verlauf ergibt sich bei den Aufmerksamkeitsstörungen (vgl. Abb. 23).

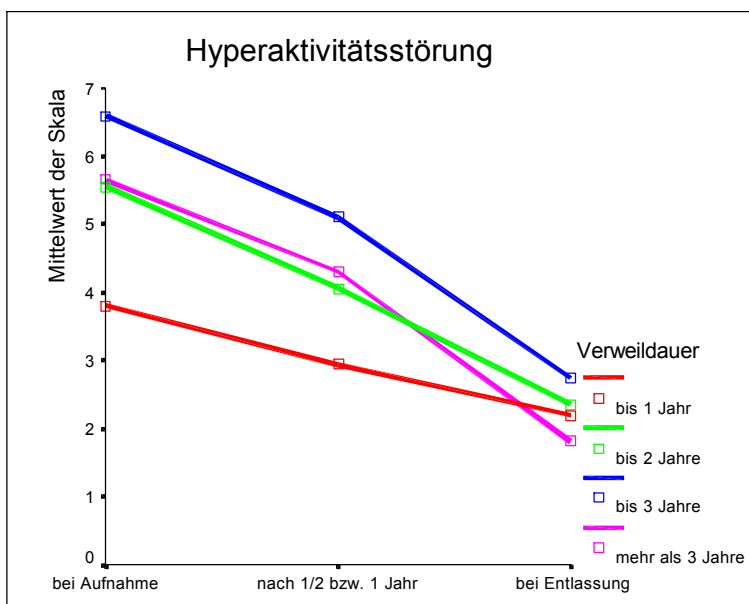


Abb.22 Verlauf der Hyperaktivitätsstörungen, differenziert nach Verweildauer

Im Gegensatz zu Theorien, die davon ausgehen, dass der Haupteffekt von stationären erzieherischen Hilfen im ersten Jahr stattfindet, lässt sich aufzeigen, dass auch noch zu

²² Testwert aus der zugehörigen Varianzanalyse mit Messwiederholung: $F(3,272)=2,85;p<.05$ (Haupteffekt Verweildauer)

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

späteren Zeitpunkten Verbesserungen stattfinden. Dabei zeigt sich die Effektivität an den im Verlauf weiter absinkenden Werten in den Abbildungen²³.

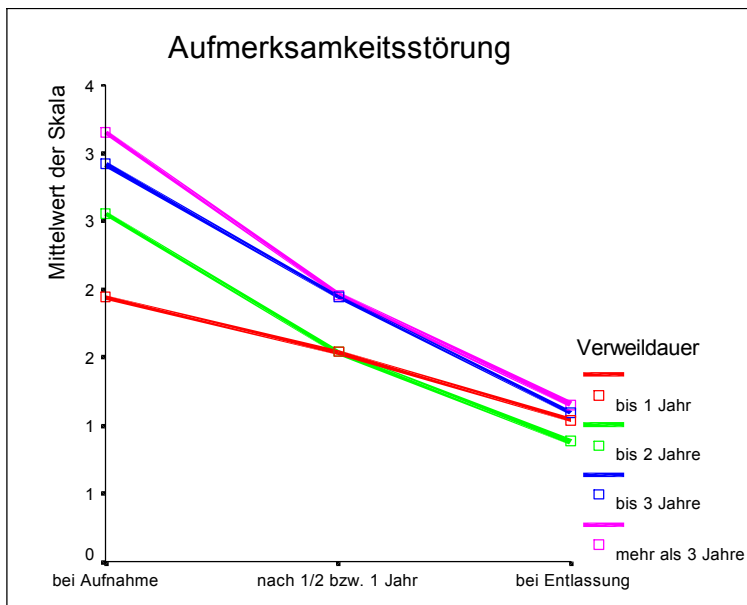


Abb.23 Verlauf der Aufmerksamkeitsstörungen, differenziert nach Verweildauer

Bei Betrachtung der Hyperaktivitätsstörung in verschiedenen Altersgruppen zeigt sich der klinisch bekannte Zusammenhang, dass jüngere Kinder einen höheren Grad an auffälliger Symptomatik aufweisen als ältere Kinder (Abbildungen 24 und 25). Aus der Graphik lässt sich auch erkennen, dass besonders die bei Aufnahme acht bis zehnjährigen eine deutliche Verbesserung ihrer Symptomatik während ihres Aufenthaltes im ÜBBZ erfahren²⁴.

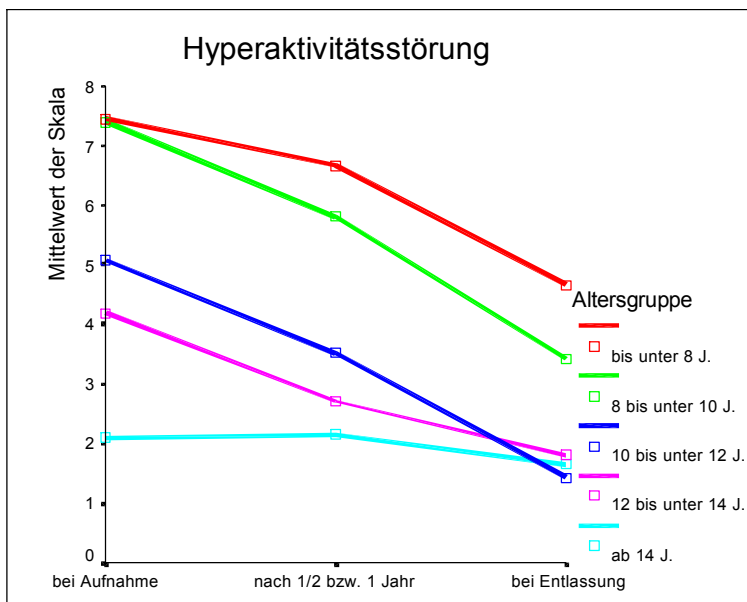


Abb.24 Verlauf der Hyperaktivitätsstörungen, differenziert nach Altersgruppen

²³ Allerdings fehlen in den Darstellungen die Messzwischenwerte zwischen dem Zeitpunkt ½ bzw. 1 Jahr, so dass der Eindruck einer nicht vorhandenen Linearität entsteht. Die einzelnen Verlaufskurven weisen natürlich Schwankungen auf; es treten Deckeneffekte und in einzelnen Fällen auch zeitweilige Verschlechterungen auf. Dies ändert aber nichts an der generellen Aussage der Durchschnittswerte.

²⁴ Testwert aus der zugehörigen Varianzanalyse mit Messwiederholung: $F(8,540)=2,34; p<.05$ (Interaktionseffekt)

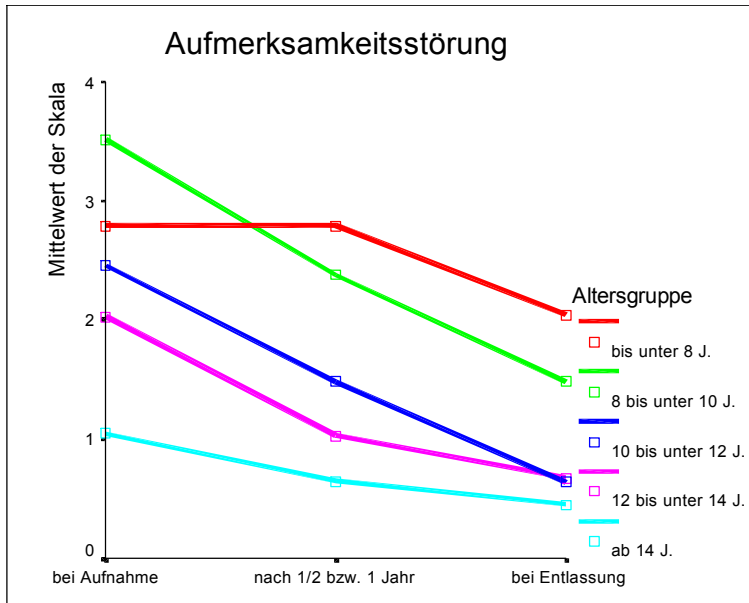


Abb.25 Verlauf der Aufmerksamkeitsstörungen, differenziert nach Altersgruppen

3.2.1.2 Teilleistungs- und Lernstörungen

Zu einer Gruppe von Störungen, die sich im Schulalter manifestieren und sich besonders im schulischen Bereich in Leistungsdefiziten bemerkbar machen, gehören die Teilleistungsstörungen und Lernstörungen. Unter Teilleistungsstörungen sind diagnostisch isolierbare Schwächen menschlicher Erlebens-, Denk- und Handlungsfähigkeit gefaßt. Diese Gruppe von Störungen tritt auch häufig im Zusammenhang mit den hyperkinetischen Störungen auf (Warnke, 1995). Auch in der vorliegenden Untersuchung lassen sich deutliche (statistisch signifikante) Zusammenhänge zwischen den beiden Störungsarten nachweisen: je höher das Ausmaß an Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, desto höher ist auch das Ausmaß an Teilleistungsstörungen²⁵ und umgekehrt, d.h. dass viele Kinder und Jugendliche, die ins ÜBBZ kommen, beide Störungsbilder aufweisen.

In Tabelle 12 sind wiederum die Häufigkeitsverteilungen der wichtigsten Symptome von Teilleistungs- und Lernstörungen bei Aufnahme und Entlassung dargestellt. Auch hier zeigt sich analog zu den hyperkinetischen Störungen ein deutlicher Rückgang, sprich eine Verbesserung der Auffälligkeiten im Laufe des Aufenthaltes: Bei Aufnahme wurden bei 10 bis 20% der Kinder und Jugendlichen Teilleistungstörungen und bei über der Hälfte erhebliche Defizite in Lernleistungen und Durchhaltevermögen festgestellt. Bei Entlassung weisen nur noch 3% bis 12% Teilleistungsschwächen und 30% bis 35% mangelnde Arbeitsstile auf, zudem die meisten in einer nicht mehr massiven Ausprägung.

²⁵ zugehörige Korrelationskoeffizienten: a) zwischen Teilleistungsstörungen und Hyperaktivitätsstörung $r=.51$, $p<.001$; b) zwischen Teilleistungsstörungen und Aufmerksamkeitsstörungen $r=.44$, $p<.001$

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Tabelle 12 Prozentuale Verteilung verschiedener Teilleistungs- und Lernstörungen in der Schule bei Aufnahme und Entlassung

Teilleistungs- und Lernstörungen	Aufnahme			Entlassung		
	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)
<u>Arbeitsstil:</u>						
Typ. Lern-Leistungsst. (chaotischer Arbeitsstil)	45,8	26,9	27,3	70,9	22,8	6,3
Mangelndes Durchhaltevermögen	50,3	28,0	21,7	65,3	28,1	6,7
<u>Teilleistungsstörungen:</u>						
Perzeptuelle Entwicklungsrückstände	86,0	8,0	5,9	96,1	2,8	1,1
Motorische Entwicklungsrückstände	82,5	13,3	4,2	93,3	5,3	1,4
Lese- Rechtschreibstörungen	80,8	11,2	8,0	86,7	10,2	3,2
Rechenstörung (Dyskalkulie)	89,5	6,6	3,8	94,4	5,3	0,4
Sonstige Entwicklungsrückstände	90,6	5,9	3,5	97,2	2,1	0,7
Durchschnitt	75,1	14,3	10,6	86,3	10,9	2,8

Der positive Verlauf der Teilleistungs- und Lernstörungen lässt sich statistisch nachweisen²⁶ und ist in den Abbildungen 26 und 27 graphisch dargestellt. Der Verlauf ist bei Mädchen und Jungen fast identisch (s. Abb. 26) und auch hinsichtlich der Verweildauer lassen sich nur unbedeutende Unterschiede feststellen: Ähnlich wie beim Verlauf von Hyperaktivitätsstörungen haben die Kinder, die eine Verweildauer von mehr als zwei bzw. drei Jahren haben, eine höhere Symptombelastung bei Aufnahme (deshalb wird auch eine längere Hilfe initiiert); bei Entlassung ist diese genauso niedrig wie bei denjenigen mit weniger ausgeprägten Teilleistungsschwächen zu Beginn der Hilfemaßnahme (s. Abb. 27). Die Behandlungsdauer wird also der Intensität der Störungen angepasst. Dies ist besonders auch im Hinblick auf den Kostenaspekt erzieherischer Hilfen im ÜBBZ ein bedeutsamer Faktor. Hier lässt sich über einen Zeitraum von zwanzig Jahren aufzeigen, dass das ÜBBZ die Dauer des stationären Aufenthaltes dem Schwere- oder Komplexitätsgrad eines Störungsbildes anpasst.

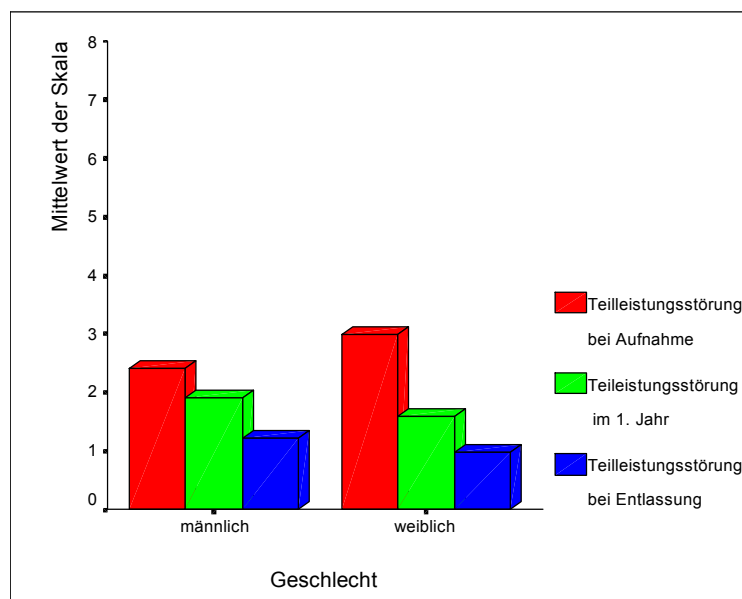


Abb.26 Mittelwert der Skala Teilleistungs- und Lernstörungen differenziert nach Geschlecht

²⁶ Testwert in der zugehörigen Varianzanalyse: $F(2,550)=56,8; p<.001$ (Haupteffekt Zeit)

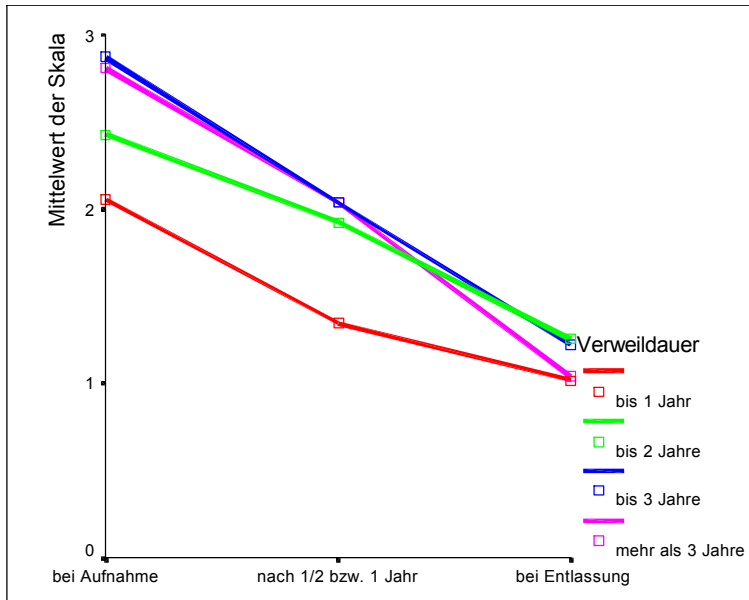


Abb.27 Verlauf von Teilleistungs- und Lernstörungen, differenziert nach Verweildauer

3.2.1.3 Störungen des Sozialverhaltens

Eine für die Praxis sehr bedeutsame und eine in der öffentlichen Diskussion immer wieder auftauchende Gruppe von Störungen sind sogenannte Störungen des Sozialverhaltens, die sich bei den betroffenen Kinder in einem sich wiederholenden und anhaltendem Muster dissozialer, aggressiver und aufsässiger Verhaltensweisen zeigen. Als dissozial wird das „als ‚ungesellschaftlich‘ empfundene Verhalten von Personen, die sich nicht den allgemein anerkannten, praktizierten und erwarteten Verhaltensmuster anpassen wollen oder können“, bezeichnet (Stimmer, 1996, S.120).

Bei Aufnahme haben je 28% der Kinder und Jugendlichen die Diagnose Verhaltensstörungen bzw. –auffälligkeiten. 19,6% der Kinder und Jugendlichen im ÜBBZ bringen die Diagnose „Dissozialität“ mit. Bereits im Schulalter werden nach Aktenauswertung 6,3% als delinquent im Sinne jugendstrafrechtlicher Relevanz eingestuft (vgl. Tabelle 2, Kapitel 3.1).

Die in Tabelle 13 festgehaltenen verschiedenen Symptome von Dissozialität lassen sich übersichtlich in drei unterschiedliche Verhaltensbereiche einteilen: Aggressivität, klassische antisoziale Verhaltensweisen und eher ausweichendes Verhalten²⁷. Auffallend sind die hohen Prozentzahlen zum Zeitpunkt der Aufnahme:

Über die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen zeigt zu Beginn der Hilfemaßnahme im ÜBBZ auffallend aggressive Verhaltensweisen und Missachtung von Regeln und Normen, knapp 40% neigen zu häufigen und schweren Wutausbrüchen. Ein hoher Prozentsatz zeigt bereits im Schulalter ein hohes Delinquenzrisiko in verschiedenen Bereichen: ca. ein Drittel betrügt oder stiehlt, 20% zeigen ein Delinquenzrisiko zu Sachbeschädigungen und Eigentumsdelikten und ca. 10% neigen zu Gewalttätigkeit und Körperverletzung. Über 20% zeigen Verhaltensweisen wie Weglaufen und Streunen.

Alle sozialen Anpassungsstörungen stellen in der Summe und in Verbindung mit Lern-Leistungsstörungen und Störungen der Leistungsmotivation auch Risikofaktoren zum

²⁷ Die Zuordnung der einzelnen Symptome erfolgte nach theoretisch/inhaltlichen Überlegungen und wurde faktorenanalytisch überprüft. Die einzelnen Reliabilitäten der so gewonnenen Skalen sind im Anhang (Tabelle A1) dargestellt.

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Schulversagen dar. Dabei enthalten sie Prädiktoren, die darauf hinweisen, dass eine berufliche und betriebliche Integration ohne Interventionen am ÜBBZ mit hoher Wahrscheinlichkeit scheitern würde.

Ein deutlich verbessertes Bild zeigt sich dagegen zum Zeitpunkt der Entlassung: Aggressive Verhaltensweisen nehmen deutlich ab, besonders Formen aktiver Aggressivität, ebenso antisoziale und ausweichende Verhaltensweisen.

Betrachtet man den Gesamtdurchschnitt der in Tabelle 13 aufgeführten Items, so sind es bei Entlassung insgesamt durchschnittlich nur noch 16% der Kinder und Jugendlichen, bei denen auffällige dissoziale Verhaltensweisen festgestellt werden können, gegenüber ca. einem Drittel bei Aufnahme.

Tabelle 13 Prozentuale Verteilung verschiedener Dissozialitätssymptome bei Aufnahme und Entlassung

	Aufnahme			Entlassung		
	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)
Dissozialität						
<u>Aggressivität</u>						
Reaktive Aggressivität., geringe Frustrationstoleranz	41,6	26,2	32,2	69,5	23,9	6,7
Aggressivität (aktiv, social power, brachial, verbal)	48,6	20,6	30,8	84,2	8,8	7,0
Sehr niedrige Frustrationstoleranz	45,8	24,1	30,1	68,8	23,2	8,1
Oppositionshaltung, Trotz, Provokation	52,1	16,1	31,8	70,9	20,0	9,1
Häufige und schwere Wutausbrüche	61,9	15,7	22,4	90,5	5,3	4,2
<u>Antisoziales Verhalten</u>						
Verantwortungsl./Missachtung von Normen u. Regeln	51,4	27,3	21,3	78,2	14,0	7,7
Gewalttätiges Verhalten	89,5	7,0	3,5	96,1	1,8	2,1
Kein Schuldbewusstsein	78,0	17,5	4,5	90,5	5,6	3,9
Extremes Maß an Tyrannisieren und Streiten	80,1	12,9	7,0	91,6	6,0	2,5
Destruktivität gegen Eigentum	78,7	9,8	11,5	93,0	4,6	2,5
<u>Nonkonfrontatives antisoziales Verhalten</u>						
Schwindeln, Lügen	67,8	12,9	19,2	85,6	9,8	4,6
Weglaufen; Streunen	78,7	9,1	12,2	90,9	3,9	5,3
Betrügen, Stehlen	67,5	11,2	21,3	88,4	6,7	4,9
Zündeln, Brandstiften	88,5	5,9	5,6	99,3	0,4	0,4
Schuleschwänzen	90,2	4,5	5,2	96,8	1,8	1,4
Durchschnitt	68,0	14,7	17,2	86,3	9,1	7,1

Der positive Verlauf zeigt sich auch in den entsprechenden statistischen Analysen (s. Abbildung 28 und 29). Im Verlauf der Behandlung im ÜBBZ sinken Häufigkeit und Ausmaß dissozialer Verhaltensweisen, sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen²⁸. Dabei zeigen Jungen ein durchgängig höheres Ausmaß dissozialer Verhaltensweisen²⁹ (Abb. 28).

Jüngere (8 bis 14jährige) Kinder und Jugendliche, die ins ÜBBZ Würzburg aufgenommen werden, haben bei Aufnahme ein höheres Ausmaß an dissozialen Verhaltensweisen als die über 14jährigen (nur 8% der aufgenommenen Kinder und Jugendlichen). Bis zur Entlassung ist jedoch eine deutliche Verbesserung feststellbar (s. Abb. 29). Das Niveau der Dissozialität

²⁸ Testwert in der zugehörigen Varianzanalyse: $F(2,550)=28,6;p<.001$ (Haupteffekt Zeit)

²⁹ Testwert in der zugehörigen Varianzanalyse: $F(1,275)=6,04;p=.015$ (Haupteffekt Geschlecht)

bleibt bei den älteren dagegen über den gesamten Zeitraum konstant niedrig³⁰. Dieser Verlauf könnte damit zusammenhängen, dass ältere dissoziale Jugendliche im Rahmen der Jugendhilfe eher in spezielle Einrichtungen für ältere Jugendliche mit teilweise angegliederten Berufsausbildungsmöglichkeiten verwiesen werden.

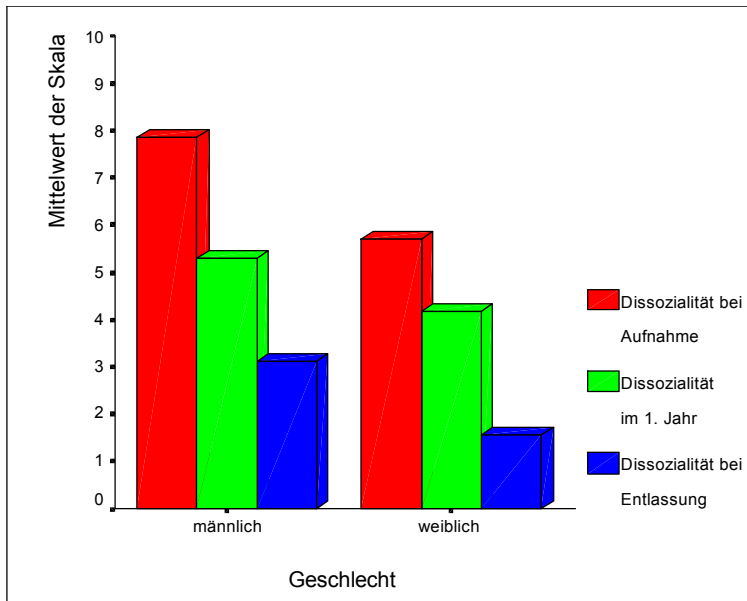


Abb.28 Mittelwerte der Skala Dissozialität, getrennt nach Geschlecht

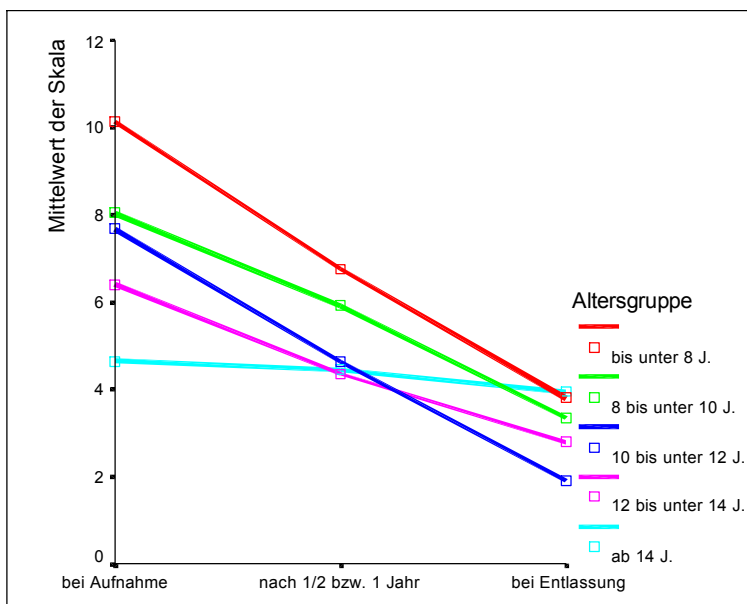


Abb.29 Verlauf von Dissozialität, differenziert nach Alter

Hinsichtlich der unterschiedlichen Verweildauer lassen sich keine Unterschiede im Verlauf dissozialer Verhaltensweisen feststellen, dies deutet darauf hin, dass aggressive, antisoziale Verhaltensweisen schon im ersten Jahr der stationären Behandlung deutlich reduziert werden können.

³⁰ Testwerte in der zugehörigen Varianzanalyse: $F(8,542)=2,70; p<.01$ (Interaktionseffekt Zeit*Alter); $F(2,542)=63,6; p<.001$ (Haupteffekt Zeit)

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

3.2.1.4 Verhaltensdefizite im Alltag

Vor ihrer Aufnahme wurden 12,9% der Kinder und Jugendlichen als „verwahrlost“ eingestuft (vgl. Tabelle 2, Kap. 3.1). Dieses historische Diagnoseetikett bezeichnete sich im Alltag manifestierende abweichende, dissoziale Verhaltensweisen. Diese Prozentzahl zeigt sich auch in etwa bei Betrachtung der in Tabelle 14 dargestellten Verhaltensdefizite im Alltag: Zwischen 6 und 13% der Kinder und Jugendlichen zeigen zu Beginn ihres Aufenthaltes Verhaltensweisen, die sie im Alltag und besonders in ihren sozialen Beziehungen einschränken: mangelnde Hygiene oder Esskultur, Nichteinhaltung von Ordnung und zeitlichen Vorgaben. Auch hier zeigt sich eine eindeutig positive Entwicklung: kurz vor ihrer Entlassung zeigen durchschnittlich nur noch ca. 3% der Kinder und Jugendlichen solche Verhaltensdefizite.

Tabelle 14 Prozentuale Verteilung verschiedener Verhaltensdefizite im Alltag bei Aufnahme und Entlassung

Verhaltensdefizite im Alltag	Aufnahme			Entlassung		
	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)
Kein Essverhalten, Esskultur	89,5	5,9	4,5	96,8	2,8	0,4
Keine Hygiene, Sauberkeit, Körperpflege	86,0	9,4	4,5	94,4	4,2	1,4
Kleidung nicht adäquat	91,6	5,9	2,4	96,5	2,8	0,7
Keine Ordnung im Zimmer, bei Spielsachen	86,0	7,0	7,0	95,1	3,5	1,4
Hält Abmachungen nicht ein, unpünktlich	88,5	8,7	2,8	97,2	1,4	1,4
Kann Taschengeld nicht verwalten	93,4	3,8	2,8	99,3	0,7	-
Keine Mitarbeit in alltäg. Familiensituation	94,1	4,9	1,0	98,6	1,4	-
Schulmaterial nicht vollständig beieinander	86,7	4,9	8,4	95,8	2,5	1,8
Durchschnitt	89,5	6,3	4,2	96,7	2,4	0,9

„Verwahrlosung“ wird oft in Zusammenhang mit Dissozialität gebracht. In den vorliegenden Daten lässt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Defiziten in Alltagsfähigkeiten und den allgemeinen Dissozialitätssymptomen nachweisen³¹, der allerdings nicht sehr hoch ist und vorsichtig interpretiert werden sollte.

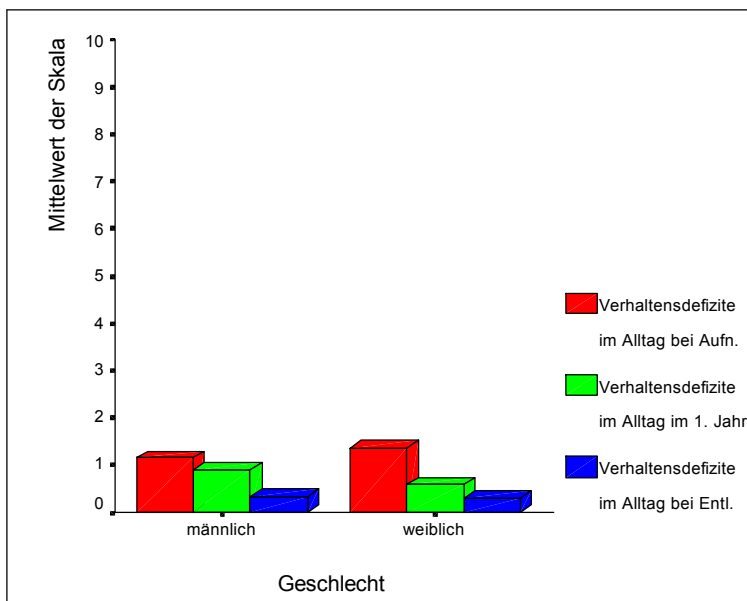


Abb.30 Mittelwerte der Skala Verhaltensdefizite im Alltag

³¹ Korrelationskoeffizient $r = .169$, $p < .05$

Bei der geschlechtspezifischen Betrachtung weisen Mädchen einen höheren Ausgangswert (mehr Verhaltensdefizite) auf³² und verbessern sich schneller³³. Der bei Entlassung erreichte Mittelwert ist dann bei Mädchen und Jungen gleich (s. Abb.30). Keine Zusammenhänge lassen sich bei Betrachtung von Alter und Verweildauer nachweisen.

3.2.1.5 Psychosomatische Störungen

Von der Häufigkeit ihres Auftretens bei Kindern und Jugendlichen im ÜBBZ Würzburg aus betrachtet, spielen die psychosomatischen Störungen eine weniger bedeutsame Rolle; allerdings benötigen gerade diese Kinder und Jugendlichen eine intensive Betreuung. Die Störungen, von denen mehr als 10 Kinder bei Aufnahme betroffen waren, sind in Tabelle 15 dargestellt³⁴. Auch hier ist ein deutlicher Erfolg sichtbar: bei Entlassung aus dem ÜBBZ leiden nur noch sehr wenige Kinder an psychosomatischen Störungen.

Tabelle 15 Prozentuale Verteilung verschiedener psychosomatischer Störungen bei Aufnahme und Entlassung

Psychosomatische Störungen	Aufnahme			Entlassung		
	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)
Einschlafstörungen	88,8	8,4	2,8	100	-	-
Durchschlafstörungen	89,5	7,3	3,1	98,9	1,1	-
Enkopresis	88,1	8,4	3,5	98,2	1,8	-
Enuresis	81,1	13,6	5,2	95,4	4,2	0,3
Sonstige Störungen im Körperbereich	89,2	8,0	2,8	97,5	1,1	1,4
Durchschnitt	87,3	9,1	3,5	98	1,6	0,3

Der positive Verlauf der psychosomatischen Störungen ist exemplarisch anhand der Schlafstörungen (Einschlaf- und Durchschlafstörungen) dargestellt³⁵. Es gibt keinen Unterschied zwischen Mädchen und Jungen.

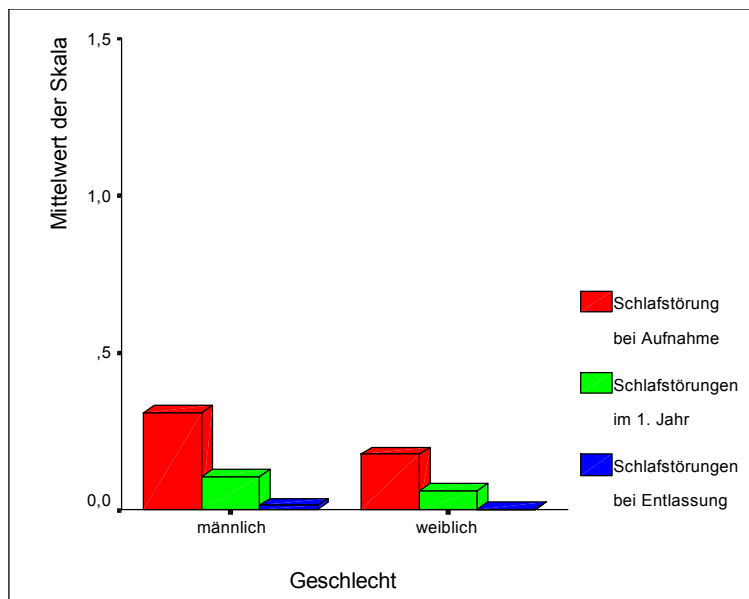


Abb.31 Mittelwerte der Skala Schlafstörungen

³² Testwert in der zugehörigen Varianzanalyse: $F(1,274)=4,97$; $p<.05$ (Haupteffekt Geschlecht)

³³ Testwert in der zugehörigen Varianzanalyse: $F(2,550)=17,8$; $p<.001$ (Haupteffekt Zeit)

³⁴ zusätzlich hatte 1 Kind bei Aufnahme Bulimie, 2 eine hypochondrische Störung, 7 litten an Neurodermitis und 8 an Asthma

³⁵ Testwert in der zugehörigen Varianzanalyse: $F(2,550)=11,4$; $p<.001$ (Haupteffekt Zeit)

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

3.2.1.6 Sozial-emotionale Störungen

Auch im Bereich der sozial-emotionalen Störungen lassen sich positive Veränderungen bei den Kindern und Jugendlichen festhalten (s. Tabelle 16). So ist ein deutlicher Rückgang vor allem für depressive Symptome wie Hoffnungslosigkeit und Selbstwertmangel sowie für Angststörungen zu verzeichnen. Nur ca. 10 Kinder leiden unter Zwangsstörungen (unter 2%); diese Gruppe von Störungen sollte allerdings nicht unerwähnt bleiben, da diese Kinder und Jugendlichen einer intensiven Betreuung bedürfen.

Tabelle 16 Prozentuale Verteilung verschiedener sozial-emotionaler Störungen bei Aufnahme und Entlassung ins ÜBBZ

Sozial-emotionale Störungen	Aufnahme			Entlassung		
	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)
Selbstwertmangel	49,3	24,8	25,9	74,6	21,1	4,2
Hoffnungslosigkeit hinsichtlich Zukunft	88,8	9,1	2,1	94,0	5,3	0,7
Soziale Fertigkeiten und Kompetenz gering	38,1	32,2	29,7	66,3	27,7	6,0
<u>Angst- und Zwängsstörungen</u>						
Allgemeine Ängstlichkeit	68,5	13,3	18,2	86,0	13,0	1,1
Soziale Angst, -Hemmung	76,2	15,0	8,7	89,5	9,8	0,7
Prüfungsängstlichkeit	96,5	1,0	2,4	97,9	1,8	0,4
Leistungsängste	88,8	4,2	7,0	93,7	5,3	1,1
Phobische Störungen	96,9	1,4	1,7	98,2	1,4	0,4
Zwangsgedanken	97,9	1,7	0,3	99,6	0,4	-
Zwangshandlungen	96,9	0,7	2,4	98,9	1,1	-
Sonstige Zwänge	96,5	1,4	2,1	98,9	0,7	0,4
Durchschnitt	81,3	9,5	9,2	90,7	8	1,3

Der Rückgang der von Störungen im sozial-emotionalen Bereich steht oft in direktem Zusammenhang mit der Verbesserung von Schulleistungen, die weiter unten berichtet werden.

Die Jugendhilfe wird oft als Erstzuständigkeit für Kinder und Jugendliche mit sogenannten externalen Störungen (wie Dissozialität, Aggressivität, Delinquenz, Anpassungsstörungen) betrachtet, die „nach innen“ gerichteten (internalen) Störungen wie z.B. Depressionen und Ängste finden eine eher geringere Beachtung. Das mag daran liegen, dass Kinder mit diesen Störungen weniger auffallen: sie stören weniger, legen keinen Schulunterricht lahm, etc.. Dadurch könnte es auch sein, dass Anbieter ambulanten Hilfen bei diesen Störungen seltener und unter Umständen viel später als notwendig auch stationäre Hilfen in Betracht ziehen.

3.2.1.7 Motorische Teilleistungsstörungen

Teilleistungsschwächen wie z.B. Lese- und Rechtschreibschwächen treten häufiger zusammen mit motorischen Teilleistungsstörungen bzw. Koordinationsstörungen auf und können durch mototherapeutische Interventionen und psychomotorische Trainings positiv beeinflusst werden. Erwartungsgemäß zeigt sich auch bei motorischen Teilleistungsschwächen eine Verbesserung der Störungsbilder bei Jungen und Mädchen im ÜBBZ (vgl. Tabelle 17 und Abb.32).

Tabelle 17 Prozentuale Verteilung verschiedener motorischer Teilleistungsstörungen bei Aufnahme und Entlassung

	Aufnahme			Entlassung		
	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)
Motorische Teilleistungsstörungen						
Koordinationsstörungen	79,4	13,6	7,0	88,1	10,5	1,4
Kleinmotorische Koordinationsstörungen	83,2	10,5	6,3	91,9	6,7	1,4
Großmotorische Koordinationsstörungen	86,0	9,8	4,2	93,7	4,9	1,4
Dysdiadochokinese (Hand- und Mundbereich)	95,5	2,4	2,1	96,5	3,5	-
Synkinesien	99,3	0,7	-	97,2	2,8	-
Choreiforme Bewegungen	99,3	0,7	-	99,3	0,7	-
Athetoide Bewegungen	99,3	0,7	-	99,6	0,4	-
Dyspraktische alltagsmotorische Vollzüge	97,2	2,1	0,7	98,6	1,4	1,4
Überkreuzungskoordinationsstörung	99,7	0,3	-	98,9	1,1	-
Sonstige motorische Koordinationsstörungen	99,0	1,0	-	98,9	0,7	0,4
Durchschnitt:	93,8	4,1	2,0	96,3	3,3	0,6

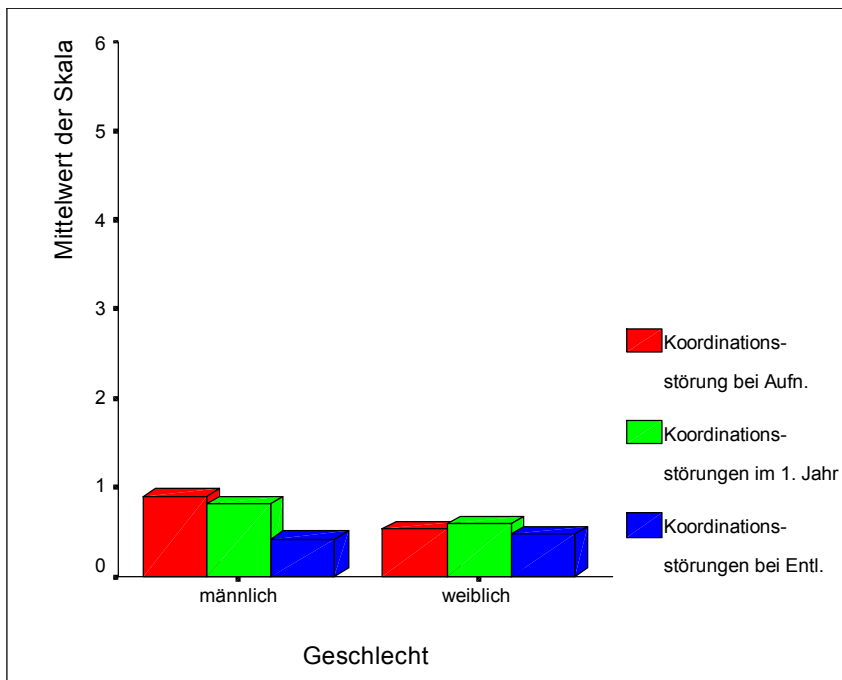


Abb.32 Mittelwerte der Skala Motorische Teilleistungsstörungen

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

3.2.1.8 Medizinische Risikofaktoren und Formen von Gewalterfahrung

Ein großer Anteil von Kindern und Jugendlichen (18,5%) bringt Risikofaktoren im Sinne prä-, peri- oder postnataler Komplikationen mit. Im Konzept der minimalen cerebralen Dysfunktion werden diese Komplikationen als Ursache für hyperkinetische Störungen vermutet (Wender; 1971), was aber kontrovers diskutiert wird.

Tabelle 18 Prozentuale Verteilung verschiedener medizinischer Risikofaktoren bei Aufnahme

Medizinische Risikofaktoren	Aufnahme		
	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)
Prä-, peri-,postnatale Risikofaktoren	81,5	10,5	8,0
Anfälligkeit für Infektionskrankheiten	97,9	1,8	0,4

Ebenfalls ein großer Anteil wurde vor Aufnahme ins ÜBBZ körperlich misshandelt (12,2%) oder war von Misshandlung bedroht und in 2,8% der Fälle waren Formen sexuellen Missbrauchs bekannt. Dieser Prozentsatz ist im Vergleich zum allgemeinen Heimklientel eher gering, da aus bestimmten Gründen oft andere Einrichtungen gewählt werden (oft werden z.B. in Zusammenhang mit einem vorliegenden Sorgerechtsentzug eher langfristige und familienersetzende Einrichtungen gewählt; Mädcheneinrichtungen o. nicht koedukative Einrichtungen, z.B. bei jugendlichen Mädchen die Mädchenstation des ÜBBZ).

Tabelle 19 Prozentuale Verteilung verschiedener Formen von Gewalterfahrungen bei Aufnahme ins ÜBBZ

Gewalterfahrungen	Aufnahme		
	nicht vorh. (%)	vorh. (%)	massiv vorh. (%)
Sexueller Missbrauch	97,2	0,7	2,1
Misshandlung	87,8	5,2	7,0

3.2.1.9 Kurze Zusammenfassung

Insgesamt zeigen die differenziert dargestellten Ergebnisse zu den einzelnen Störungsbildern deutliche Verbesserungen in allen Bereichen während des Aufenthaltes sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Kindern und Jugendlichen.

Statistisch nachweisbare Zusammenhänge mit der Verweildauer finden sich vor allem bei hyperkinetischen Störungen (Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefizite) und Teilleistungsstörungen, die den schulischen Bereich betreffen (z.B. Lese- und Rechtschreibstörungen o. Wahrnehmungsdefizite). Diese Zusammenhänge legen nahe, dass bei Kindern und Jugendlichen, die die genannten Störungen aufweisen, eine längere stationäre Behandlung indiziert ist.

3.2.2 Schulleistungen

3.2.2.1 Beschulung vor Heimaufnahme und bis zur Entlassung

Zum Zeitpunkt der Aufnahme ins ÜBBZ besuchen 46% der Kinder die Regel-Grundschule und 17% die Regel-Hauptschule. Sieben Prozent besuchen ein Gymnasium, 2% die Realschule, 8% die Sonderschule L³⁶, 5% die Sonderschule E³⁷, 6% eine Diagnoseförderklasse und 4% eine Sprachheilschule. Insgesamt waren nur 23% der Kinder vor der Aufnahme nicht in der Regelschule (s. Abb. 33). Die insgesamt 77% bei Aufnahme noch die Regelschule besuchenden Kinder sind vor ihrer Behandlung oft von Schulversagen bedroht.

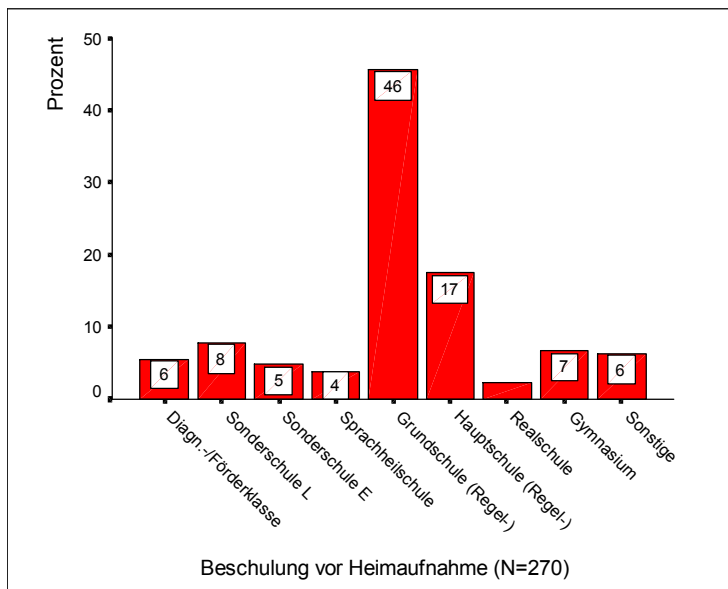


Abb.33 Beschulung vor Heimaufnahme

Bei vielen Kindern und Jugendlichen sind bei Aufnahme Störungen (Teilleistungsstörungen, Lernstörungen, Hyperkinetische Störungen, s. Kapitel 3.2.1) vorhanden, die sich in einem Abfallen der schulischen Leistungen bemerkbar machen, bzw. die zum Teil eine öffentliche Regel-Beschulung nicht mehr möglich machen. Nach Einschätzung der Rater weisen fast 90% der Kinder zu Beginn ihres Aufenthaltes Indikationen wie Lern- und Leistungsstörungen und Störungen der Leistungsmotivation auf, die einen stationären Aufenthalt mit entsprechender Beschulung in einer Heimklasse erfordern (vgl. Tabelle 6a, Kap. 3.1.6). Auch Dissozialität und sozio-emotionale Störungen stehen oft in direktem Zusammenhang mit drohendem Schulversagen in der öffentlichen Regelschule.

Dass am Ende der jeweiligen Heimaufenthalte (vor der Entlassung) noch 50% der Kinder und Jugendlichen in einer Sonderschule bzw. Schule zur Erziehungshilfe beschult werden (vgl. Abb.34), erklärt sich aus der Tatsache, dass 44% Kinder konzeptionsgemäß in der dem Heim angegliederten Schule zur Erziehungshilfe unterrichtet worden sind, andererseits ist daran abzulesen, dass viele Kinder und Jugendliche während ihres Aufenthaltes im ÜBBZ (wieder) einen Leistungsstand erreichen, der nach ihrer Entlassung eine öffentliche Regelbeschulung ermöglichte (s. auch weiter unten).

³⁶ Sonderschule L: Förderschule zur individuellen Lernförderung

³⁷ Sonderschule E: Förderschule zur Erziehungshilfe

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

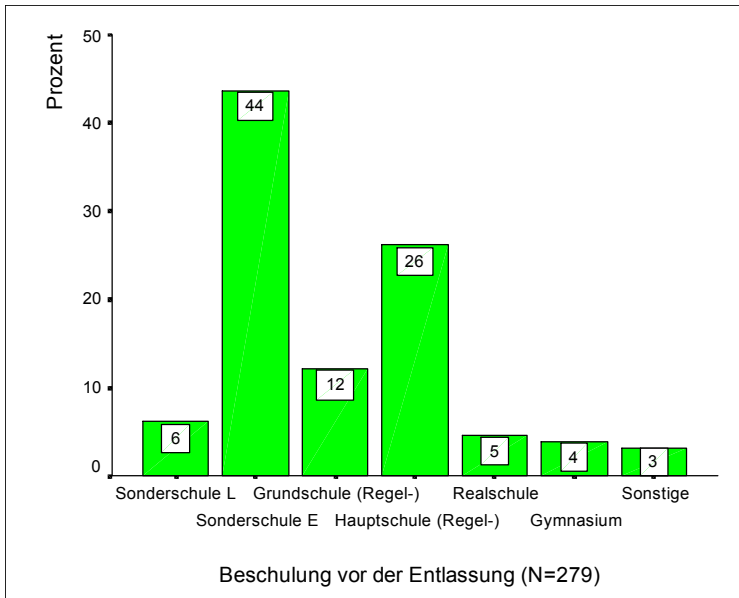


Abb.34 Prozentuale Anteile der verschiedenen Formen von Beschulung zum Zeitpunkt der Heimentlassung

3.2.2.2 Beschulung und Betreuung nach der Entlassung

Wichtige Ziele des zum Teil mehrjährigen stationären Aufenthaltes im ÜBBZ sind neben einer diagnostischen Abklärung die Rückführung der Kinder und Jugendlichen in ihre Familien und die Rückführung in die Regelschule. Dabei lässt sich das Erreichen dieser Ziele als Kriterium eines Erfolges interpretieren. In Abbildung 35 werden beide Kriterien kombiniert dargestellt.

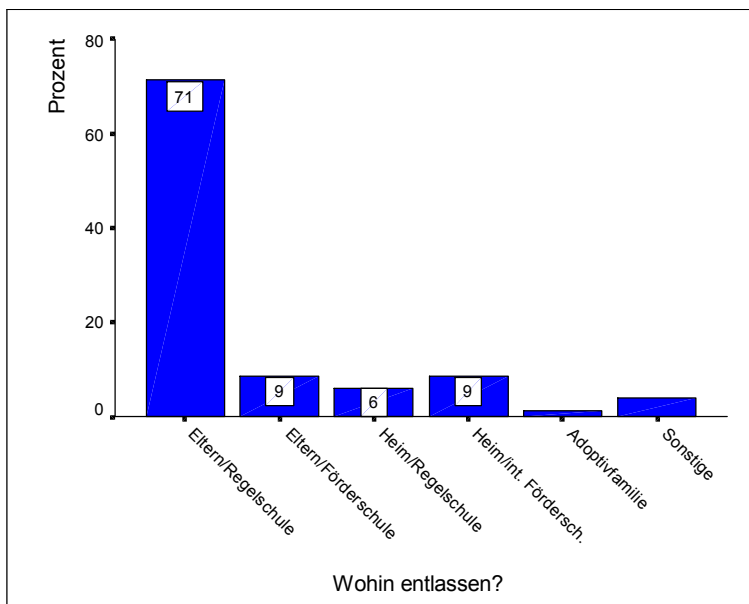


Abb.35 Prozentuale Verteilung der Betreuungs- und Beschulungsform nach Entlassung

Insgesamt werden 87% (N=225) der Kinder und Jugendlichen nach ihrer Entlassung öffentlich beschult: 71% (N=204) werden zu ihren Eltern entlassen und besuchen eine Regelschule, 9% kommen zurück zu den Eltern und besuchen eine öffentliche Förderschule, 6% (N=17) gelangen in weitere Heimeinrichtungen mit Angliederung an öffentliche

Regelschulen und 1,5% (N=4) in Adoptivfamilien. Alle diese Fälle können, was das Ziel einer öffentlichen Beschulung angeht, als Erfolge angesehen werden.

Vier Prozent der Kinder und Jugendlichen (N=11) sind in der Abbildung als „Sonstige“ aufgeführt, dabei handelt es sich um Kinder, die während ihres Aufenthaltes im ÜBBZ einen Schulabschluss erreichen und nach ihrer Entlassung z.B. eine Lehrstelle oder Berufsfördermaßnahmen beginnen. Auch diese Hilfeverläufe sind als Erfolge anzusehen.

Bei 18% (N=50) der Kinder und Jugendlichen ist eine Rückführung in die öffentliche Regelschule nicht möglich, die Hälfte davon kommt allerdings zurück zu den Eltern, die andere Hälfte in ein Heim mit integrierter Förderschule (E- oder L-Schule).

Insgesamt lässt sich sowohl bei der Rückführung in die öffentliche Regelschule bzw. öffentliche Förderschule als auch bei der Rückführung in die Familien eine hohe Erfolgsquote festhalten. Die Anteile von ca. 9% an Kindern, bei denen die Reintegration in eine öffentliche Schule oder eine Berufsausbildung und von ca. 15%, bei denen die Rückführung ins Elternhaus nicht gelingt, können in Bezug auf je eines der Kriterien als „Misserfolgsquote“ bezeichnet werden. Neun Prozent der Kinder können weder nach Hause entlassen noch in einer öffentlichen Schule weiter beschult werden. Diese Zahlen zeigen auch deutliche Grenzen einer auf Reintegration basierenden Konzeption auf.

3.2.2.3 Schulnoten

In den folgenden Darstellungen werden als Kriterien für die Schulleistungen die erreichte durchschnittliche Notenstufe in den Haupt- bzw. Lernfächern in der jeweiligen Schulform betrachtet. Beim Besuch der Grundschule setzen sich die Hauptfachnoten aus den Leistungen in den Fächern Mathematik und Deutsch, in den Lernfächern aus den Leistungen in Heimat- und Sachkunde zusammen, beim Besuch der Haupt- und L-Schule, der Realschule oder des Gymnasiums beinhalten die Hauptfachnoten die Bewertungen in den Fächern Mathematik, Deutsch, Englisch und die Lernfachnoten die in Biologie, Physik, Geschichte und Erdkunde. Es sei darauf hingewiesen, dass die Noten in der dem ÜBBZ angegliederten E-Schule den Noten in Grund- und Hauptschule vergleichbar sind.

Hauptfachnoten

Für die Noten in den Hauptfächern zeigt sich, dass die Leistungen vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Entlassungszeitpunkt hin besser werden³⁸. Die Verbesserungen demonstrieren hier, wie wichtig eine der schulischen Leistungsfähigkeit angemessene Beschulung für die einzelnen Kinder ist.

In Abbildung 36 ist die Entwicklung in den Noten der Hauptfächer nach Aufnahme und Entlassung, sowie nach Aufnahmekohorten differenziert dargestellt. Neben der durchschnittlichen Verbesserung um ca. eine halbe bis ganze Notenstufe lässt sich erkennen, dass über die Jahre hinweg die durchschnittlichen Noten in den Hauptfächern besser werden.

³⁸ Testwert in der zugehörigen Varianzanalyse: $F(1,161)=47,9;p<.001$ (Haupteffekt Zeit)

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

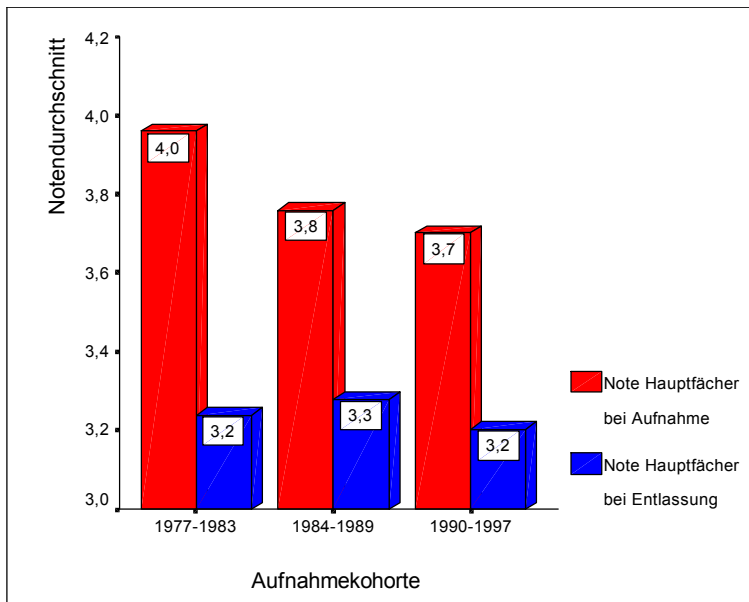


Abb.36 Noten in den Hauptfächern

Abbildung 37 zeigt die Notenveränderungen von Aufnahme bis zur Entlassung, differenziert nach der Verweildauer. Darin ist zu erkennen, dass die Noten in den Hauptfächern durchschnittlich während des stationären Aufenthaltes umso besser werden, je länger die Betroffenen im ÜBBZ waren. So sinkt der Notendurchschnitt (verbessert sich) bei einer Verweildauer von mehr als drei Jahren um eine ganze Notenstufe. Die Kinder- und Jugendlichen profitieren also sehr deutlich von der ihren Fähigkeiten entsprechenden Beschulung.

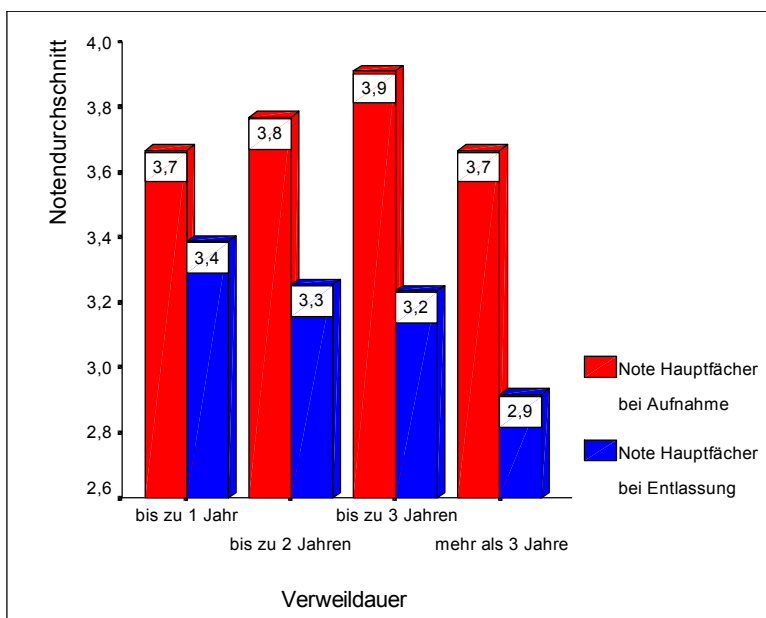


Abb.37 Veränderung in den Noten in den Hauptfächern nach Verweildauer differenziert

Noten in den Lernfächer

Bei der Betrachtung der Lernfächer zeigt sich bei Verlauf ein ähnliches Bild wie bei den Hauptfächern (s. Abbildungen 38 u. 39): Grundsätzlich lässt sich auch hier eine

Verbesserung der durchschnittlichen Notenstufen³⁹ nachweisen. Dabei fällt die Verbesserung analog zu den Hauptfächern um so höher aus, je länger die Verweildauer ist (s. Abb. 39). Zusätzlich ist in Abbildung 38 erkennbar, dass die Noten von den 70er zu den 90er Jahren besser werden⁴⁰.

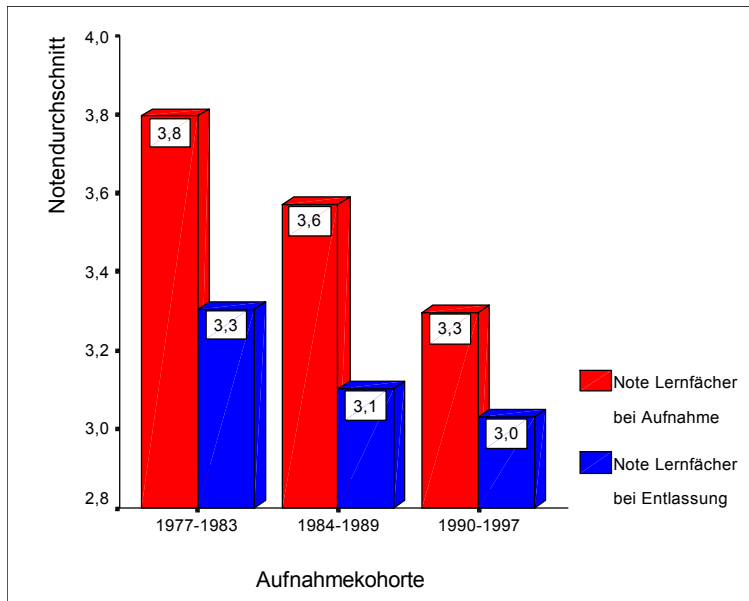


Abb.38 Schulnoten Lernfächer nach Aufnahmekohorte und Aufnahme und Entlassung differenziert

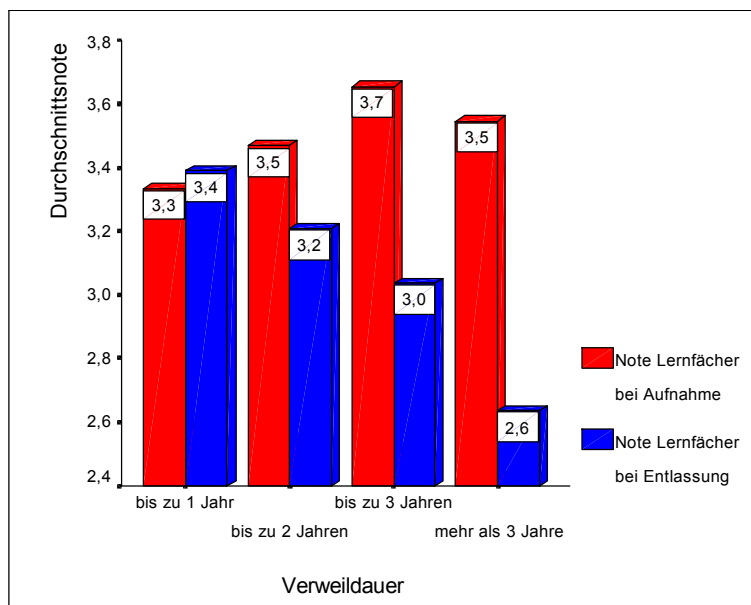


Abb.39 Veränderungen in den Lernfächern nach Verweildauer differenziert

Insgesamt zeigt sich also sowohl für die Lernfächer als auch für die Hauptfächer eine deutliche durchschnittliche Verbesserung in den Schulleistungen. Dabei sollte beachtet werden, dass z.B. eine durchschnittliche Verbesserung um eine halbe Notenstufe in den Hauptfächern in der Stichprobe eine sehr deutliche Steigerung ist, da dies ja inhaltlich bedeutet, dass sich einzelne Schüler in Mathematik, Deutsch und Englisch z.B. in

³⁹ Testwert in der zugehörigen Varianzanalyse: $F(1,159)=17,8;p<.001$ (Haupteffekt Zeit)

⁴⁰ Testwert in der zugehörigen Varianzanalyse: $F(2,159)=4,0;p<.05$ (Haupteffekt Kohorte)

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

mindestens einem Fach um je eine Note verbessert haben. D.h., dass durch die Bildung der Durchschnittsnoten die Effekte in ihrer Interpretation leicht verwischt werden und schwächer erscheinen können. Deutlich wird auch, dass bei längerer Hilfedauer die Verbesserungen der Schulleistungen deutlicher ausfallen; dies ist sicherlich auf die intensive am Einzelfall orientierte Förderung im ÜBBZ zurückzuführen, die im Folgenden dargestellt wird.

3.2.2.4 Förderung der Schulleistung

Im folgenden wird dargestellt, unter welchen Kontrollbedingungen durch Erziehungspersonen die Schulleistungen der einzelnen Schüler zustande kommen. Kontrollbedingungen sind hier zu verstehen als ein exaktes und präzises Monitoring, gezielte Förderung und Anleitung der Kinder und Jugendlichen bei ihren Hausaufgaben. Im ÜBBZ Würzburg gibt es dazu ein nach verhaltenstherapeutischen Methoden ausgerichtetes bedarfsgerecht orientiertes Fördersystem, das die Kinder und Jugendlichen unter Verstärkungsprinzipien entsprechend ihrer individuellen schulischen Leistungsfähigkeit durchlaufen. Im Wesentlichen umfasst dieses System drei Stufen, die in den Abbildungen 40 und 41 als starke Kontrolle, intermittierende Kontrolle und als selbstständiger Lernstil bezeichnet sind. Dabei bedeutet

- starke Kontrolle eine gezielte Einzelförderung mit engmaschiger Kontrolle;
- intermittierende Kontrolle eine Hausaufgabenbetreuung in der Kleingruppe mit regelmäßigen, aber selteneren stichprobenartigen Kontrollen;
- selbstständiger Lernstil, dass die Kinder und Jugendlichen ihre Hausaufgaben selbständig auf ihrem Zimmer lösen und nur noch unregelmäßig kontrolliert werden.

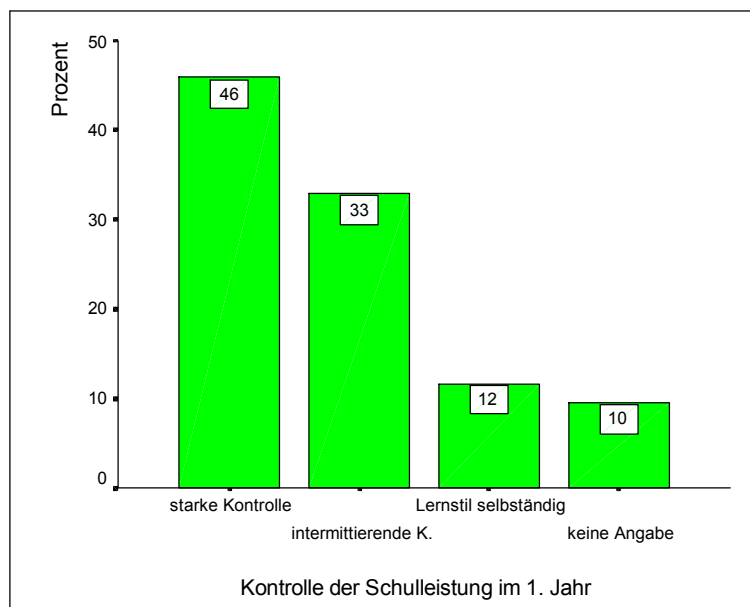


Abb.40 Prozentuale Verteilung verschiedener Kontrollbedingungen der Schulleistung im 1. Jahr des Aufenthaltes

Im ersten Jahr des Aufenthaltes werden bei 46% der Schüler die Schulleistungen stark kontrolliert, bei 33% findet eine intermittierende Kontrolle statt und ca. 12% der Schüler machen ihre Hausaufgaben selbständig (s. Abb. 40). Kurz vor ihrer Entlassung ergibt sich dagegen ein anderes Bild (s. Abb. 41): 29% der Kinder und Jugendlichen werden bei ihren Hausaufgaben einzeln betreut und engmaschig kontrolliert, 31% werden stichprobenartig kontrolliert (Kleingruppe) und 31% bearbeiten ihre Hausaufgaben weitgehend selbständig.

In diesen Zahlen drückt sich nicht nur ein verbessertes schulisches Arbeitsverhalten der Kinder und Jugendlichen aus, sondern auch die Vorbereitung auf die Entlassung und den damit verbundene Übergang zur Regelschule. Dort sollten die Kinder- und Jugendlichen in der Lage sein, ihre Hausaufgaben selbständig bzw. mit Unterstützung durch Kontrollen der Eltern zu bearbeiten. Dabei werden die Eltern im Rahmen der Elternarbeit dazu angeleitet, die Hausaufgaben ihrer Kinder je nach Bedarf engmaschig oder intermittierend anzuleiten und zu kontrollieren. So erklärt sich auch der relativ hohe Anteil an intermittierender Kontrolle in Abbildung 41.

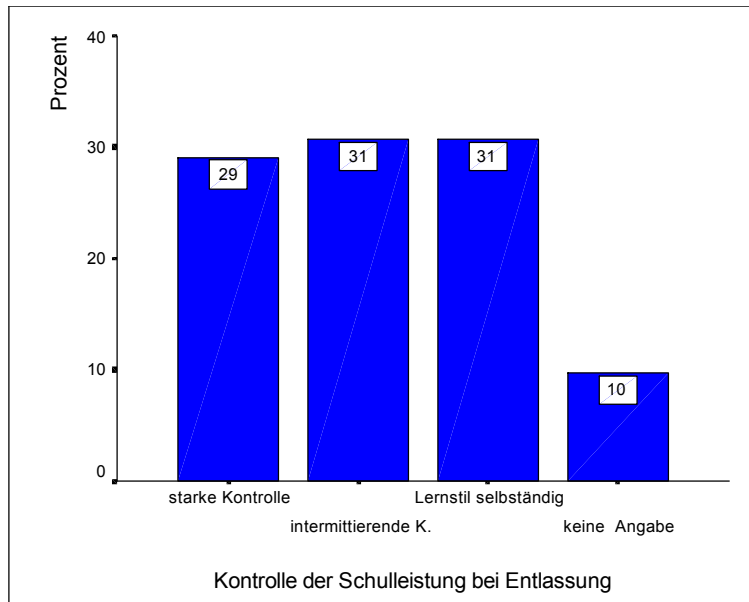


Abb.41 Prozentuale Verteilung verschiedener Kontrollbedingungen der Schulleistung bei Entlassung

Die im Vergleich der Abbildungen 40 und 41 deutlich gewordenen positiven Veränderungen hin zu selbständigen Lernstilen sind unabhängig von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsdauer, d.h. sie lässt sich bei Mädchen und Jungen durchgängig für jedes Alter feststellen, und dies auch schon bei einem Aufenthalt von bis zu einem Jahr. Die Kontrollbedingungen stehen in engem Zusammenhang mit der jeweiligen Schulleistung: die Kinder und Jugendlichen mit selbständigen Lernstilen haben im Durchschnitt die besseren Noten bzw. mit steigender Schulleistung erhalten sie eine daran angepasste Förderung⁴¹.

3.2.3 Schutzfaktoren und Ressourcen im familiären Umfeld

Die Herausbildung und Förderung der Entwicklung von Ressourcen als Schutzfaktoren (auch protektive Faktoren) bei Kindern und Eltern ist ein erklärtes Ziel der therapeutisch-pädagogischen Arbeit des ÜBBZ. In den folgenden Tabellen 20 und 21 werden das Vorhandensein bzw. Fehlen solcher protektiver Faktoren bei Heimaufnahme mit dem Status bei der Entlassung verglichen. Dabei zeigt sich ein deutlich positiver Trend.

Generell sind die Werte aller erfassten Schutzfaktoren gestiegen. Besonders sind dabei folgende Punkte hervorzuheben (s. Tabelle 20): Die Integration in die Familie, die bei Entlassung bei knapp über 60% der Kinder und Jugendlichen gelungen ist (gegenüber 30% bei Aufnahme); deutlich verbesserte soziale Kompetenzen (wie Frustrationstoleranz,

⁴¹ Testwerte aus den entsprechenden Varianzanalysen:
 Hauptfachnoten im 1. Jahr ($F_{2,206}=5,63;p=.004$); Hauptfachnoten bei Entlassung ($F_{2,221}=6,28;p=.002$);
 Lernfachnoten im 1. Jahr ($F_{2,206}=6,28;p=.002$); Lernfachnoten bei Entlassung ($F_{2,221}=10,78;p<.001$)

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Selbstsicherheit, Durchsetzungsvermögen, Selbständigkeit und bessere Kontakte zu Gleichaltrigen) sowie gestiegene Fertigkeiten in allen Bereichen. Durch die konzeptionell begründete intensive Elternarbeit wird auch bei protektiven Faktoren auf Familienseite mit einer Zunahme gerechnet. Die dementsprechenden Zahlen finden sich in Tabelle 21.

Tabelle 20 Prozentuale Anteile erworbener Schutzfaktoren (Ressourcen) bei Kindern

Schutzfaktoren Kind	bei Aufnahme		bei Entlassung	
	nicht vorhanden (%)	vorhanden (%)	nicht vorhanden (%)	vorhanden (%)
Integration in die Familie	68,2	31,8	38,4	61,6
Enge gleichaltrige FreundInnen	85,3	14,6	85,2	14,8
Zugehörigkeit zu einer Jugendgruppe	90,6	9,1	80,7	19,3
Attraktive äußere Erscheinung	86,0	13,9	84,5	15,5
Führende Rolle/Position bei Gleichaltrigen	97,9	2,1	73,0	27,0
Interesse an Sozialkontakten	74,5	24,5	32,6	67,4
Sozial verträgliche, konstruktive Durchsetzungsfähigkeit	93,7	6,3	32,6	67,4
Selbständigkeit im Alltag	89,5	10,5	53,0	47,0
Fertigkeiten im musikalischen Bereich	94,4	5,6	93,7	6,3
Fertigkeiten im bildnerisch-gestaltenden Bereich	94,1	5,9	89,8	10,2
Fertigkeiten im Bereich Werken und Basteln	89,1	8,4	80,7	19,3
Fertigkeiten im sportlichen Bereich	80,4	19,6	66,0	34,0
Fertigkeiten im naturwissenschaftlichen Bereich	93,4	6,6	87,0	13,0
Fertigkeiten in zentralen Schulfächern (Deutsch, Mathe)	88,1	11,9	37,9	62,1
Frustrationstoleranz	97,9	2,1	56,1	43,9
Humor	97,2	2,8	91,6	8,4
Selbstsicherheit	95,1	4,9	54,7	45,3
Belastbare Körperkonstitutionen	89,9	10,1	83,5	16,5

Tabelle 21 Prozentuale Anteile erworbener Schutzfaktoren (Ressourcen) bei Eltern

Schutzfaktoren Eltern	bei Aufnahme		bei Entlassung	
	nicht vorhanden (%)	vorhanden (%)	nicht vorhanden (%)	vorhanden (%)
Unterstützendes soziales Netzwerk (Freu Verwandte)	89,9	10,1	84,2	15,8
<u>Kindorientiertes, konstruktives Erziehungsverhalten</u>				
Zuverlässige primäre Bezugsperson	77,3	22,7	58,2	41,8
Entwicklungsangemessene Aufsicht (Monitoring)	94,4	5,6	65,3	34,7
Positive Modelle und Vorbilder	95,5	4,5	71,9	28,1
Gemeinsame kindorientierte Aktivitäten der Familie	93,4	6,6	84,6	15,4
Personen- und situationsangemessene Förderung	97,9	2,1	73,3	26,7
<u>Förderndes Erziehungsverhalten</u>				
Förderung der Selbständigkeit	99,0	1,0	81,1	18,9
Förderung im musikalischen Bereich	98,6	1,4	97,5	2,5
Förderung im bildnerisch-gestaltenden Bereich	99,7	0,3	95,4	4,6
Förderung im Bereich Werken und Basteln	99,3	0,7	91,6	8,4
Förderung im sportlichen Bereich	97,2	2,8	85,6	14,4
Förderung im naturwissenschaftlichen Bereich	98,3	1,7	94,0	6,0
Förderung in zentralen Schulfächern	94,8	5,2	77,2	22,8

Auch hier zeigen sich die Verbesserungen in den Ratings. Besonders im Erziehungsverhalten zeigen sich höhere Werte bei bis zu einem Drittel der Eltern.

Addiert man alle aufgeführten protektiven Faktoren von Kindern und Eltern, so zeigt sich, dass die durchschnittliche Anzahl der Schutzfaktoren pro Familie von 2,59 (Sd=2,88) auf 8,16 (Sd=5,87) signifikant ansteigt⁴². Dieser Anstieg ist unabhängig vom Geschlecht der Kinder und findet in allen Altersgruppen statt (vgl. Abbildung 42). Dabei profitieren die Familien der Kinder am meisten, die einen längeren Aufenthalt haben (s. Abbildung 43), doch auch bei den Kindern und Jugendlichen mit einer Aufenthaltsdauer von bis zu einem Jahr nimmt die Zahl der vorhandenen Schutzfaktoren in der Familie zu.

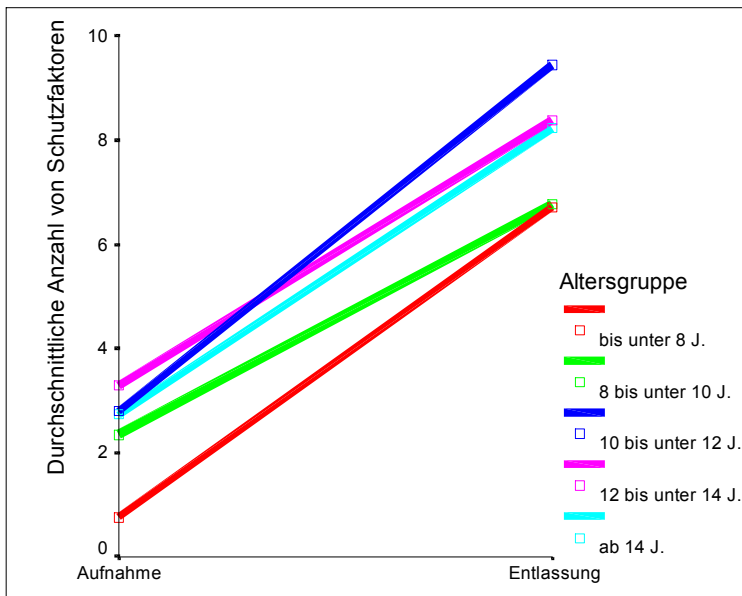


Abb.42 Entwicklung von Schutzfaktoren (Ressourcen) in den Familien, differenziert nach Aufnahmealter der Kinder

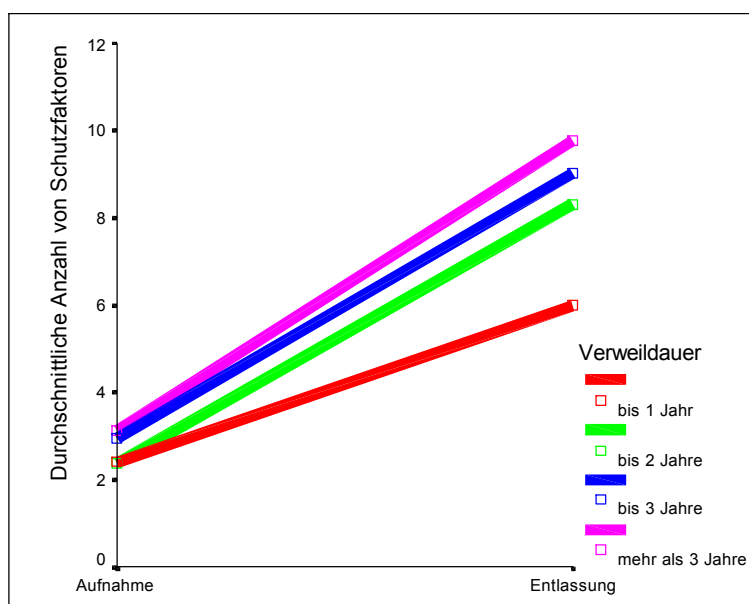


Abb.43 Entwicklung von Schutzfaktoren (Ressourcen) in den Familien, differenziert nach Verweildauer der Kinder

⁴² Zugehöriger Testwert aus der Varianzanalyse mit Messwiederholung $F_{1,285}=271,39; p<.001$

3.2.4 Erziehungsstile

Die Familie als primäre Bezugsgruppe und die Eigenarten elterlicher Erziehungspraktiken und deren Auswirkungen auf das Kind spielen eine besondere Rolle in der Entwicklung des Kindes. Kindliche Entwicklung und Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen sind, wie zahlreiche Studien übereinstimmend zeigen, in einem starken Maße von familiärer Dysfunktionalität beeinträchtigt (Brunner, 1998). Dementsprechend ist die Betrachtung elterlicher Erziehungsstile und besonders deren Veränderung Teil der therapeutischen Arbeit im ÜBBZ.

Wie auch schon bei den protektiven Faktoren zeigt sich bei Betrachtung der elterlichen Erziehungsstile eine positive Entwicklung im familiären Umfeld. Diese wurden getrennt für alleinerziehende und gemeinsam erziehende Eltern erfasst. Da sich die prozentualen Verteilungen einzelner Stile nur an wenigen Stellen unterscheiden, werden im folgenden nur die Zahlen für gemeinsam erziehende Eltern dargestellt⁴³.

Tabelle 22 Prozentuale Verteilung der Ausprägungen verschiedener Erziehungsstile der Eltern bei Aufnahme und Entlassung (N=214)

Erziehungsstile ⁴⁴	Aufnahme			Entlassung		
	trifft nicht zu (%)	trifft zu (%)	trifft sehr zu (%)	trifft nicht zu (%)	trifft zu (%)	trifft sehr zu (%)
<u>Uneinheitliche Erziehungsstile</u>						
• Ziele und Inhalte unbeständig, widersprüchlich, unzuverlässig	61,7	25,7	12,6	83,1	11,4	5,5
• Kontingenzen von Verstärkungs- und Bestrafungszusammenhang missachtend	56,1	25,2	18,7	82,6	9,0	8,5
• Uneinigkeit der Eltern	48,1	27,6	24,3	71,6	19,9	8,5
<u>Überbehütende Erziehungsstile</u>						
• keine Personen- und situationsangemessenen Forderungen stellen und durchsetzen	53,3	33,6	13,1	79,6	14,9	5,5
• elterliche Überfürsorge und Anstrengungsverwöhnung (Ziele, Wünsche)	76,2	16,4	16,4	88,1	10,0	2,0
• elterliche Überfürsorge und Anstrengungsverwöhnung (Einsatz)	76,6	14,0	8,9	88,6	9,0	2,5
• überbehütend u. überängstlich	83,6	8,0	8,5	92,5	6,0	1,5
<u>Distanziert-dominante Erziehungsstile</u>						
• emotional ablehnend u. distanziert	78,0	17,3	4,7	92,5	6,0	1,5
• unangemessene Anforderungen (Überforderung, autoritärer Stil)	83,2	11,2	5,6	95,5	4,0	0,5
• überbehütend-dominant	89,7	6,6	3,8	95,5	2,5	2,0
<u>Vernachlässigende Erziehungsstile</u>						
• materielle Verwöhnung	92,1	4,7	3,3	89,6	9,5	1,0
• unzureichende Aufsicht und Steuerung	59,8	23,4	16,8	81,1	13,9	5,0
<u>Unterstützende Erziehungsstile</u>						
• emotional annehmend, stützend, fürsorgend	37,4	50,5	12,1	16,9	62,7	20,4
• Personen- u. situationsangemessene Forderungen stellen und durchsetzen	79,9	18,7	1,4	45,3	41,3	13,4

⁴³ Einen statistisch nachweisbaren Unterschied gab es lediglich bei unheitlichen Erziehungsstilen: Bei Alleinerziehenden ist der Anteil um ca. 5% höher.

⁴⁴ Die Gruppierung der Erziehungsstile erfolgte unter Einbeziehung faktorenanalytischer Ergebnisse.

Es zeigt sich, dass im Laufe des Aufenthaltes der Kinder die Eltern im Erziehungsverhalten eine deutliche Entwicklung in die therapeutisch erwünschte Richtung aufweisen (vgl. Tabelle 22). Defizite wie z.B. die Anteile an uneinheitlichem Erziehungsverhalten verringern sich (also die Vermittlung von widersprüchlichen und unzuverlässigen Zielen bzw. dem Verhalten gegenüber den Kindern, oder bei gemeinsam erziehenden die Uneinigkeit der Eltern untereinander) deutlich von ca. 40% bis 50% auf 20% bis 30%. Auch eher überbehütende und verwöhnende Verhaltensweisen nehmen ab. Die Eltern zeigen bei Entlassung ihrer Kinder ein deutlich verbessertes Aufsichtsverhalten, nur bei knapp 20% wird dieses noch als unzureichend eingestuft gegenüber ca. 40% bei Aufnahme.

Die Zahlen zeigen auch, dass trotz aller Belastungen, zu Beginn der Hilfe ein hoher Prozentsatz der Eltern eine hohe emotionale Basisakzeptanz für ihre Kinder mitbringen, die sie aber nicht unbedingt vor der Entwicklung problematischer Erziehungsstile geschützt hat. Der Anteil an unterstützenden Verhaltensweisen, im Sinne von konsistenterem, konsequenterem und kongruenterem Erziehungsverhalten, steigt während der Hilfe. Besonders beachtlich ist, dass bei Entlassung über 50% der Eltern kindbezogene adäquate Anforderungen stellen (bei Aufnahme konnten dies nur 20%). Allerdings steigt der Anteil derjenigen, die ihre Kinder materiell verwöhnen von 8% auf 10,5%.

Diese in den Zahlen deutlich werdende Entwicklung spricht für einen positiven Effekt der intensiven Elternarbeit, bzw. dafür, dass die Eltern der Kinder und Jugendlichen im ÜBBZ die Anregungen aus der therapeutischen Arbeit auch umgesetzt haben.

3.2.5 Effekte der Eltern- und Familienarbeit

Eine direkte Vergleichsmessung war hier nicht möglich, da Bewertungen der Eltern- und Familienarbeit differenziert nur in den Daten zum Entlassungszeitpunkt erfasst wurden. Festgehalten wurden die erzielten Erfolge, die sich aus der Elternarbeit ergaben. Im folgenden werden die wichtigsten umgesetzten Veränderungen (N>5) dargestellt (s. Tabelle 23).

Die direkt eingeschätzten Verbesserungen im elterlichen Erziehungsverhalten erreichen Werte bis zu knapp 40% beim konsequenteren Erziehungsstil der Mütter. Außer beim Aufbau von Freizeitmöglichkeiten liegen die Werte für die Veränderungen bei den Müttern höher.

Bei der Interpretation der Daten in der Tabelle 23 muss auch berücksichtigt werden, dass nicht in allen Fällen Defizite ausgeglichen werden mussten, aber auch sicher in einigen Fällen keine oder nur geringe Erfolge erzielt werden konnten, wobei sich die „Misserfolgsquoten“, im Sinne der Prozentanteile von nicht verändertem und ungünstig eingeschätzten Verhalten, aus der Tabelle 22 ableiten lassen. So gelang es bei 20% der Eltern nicht, ihnen zu vermitteln, personen- und situationsangemessene Forderungen zu stellen und durchzusetzen.

Die Grenzen therapeutischer Intervention werden auch deutlich, wenn man betrachtet, dass sich immer noch knapp 30% der Eltern in ihrem Erziehungsverhalten uneinig sind.

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Tabelle 23 Effekte der Eltern- und Familienarbeit

Effekte	auf die Mutter	auf den Vater
• Konsequenter Erziehungsstil	39,9% (N=114)	30,1% (N=86)
• Altersgerechte Anforderungen	29,4% (N=84)	18,5% (N=53)
• Aufbau von Freizeitmöglichkeiten	3,5% (N=10)	5,9% (N=17)
• Gezielte Verhaltensbeobachtung und Intervention	19,9% (N=57)	14,3% (N=41)
• Strategiebildung gegen Vermeidungs- und Verweigerungshaltung	20,6% (N=59)	13,3% (N=38)
• Aufbau von Regeln und Normen	20,6% (N=59)	14,0% (N=40)
• Aufbau von Strukturen und Integration des Kindes	15,0% (N=43)	9,4% (N=27)
• Umsetzen von Hausaufgabentraining bei Lern- und Leistungsstörungen	11,5% (N=33)	3,5% (N=10)
• Abbau von überbehütenden Verhaltensmustern	17,5% (N=50)	5,9% (N=17)
• Resistenz gegenüber Erpressungsstrategien	11,2% (N=32)	3,1% (N=9)
• Allg. Beziehungsverbesserung	25,2% (N=72)	13,6% (N=39)
• Wiedereingliederung in soziales Umfeld	15,7% (N=45)	10,1% (N=29)

3.2.6 Psychosoziale Belastung

Parallel zur Herausbildung von protektiven Faktoren innerhalb der Familie zeigt sich im Sinne einer positiven Ergebnisqualität ein Rückgang bei den psychosozialen Belastungsfaktoren im familiären Umfeld bis zum Ende des Heimaufenthalts (vgl. Abbildungen 44 und 45). Der Mittelwert ist von 4,22 Belastungen bei Aufnahme auf 1,38 psychosoziale Belastungsfaktoren bei Entlassung zurückgegangen⁴⁵.

Insgesamt konnten bei der Entlassung für 41 % (N=118) der Kinder und Jugendlichen keine außerordentlichen Belastungen mehr festgestellt werden (s. Abb. 45). Bei Aufnahme war das lediglich bei 7% (N=20) der Kinder und Jugendlichen der Fall (Abb. 44). Lagen bei Aufnahme noch bei rund zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen zwei bis sechs familiäre Belastungsfaktoren vor, sind es bei Entlassung nur noch ein Drittel (35%) mit zwei bis sechs Fällen.

Zusammenfassend betrachtet, lässt sich zum Ende des Heimaufenthalts im ÜBBZ eine beeindruckend deutliche, allgemeine Verringerung der psychosozialen Belastungsfaktoren im familiären Umfeld ausmachen.

⁴⁵ Zugehöriger Testwert aus entsprechendem T-Test: $t_{285}=19,56; p<.001$

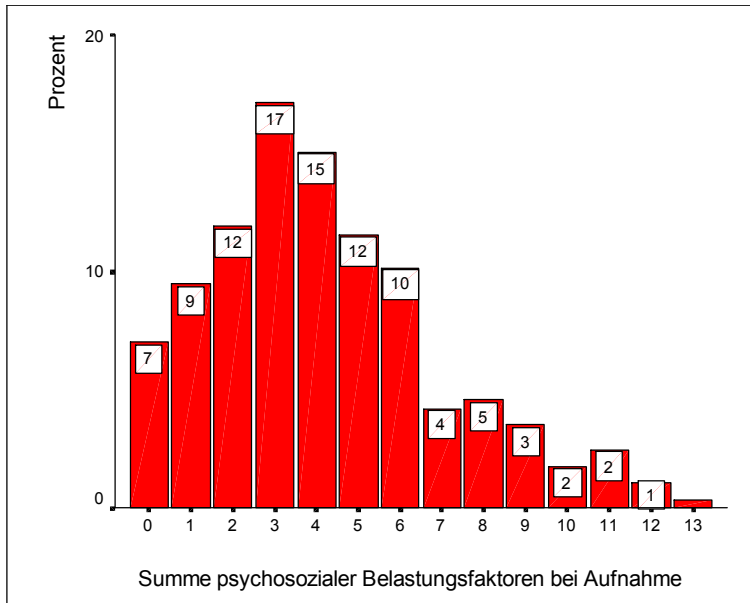


Abb.44 Prozentuale Verteilung der Summe aktueller Belastungen bei Aufnahme

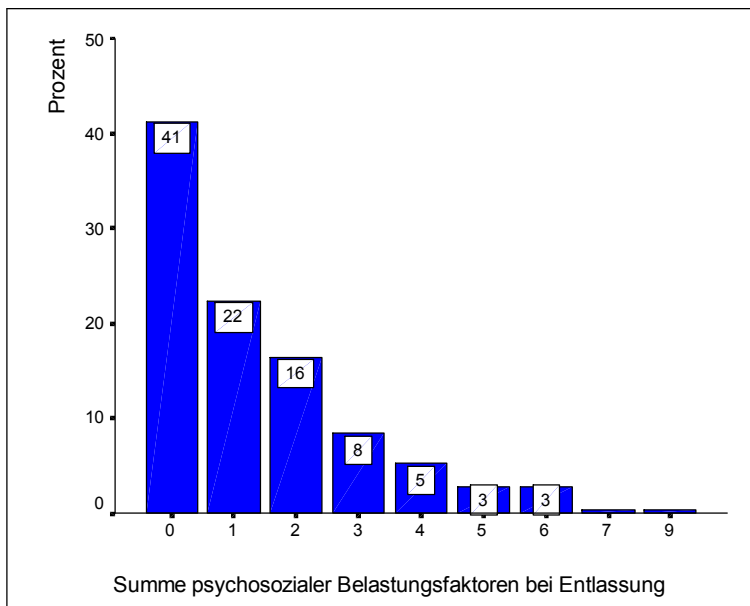


Abb.45 Summe psychosozialer Belastungsfaktoren Entlassungszeitpunkt

3.3 Prozessqualität - Wirkfaktoren

Ganz allgemein versteht man unter Prozessqualität das „Vorhandensein und die Beschaffenheit solcher Aktivitäten, die geeignet und notwendig sind, ein bestimmtes Ziel der Leistung zu erreichen.“ (Merchel, 1999, 29). Dazu zählen allgemein alle Formen therapeutisch-pädagogischer Interventionen. Im folgenden werden die wichtigsten Interventionen und Arbeitsschwerpunkte der stationären Behandlung im ÜBBZ Würzburg dargestellt.

Prozess- und Ergebnisqualität sind nicht immer eindeutig voneinander trennbar, so gehört z.B. die Beschulung, deren Ergebnisse und Erfolge im vorangegangenen Teil unter der Ergebnisqualität dargestellt wurden, sicherlich auch zur Prozessqualität, sie wird allerdings an dieser Stelle nicht noch einmal aufgeführt.

3.3.1 Eltern- und Familienarbeit

Zum festen Bestandteil der pädagogischen Eltern- und Familienarbeit im ÜBBZ gehört ein vor der Heimaufnahme geschlossener „Kontrakt“ mit den Erziehungspersonen, in dem die Eltern darauf hingewiesen werden, wie wichtig ihre Mitarbeit zur erfolgreichen Behandlung ihrer Kinder ist. Bei mangelnder Bereitschaft zur Mitarbeit und fehlender Motivation ergeben sich u.U. zu große Diskrepanzen für das Kind, das im Spannungsfeld zwischen Heim, Eltern und den verschiedenen Ansprüchen und pädagogischen Verhaltensweisen zerrieben werden könnte. Station und Elternhaus liefen in Gefahr, Inkonsistenzen und Inkongruenzen zu produzieren, die das Kind in „seinem“ (störungsstabilisierenden) Sinne ausnutzen könnte. Deshalb soll aus Sicht des ÜBBZ zumindest die Chance auf eine erfolgreiche Mitarbeit und grundsätzliche Motivation der Eltern bestehen. Den Eltern wird nicht unterstellt, dass sie nicht mit ihren Kindern umgehen wollen, sondern sie werden darauf hingewiesen, dass ihnen lediglich das Wissen um und die Einübung von förderlichem Erziehungsverhalten und Handlungsstrategien fehlt. Deshalb wird bei der durchgeführten Elternarbeit auch großer Wert auf die Stärkung von Ressourcen und Fertigkeiten der Eltern gelegt. Diese Punkte werden schon beim ersten Kontakt im Vorstellungsgespräch thematisiert: „Wer investiert was?“

Im Rahmen von „vertrauensbildenden“ Maßnahmen beginnt die Eltern- und Familienarbeit schon vor der Aufnahme. An sogenannten „Schnupperrachmittagen“, können die zum Schuljahr im September aufgenommenen Kinder und deren Eltern im Juli schon die Einrichtung kennenlernen. „Alte“ Eltern berichten von ihren Erfahrungen, die „neuen“ Eltern machen sich schon ein Bild von der Einrichtung und über die Ferien wissen sie und ihre Kinder schon, was sie erwartet.

3.3.1.1 Schwerpunkte der Eltern- und Familienarbeit

Bei den folgenden Darstellungen gilt, dass auch unverheiratete Eltern oder solche mit neuen Partnern, bzw. dementsprechenden Betreuungspersonen als Klienten der Elternarbeit verstanden und berücksichtigt werden.

Die Eltern- und Familienarbeit nimmt traditionell schon immer einen wichtigen Stellenwert in der Arbeit des ÜBBZ ein. Sie wird auf die vielfältigste Art durchgeführt und deckt ein sehr weites Spektrum ab, deren wichtigste Schwerpunkte aus Abbildung 46 zu erkennen sind. Dabei beziehen sich die Angaben auf den gesamten Aufenthaltszeitraum des Kindes. Wie aus der Abbildung hervorgeht, durchlaufen die Eltern in der Regel mehrere Interventionsformen, quasi nach einem „Baukastensystem“.

Alle Eltern (99%) nahmen an der Elternarbeit in Form von allgemeiner Erziehungs- und Lebensberatung (Counseling) teil. In 47% der Fälle fand Familientherapie, bei 42% der Kinder und Jugendlichen und ihren Eltern fand ein spezielles Eltern-Kind-Training statt⁴⁶. Je 38% der Kinder haben Eltern, die während der Dauer ihres Aufenthaltes eine Partnerschaftstherapie bzw. eine Psychotherapie machten. Scheidungsberatung wurde in 14% der Fälle in Anspruch genommen, Suchtberatung in 5,2%. Diese Zahlen entsprechen in ihrem Ausmaß etwa den in Kapitel 3.1 vorgestellten Zahlen zu Belastungskonstellationen im familiären Umfeld. Damit verdeutlichen sie diese nicht nur, sondern belegen eine intensive Elternarbeit im ÜBBZ, die sich auf die spezifischen Problemlagen der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern einstellt. Im Zusammenhang mit den in Kapitel 3.2 berichteten positiven Veränderungen im familiären Umfeld und der in den meisten Fällen gelungenen Reintegration ins Elternhaus bzw. der Rückführung in die öffentliche Regelschule kommt der Elternarbeit sicherlich ein hoher Stellenwert zu. Die Intensität, die dazu notwendig ist, erfordert allerdings eine entsprechende personelle Struktur.

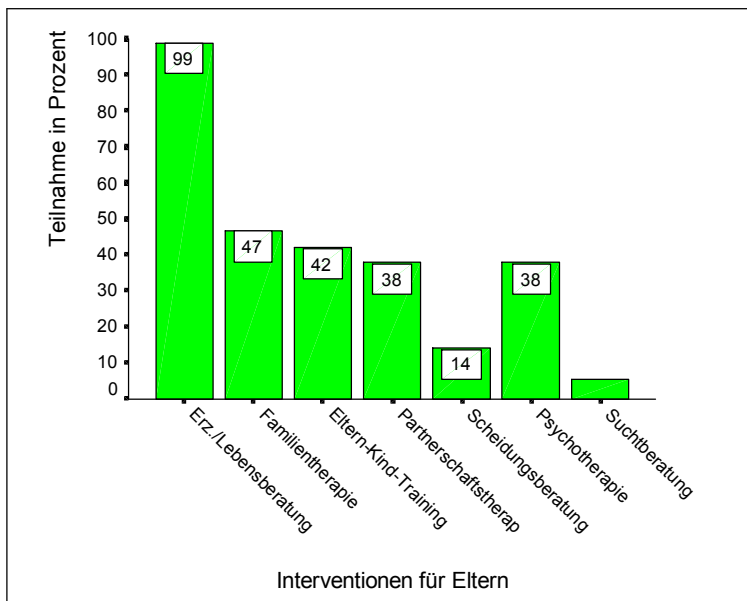


Abb.46 Prozentualer Anteil der Kinder, deren Eltern an verschiedenen Interventionen teilgenommen haben

Diese Notwendigkeit wird in Tabelle 24 deutlich: Im Laufe der letzten 10 Jahre stieg die Beteiligung an verschiedenen Formen der Elternarbeit. Dies kann sicherlich teilweise in Zusammenhang mit der weiter oben berichteten besseren Bewältigung psychosozialer Belastungen bzw. mit der Reduzierung von Stressoren im unmittelbaren familiären Umfeld gebracht werden; hängt allerdings bestimmt auch mit einem Stellenzuwachs beim therapeutischen Personal zusammen. So wurde z.B. die Zahl der Planstellen bei den Psychologen/Psychotherapeuten im Februar 1988 von zwei auf drei erhöht.

⁴⁶ Der Übergang von Counseling zur Therapie ist fließend und Grenzen sind nicht leicht definierbar.

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Tabelle 24 Prozentualer Anteil der Kinder, deren Eltern an verschiedenen Interventionen teilgenommen haben, differenziert nach Aufnahmekohorte

Therapieform	Zeitraum der Aufnahme		
	1977-1983	1984-1989	1990 -1997
Erziehungs- und Lebensberatung	98,9	98,1	100
Familientherapie	35,2	39,8	65,3
Partnerschaftstherapie	35,2	33,0	45,3
Elten-Kind-Interaktionstraining	31,8	46,6	46,3
Psychotherapie	38,6	36,9	37,9
Scheidungsberatung	5,7	12,6	24,2
Suchtberatung	6,8	6,8	2,1

3.3.1.2 Dauer der Eltern- und Familienarbeit

Fast die Hälfte (49%; N=118) der vom ÜBBZ angebotenen und während des Aufenthalts der Kinder und Jugendlichen durchgeführten Elternarbeit dauert jeweils zwischen einem und zwei Jahren. Dreißig Prozent (N=74) der elternbezogenen Therapieangebote umfassen den Zeitraum bis zu einem Jahr, und 21% (N= 51) dauern drei und mehr Jahre (vgl. Abb. 47). In 15 Fällen, das entspricht in etwa 5% der aufgenommenen Kinder und Jugendlichen, wird die Elternarbeit noch über das Ende der stationären Unterbringung hinaus fortgesetzt, nachdem während des Aufenthalts schon zwei oder drei Jahre Elternarbeit stattgefunden hat. Diese recht niedrige Zahl an Nachbetreuung kommt dadurch zustande, dass für die vorliegende Untersuchung nur die Akten der Kinder und nicht die ebenfalls existierenden Elternakten ausgewertet wurden. Dort liegt die Zahl der vermerkten Nachbetreuungen vermutlich höher.

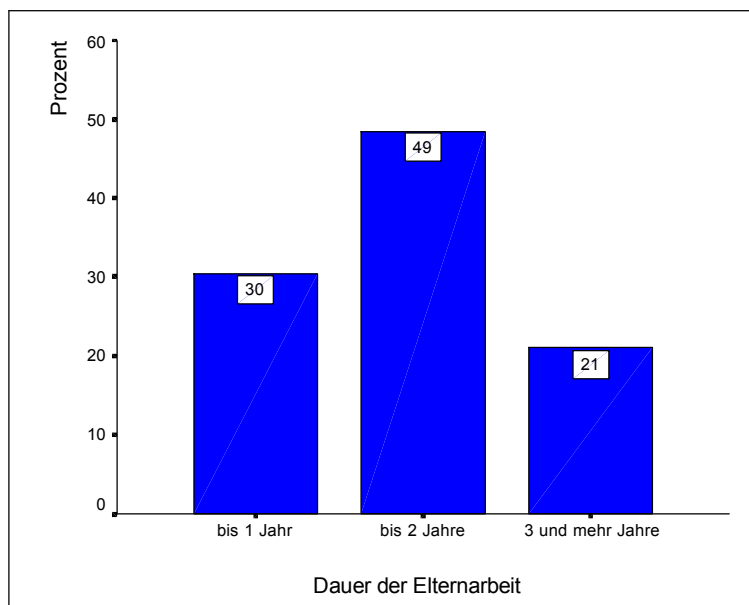


Abb.47 Prozentuale Verteilung der Dauer der Elternarbeit

Die Dauer der Elternarbeit wird natürlich auch durch die Verweildauer des Kindes beeinflusst. Die höchste Intensität und Dichte der Elternarbeit erfolgt in der Regel im ersten Jahr des Heimaufenthaltes. Dieser Umstand ist in Tabelle 25 zu erkennen, aus der deutlich wird, dass die Elternarbeit fester und andauernder Bestandteil der Hilfe ist, und in der Regel fast so lange wie der Aufenthalt des Kindes im ÜBBZ andauert.

Tabelle 25 Häufigkeitsverteilung für die Dauer der Elternarbeit, differenziert nach Verweildauer

Dauer der Elternarbeit	Verweildauer			
	bis 1 Jahr N (%)	bis 2 Jahre N (%)	bis 3 Jahre N (%)	mehr als 3 Jahre N (%)
bis 1 Jahr	26 (96,3)	40 (33,9)	7 (9,7)	1 (4,0)
bis 2 Jahre	1 (3,7)	78 (66,1)	35 (48,6)	3 (12,0)
bis 3 Jahre	-	-	30 (41,7)	21 (84,0)
Gesamt	27 (100)	118 (100)	72 (100)	25 (100)

3.3.1.3 Teilnahme der Eltern und Einstellung zur Elternarbeit

Veränderung der Einstellung zur Elternarbeit

Die Teilnahme der Eltern der Kinder und Jugendlichen an der Elternarbeit und ihre Einstellung dazu wurde aus den Akten jeweils nach einem Jahr (bei den Kindern mit bis zu einjähriger Verweildauer nach einem halben Jahr) und zum Zeitpunkt der Entlassung ihrer Kinder erfasst. Die Ergebnisse der ersten Erhebung sind in Abbildung 48 (grün), die der Erhebung bei Heimentlassung in Abbildung 49 (blau) dargestellt. Die Daten beziehen sich auf die Gesamtstichprobe.

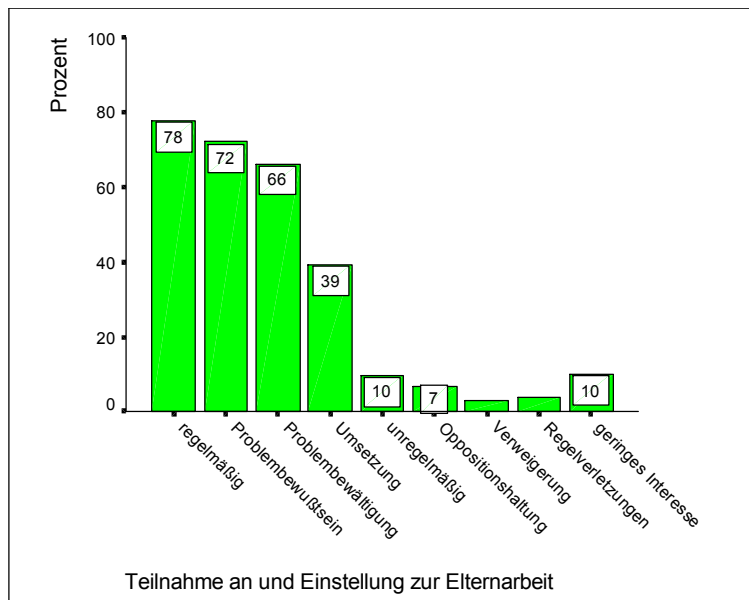


Abb.48 Teilnahme/ Einstellung zur Elternarbeit im ersten Jahr des Aufenthaltes

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

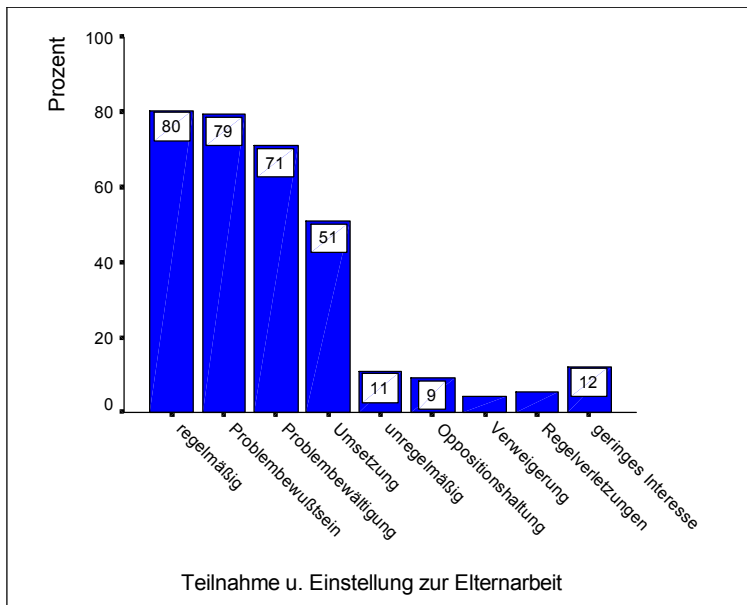


Abb.49 Teilnahme/Einstellung zur Elternarbeit bei Entlassung

Vergleicht man die beiden Abbildungen, so zeigt sich insgesamt in Bezug auf die Teilnahme der Eltern und ihrer Einstellung zur Elternarbeit eine positive Entwicklung während des Heimaufenthaltes des Kindes. Diese ist unabhängig von der Dauer des Aufenthaltes und betrifft besonders die Kategorien Problembewusstsein, Problembewältigung und Umsetzung. So steigt der Anteil der Eltern, die schon im ersten Jahr des Beratungsprozesses ein Problembewusstsein erlangen, von 72% (N=195) auf 79% (N=219), der Anteil der Eltern, die die Hilfeangebote zur Problembewältigung annehmen, von 66% (N=179) auf 71% (N=196), und der Anteil an Eltern, die Anregungen und erlernte Fertigkeiten im heimischen Umfeld umsetzen, von 39% (N=106) auf 51%; N=141. Dabei liegt die Gesamtrate an Eltern, die regelmäßig und verbindlich an der Elternarbeit teilnehmen und entsprechende Therapieangebote annehmen, durchgängig bei ca. 80%.

Insgesamt zeigen ca. 15% der Eltern eine negative Einstellung gegenüber der Elternarbeit bzw. einen geringen Grad an Bereitschaft, die angebotenen therapeutischen Leistungen zu nutzen. Diese „Misserfolgsrate“ bleibt bis zur Entlassung relativ stabil, das bedeutet, dass sich eine grundsätzliche Ablehnung oder Vorbehalte von Eltern mit zunehmender Dauer kaum mehr ändern lassen. Die negative Einstellung drückt sich im einzelnen aus in einer sporadischen und unregelmäßigen Teilnahme (ca. 10%), einem geringen Interesse an der pädagogisch-therapeutischen Arbeit im Heim (ca. 11% insgesamt) und in allgemeinem Konfrontations- und Oppositionsverhalten (ca. 8%). Ca. 5% (N=15) der Eltern setzen sich wiederholt über Heimregeln und Absprachen hinweg, und ca. 4% entzogen sich der therapeutischen und beratenden Arbeit und einer Zusammenarbeit mit den Psychotherapeuten im ÜBBZ völlig.

Einstellung zur Elternarbeit in Bezug auf die Verweildauer

In Tabelle 26 wird die Unabhängigkeit der positiven Entwicklung (positivere Einstellung im Verlauf des Heimaufenthaltes des Kindes) von der Verweildauer nochmals verdeutlicht. Auch bei den Eltern der Kinder, die nur bis zu einem Jahr bleiben, verbessert sich das Problembewusstsein, die Bewältigung der schwierigen Situation und die Umsetzung von durch die Elternarbeit gewonnenen Anregungen. Dabei liegt der Prozentsatz an positiver Entwicklung allerdings durchgehend unter dem der Eltern von Kindern, die länger als ein Jahr am ÜBBZ blieben. Dies erklärt sich auch durch den verhältnismäßig hohen Anteil an

sogenannten Clearing-Fällen in dieser Gruppe, in denen der Aufenthalt der Kinder zur Abklärung des Störungsbildes diente und oft weit unter einem Jahr lag.

Tabelle 26 Teilnahme und Einstellung zur Elternarbeit, differenziert nach Verweildauer

Teilnahme an und Einstellung zur Elternarbeit		Verweildauer			
		bis 1 J. (%)	bis 2 J. (%)	bis 3 J. (%)	> 3 J. (%)
Regelmäßige Teilnahme	nach ½ bzw. 1 J.	51,9	83,6	86,8	76,9
	bei Entlassung	64,2	80,2	89,5	84,6
Problembewusstsein	nach ½ bzw. 1 J.	44,2	80,2	76,3	80,8
	bei Entlassung	58,5	76,9	92,1	92,3
Problembewältigung	nach ½ bzw. 1 J.	44,2	70,7	71,1	76,9
	bei Entlassung	49,1	68,6	82,9	92,3
Umsetzung	nach ½ bzw. 1 J.	19,2	43,1	50,0	30,8
	bei Entlassung	25,9	52,9	60,5	65,4
Sporadische Teilnahme	nach ½ bzw. 1 J.	17,3	12,1	2,6	3,8
	bei Entlassung	15,1	13,2	7,9	3,8
Oppositionshaltung	nach ½ bzw. 1 J.	13,5	6,0	3,9	3,8
	bei Entlassung	11,3	10,7	6,6	3,8
Verweigerung	nach ½ bzw. 1 J.	7,7	3,4	-	-
	bei Entlassung	5,7	7,4	1,3	4,7
Regelverletzungen	nach ½ bzw. 1 J.	7,7	4,3	-	3,8
	bei Entlassung	7,5	5,0	3,9	7,7
Geringes Interesse	nach ½ bzw. 1 J.	21,2	11,2	2,6	3,8
	bei Entlassung	17,0	16,5	7,9	-

3.3.2 Formen therapeutischer Intervention für die Kinder

Neben der erzieherischen Arbeit, die sich im ÜBBZ durch ein vielfältiges Angebot auszeichnet (vgl. Konzeption in Kapitel 1) und als ein zentrales Qualitätsmerkmal angesehen werden muss, gehören zusätzliche (psycho-)therapeutische Leistungen zum festen Bestandteil der Arbeit in der Einrichtung. Die wichtigsten dieser Leistungen und ihre Inanspruchnahme sind in Abbildung 50 dargestellt.

Dabei ist unter Spieltherapie eine nach verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten aufgebaute Spiel- und Gestaltungstherapie zu verstehen und keine nondirektive Spieltherapie im klassischen Sinn. Die ebenfalls angeführte Verhaltenstherapie und die Gesprächstherapie umfassen Einzelsitzungen bei therapeutisch ausgebildeten Diplom-Psychologen im Sinne einer klassischen dyadischen Psychotherapie.

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

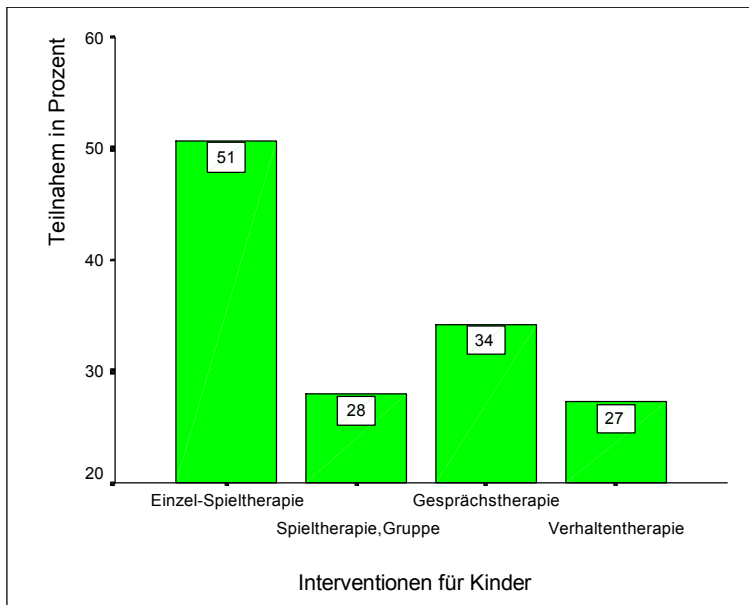


Abb.50 Prozentualer Anteil der Teilnahme an verschiedenen Interventionen für Kinder

Knapp über die Hälfte der Kinder nahmen an Einzel-Spieltherapie, 28% an einer Gruppen-Spieltherapie teil. Bei 35% wurde eine Gesprächstherapie initiiert, und insgesamt 27% nahmen an verhaltenstherapeutischer Therapie teil. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Spieltherapie in der Regel nur bei Kindern bis 12 Jahre durchgeführt wird und Gesprächstherapie häufig erst für Kinder ab ungefähr 10 Jahren geeignet ist.

Im Abbildung 51 sind die verschiedenen Therapien nach den unterschiedlichen Verweildauern differenziert dargestellt.

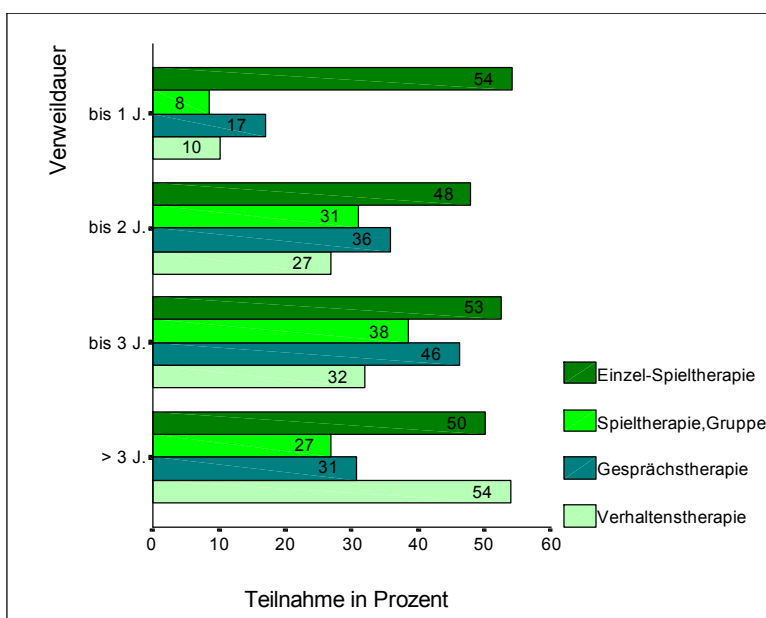


Abb.51 Prozentualer Anteil der Teilnahme an verschiedenen Interventionen für Kinder, differenziert nach der Verweildauer

Der Anteil der Einzel-Spieltherapien ist dabei unabhängig von der Verweildauer, die anderen Therapieformen werden für Kinder mit kurzfristigerem Aufenthalt (bis 1 Jahr) deutlich seltener initiiert. Differenziert man die Interventionen nach den verschiedenen Aufnahmekohorten, ergibt sich nochmals ein etwas anderes Bild (vgl. Tabelle 27).

Tabelle 27 Prozentualer Anteil der Kinder, die an verschiedenen Interventionen teilgenommen haben, differenziert nach Aufnahmekohorte

Therapieform	Aufnahme		
	1977-1983	1984-1989	1990 -1997
Spieltherapie einzeln	50,0%	58,3%	43,2%
Spieltherapie Gruppe	28,4%	26,2%	29,5%
Verhaltenstherapie Gruppe	9,1%	35,0%	35,8%
Gesprächstherapie	42,0%	20,4%	42,1%

Bei den verschiedenen Kind-Interventionen veränderte sich der prozentuale Anteil im Laufe der Jahre. Während der Anteil an Kinder mit Spieltherapie (ca. 50% Einzel- und ca. 25% Gruppen-) von der Mitte der 70er bis Mitte der 90er Jahre in etwa gleich blieb⁴⁷ stieg der Anteil an Verhaltenstherapie von 9% im Zeitraum von 1977-1983 bis auf ca. 35% Ende der 80er Jahre und blieb ab da stabil. Der Anteil an Gesprächstherapie lag von 1977 bis 1983 etwa gleich hoch wie in den 90er Jahren (ca. 40%), dazwischen sank er auf 20%.

Neben historischen Aspekten (Neuerungen in den psychotherapeutischen Methoden) spiegeln diese Zahlen auch ein Qualitätsmerkmal des ÜBBZ wieder: nämlich neue Methoden zügig in den Behandlungskanon zu integrieren.

Unter dem Kostenaspekt ist auch die durchschnittliche Anzahl der geleisteten Therapiestunden interessant. Diese sind in Tabelle 28 dargestellt. Während die durchschnittliche Anzahl an Stunden Spieltherapie bzw. Gesprächstherapie sich in den letzten Jahren kaum veränderte, stieg sie bei der Verhaltenstherapie bis Ende der 80er Jahre an: in den 90er Jahren ist sie wieder geringer

Tabelle 28 Deskriptive Statistik für die Stundenanzahl verschiedenen Therapieformen

	Kohorte	Anzahl (N)	Mittelwert (M)	Standardabw. (Sd)	Minimum	Maximum
Spieltherapie, einzeln	1977- 1983	44	53,18	17,88	20	100
	1984-1989	60	49,67	22,85	10	150
	1990-1997	41	51,22	26,38	10	160
	Gesamt	145	51,17	22,47	10	160
Spieltherapie, Gruppe	1977-1983	25	50,80	11,87	20	100
	1984-1989	27	47,41	7,12	20	50
	1990-1997	28	43,57	14,96	10	70
	Gesamt	80	47,13	12,03	10	100
Gesprächstherapie	1977-1983	37	33,51	19,61	10	100
	1984-1989	21	28,57	20,81	10	110
	1990-1997	40	29,75	14,05	10	60
	Gesamt	98	30,92	17,77	10	110
Verhaltenstherapie, Gruppe	1977-1983	8	50,00	0,00	50	50
	1984-1989	36	73,61	31,91	40	150
	1990-1997	34	60,00	31,04	20	120
	Gesamt	78	65,26	30,74	20	150

Unter Verhaltenstherapie in Gruppen sind sogenannte Assertiveness-Gruppen zur Stärkung der Selbstsicherheit (Ullrich de Muynck & Forster, 1973) erfasst. 1975 wurde die erste dieser

⁴⁷ Spieltherapie gehört zum verpflichtenden therapeutischen Angebot.

3 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Gruppen mit acht Kindern im ÜBBZ gestartet. Die Zahlen belegen, dass diese Methode dann in den 80er Jahren bereits fester Bestandteil der therapeutischen Arbeit im ÜBBZ war.

Insgesamt wurden die verhaltenstherapeutisch orientierten Methoden kontinuierlich ausgebaut. Gerade in den letzten drei Jahren (die nicht mehr in den Untersuchungszeitraum fallen) sind Selbstkontrollgruppen für Kinder mit Hyperkinetischem Syndrom eingerichtet worden, die auf sogenannten Selbstmanagement-Methoden (Döpfner & Lehmkuhl, 1993; Lauth & Schlottke, 1993) basieren.

Auf die Selbstmanagementtherapie bezieht sich auch folgendes Zitat, in dem sich ein Verständnis von Therapie als Hilfe zur Selbsthilfe widerspiegelt:

„Bei unseren therapeutischen Ansätzen, der Selbstmanagementtherapie, gehen wir davon aus, dass das menschliche Streben nach Selbstbestimmung, Eigenverantwortung, Selbstregulation und Selbstständigkeit ein legitimes Ziel darstellt, welchem wir uns mittels unserer Art von Therapie annähern möchten. Langfristige Oberziele unserer Arbeit sind somit Autonomie und Selbstregulation von Klienten. Dieser Ansatz bevorzugt eine aktive Rolle vom Menschen bei der Gestaltung eines eigenen Lebensschicksals. Wir anerkennen einerseits gewisse Beschränkungen, die durch Faktoren im Leben zustande kommen, welche außerhalb des persönlichen Einflusses liegen, andererseits versuchen wir Klienten zu helfen, ihr Leben im Rahmen dieser Grenzen selbst in die Hand zu nehmen.“ (Kanfer, Reinecke & Schmelzer, 1990, 8)

4 Darstellung der Zusammenhangsstruktur zwischen Erfolgskriterien und Prozessmerkmalen mit Hilfe eines Kettengraphen

Nicolai Klessinger

Um die komplexen Zusammenhänge zwischen Prozessmerkmalen (Prozessqualität) und Erfolgskriterien (Ergebnisqualität) statistisch adäquat zu beschreiben, wurde als multivariater Ansatz der Graphischen Kettenmodelle (vgl. Wermuth, 1998) gewählt.

Dabei schien es aus methodischen (Zellbesetzungen; Güte der erfassten Daten; Rechenaufwand) und inhaltlichen (Auswahl der wichtigsten Aspekte, Reduktion der Komplexität) Überlegungen sinnvoll, die Zahl der in diesen Analysen berücksichtigten Variablen auf einige wesentliche zu begrenzen.

4.1 Variablenauswahl und Vorgehen

Als Merkmale (Variablen) der Ergebnisqualität wurden dabei berücksichtigt:

- die Veränderung des Störungsbildes beim Kind/Jugendlichen von der Aufnahme bis zur Entlassung (Differenz aus Summenscore über alle Störungen und Symptome bei Aufnahme und Entlassung), S_Ver;
- die Reintegration in die Familie (abgestuft in: nach Beendigung der Hilfe erfolgt/nicht erfolgt), R;
- die Entwicklung familiärer Ressourcen (Differenz aus Summenscore über protektive Faktoren bei Kind und Eltern bei Aufnahme und Entlassung), F_Res;

als Prozessmerkmale:

- Dauer der Hilfemaßnahme (in Jahren), D;
- die Intensität der Elternarbeit (Stundenanzahl aller Elterninterventionen während des Aufenthaltes des Kindes), E_Int;
- die Anzahl an Vorinterventionen vor Aufnahme ins ÜBBZ, V;

sowie als Ausgangsbasis

- das Störungsbild beim Kind/Jugendlichen bei Aufnahme (Summenscore über alle Störungen und Symptome), S.

In Tabelle 29 sind die deskriptiven Statistiken für alle Variablen im späteren Kettenmodell dargestellt. Bis auf die Variable „Reintegration“ sind alle Variablen quantitativ. In die Berechnungen fließen nur komplette Datensätze von 277 Personen ein, 9 Fälle blieben aufgrund fehlender Werte in mindestens einer Variablen unberücksichtigt.

Tabelle 29 Deskriptive Statistik der im Kettenmodell berücksichtigten Variablen

Variablen	M (Mittelwert)	Sd (Standardabw.)	Min. (Minimum)	Max. (Maximum)	% von ja
<u>Reine Zielgrößen:</u>					
Veränderung im Störungsbild (S_Ver)	23,96	18,5	-44	83	-
Reintegration in die Familie (R)	-	-	-	-	81,2
<u>Vermittelnde Variablen:</u>					
Entwicklung fam. Ressourcen (F_Res)	5,55	5,7	-7	24	-
Dauer der Hilfe (D)	1,91	0,95	0,1	6,9	-
Intensität der Elternarbeit (E_Int)	101,8	63,4	0	360	-
<u>Reine Einflussgrößen:</u>					
Störungsbild bei Aufnahme (S)	185,18	17,5	146	252	-
Vorinterventionen (V)	2,35	1,3	0	7	-

4 Darstellung der Zusammenhangsstruktur zwischen Erfolgs-kriterien und Prozessmerkmalen mit Hilfe eines Kettengraphen

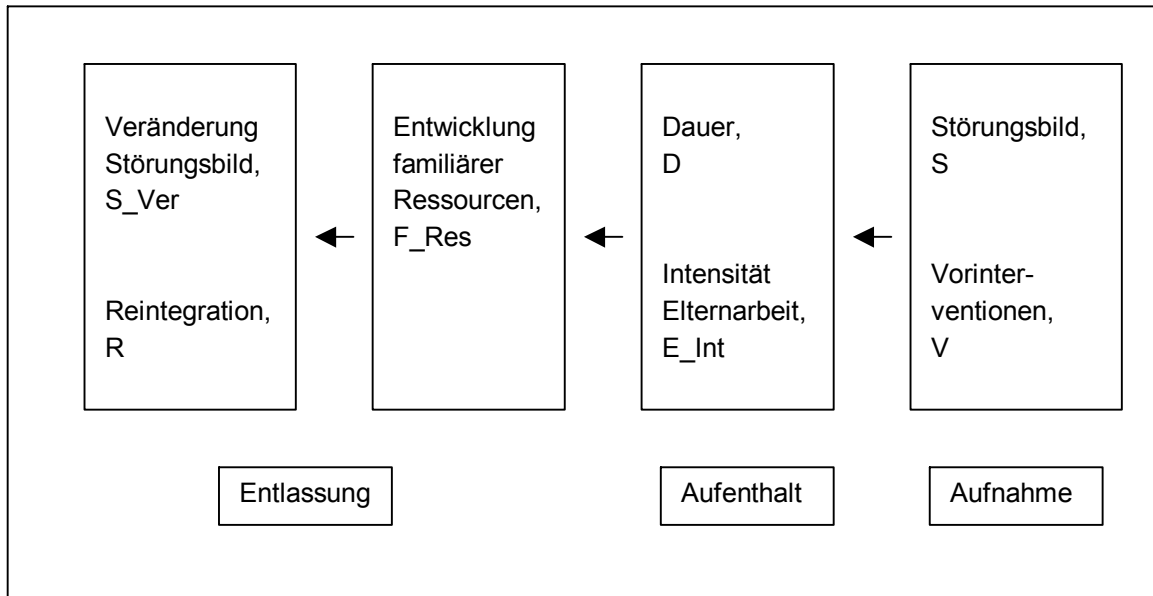


Abb.52 Vorläufige hypothetische Abhängigkeitskette der ausgewählten Variablen

Nach den weiter oben beschriebenen Konstruktionsprinzipien wurde vor der eigentlichen Modellsuche und Berechnung eine vorläufige Abhängigkeitskette erstellt (vgl. Abb. 52).

Nach dieser Abbildung werden die einzelnen Variablen in den sich anschließenden Analysen⁴⁸ als Zielgrößen, Einflussgrößen oder vermittelnde Variablen betrachtet. Dadurch werden zwei Arten von Einflüssen auf die jeweiligen Zielgrößen möglich:

- direkte Einflüsse (ohne zwischengeschaltete Variablen), z.B. könnte das Störungsbild bei Aufnahme (S) einen direkten Einfluß auf die Dauer der Hilfe (D) haben;
- indirekte Einflüsse (über vermittelnde Variablen), so wäre ein Einfluss der Elternarbeit auf eine erfolgreiche Reintegration über eine positive Entwicklung familiärer Ressourcen vorstellbar.

Auf Grundlage der vorläufigen Abhängigkeitskette (Abb. 52) wurde dann der in Abbildung 53 dargestellte Kettengraph berechnet. Das zugehörige Gleichungssystem der entsprechenden statistischen Analysen zeigt Tabelle 30. Die Kanten (Pfeile) in der Abbildung zeigen vorhandene statistische Assoziationen. Die Richtung des jeweiligen Zusammenhang lässt sich am Vorzeichen des entsprechenden Regressionskoeffizienten in der Tabelle erkennen. Bei der folgenden vereinfachten Interpretation des Graphen ist zu beachten, dass die abgebildeten gerichteten Assoziationen (dargestellt über Pfeile) immer bedingte Abhängigkeiten repräsentieren.

⁴⁸ Zur Analyse der Zusammenhangsstruktur wurden multivariate lineare und logistische Regressionen berechnet. Bei der Modellsuche wurde die Methode der schrittweisen Vorwärtselektion eingesetzt; dabei wurden zunächst nur Haupteffekte berücksichtigt. Auswahlkriterium waren jeweils die t-verteilter studendisierten Regressionskoeffizienten mit einer Kriteriumsgrenze von $|t| > 2,00$. Im Anschluss wurde jedes ausgewählte Regressionsmodell auf mögliche zusätzliche quadratische Effekte und Interaktionseffekte überprüft.

4.2 Interpretation des Kettengraphen

Betrachtet man die Erfolgskriterien Veränderung des Störungsbildes (S_Ver) und Reintegration (R) als Zielgrößen, so zeigen sich folgende direkte Einflüsse (dargestellt über direkt verbindende Pfeile im Kettengraphen):

- Die Veränderung des Störungsbildes (S_Ver) hängt direkt ab vom Störungsbild bei Aufnahme (S); das ist nicht weiter verwunderlich, da eine Verbesserung ja umso stärker ausfallen kann, umso gravierender die Störung ist.
- Die Verbesserung des Störungsbildes (S_Ver) ist bedingt abhängig von einer positiven Entwicklung familiärer Ressourcen (F_Res). Dieser Effekt ist quadratisch, d.h. die Verbesserung ist zunächst umso stärker, je mehr protektive Faktoren entwickelt werden. Ab einer bestimmten Anzahl von erlernten protektiven Faktoren in den Familien dreht sich dieser Effekt um. Inhaltlich bedeutet das, dass ein gewisser Ausbau von familiären Ressourcen unbedingt notwendig ist, dass aber zuviele protektive Faktoren in den Familien keine direkten positiven Veränderungen im Störungsbild des Kindes mehr bewirken.
- Ein weiterer direkter Pfad ist zu erkennen: die Dauer der Hilfe (D) hängt ebenfalls positiv mit der Störungsveränderung zusammen, d.h. eine kurze Hilfe bewirkt auch nur wenig Veränderung, durch die zeitliche Beschränkung werden weitergehende mögliche Effekte verhindert.
- Die Wahrscheinlichkeit einer Reintegration in die Familie (R) wird durch eine positive Entwicklung familiärer Ressourcen (F_Res) ebenfalls erhöht.
- Eine höhere Intensität an Elternarbeit (E_Int) fördert eine Reintegration in die Familie (R) am Ende der Hilfe.
- Auch das Störungsbild bei Aufnahme (S) hat einen direkten (statistisch negativen) Einfluss auf die Reintegration (R): je ausgeprägter, massiver und komplexer die Störungsbilder, desto schwieriger (unwahrscheinlicher) wird eine erfolgreiche Reintegration in die Familie.

Neben den direkten Pfaden sind in Abb. 53 noch einige indirekte Einflüsse auf die beiden Erfolgskriterien dargestellt, die sich mit Hilfe der zugehörigen Modellgleichungen (s. Tabelle 30) vereinfacht wie folgt interpretieren lassen:

- Ein ausgeprägteres Störungsbild (S) führt zu einer längeren Aufenthaltsdauer (D), die sich positiv auf die Entwicklung von familiären Ressourcen auswirkt, die, wie bereits dargestellt, sowohl die Veränderung des Störungsbildes (S_Ver) als auch die Reintegration in die Familie (R) positiv beeinflusst.
- Ein ausgeprägtes Störungsbild (S) bewirkt auch eine höhere Intensität an Elternarbeit (E_Int), die einen positiven Einfluss auf die Reintegration (R) hat. Der Pfeil von S nach E_Int beschreibt einen negativen quadratischen Effekt, d.h. ab einer bestimmten hohen Störungsausprägung hat auch eine geringere Intensität an Elternarbeit noch einen nachweisbaren positiven Einfluss auf die Reintegration.
- Auch die Anzahl an Vorinterventionen (V) hat, über die Intensität der Elternarbeit (E_Int) einen positiven Einfluss auf die Reintegration in die Familie⁴⁹.

⁴⁹ Warum die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Reintegration bei Eltern von Kindern mit einer größeren Anzahl an Vorinterventionen steigt, darüber kann aufgrund der Datenlage nur spekuliert werden. Sind diese Eltern aufgrund ihrer Vorerfahrungen eher bereit, während des Aufenthaltes ihres Kindes sich intensiver Elternarbeit zu unterziehen oder kommt für sie aufgrund der (vielleicht

4 Darstellung der Zusammenhangsstruktur zwischen Erfolgs-kriterien und Prozessmerkmalen mit Hilfe eines Kettengraphen

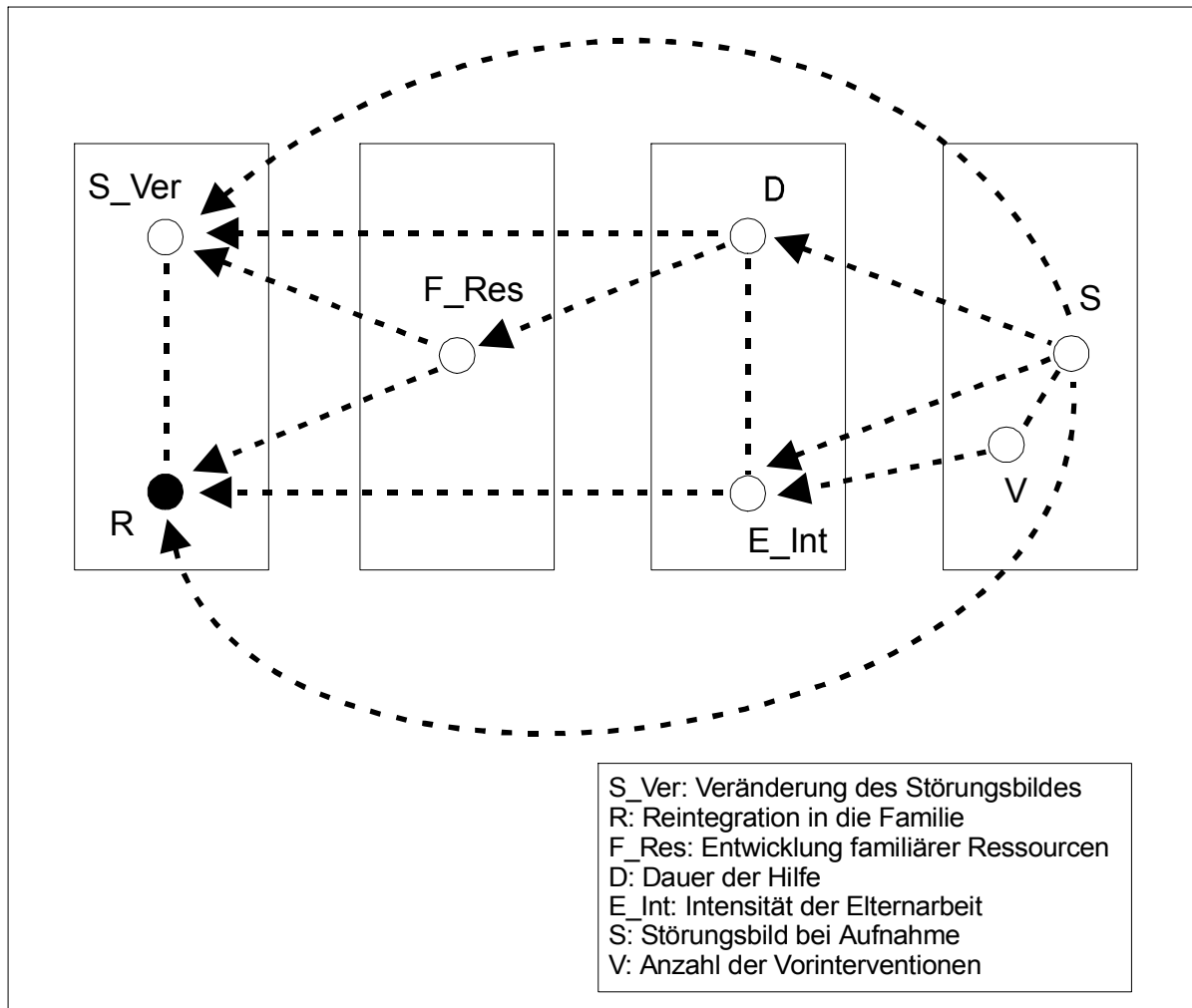


Abb.53 Graphisches Kettenmodell zur Beschreibung der Assoziationsstrukturen zwischen ausgewählten Prozessmerkmalen und Erfolgskriterien stationärer Erziehungshilfe

Die Komplexität der aufgezeigten Zusammenhänge, die in der Abbildung dargestellt sind, soll an einem Beispiel verdeutlicht werden:

- Wie am bereits beschriebenen direkten Pfad von S (Störung bei Aufnahme) nach R (Reintegration) aufgezeigt, erhöht ein geringer ausgeprägtes Störungsbild bei Aufnahme die Wahrscheinlichkeit einer Reintegration in die Familie.
- Andererseits gibt es auch noch indirekte Pfade von S nach R. Ein höheres Ausmaß an Störung führt zu einer längeren Dauer der Hilfe (D); dies hat einen positiven Einfluss auf die Entwicklung familiärer Ressourcen (nur ab einer bestimmten Dauer kann therapeutisch ins Familiensystem eingegriffen werden) und diese wiederum erhöhen ebenfalls die Wahrscheinlichkeit einer Reintegration (R).
- Ein weiterer indirekter Pfad führt von S über die Veränderung des Störungsbildes (S_Ver) zu R (Reintegration), d.h. je stärker die Verbesserung der Störung (die in direktem Zusammenhang mit dem Störungsbild bei Aufnahme steht), desto wahrscheinlicher ist eine erfolgte Reintegration in die Familie.

negativen) Vorerfahrungen mit anderen Hilfemaßnahmen per se nur noch eine Reintegration des Kindes in die Familie in Frage? Um dieses komplexe Wirkungsgefüge aufschlüsseln zu können, sind Befragungen und Erhebungen über die Motive der Eltern unerlässlich, vielleicht eine mögliche Aufgabe zukünftiger Forschungsaktivitäten.

In Tabelle 30 sind die wichtigsten Regressionsgleichungen zum Kettengraphen in Abb. 53 dargestellt. Die Entwicklung und statistische Interpretation des Kettengraphen lässt sich nur mit Hilfe der Gleichungen nachvollziehen, deshalb sind sie an dieser Stelle erwähnt⁵⁰. Für die inhaltliche Interpretation des Modells sind nur die Vorzeichen der Regressionskoeffizienten bedeutsam. So bedeutet z.B. in der zweiten Zeile das negative Vorzeichen bei $b = -0,019$ bei S (Störungsbild bei Aufnahme), dass ein negativer Zusammenhang mit der Zielgröße R (Reintegration in die Familie) besteht, d.h. je weniger ausgeprägt das Störungsbild, desto höher ist die Chance auf eine erfolgreiche Reintegration.

Tabelle 30 Ausgewählte Regressionsgleichungen für Assoziationen mit den Erfolgskriterien (Ergebnisqualität) stationärer Hilfe. Angegeben sind jeweils die Regressionskoeffizienten (b), die Standardfehler (s.e.) und die studentisierten Regressionskoeffizienten (t).

Zielgröße*		Einflussgrößen*				
S_Ver	F_Res²	F_Res	S	D	Konst.	R²
b	-,092	1,677	,555	1,521	- 90,14	55,6%
s.e.	,017	,148	,043	,805		
t	-5,336	11,328	12,857	1,889		
R	F_Res	E_Int	S	Konst.		-2loglik
b	,143	,010	-,019	3,517		233,62
s.e.	,036	,003	,009			
t	3,998	3,360	-2,147			
F_Res	D	Konst.				R²
b	,918	3,800				2,3%
s.e.	,358					
t	2,566					
D	S²	S	Konst.			R²
b	-,004	,010	,119			4,8%
s.e.	,000	,003				
t	-3,117	3,002				
E_Int	S²	S	V	Konst		R²
b	-,024	,791	8,946	-58,32		10,9%
s.e.	,008	,231	2,868			
t	-3,062	3,428	3,120			
S	V	Konst				R²
b	3,465	177,04				6,8%
s.e.	0,776					
t	4,468					

* S_Ver (Veränderung des Störungsbildes), R (Reintegration in die Familie), F_Res (Entwicklung familiärer Ressourcen), D (Dauer der Hilfe), E_Int (Intensität der Elternarbeit), S (Störungsbild bei Aufnahme), V (Anzahl an Vorinterventionen)

4.3 Fazit

Die mit der Methode der Graphischen Kettenmodelle gefundenen bedingten Assoziationen belegen nicht nur die bereits auf deskriptiver und bivariater Ebene gefundenen Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Ergebnis- und Prozessqualität, sondern bieten auch die Möglichkeit, die komplexe Zusammenhangstruktur mit Hilfe der graphischen Repräsentation anschaulich zu interpretieren.

⁵⁰ Die Varianzaufklärung (R^2) ist mit 55,6% sehr gut, d.h. das statistische Modell bildet die Daten gut ab.

4 Darstellung der Zusammenhgangsstruktur zwischen Erfolgs-kriterien und Prozessmerkmalen mit Hilfe eines Kettengraphen

Die wichtigsten Punkte und entsprechende Konsequenzen, die sich aus den Darstellungen ergeben, werden im folgenden kurz zusammengefasst:

- Die gewählten Erfolgskriterien (Veränderung im Störungsbild, Reintegration in die Familie und die Entwicklung von familiären Ressourcen) stehen in einem komplexen Wirkungszusammenhang und werden direkt oder indirekt durch die gewählten Prozessmerkmale (Dauer, Intensität der Elternarbeit, Zahl der Vorinterventionen) beeinflusst.
- Entscheidend für positive Effekte sind die Entwicklung und Förderung von Ressourcen in den Familien (d.h. für die Kinder die Entfaltung von Fertigkeiten und sozialen Kompetenzen, für die Eltern die Entwicklung eines kindunterstützenden, fördernden Erziehungsverhaltens, i.S. von konsistenten, konsequenten und kongruenten Verhaltensweisen) und eine intensive Elternarbeit.
- Mit Kenntnis des Störungsbildes bei Aufnahme, einer adäquaten Dauer der stationären erzieherischen Hilfe und der Entwicklung von Ressourcen im familiären Umwelt kann man zufriedenstellende Prognosen für eine Veränderung des Störungsbildes abgeben.

Die Ergebnisse weisen einerseits eine erfolgreiche pädagogisch-therapeutische Arbeit des ÜBBZ aus, andererseits weisen sie auf die Notwendigkeit hin, bei stationären Hilfen Prädiktoren für die Ergebnisqualität wie Elternarbeit und vor der Hilfe stattgefundenene Interventionen und Maßnahmen bei der Aufstellung von Hilfeplänen stärker zu berücksichtigen. Ein Schwerpunkt der Interventionen sollte immer auf eine Förderung von Ressourcen bei Kind und Familie abzielen.

5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen der WJE-Studie

Nicolai Klessinger und Astrid Westerbarkei

Die Ergebnisse der Aktenanalyse der vorliegenden Studie liefern eine umfangreiche Bestandsaufnahme über die Situation der Kinder und Jugendlichen der psychotherapeutisch-heilpädagogischen Station im ÜBBZ Würzburg im Zeitraum von 1977 und 1997. Damit leisten sie sicherlich sowohl einen wichtigen Beitrag zur Qualitätsentwicklung der Einrichtung selbst als auch zur Qualitätsentwicklung in der Jugendhilfe im Bereich stationärer Hilfen.

Dementsprechend werden zwei Ziele verfolgt: erstens sollen die wesentlichen Ergebnisse dieser Studie zusammengefasst und in Bezug zum ÜBBZ Würzburg betrachtet werden; zweitens sollen, soweit als möglich, darüber hinaus Bezüge zur allgemeinen Situation stationärer Hilfen hergestellt und diskutiert werden.

Schon der Titel der vorliegenden Studie verweist auf die Notwendigkeit einer Bewertung: Sind psychotherapeutisch-heilpädagogische Hilfen in der Kinderstation des ÜBBZ Würzburg wirksam oder sind sie es nicht?

Ein grundlegendes Problem einer Evaluation besteht immer darin, dass keine Maßnahme abschließend bewertet werden kann (Wottawa & Thierau, 1990, 15). Besonders die Frage der Nachhaltigkeit von Effekten kann nicht erschöpfend bestimmt werden, da auch noch lange nach Beendigung einer konkreten Maßnahme (hier der stationären Hilfe) hilfebezogene Veränderungen auftreten können. Nichtsdestotrotz sei im folgenden auch der Versuch unternommen, gerade der schon im Titel der Studie implizit enthaltenen Forderung anhand der Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nachzukommen.

Klientelbeschreibung

Ein erklärtes Ziel der vorliegenden Studie ist eine umfassende Beschreibung des in den letzten 20 Jahren am ÜBBZ behandelten Klientels. Trotz der teilweise sehr unterschiedlichen Qualität der ausgewerteten Akten zeichnen die Ergebnisse ein differenziertes Bild der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern bzw. Familien. Die im Untersuchungszeitraum behandelten 232 Jungen und 54 Mädchen sind bei ihrer Aufnahme ins ÜBBZ durchschnittlich knapp 11 Jahre alt. Im Vergleich zu anderen Studien (z.B. BMFSFJ, 1998) kommen die Kinder häufiger aus vollständigen (42%) bzw. Partnerschaftsfamilien (insgesamt 80%), d.h. einer familiären Konstellation mit zwei Bezugs- oder Erziehungspersonen und haben häufiger und mehr Geschwister. Der Anteil alleinerziehender Eltern (17%) und die Zahl der Scheidungsfamilien (34%) liegen unter den aus der Forschung zur Heimerziehung bekannten Zahlen. Gleichwohl stellen bei 40% Trennungsthematiken und Partnerschaftskonflikte der Eltern und in 27% extreme Geschwisterrivalitäten zusätzliche schwerwiegende psychosoziale Belastungen in den Familien dar.

Viele Familien leben in einem abgesicherten ökonomischen Kontext und werden auch je nach Einkommenssituation zur Finanzierung der Hilfe nach KJHG herangezogen. Dies ist sicherlich ein einrichtungsspezifischer Aspekt, der im Hinblick auf die allgemeine Situation von Familienangehörigen von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen stationärer Erziehungshilfe nicht repräsentativ ist. Bemerkenswert ist, auch unter einem

5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen der WJE-Studie

gesellschaftspolitischen Aspekt, dass trotz geringer Arbeitslosenzahlen (je 5% der Väter und Mütter) und Abhängigkeit von Sozialhilfeleistungen bei Aufnahme der Kinder für ca. 17,5% der Fälle finanzielle Schwierigkeiten besonders durch Überschuldung eine bedeutsame psychosoziale Belastung darstellen.

Ebenso ist der relativ hohe Anteil qualifizierter Bildungsabschlüsse bei den Müttern und Vätern der Stichprobe nicht repräsentativ für andere Einrichtungen. Doch auch in Bezug auf das ÜBBZ Würzburg sollten die entsprechenden Ergebnisse nur zurückhaltend interpretiert werden, da als Datenbasis für diesen Aspekt nur in ca. 40% der ausgewerteten Akten Einträge vorhanden waren und berücksichtigt werden konnten. Um die Situation der Eltern und Erziehungsberechtigten am ÜBBZ differenzierter zu beurteilen, bedarf es weiterer empirischen Erhebungen durch Auswertungen der Elternakten oder durch Befragungen der Betroffenen.

Die schulische Situation der Kinder und Jugendlichen bei Aufnahme spiegelt häufig eine Überforderung in der Regelschule wieder (59% Klassenwiederholungen, 52% häufige Schulwechsel, 13% Abbrüche weiterführender Schulen, 17% der Schulpflichtigen zeigen seit ihrer Einschulung sich kontinuierlich verschlechternde Leistungen). Dies steht in direktem Zusammenhang mit dem Störungsgrad bei Aufnahme.

Häufig weisen die Kinder und Jugendlichen bei Hilfebeginn komplexe und vielschichtige Störungsbilder auf, die zum Teil schon über lange Jahre vorhanden sind. Die vorherrschenden Störungen sind neben allgemeinen Verhaltensauffälligkeiten Hyperkinetische Störungen (40%), Teilleistungsstörungen (19%) und Dissozialität (20%) mit hohen Komorbiditätsraten⁵¹. Bei einzelnen Symptomen (z.B. Konzentrationsstörungen), die einen negativen Einfluss gerade auf schulische Leistungen haben, liegen die Anteile sogar bei über 60%. Hyperkinetische Störungen gehören zusammen mit den aggressiven und dissozialen Verhaltensauffälligkeiten zu den externalisierenden Verhaltensstörungen und sind allgemein mit die häufigsten Anlässe, Erziehungsberatungsstellen, schulpsychologische Dienste und kinderpsychiatrische Einrichtungen in Anspruch zu nehmen (Döpfner, 1995, 166). Weitere häufig auftretende Störungen bzw. störungsrelevante Symptome finden sich im sozio-emotionalen Bereich: Selbstwertmangel, depressive Stimmungen, mangelnde soziale Kompetenzen, Ängstlichkeit bis hin zu betreuungsintensiven Zwangsstörungen, Enuresis und komplexe psychosomatische Krankheitsbilder tauchen bei zwischen 10% und 50% der Kinder und Jugendlichen auf.

Die Komplexität der Störungsbilder und die damit oftmals verbundene langjährige Behandlungsdauer spiegelt sich auch in den Daten zu den Vorinterventionen bzw. Hilfen wieder, die die Kinder und Jugendlichen bzw. ihre Familien vor der stationären Aufnahme erhalten haben.

Die Zahlen dokumentieren insgesamt, dass in ca. 70% der Fälle mehr als zwei und in 40% der Fälle drei und mehr Vorinterventionen stattfanden. Die wichtigsten waren Erziehungsberatung (52%) und stationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (32%). Besonders erwähnenswert ist, dass 50% der in der Psychiatrie „vorbehandelten“ Kinder und Jugendlichen die Diagnose „Hyperkinetische Störung“ hatten.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe fand bei nur 32% der Kinder und Jugendlichen eine erste Intervention bereits im Vorschulalter statt. Bei 54% dauerte es bis ins Grundschulalter, bis eine Form von Behandlung eingeleitet wurde; d.h. dass gemessen an der Komplexität der

⁵¹ Komorbidität: gleichzeitige Diagnose zweier verschiedener Störungen. So kann z.B. ein Kind mit einer Angststörungen auch die diagnostischen Kriterien für eine weitere Störungen erfüllen.

vorliegenden Störungsbilder, eine frühe und vielleicht auch noch präventiv wirkende Förderung nur in relativ wenigen Fällen statt findet.

Insgesamt dauert es oft viele Jahre, bis schon im Kindergarten erkennbare Störungen dann erst im Laufe der Schulkarriere adäquat behandelt werden (fast ein Drittel der Kinder wird erst im Alter von zwölf oder mehr Jahren aufgenommen). Die Störungen und daraus resultierende negativ erlebte Selbstbilder haben sich bis dahin oftmals verfestigt. Eltern und Kinder verlieren den Glauben an eine Veränderung ihrer Situation, es können sich Folgestörungen wie mangelndes Selbstvertrauen, soziale Unsicherheiten, Ängste und depressive Befindlichkeiten entwickeln (s.a. Döpfner, 1995). Die Störung des Kindes belastet die Familiensituation, daraus wiederum ergibt sich eine höhere Belastung für das Kind selber, was wieder auf die Familie einwirkt - eine kreislaufförmige Entwicklung beginnt, die oft, wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie belegen, in einer Chronifizierung des Störungsbildes endet. Der Anteil einer solchen bereits bei Hilfebeginn vorhandenen Chronifizierung des Störungsbildes bei den Kinder und Jugendlichen im ÜBBZ liegt bei 81% (!).

Eine kritische Heimerziehung, deren Qualität in der Öffentlichkeit zunehmend auch unter ökonomischen Gesichtspunkten betrachtet wird, sollte es sich zur Aufgabe machen, darauf hinzuweisen, dass durch rechtzeitiges Erkennen eines Therapie- und Förderbedarfs adäquate heilpädagogische Maßnahmen früher ansetzen könnten und Störungsbilder nicht mehr so häufig „verschleppt“ würden. Auch Ergebnisse aus anderen Studien, wie z.B. der JES-Studie weisen darauf hin, dass bestimmte Störungsbilder durch zeitlich enger befristete oder ambulante Maßnahmen nicht angebar sind (Flosdorf, Hohm & Macsenaere, 2000). Schon verfestigte Verhaltensmuster, besonders bei reaktiven aggressiven, dissozialen Karrieren, bei zugleich vorhandenen Ausgrenzungseinstellungen und weniger ausgeprägten erzieherischen Kompetenzen in den betroffenen Familien verlangen längerfristige stationäre Hilfen, die den Bedürfnissen der betroffenen Kinder und Familien angepasst sind. Auch hier wird darauf hingewiesen, dass eine Folge von Hilfen mit geringem Erfolg schon mittelfristig Kosten summiert, die den rechtzeitigen Einsatz einer vielleicht zunächst kostenintensiveren Hilfe übersteigen können.

Ergebnis- und Prozessqualität

Insgesamt sind mehr als 85% der Hilfeverläufe im ÜBBZ hinsichtlich einer Reintegration in die Familie oder in eine Familien ersetzende Einrichtung als positiv zu bewerten (*Ergebnisqualität*). Gleiches gilt auch für einen Besuch einer öffentlichen Regelschule nach Beendigung der stationären Hilfe: die bei Aufnahme häufig schwankenden Schulleistungen werden stabilisiert und im Verlauf der Hilfe verbessert⁵². Auch im Hinblick auf eine Reduzierung der Störungsbilder belegen die dargestellten Ergebnisse der vorliegenden Studie deutliche Effekte, gerade bei den ausgeprägten externalen Verhaltensstörungen, die im Hilfeverlauf in ihrem Ausmaß und der Auftretenshäufigkeit einzelner Symptome deutlich zurückgehen. Positive Effekte (Ergebnisqualität) lassen sich nicht nur bei den Kindern und Jugendlichen selbst nachweisen, sondern auch im familiären Umfeld. In den betroffenen

⁵² Die Prozentzahlen der positiven Hilfeverläufe liegen im Vergleich etwas höher als z.B. in der Studie über Leistungen und Grenzen von Heimerziehung (BMFSFJ, 1998), die 75% der untersuchten Hilfeverläufe als positiv bewertet. Allerdings wurde dort nicht nur eine erfolgreiche Reintegration als Erfolg bewertet.

Familien werden während der Dauer des Aufenthaltes Ressourcen entwickelt und Schutzfaktoren aufgebaut, die den Kindern und Jugendlichen die Reintegration erleichtern. Auch im Erziehungsverhalten der Eltern lassen sich positive Tendenzen empirisch nachweisen, die Eltern entwickeln eher unterstützende, fördernde Erziehungsstile. Insgesamt ist ein deutlicher Rückgang familiärer Belastung zu verzeichnen.

In Bezug auf Aspekte der *Prozessqualität* zeigen die Ergebnisse der Aktenauswertungen dass im ÜBBZ ein breitgefächertes, intensiv durchgeführtes therapeutisches Angebot für die Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern vorhanden ist, das sich im Laufe des untersuchten Zeitraums gemäß den Bedürfnissen der Hilfeempfänger ausdifferenziert und verändert hat.

Dies zeigt sich gerade im Bereich der Elternarbeit, wo das Angebot kontinuierlich ausgebaut und erweitert wurde (so steigt z.B. der Anteil an durchgeführten Familien- und Partnerschaftstherapien von 35-40% in den Jahren 1977-1989 auf 65% in den letzten zehn Jahren). Im Zusammenhang mit den positiven Veränderungen im familiären Umfeld, der in den meisten Fällen gelungenen Reintegration ins Elternhaus, verbunden mit einer Beschulung in einer angemessenen Schulform, kommt der Elternarbeit sicherlich ein hoher Stellenwert zu: Die Eltern lernen, die schulische Leistung ihrer Kinder adäquat zu fördern und werden z.B. in das bedarfsgerechte, nach lerntheoretischen Gesichtspunkten aufgebaute schulbegleitende Fördersystem, das die Kinder und Jugendlichen während der Hilfe erhalten, miteingebunden (vgl. Kapitel 3.2.2). Die intensive Elternbetreuung führt neben nachgewiesenen positiven Veränderungen im Erziehungsverhalten auch zu einer Entlastung der Eltern und bereitet sie (bei Wiedereingliederung des Kindes in die Familie) auf die Anforderungen nach Beendigung der stationären Hilfe vor. Durch eine frühe Einbeziehung der Eltern in die pädagogische Arbeit können falsche Erwartungen an die Hilfemaßnahme abgebaut und gleichzeitig den Eltern Methoden vermittelt werden, die ihnen den Umgang mit ihren bei Beendigung oft nicht symptomfreien Kindern erleichtern (so zeigt z.B. ein Kind mit hyperkinetischem Syndrom oft auch nach Wiedereingliederung in die Familie hyperaktive Verhaltensweisen, die Eltern können dann aber besser damit umgehen).

Auch die zusätzlichen therapeutischen Interventionen für die Kinder und Jugendlichen sind in den letzten Jahren im ÜBBZ ausgebaut und intensiviert worden. Dies ist u.a. auch den Darstellungen über die Einrichtung selbst (Kap.1.1 bzw. Anhang) zu entnehmen. So wurden z.B. gerade in den letzten drei Jahren Selbstkontrollgruppen für Kinder mit Hyperkinetischem Syndrom eingerichtet, die auf sogenannten Selbstmanagement-Methoden (Döpfner & Lehmkuhl, 1993; Lauth & Schlottke, 1993) basieren.

Einfluss der Hilfedauer (Aspekt der Prozessqualität) auf die Ergebnisqualität

Prozess- und Ergebnisqualität stehen in einem komplexen Zusammenhangs- und Wirkungsgefüge, das in der vorliegenden Studie mit Hilfe multivariater Regressionsanalysen und der Verwendung von Graphischen Kettenmodellen empirisch bestätigt wurde. Diesbezüglich zeigen die Ergebnisse der vorgestellten Analysen, dass besonders die Dauer der Hilfe einen entscheidenden Einfluss auf die Ergebnisqualität hat: bei kürzeren Hilfen sind deutlich mehr negative Verläufe zu verzeichnen. Die durchschnittliche Verweildauer der Kinder und Jugendlichen im ÜBBZ ist in den letzten 20 Jahren auf 1,9 Jahre (23 Monate) gesunken. Damit liegt sie unter dem Bundesdurchschnitt von 29 Monaten durchschnittlicher Aufenthaltsdauer in der Heimerziehung (Statistisches Bundesamt, 1998b).

Gerade vor dem Hintergrund aktueller Spardiskussionen in der Heimerziehung sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass durch generelle zeitliche Begrenzungen von Hilfen

Erfolgschancen deutlich reduziert sein können. Dieser durch die vorgelegte Studie empirisch belegte positive Zusammenhang zwischen Ergebnisqualität und Dauer der stationären Hilfe sollte aus mehreren Gründen nicht überraschen:

- Die komplexen Störungsbilder, die die Kinder und Jugendlichen am Beginn der Hilfe aufweisen, bedürfen einer intensiven stationären Behandlung, die in vielen Fällen auch psychotherapeutische Behandlung miteinschließt. Aus der Psychotherapieforschung sind Ergebnisse bekannt, dass anders als bei Erwachsenen, wo Effekte einer psychotherapeutischen Behandlung mit zunehmender Therapiedauer schwächer werden (positiv logarithmischer Zusammenhang), bei Kindern und Jugendlichen Behandlungsdauer und Effekt positiv korreliert sind, d.h. Effekte mit zunehmender Behandlungsdauer stärker werden (Pfeifer & Strzeletzki, 1990; Schmidt et al., 1999).
- Heimerziehung hat im Vergleich zu anderen erzieherischen Leistungen eine komplexere sozialisatorische Funktion (Merchel, 1999). Sowohl von den Kindern und Jugendlichen als auch den Eltern und Erziehungsberechtigten werden starke Anpassungsleistungen gefordert, die erst bei einer längeren Verweildauer erfüllt werden können. Wollen stationäre erzieherische Hilfen positive Effekte erzielen, so sollten sie auf dieser Folie agieren.
- Eine Rückkehr in die Familien als ein mögliches anzustrebendes Ziel macht erst dann Sinn, wenn chronische und aktuelle psychosoziale Belastungen in den betroffenen Familien erheblich reduziert sind und darüber hinaus über die Entfaltung vorhandener Ressourcen protektive Faktoren für eventuell neu auftretende Belastungen aufgebaut sind. Die dazu notwendigen therapeutischen Interventionen benötigen Zeit.

Sicherung von Prozess- und Ergebnisqualität durch Elternarbeit

In der 1998 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorgelegten Untersuchung über die Leistungen und Grenzen von Heimerziehung heißt es zur Situation der Familien und Elternarbeit im Bereich stationärer Hilfen:

„In Bezug auf Elternarbeit bzw. eine stärkere Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten zeigt sich ein großer Handlungsbedarf. Entgegen vieler programmatischer Überlegungen und Forderungen des KJHG muss Familien- und Elternarbeit in stationären Erziehungshilfen nach wie vor als Stiefkind betrachtet werden. Lediglich in 37% aller stationären Erziehungshilfen sind verschiedene Formen der Elternarbeit genannt, die sich bei einer näheren Betrachtung allerdings oft als punktuell, wenig intensiv und verbindlich darstellen...“ (BMSFSJ, 1998, 256).

Betrachtet man dazu im Vergleich die Ergebnisse zur Situation der Elternarbeit am ÜBBZ Würzburg, dann zeigt sich, dass die dort vorhandene Intensität und Qualität der Elternarbeit bzw. der Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten ein für den Bereich stationärer Hilfen (leider) noch selten anzutreffendes Ausmaß erreicht. Dabei wird die Kooperation zwischen Einrichtung und Eltern als ein zweiseitiger Prozess angesehen, an dem beide Seiten gleichermaßen Anteile zum Gelingen oder Mislingen tragen. Die Bedeutsamkeit einer solchen Zusammenarbeit für positive Veränderungen in den Familien und damit einer Verbesserung der Entwicklungschancen der betroffenen Kinder und Jugendlichen wird durch die Ergebnisse der Aktenauswertungen nachdrücklich belegt⁵³.

⁵³ Methodenkritisch sollte erwähnt werden, dass die Bewertungen der in den Akten dokumentierten Elternarbeit (die von Therapeuten am ÜBBZ dokumentiert wurde) durch externe Rater und nicht von den Betroffenen selbst, den Eltern, vorgenommen werden. Dies könnte ein wichtiger Beitrag zukünftiger Untersuchungen gerade im Rahmen stationärer Hilfen sein.

5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen der WJE-Studie

Dass eine solche Prozessqualität ohne entsprechende strukturelle Voraussetzungen wie z.B. einer Berücksichtigung von entsprechend qualifiziertem Personal im Stellenplan kaum erreichbar ist, ist evident. Diese Voraussetzungen sind am ÜBBZ Würzburg vorhanden; die durch die Auswertungen belegten positiven Auswirkungen von intensiver Elternarbeit auf die Entwicklung familiärer Ressourcen und dadurch auch auf die Störungsveränderung bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen bestätigen entsprechende stattgefundenen Veränderungen in den 80er Jahren.

Für die Jugendhilfe bzw. die stationäre Erziehungshilfe allgemein unterstützen die Ergebnisse der WJE-Studie die Forderung nach mehr elterlicher Partizipation am Hilfeprozess. Dadurch kann der Erfolg und die Qualität gerade auch stationärer erzieherischer Hilfen verbessert werden.

Strukturqualität

Obwohl sie direkt nicht erfasst wurde, lassen sich in den ausgewerteten Daten Hinweise auf Veränderungen der Strukturqualität finden, die in einem engen Zusammenhang mit der Prozess- und Ergebnisqualität stehen. So zeigt sich z.B. in den Ergebnissen zu verschiedenen Interventionsformen von Kindern und Eltern in den 80er Jahren eine Erweiterung und Intensivierung des therapeutischen Angebotes, die ganz bzw. teilweise durch die Schaffung einer zusätzlichen Psychologen-Stelle erklärt werden können. Die teilweise recht starken Schwankungen in den Aufnahmejahren könnten ganz vorsichtig auch als Hinweis auf eine Aufnahme- und Entlassungspraxis interpretiert werden, die die individuelle Situation der betroffenen Kinder und Jugendlichen jeweils berücksichtigt und sie dabei nicht länger als nötig in der Einrichtung belässt. Dieser strukturelle Aspekt (Entlassung auch zu jedem Schulhalbjahr) und seine Auswirkungen könnten Gegenstand weiterer Betrachtung einrichtungsinterner Qualitätsentwicklung sein.

Weitere strukturelle Aspekte, die in die vorliegende Studie mit eingebettet, deren Wirkung aber empirisch nicht untersucht wurde, sind verschiedene Aspekte der personellen und fachlichen Voraussetzungen, die eine wichtige Rolle in der täglichen pädagogischen Arbeit des ÜBBZ einnehmen. Einiges davon spiegelt sich in den Leitsätzen wieder, die gemeinsam von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern am ÜBBZ erarbeitet wurden und im Anhang der Studie abgedruckt sind. Hinweise auf das vorherrschende Betriebsklima spiegeln sich in Rahmenbedingungen für das Personal, den Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, strukturschaffenden Planstellenbeschreibungen, der Beschäftigungsdauer der Mitarbeiter, einer niedrigen Fluktuationsrate des Personals wieder. Auch die technischen und z.T. beispielhaften architektonischen Rahmenbedingungen am ÜBBZ (s. Kap. 1.1 bzw. Anhang), deren Ausgestaltung gerade besonders im Hinblick auf „hyperaktive“ Kinder und Jugendliche erfolgte, sind Aspekte von Strukturqualität, ebenso wie eine sich über viele Jahre entwickelnde arbeitsbegleitende Forschungsarbeit, die durch eine große Anzahl von einrichtungsbezogenen Schriften dokumentiert ist (s. Anhang).

An dieser Stelle kann keine empirisch belegte Beurteilung der Strukturqualität erfolgen; dazu war die vorliegende Studie auch gar nicht angelegt, doch vielleicht gelingt es ihr ja, auch in dieser Richtung neue Anregungen zugeben.

Grenzen erfolgreicher Hilfeverläufe

Im Zusammenhang mit einer positiven Ergebnisqualität (Erfolg) sollte auch auf die Grenzen pädagogisch-therapeutischer Interventionen hingewiesen werden. Die Untersuchung zeigt, gerade im Hinblick auf die Störungsverläufe, auch Stagnationen in der positiven Entwicklung. Gleiches gilt für die Effekte bei Eltern und in den Familien. Gründe dafür könnten neben massiven und komplexen Störungsbildern der betroffenen Kinder und Jugendlichen auch motivationaler Art sein: Die Bereitschaft der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern zur Kooperation ist ein mitentscheidender Faktor für einen positiven Hilfeverlauf (Schneider & Pickarts, 1999). Ist diese nicht oder nicht mehr vorhanden und kann sie auch nicht mehr hergestellt werden, reduziert sich die Chance eines positiven Hilfeverlaufs.

Wie bereits oben dargestellt, können Maßnahmen (besonders im Bereich der sozialen Arbeit) eigentlich nie abschließend bewertet werden. Häufig stellen sich positive und negative Effekte erst viel später ein. Dem kann oftmals durch längsschnittliche Untersuchungsdesigns mit mehreren katamnestischen Erhebungen begegnet werden. Doch auch dann kann die Frage nach der Nachhaltigkeit von festgestellten Effekten nicht vollständig beantwortet werden.

Bewertung und Ausblick

Unter Beachtung des explorativen und selbstevaluativen Charakters der Studie zeigt sich insgesamt eine positiv zu bewertende Ergebnis- und Prozessqualität stationärer erzieherischer Hilfen im ÜBBZ Würzburg. Zusammenhänge beider Qualitätsdimensionen finden in den vorgelegten Daten ihre empirische Entsprechung. Eine Beurteilung der Strukturqualität durch die Studie ist nicht möglich, entsprechende Daten sind kein Bestandteil der ausgewerteten Akten.

Die in der Konzeption des ÜBBZ Würzburg (vgl. Kapitel 1.1) benannten Ziele stationärer erzieherischer Hilfe (Rückführung in Familie, Förderung von Ressourcen und Vermittlung der adäquaten Schulform) werden zu einem hohen Prozentteil erreicht. Die ausgewerteten Akten weisen auf einige bedeutsame Wirkfaktoren von fachöffentlichem Interesse hin, die bei der Planung und Umsetzung sowie in der Diskussion um die Zukunft stationärer erzieherischer Hilfen stärker berücksichtigt werden sollten:

- Die Hilfeplanung müsste besonders auch externale Verhaltensstörungen (wie Hyperkinetisches Syndrom, aggressives und dissoziales Verhalten) und die damit verbundenen Störungen im familiären Umfeld stärker berücksichtigen, besonders im Hinblick auf die erforderliche Dauer der jeweiligen Hilfemaßnahme. Kritisch sei dazu noch angemerkt, dass sogenannte internale Störungen (Depressionen, Ängste, etc.), in ihren Indikationsstellungen für stationäre Jugendhilfe vielleicht (noch) zu wenig berücksichtigt werden und betroffene Jugendliche oftmals später dann als Erwachsene vor langfristigen, kostenintensiven psychosomatischen Behandlungen stehen.
- Die Erfolgchancen stationärer Hilfeverläufe werden durch eine frühzeitige intensive, Zusammenarbeit der Einrichtung mit den Eltern und ein ausdifferenziertes elternbezogenes Therapieangebot erhöht.
- Zentral für einen erfolgreichen Verlauf stationärer Hilfen sind die Förderung und Entwicklung von Ressourcen nicht nur bei den Kindern und Jugendlichen sondern auch und gerade bei den betroffenen Eltern und Familien.

5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen der WJE-Studie

- Die hohe Zahl ambulanter Vorinterventionen und Hilfen, die die Kinder und Jugendlichen vor Beginn der stationären Hilfe durchlaufen, könnte im Zusammenhang mit dem recht späten Aufnahmealter nicht nur darauf hinweisen, dass adäquate Interventionen früher stattfinden sollten, sondern auch darauf, dass im ambulanten Bereich Indikationsstellungen für eine stationäre Behandlung in einer Jugendhilfeeinrichtung teilweise erst spät erkannt werden. Vielleicht ist dort (z.B. bei niedergelassenen Kinderärzten oder auch bei Beratungsstellen) noch ein Informationsbedarf über die Möglichkeiten stationärer erzieherischer Hilfen vorhanden, dem in Zukunft entgegenzukommen wäre.

Zukünftige Forschung

Mit dem umfangreichen Erhebungsinstrumentarium zur Aktenauswertung liegt dem ÜBBZ Würzburg ein Hilfsinstrument vor, das in modifizierter und gekürzter Form eine gute Basis für weitere auf einer Aktenauswertung basierende periodische Dokumentationen und Selbstevaluationsstudien darstellt. Sicherlich müsste es dazu überarbeitet und an neue Fragestellungen angepasst werden, die sich vielleicht auch aus den vorgelegten Ergebnissen erst noch entwickeln. Gleiches gilt für die durch die vorliegende Studie geschaffene Datenbasis: auch sie ist noch keinesfalls erschöpfend ausgewertet. Viele Detailfragen, die für die vorliegende Studie von geringerem Interesse waren, bleiben noch offen oder entstehen unter Umständen erst nach einer intensiven Beschäftigung mit den vorliegenden Ergebnissen.

Insgesamt ist es der Studie gelungen, eine fundierte Grundlage für zukünftige und evtl. fortlaufende Erhebungen im ÜBBZ zu schaffen. Interessant wäre z.B. mit Hilfe von katamnestischen Befragungen die weitere Entwicklung der Kinder- und Jugendlichen zu verfolgen, um auch zu Aussagen über die Nachhaltigkeit von Effekten zu gelangen. Dies war aufgrund von eingeschränkten finanziellen und personellen Ressourcen in der vorliegenden Studie noch nicht möglich.

Auch für die allgemeine Forschung zur Qualitätsentwicklung in der Jugendhilfe bietet die Studie einige Anregungen: Eine adäquate Darstellung von komplexen Zusammenhängen zwischen verschiedenen Qualitätsdimensionen (hier zwischen Prozess- und Ergebnisqualität) erfordert komplexere und anschaulichere Analyseverfahren, wie z.B. die in dieser Studie im Bereich der Jugendhilfe erstmals vorgestellten Graphischen Kettenmodelle. Bei zukünftiger Forschung zur Prozessqualität sollte auch eine differenzierte Erfassung der Elternarbeit berücksichtigt werden.

6 Literatur

- Amann, G. & Wipplinger, R. (Hrsg.) (1998). *Sexueller Missbrauch: Überblick zu Forschung, Beratung und Verhaltenstherapie*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit u. Soz.Ord./ Bayer.Staatsmin. f. Unterricht und Kultus. Richtlinien für Heime und andere Einrichtungen (§ 45 SGB VII – Kinder- und Jugendhilfegesetz) – Gemeinsame Bekanntmachung der Bayer. Staatsministerien für Arbeit u. Sozialordnung und für Unterricht und Kultus vom 5./14. August 1986 Nr. VI 2/7343-1/3/86 StMAS und Nr. VI/2-K6501-4a/104414 (StMUK) Fortschreibung 1995
- Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, BT-Drs. 13/10330, S. 18-19.
- Beywl, W. (1996). Anerkannte Standards und Leitprinzipien der amerikanischen Evaluation. In M. Heiner (Hrsg.), *Qualitätsentwicklung durch Evaluation* (S. 85-107). Freiburg: Lambertus.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1996). Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe. *Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe, 2*. Düsseldorf: Vereinigte Verlagsanstalten.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (1997). *Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik*. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (1998). *Leistungen und Grenzen von Heimerziehung*. Bonn.
- Cox, D.R. & Wermuth, N. (1996). *Multivariate Dependencies. Models, analysis and interpretation*. London: Chapman & Hall.
- Diedering, W. (1996). *Analytische Budgetierung in sozialen Organisationen. Ziele, Wege und Controlling*. Freiburg.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment and monitoring. Vol. 1*. Ann Arbor.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1993). *Evaluation multimodaler Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen*. Arbeitsbericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft.
- Döpfner, M. (1995). Hyperkinetische Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (S. 165-217). Göttingen: Hogrefe.
- Flosdorf, P. (1990) Das „Überregionale Beratungs- und Behandlungszentrum“ - ein utopisches Konzept? *Bayer. Wohlfahrtsdienst, 7 (8)*, 77-85.
- Flosdorf, P., Hohm, E. & Macsenaere, M. (2000). Jugendhilfe unter der Lupe. *Neue Caritas, 2*, 27-30.
- Gerull, P. (1999a). Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen in der Kinder- und Jugendhilfe - immer noch nicht vom Tisch?!. *FJ, 2/99*, 89-95.
- Gerull, P. (1999b). Ansätze interner und externer Qualitätsbewertung. *FJ, 4/99*, 228-234.
- Heiner, M. (Hrsg.) (1996). *Qualitätsentwicklung durch Evaluation*. Freiburg: Lambertus.
- Holländer, A. & Schmidt, M. H. (1997). Qualitätsbeurteilung in der Jugendhilfe: Methodenentwicklung zur Erfassung der Strukturqualität. *Kindheit und Entwicklung, 6 (1)*, 3-9.

6 Literatur

- Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen, IGFH (Hrsg.) (1993). Forschung und Praxis in der Heimerziehung. In IGFH (Hrsg.) *Materialien zur Heimerziehung* Heft 1/2 Frankfurt.
- Kanfer, F.H., Reinecke, H. & Schmelzer, D. (1990). *Selbstmanagementtherapie. Ein Lehrbuch für die Praxis*. Berlin: Springer.
- Kusch, M. & Petermann, F. (1994). Konzepte und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann, (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (S. 53-94). Göttingen: Hogrefe.
- Lauth, G.W. & Schlottke, P.F. (1993). *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lauritzen, S. & Wermuth, N. (1989). Graphical models for associations between variables, some of which are qualitative and some quantitative. *Annals of Statistics*, 17, 31-57.
- Löwenhaupt, S. (1999). Benchmarking: Ein Verfahren zur Qualitätsentwicklung in der Jugendhilfe. *Jugendhilfe*, 37 (5), 272-278.
- Macsenaere, M. (1999). Struktur des Jugendhilfeangebotes. In Arbeitsgruppe „Jugendhilfe-Effekte-Studie“: R. Briel, P. Flosdorf, H. Hölzl, E. Hohm, E. Knab, D. Kreutz, M. Macsenaere, F. Petermann, M. H. Schmidt & K. Schneider, *Zwischenbericht Praxisforschungsprojekt „Effekte ausgewählter Formen der Erziehungshilfe (innerhalb und außerhalb der Familie) bei verhaltensauffälligen Kindern* (S. 16-36). Unveröffentlichtes Manuskript.
- McCullagh, P. & Nelder, J.A. (1989). *Generalized linear models (2th ed.)*. London: Chapman & Hall.
- Menne, K. (2000). *Geprüfte Qualität - Das Gütesiegel der bke*. Unveröff. Manuskript.
- Merchel, J. (1999). Zwischen Effizienzsteigerung, fachlicher Weiterentwicklung und Technokratisierung: Zum sozialpolitischen und fachpolitischen Kontext der Qualitätsdebatte in der Jugendhilfe. In J. Merchel (Hrsg.), *Qualität in der Jugendhilfe (2. Aufl.)* S. 20-42. Münster: Votum.
- Merchel, J. (Hrsg.) (1999). *Qualität in der Jugendhilfe. Kriterien und Bewertungsmöglichkeiten*. Münster: Votum.
- Nash, A. & Hay, D.F. (1993). Relationships in infancy as precursors and causes of later relationships and psychopathology. In D.F. Hay & A. Angold (Eds.), *Precursors and causes in development and psychopathology*. S. 199-232. Cichester: Wiley.
- Petermann, F., Sauer, B. & Becker, P. (1997). Methoden der Effektivitätsforschung in der Jugendhilfe. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 10-17.
- Pfeiffer, S. I. & Strzeletzki, S. C. (1990). Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents: A review of outcome studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 29, 847-853.
- Remschmidt, H. & Schmidt, M. H. (1994). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern: Hans Huber.

- Roos, K. (1993). *Kosten-Nutzen-Analyse im Gesundheitswesen*. Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialmedizin „Evaluation im öffentlichen Gesundheitswesen“, Lausanne.
- Rutter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 30, 23-51.
- Sass, H., Wittchen, H.-U. und Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Dt. Bearbeitung, übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, M. H. & Hohm, E. (1997). Erfassung von Prozeßmerkmalen im Rahmen von Erziehungshilfen. *Kindheit und Entwicklung*, 6 (1), 18-24.
- Schmidt, M. H., Schneider, K., Becker, P. N., Hohm, E., Knab, E., Macsenaere, M. & Petermann, F. (1999). Hängt die Prozeßqualität erzieherischer Hilfen mit der Ergebnisqualität zusammen? *Kindheit und Entwicklung*, 8 (2), 87-91.
- Schneider, K. & Pickarts, A. (1999) In Arbeitsgruppe „Jugendhilfe-Effekte-Studie“: R. Briel, P. Flosdorf, H. Hölzl, E. Hohm, E. Knab, D. Kreutz, M. Macsenaere, F. Petermann, M. H. Schmidt & K. Schneider, *Zwischenbericht Praxisforschungsprojekt „Effekte ausgewählter Formen der Erziehungshilfe (innerhalb und außerhalb der Familie) bei verhaltensauffälligen Kindern* (S. 16-36). Unveröffentlichtes Manuskript.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998a). *Statistisches Jahrbuch 1998 für die Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998b). Sozialeleistungen. Fachserie 13, Reihe 6.1.2 *Jugendhilfe - Erzieherische Hilfen außerhalb des Elternhauses 1996*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Steinhausen, H.-C. (Hrsg.) (1982). *Das konzentrationsgestörte und hyperaktive Kind*. Stuttgart: Enke.
- Stimmer, F. (Hrsg.) (1996). *Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit*. München: R. Oldenbourg
- Streit, Reinhold. (1994). *Graphische Kettenmodelle mit binären Zielgrößen: Modellierung und Datenbeispiele in psychologischer Forschung*. Fachbereich Sozialwissenschaften der Johannes-Gutenberg-Universität. Mainz: Dissertationsschrift.
- Uhlich, I. (1970). Erfolge stationärer Kinderpsychotherapie der Psychotherapeutisch-heilpädagogischen Kinderstation des St. Josefheimes. In V.E. Frh. von Gebattel (Hrsg.) *Jahrbuch für Psychologie Psychothepraie und Medizinische Anthropologie*. Freiburg: Karl Alber.
- Ullrich de Muynck, R. & Forster T. (1973). Selbstsicherheitstraining. In Kraiker (Hrsg), *Handbuch der Verhaltenstherapie*. München: Kinder.
- Warnke, A. (1995). Umschriebene Lese-Rechtschreibstörung. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. S. 287-323. Göttingen: Hogrefe.
- Wender, P.H. (1971). *Minimal Brain Dysfunction in Children*. New York: Wiley.

6 Literatur

- Wermuth, N. (1998). Graphical Markov models. In S. Kotz, C. B. Read & D.L. Banks (Eds.), *Encyclopedia of Statistical Sciences. Second Update Volume*. S. 284-301. New York: Wiley.
- Wermuth, N. & Cox, D. (1998). Statistical Dependence and Independence. In P. Armitage & T. Colton (Eds.), *Encyclopedia of Biostatistics*. S. 4260-4267. New York: Wiley.
- Wiesenhütter, E. (1959). Stationäre Psychotherapie und Heilpädagogik. Erfahrungen und Methoden in der Psychotherapeutisch-heilpädagogischen Station des St. Josefsheimes Würzburg. (Habilitation?)
- Wiesner, R. (1999). Die Neuregelung der Entgeltfinanzierung in der Kinder- und Jugendhilfe. *Zentralblatt für Jugendrecht*, 86 (3), 79-122.
- Wiesner, R., Kaufmann, F., Mörsberger, T., Oberloskamp, H. & Struck, J. (1995). *SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe*. München.
- Wottawa, H. & Thierau, H. (1990). *Lehrbuch Evaluation*. Bern: Huber.
- Zielke, M. (1994). Indikation zur stationären Verhaltenstherapie. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie*. S.193-249. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union.

Weitere, im Text nicht direkt zitierte Literatur:

- Bürger, U. (1993). Erfolgreiches Handeln – Erfahrene Grenzen – Notwendige Schritte. In: Jugendhilfe ist gesellschaftliche Zukunftssicherung. *EREV-Schriftenreihe* 3, 56-78.
- Gawlik, M.; Krafft, E.; Seckinger, M. (1995) *Jugendhilfe und sozialer Wandel*. Deutsches Jugendinstitut: München.
- Gehres, W. (1997). Das zweite Zuhause – Lebensgeschichte und Persönlichkeitsentwicklung von Heimkindern. In N. Belardi (Hrsg.), *Reihe: Focus Soziale Arbeit*. Opladen.
- Gerull, P. (1996). Zukunftssicherung oder Fehlinvestition? Zur Effektivität stationärer Heimerziehung. *Unsere Jugend* 3, 92-109.
- Heiner, M. (1992) Evaluation und berufliche Handlungskompetenz. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 5.
- Höger, C. & Witte-Lakemann, G. (1999). Von Kinderpsychiatern moderierte pädiatrische Qualitätszirkel – eine geeignete Qualitätssicherungsmaßnahme in der psychosomatischen Grundversorgung? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 10, 723-733.
- Hornstein, W. (1998) Erziehung und sozialer Wandel – Brennpunkte sozialpädagogischer Forschung, Theoriebildung und Praxis. *Zeitschrift für Pädagogik*, 38, Beiheft, 7-14.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Qualitätsdimensionen in der Kinder- und Jugendhilfe	14
Abb.2 Anzahl der Kinder pro Aufnahmejahr	22
Abb.3 Prozentualer Anteil an Mädchen und Jungen	23
Abb.4 Alter der untersuchten Kinder und Jugendlichen bei Aufnahme ins ÜBBZ	23
Abb.5 Prozentzahlen der Verteilung der Familienform bei Aufnahme	24
Abb.6 Anzahl Geschwister und Stiefgeschwister	25
Abb.7 Prozentuale Verteilung der Sorgeberechtigten	26
Abb.8 Bildungsstand der Mutter	27
Abb.9 Bildungsstand des Vaters	27
Abb.10 Beruflicher Status der Mutter	28
Abb.11 Beruflicher Status des Vaters	29
Abb.12 Prozentuale Verteilung des Einkommen der Mutter	30
Abb.13 Prozentuale Verteilung des Einkommen des Vaters	30
Abb.14 Prozentuale Verteilung der Kinder und Jugendlichen, eingeteilt nach Verweildauer	33
Abb.14a Durchschnittliche Verweildauer, differenziert nach Aufnahmejahr	34
Abb.15 Prozentuale Verteilung des Alters bei erster Vorintervention	36
Abb.16 Anzahl der verschiedenen Formen der Vorinterventionen	37
Abb.16a Prozentuale Verteilung elternorientierter Vorinterventionen	37
Abb.16b Prozentuale Verteilung kindorientierter Vorinterventionen	38
Abb.16c Prozentuale Verteilung der medizinischen Vorinterventionen	39
Abb.16d Prozentuale Verteilung der schulischen Vorinterventionen	39
Abb.17 Prozentuale Verteilung von Auffälligkeiten in der Schulkarrieren	41
Abb.18 Prozentuale Verteilung chronischer Belastungsfaktoren bei Heimaufnahme	42
Abb.19 Summe chronischer psychosozialer Belastungsfaktoren bei Aufnahme	43
Abb. 20 Mittelwerte der Skala Hyperaktivitätsstörung	52
Abb. 21 Mittelwerte der Skala Aufmerksamkeitsstörung	53
Abb.22 Verlauf der Hyperaktivitätsstörungen, differenziert nach Verweildauer	53
Abb.23 Verlauf der Aufmerksamkeitsstörungen, differenziert nach Verweildauer	54
Abb.24 Verlauf der Hyperaktivitätsstörungen, differenziert nach Altersgruppen	54
Abb.25 Verlauf der Aufmerksamkeitsstörungen, differenziert nach Altersgruppen	55
Abb.26 Mittelwert der Skala Teilleistungs- und Lernstörungen differenziert nach Geschlecht	56
Abb.27 Verlauf von Teilleistungs- und Lernstörungen, differenziert nach Verweildauer	57
Abb.28 Mittelwerte der Skala Dissozialität, getrennt nach Geschlecht	59
Abb.29 Verlauf von Dissozialität, differenziert nach Alter	59
Abb.30 Mittelwerte der Skala Verhaltensdefizite im Alltag	60
Abb.31 Mittelwerte der Skala Schlafstörungen	61
Abb.32 Mittelwerte der Skala Motorische Teilleistungsstörungen	63

Abbildungsverzeichnis

Abb.33 Beschulung vor Heimaufnahme	65
Abb.34 Prozentuale Anteile der verschiedenen Formen von Beschulung zum Zeitpunkt der Heimentlassung	66
Abb.35 Prozentuale Verteilung der Betreuungs- und Beschulungsform nach Entlassung	66
Abb.36 Noten in den Hauptfächern.....	68
Abb.37 Veränderung in den Noten in den Hauptfächern nach Verweildauer differenziert	68
Abb.38 Schulnoten Lernfächer nach Aufnahmekohorte und Aufnahme und Entlassung differenziert.....	69
Abb.39 Veränderungen in den Lernfächern nach Verweildauer differenziert	69
Abb.40 Prozentuale Verteilung verschiedener Kontrollbedingungen der Schulleistung im 1. Jahr des Aufenthaltes.....	70
Abb.41 Prozentuale Verteilung verschiedener Kontrollbedingungen der Schulleistung bei Entlassung ...	71
Abb.42 Entwicklung von Schutzfaktoren (Ressourcen) in den Familien, differenziert nach Aufnahmealter der Kinder	73
Abb.43 Entwicklung von Schutzfaktoren (Ressourcen) in den Familien, differenziert nach Verweildauer der Kinder	73
Abb.44 Prozentuale Verteilung der Summe aktueller Belastungen bei Aufnahme.....	77
Abb.45 Summe psychosozialer Belastungsfaktoren Entlassungszeitpunkt.....	77
Abb.46 Prozentualer Anteil der Kinder, deren Eltern an verschiedenen Interventionen teilgenommen haben	79
Abb.47 Prozentuale Verteilung der Dauer der Elternarbeit	80
Abb.48 Teilnahme/ Einstellung zur Elternarbeit im ersten Jahr des Aufenthaltes.....	81
Abb.49 Teilnahme/Einstellung zur Elternarbeit bei Entlassung	82
Abb.50 Prozentualer Anteil der Teilnahme an verschiedenen Interventionen für Kinder	84
Abb.51 Prozentualer Anteil der Teilnahme an verschiedenen Interventionen für Kinder, differenziert nach der Verweildauer.....	84
Abb.52 Vorläufige hypothetische Abhängigkeitskette der ausgewählten Variablen	88
Abb.53 Graphisches Kettenmodell zur Beschreibung der Assoziationsstrukturen zwischen ausgewählten Prozessmerkmalen und Erfolgskriterien stationärer Erziehungshilfe.....	90

Tabellenverzeichnis

Tabelle A Erhebungsschema	17
Tabelle B Erhebungsinstrumentarium der Aktenauswertung	18
Tabelle 1 Anzahl der Kinder und Jugendlichen pro Aufnahmejahr, differenziert nach dem Rechtsgrund der Einweisung	31
Tabelle 2 Diagnoseetiketten bei Aufnahme ins ÜBBZ	32
Tabelle 3 Häufigkeiten und Anteil von Eingangsdiagnosen, differenziert nach Verweildauer	35
Tabelle 4 Anzahl und Häufigkeit chronischer Belastungsfaktoren zum Zeitpunkt der Heimaufnahme	42
Tabelle 5 Aktuelle psychosoziale Belastungsfaktoren zum Zeitpunkt der Heimaufnahme im Vergleich zum Zeitpunkt der Entlassung	44
Tabelle 6a Kindbezogene verhaltenstherapeut. Indikationen für eine stationäre Behandlung	45
Tabelle 6b Eltern-/familienbezogene verhaltenstherapeutische Indikationen für eine stationäre Behandlung	46
Tabelle 7a Weitere kindbezogene verhaltenstherapeutische Indikationen	47
Tabelle 7b Weitere eltern- und familienbezogene verhaltenstherapeutische Indikationen	48
Tabelle 8 Zusätzliche familienbezogene verhaltenstherapeutische Indikationen für eine stationäre Behandlung	49
Tabelle 10 Prozentuale Verteilung verschiedener Hyperaktivitätssymptomen bei Aufnahme und Entlassung	51
Tabelle 11 Prozentuale Verteilung verschiedener Symptome von Aufmerksamkeitsstörungen bei Aufnahme und Entlassung	52
Tabelle 12 Prozentuale Verteilung verschiedener Teilleistungs- und Lernstörungen in der Schule bei Aufnahme und Entlassung	56
Tabelle 13 Prozentuale Verteilung verschiedener Dissozialitätssymptome bei Aufnahme und Entlassung	58
Tabelle 14 Prozentuale Verteilung verschiedener Verhaltensdefizite im Alltag bei Aufnahme und Entlassung	60
Tabelle 15 Prozentuale Verteilung verschiedener psychosomatischer Störungen bei Aufnahme und Entlassung	61
Tabelle 16 Prozentuale Verteilung verschiedener sozial-emotionale Störungen bei Aufnahme und Entlassung ins ÜBBZ	62
Tabelle 17 Prozentuale Verteilung verschiedener motorischer Teilleistungstörungen bei Aufnahme und Entlassung	63
Tabelle 18 Prozentuale Verteilung verschiedener medizinischer Risikofaktoren bei Aufnahme	64
Tabelle 19 Prozentuale Verteilung verschiedener Formen von Gewalterfahrungen bei Aufnahme ins ÜBBZ	64
Tabelle 20 Prozentuale Anteile erworbener Schutzfaktoren (Ressourcen) bei Kindern	72
Tabelle 21 Prozentuale Anteile erworbener Schutzfaktoren (Ressourcen) bei Eltern	72
Tabelle 22 Prozentuale Verteilung der Ausprägungen verschiedener Erziehungsstile der Eltern bei Aufnahme und Entlassung (N=214)	74
Tabelle 23 Effekte der Eltern- und Familienarbeit	76
Tabelle 24 Prozentualer Anteil der Kinder, deren Eltern an verschiedenen Interventionen teilgenommen haben, differenziert nach Aufnahmekohorte	80

Tabellenverzeichnis

Tabelle 25 Häufigkeitsverteilung für die Dauer der Elternarbeit, differenziert nach Verweildauer	81
Tabelle 26 Teilnahme und Einstellung zur Elternarbeit, differenziert nach Verweildauer	83
Tabelle 27 Prozentualer Anteil der Kinder, die an verschiedenen Interventionen teilgenommen haben, differenziert nach Aufnahmekohorte.....	85
Tabelle 28 Deskriptive Statistik für die Stundenanzahl verschiedenen Therapieformen.....	85
Tabelle 29 Deskriptive Statistik der im Kettenmodell berücksichtigten Variablen	87
Tabelle 30 Ausgewählte Regressionsgleichungen für Assoziationen mit den Erfolgskriterien (Ergebnisqualität) stationärer Hilfe. Angegeben sind jeweils die Regressionskoeffizienten (b), die Standardfehler (s.e.) und die studentisierten Regressionskoeffizienten (t).	91
Tabelle A1 Deskriptive Statistik und Reliabilitäten zu den gebildeten Skalen der Störungsbilder zum Aufnahmezeitpunkt.....	110

7 Anhang

7.1 Tabellen

Tabelle A1 Deskriptive Statistik und Reliabilitäten zu den gebildeten Skalen der Störungsbilder zum Aufnahmezeitpunkt

Skala	Anzahl der Items	Mittelwert	Standardabweichung	Min.	Max.	Theoretisch mögliche Werte	Reliabilität Cronbach's α
Hyperaktivitätsstörung	9	5,38	4,83	0	18	0 bis 18	.80
Aufmerksamkeitsstörung	6	2,54	2,40	0	10	0 bis 12	.55
Teilleistungs- u. Lernstörung	7	2,49	2,20	0	11	0 bis 14	.54
Dissozialität	15	7,38	5,78	0	23	0 bis 30	.82
Verhaltensdefizite	8	1,18	2,15	0	11	0 bis 16	.73
Schlafstörungen	2	0,28	0,70	0	4	0 bis 4	.55
Motorische Teilleistungsstörung	10	0,83	1,74	0	8	0 bis 20	.72

7.2 Daten und Fakten - Von der Beobachtungsstation zum ÜBBZ Sankt Joseph

Folgende Daten und Fakten geben die institutionelle Entwicklung des ÜBBZ Sankt Joseph als Antwort auf die sich ändernden Bedingungen und Anforderungen wieder:

- 1949-1950 Wiederaufbau des im Krieg zerstörten Mädchenerziehungsheimes St. Josef Anregung aus dem Psychologischen Institut der Universität Würzburg, eine Beobachtungsstation für schwierige und neurotische Kinder einzurichten
- 1952 Aufnahme der ersten Kinder in die „Psychotherapeutisch-Heilpädagogische Station“ (Ltg. Dr.Dr.W. Schraml)
- 1953 Anstellung eines hauptberuflichen klinischen Psychologen (Dr. P. Flosdorf).
- 1953-1958 Intensivierung gezielter sozialpädagogischer und heilpädagogischer Angebote Beginnende Methodisierung der Arbeit
- 1955 Institutionalisierte Zusammenarbeit mit dem Institut für Psychotherapie und medizinische Anthropologie der Universität Würzburg (Prof. Dr. med. v. Gebattel/Dr. Wiesenhütter)
- 1955 Einrichtung einer Erziehungsberatungsstelle in räumlicher und personeller Verbindung mit der Kinderstation
- 1959 Beginn der wissenschaftlichen Kontrolle der sportlich-therapeutischen Bemühungen in Verbindung mit dem Hochschulinstitut für Leibesübungen und dem Psychologischen Institut der Universität Würzburg
- 1958-1960 Errichtung eines Erweiterungsbaues für die Ausweitung der heilpädagogischen und therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten (Werkstatt für Gestaltungstherapie, Gymnastikraum, Therapiezimmer für Einzeltherapie und Spielzimmer) und eines eigenen Schulraumes
- 1960 Eröffnung der heimeigenen Schule als „Sondervolksschule“. Integration des schulischen Bereichs in die therapeutische Konzeption
- 1965-1966 Durchführung von Werkwochen über „Sport und Spiel in der Heimerziehung“ und damit Beginn der Fortbildungsarbeit
- 1966 Errichtung des Heilpädagogisches Seminars
- 1967 Beginn der Zusatzausbildung zum Heilpädagogen
- 1970 Umwandlung der bisherigen Erziehungsabteilung des St. Josefsheimes in eine weitere Heilpädagogisch-Psychotherapeutische Abteilung
- 1971 Durchführung mehrtägiger heilpädagogischer Freizeiten für verhaltensgestörte Kinder als befristete stationäre Maßnahme in Verbindung mit dem Heilpädagogischen Seminar
- 1970-1973 Ausbau der heimeigenen Schule zu einer selbständigen 6-klassigen Sonderschule für erziehungsschwierige und verhaltensgestörte Kinder. Parallel dazu Einrichtung einer heilpädagogischen Tagesstätte
- 1975 Durchführung eines mit Hilfe des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung geförderten Projektes „Verhaltenstherapie in der Heimerziehung“, Sicherung der Elternarbeit durch eine eigene Planstelle für einen klinischen Psychologen und Verhaltenstherapeuten
- 1976 Einrichtung einer Außenwohngruppe für die Kinderstation

7 Anhang

- 1976 Sicherung regelmäßiger Supervision für die MitarbeiterInnen des Heims durch die Planstelle eines Supervisors
- 1976 Ausbau und Intensivierung der Eltern-/Familienarbeit im Sinne von Partner- und Kommunikationstherapie für Eltern der in der Psychotherapeutisch-Heilpädagogischen Station untergebrachten Kinder. Regelmäßige verhaltenstherapeutische Trainingskurse für Eltern.
- 1978 Beginn der Planungen für die Errichtung des ÜBBZ
- 1979 Durchführung eines vom Bayer. Staatsministeriums geförderten Projektes „Psychomotorik und Heimerziehung“
- 1980 Umwandlung des Heilpädagogischen Seminars in eine Fachakademie für Heilpädagogik
- 1980 Erweiterung des Konzeptes als „Überregionales Beratungs- und Behandlungszentrum Sankt Joseph“
- 1981 Einzug der ersten Gruppen in den Neubau des ÜBBZ
- 1982 Durchführung einer Arbeitstagung mit Fachvertretern der Beratungsstellen und Behörden zur Planung der konkreten Arbeit des ÜBBZ
- 1986 Intensivierung des nervenärztlichen Dienstes
- 1987/88 Personelle und methodische Ausweitung der Elternarbeit
- 1989 Konsiliardienst eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 1990 Zusammenschluss der Abteilungen: therapeutisches Heim, Erziehungsberatungsstelle, Schule zur Erziehungshilfe, Heilpädagogische Tagesstätte und Fachakademie für Heilpädagogik zum eigenen Bereich des Sozialdienstes katholischer Frauen als „Kinder- und Jugendhilfeverbund“
- 1990/91 Filmische Dokumentation „Heimerziehung im Wandel“ - gefördert u.a. vom Bayer. Staatsmin.
- 1992 Verabschiedung von Dr. Flosdorf, des 40 Jahre tätigen Leiters, in den „Ruhestand“
- 1993 Bildung einer Außenwohngruppe für jugendliche Mädchen in Veitshöchheim
- 1993/94 Mitwirkung bei dem Forschungsprojekt „Hilfeplan“ – gefördert vom Deutschen Caritasverband mit Unterstützung des Bundes und der Länderregierungen in Bayern, Baden, Nordrhein-Westfalen und Thüringen
- 1995-2000 Mitwirkung bei dem Forschungsprojekt Jugendhilfe-Evaluations-Studie (JES)
- 1997-2000 Durchführung der Würzburger Jugendhilfe-Evaluationsstudie (WJE)
- 1999 Durchführung eines Fachtages „Jugendhilfe 2000 – entwickeln und sichern“

7.3 Diplom-, Fach- und Zulassungsarbeiten sowie sonstige wissenschaftliche Arbeiten aus dem ÜBBZ Sankt Joseph Würzburg

- 1959 Wiesenhütter, E.: Stationäre Psychotherapie und Heilpädagogik. Erfahrungen und Methoden in der Psychotherapeutisch-heilpädagogischen Station des St. Josefsheimes Würzburg
- 1968 Schreck, M.Th.: Regelmäßiges Gruppengespräch als heilpädagogische Methode
Zulassungsarbeit Heilpädagogisches Seminar Würzburg
- 1970 Rieder, H.: Psychomotorische und soziometrische Diagnostik als Grundlage einer heilpädagogischen Sporttherapie für verhaltensgestörte Kinder
Dissertation, Universität Würzburg
- 1970 Uhlich, I.: Erfolge stationärer Kinderpsychotherapie der Psychotherapeutisch-heilpädagogischen Kinderstation des St. Josefheimes
Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg
- 1974 Fincke, E.: Kindlicher Waschzwang: Ein kasuistischer Beitrag. Beobachtungen an einem Kind mit schwerem Waschzwang in der stationären Behandlung in einem heilpädagogischen Heim
Seminararbeit, Heilpädagogisches Institut der Universität Freiburg, Schweiz
- 1975 Fincke, E.: Die Psychotherapeutisch-Heilpädagogische Station in Würzburg – Beitrag zu einer differenzierten therapeutischen Heimerziehung –
Diplomarbeit, Heilpädagogisches Institut der Universität Freiburg, Schweiz
- 1976 Reidel, H.: Erfahrungsbericht über die Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden auf einer Station mit 24 verhaltensgestörten Kindern.
Projektbericht für das Bayer. Sozialministerium
- 1977 Geyer, R.: Tanz und Bewegung als Mittel zur Bearbeitung von Verhaltensstörungen bei Kindern im Rahmen einer Psychotherapeutisch-heilpädagogischen Station
Diplomarbeit, Stiftungsfachhochschule München
- 1977 Weinhold, D.: Katamnestisch-Kasuistische Darstellung zum Thema „Leichter frühkindlicher Hirnschaden und/oder neurotische Folgeerscheinungen“
Diplomarbeit, Psychologisches Institut der Universität Würzburg
- 1980 Beck, P.: Training sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten bei Heimkindern zur Erhöhung von Selbstvertrauen und Selbstsicherheit
Diplomarbeit, Fachhochschule Würzburg, Fachbereich Sozialwesen
- 1980 Fuchs, H.: Elternarbeit aus der Sicht des Heimerziehers – Möglichkeiten, Schwierigkeiten, Grenzen - Facharbeit, Fachschule für Sozialpädagogik Heidelberg
- 1982 Euting, H.: Die Wirkungsweise psychomotorischer Übungsprogramme bei verhaltensauffälligen Kindern - Seminar-Facharbeit, Fachakademie für Heilpädagogik Würzburg
- 1983 Gronenberg, J.: Die Schule für Kinder mit Verhaltensstörungen im therapeutischen Milieu. Konstruktion eines Schulmodells mit Orientierung an den pädagogischen Grundlagen des Überregionalen Beratungs- und Behandlungszentrums Sankt Joseph in Würzburg.
Schriftliche Hausarbeit für die Erste Staatsprüfung für das Lehramt an Sonderschulen, Julius-Maximilian-Universität Würzburg
- 1984 Hauck, A.: Praktikanten im Heimbereich – Über Persönlichkeitsveränderung durch eine einjährige praktische Tätigkeit
Diplomarbeit, Institut für Pädagogik, Julius-Maximilian-Universität Würzburg

7 Anhang

- 1984 Werkshage, J.: Autismus – Eine Fallstudie mit Theoriediskussion
Diplomarbeit, Fachbereich Psychologie III, Julius-Maximilian-Universität Würzburg
- 1986 Pavel, W.: Sozialpädagogische Hilfen für Heimkinder – eine Fallstudie –
Diplomarbeit, Philosophische Fakultät III der Julius-Maximilian-Universität Würzburg
- 1988 Morgenstern, S.: Entstehung eines Syndroms autistischer Verhaltensauffälligkeit
– Verlauf und Behandlung in unterschiedlichen Einrichtungen der Jugendhilfe
Diplomarbeit, Kath. Stiftungsfachhochschule München/Abt. Benediktbeuern
- 1988 Neumann, W.: Tanz und Bewegung. Entwicklung und Erprobung eines methodischen
Ansatzes - Seminar-Facharbeit, Fachakademie für Heilpädagogik Würzburg
- 1990 Bram, W.: Eßstörungen, insbesondere Adipositas und die Möglichkeit ihrer Behandlung
innerhalb einer Einrichtung der Jugendhilfe
Diplomarbeit, Kath. Stiftungsfachhochschule München/Abt. Benediktbeuern
- 1990 Engert, M. und Lehmann, J.: Versuch durch das Medium Trampolin auf das Sozialverhalten
von verhaltensauffälligen Kindern einzuwirken
Seminar-Facharbeit, Fachakademie für Heilpädagogik Würzburg
- 1990 Hiederer, Ch.: Kreative Treppenhausgestaltung einer Erziehungsberatungsstelle und die
Wirkung auf die Klienten – Praktische Durchführung im Treppenhaus der Frankfurter Str. 24
Seminar-Facharbeit, Fachakademie für Heilpädagogik Würzburg
- 1990 Otter, B.: Geschichten vorlesen, Geschichten erzählen – ein heilpädagogisches Medium –
Praktische Durchführung mit einer Mädchengruppe aus dem ÜBBZ Sankt Joseph
Seminar-Facharbeit, Fachakademie für Heilpädagogik Würzburg
- 1990 Schoch, D.: Verwahrlosung und ihre Behandlung in einem Therapeutischen Heim.
Diplomarbeit, Kath. Stiftungsfachhochschule München/Abt. Benediktbeuern
- 1992 Schaidl, S.: Die stationäre Behandlung eines dissozialen Kindes – Ein Beitrag zum
Erscheinungsbild der Verwöhnungsverwahrlosung
Diplomarbeit, Kath. Stiftungsfachhochschule München/Abt. Benediktbeuern
- 1994 Arnold, M.: Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren – dargestellt an einem Fallbeispiel
Seminar-Facharbeit, Fachakademie für Heilpädagogik, Würzburg
- 1994 Brons, M.: Planung und Durchführung von Psychomotorikstunden sowie deren Reflexion
unter Berücksichtigung ausgewählter Gruppenkonzepte
Seminar-Facharbeit, Fachakademie für Heilpädagogik, Würzburg
- 1994 Patzelt, H.: Das Spannungsverhältnis zwischen instrumenteller und ideativer Zielsetzung in
der Heimerziehung. Abschlussarbeit aus dem Managementkurs für leitende
Mitarbeiter/innen in sozialen Institutionen, Würzburg
- 1994 Ringler, U.: Machtkampf auf Dauer – Alltag mit einer Gruppe in einer Psychotherapeutisch-
Heilpädagogischen Kinderabteilung
Diplomarbeit, Kath. Stiftungsfachhochschule München, Abt. Benediktbeuern
- 1994 Sauerer, A.: Musik, ein Medium in der Heimerziehung zur Auseinandersetzung des Kindes
mit sich selbst - Facharbeit, Fachakademie für Sozialpädagogik, Gemünden
- 1994 Teller, J.: Das Medium Pferd – Beispiel für die heilpädagogische Arbeit mit
verhaltensauffälligen, beziehungsstörungen Kindern
Seminar-Facharbeit, Fachakademie für Heilpädagogik Würzburg
- 1995 Schmid, R.: „Zimmer mit Aussicht ...“ Zum Konzept einer Wohngruppe für Mädchen in
erschweren Lebenssituationen - Schriftliche Hausarbeit zur ersten Staatsprüfung für das

Lehramt an Sonderschulen, Julius-Maximilian-Universität Würzburg

- 1998 Bieber, H.: Heilpädagogische Entwicklungsförderung eines lese-rechtschreibschwachen Kindes – Erfahrungen mit dem Möckel-Programm und mit eigenen Testbeispielen
Seminar-Facharbeit, Fachakademie für Heilpädagogik Würzburg
- 1998 Menzel, M.: Teamarbeit – Ein persönlicher Erfahrungsbericht
Seminar-Facharbeit, Fachakademie für Heilpädagogik Würzburg
- 1998 Schwaiger, Th. u. Wilwers, M.: Paul – Eine Lebensgeschichte – eine Überlebensgeschichte.
Seminar-Facharbeit, Fachakademie für Heilpädagogik Würzburg
- 1999 Fries, J.: Bedingungsanalyse erwartungswidriger Schulleistungen: Entwicklung und erste Überprüfung eines Fragebogens zur Beobachtung des Lern- und Leistungsverhaltens bei Kindern und Jugendlichen
Diplomarbeit, Institut für Psychologie IV, Julius-Maximilian-Universität Würzburg
- 1999 Hogger, B.: Leistungsschwierigkeiten von Kindern mit hyperkinetischen Störungen – Möglichkeiten sozialpädagogischer Interventionen zum Aufbau einer Leistungsmotivation
Diplomarbeit, Kath. Stiftungsfachhochschule München, Abt. Benediktbeuern.
- 1999 Janz, C.: Förderung der Persönlichkeitsentwicklung eines Heimkindes mittels handwerklich-kreativen Arbeitens - Facharbeit, Fachakademie für Sozialpädagogik Münnerstadt
- 1999 Ruhsert, B.: Trauererfahrungen junger Menschen – eine sozial-emprische Studie –
Diplomarbeit, Fachhochschule Würzburg, Fachbereich Sozialwesen, Würzburg

7.4 Veröffentlichungen aus dem / bzw. über das ÜBBZ Sankt Joseph, Würzburg

7.4.1 Schriften

- 1955 Hämel, A.: Station für Psychotherapeutik, in: 100 Jahre Kongregation der Dienerinnen der Heiligen Kindheit Jesu, Würzburg-Oberzell
- 1957 Flosdorf, P.: Welche Hilfe vermag der Heimpsychologe dem Erzieher zu bieten? in: Jugendwohl, Heft 9/1957
- 1958 Flosdorf, P.: Bericht über die ambulante und stationäre Behandlung eines Fünfjährigen mit gleichzeitiger Umgebungsbeeinflussung, in: Jugendwohl, Heft 3/1958
- 1958 Flosdorf, P.: Schwierige Kinder und Jugendliche im Heim - Möglichkeiten der Heimerziehungsberatung, in: Jugendwohl, Heft 9/1958
- 1959 Wiesenhütter, E.: Stationäre Psychotherapie und Heilpädagogik, in: Zeitschrift für Heilpädagogik, Organ des Verbandes Deutscher Sonderschulen
- 1960 Flosdorf, P.: Über das Stottern, in: Jahrbuch f. Psychologie, Psychotherapie u. med. Anthropologie, Freiburg-München, Heft 1-2/1960
- 1961 Flosdorf, P.: Das Stottern - Sein Wesen und seine Behandlung, in: Jugendwohl, Heft 1/1961
- 1962 Flosdorf, P.: Die Bedeutung der Unterbringung außerhalb der Familie für Kinder und Jugendliche, in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), Unterbringung von Kindern und Jugendlichen außerhalb der Familie, Frankfurt
- 1962 Flosdorf, P.: Die Psychologie des Kindergartenkindes, in: Das Kinderheim, Zeitschrift für Kleinkindererziehung und Hortwesen, Mai/Juni 1962
- 1964 Flosdorf, P.: Gruppenarbeit im heilpädagogischen Heim, in: Jahrbuch f. Psychol., Psychoth. und med. Anthropol., Freiburg-München, Heft 3-4/1964
- 1964 Flosdorf, P.: Theorie und Wirklichkeit. Kritische Gedanken und Überlegungen nach einer großen Tagung, in: Jugendwohl, Heft 7-8/1964
- 1964 Flosdorf, P.: Spiel, Sport und Erziehung, in: Schmidle, P. (Hrsg.), Leib und Leiblichkeit in der Erziehung, Sozialpädagogische Beiträge, Freiburg
- 1965 Flosdorf, P.: Die Reifungsnot des erziehungs- und schulschwierigen Kindes, in: Schule und Psychologie Nr. 12, München 1965, 363-37
- 1965 Flosdorf, P.: Die Integration der heilpädagogischen Arbeit in der Gesamterziehung des Heimes und über den Zusammenhang von Therapie und Heilerziehung, in: Jugendwohl, Heft 3/1965
- 1965 Flosdorf, P.: Einige entwicklungspsychologische Überlegungen zu Spiel und Sport, in: Jugendwohl, Heft 5/1965
- 1965 Flosdorf, P.: Sport und Spiel in Heim und Gruppe (Autor des Themenheftes zusammen mit H. Rieder), in: Jugendwohl, Heft 5/1965
- 1965 Flosdorf, P.: Die psychologische Problematik der Adoption, in: Jugendwohl, Heft 10/1965.
- 1965 Flosdorf, P.: Das Religiöse in der Beratung, in: Jugendwohl, Heft 11/1965, 422
- 1965 Flosdorf, P.: Sporterziehung und Spiel, in: Jugendwohl, Heft 11/1965, 425
- 1965 Flosdorf, P.: Ambulante und stationäre Behandlung eines mutistischen Jungen, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1965

Würzburger Jugendhilfe-Evaluationsstudie (WJE)

- 1966 Flosdorf, P.: Beiträge der Psychologie und Heilpädagogik für die Heimerziehung, in: Schmidle, P. (Hrsg.), Für die Welt von morgen erziehen, Freiburg 1966, 222-244
- 1966 Flosdorf, P.: Für die Welt von morgen erziehen. Ein Tagungsbericht, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Heft 7/1966
- 1966 Flosdorf, P.: Für die Welt von morgen erziehen, in: Jugendwohl, Heft 9/1966
- 1967 Flosdorf, P.: Sport und Spiel in Gruppe und Heim (zusammen mit H. Rieder), Freiburg 1967 (1970 in spanischer Ausgabe erschienen)
- 1967 Flosdorf, P.: Erziehungsberatung als Zentrum der offenen Erziehungshilfe, in: Jugendwohl, Heft 6
- 1967 Flosdorf, P.: Die Psychotherapeutisch-Heilpädagogische Station in Würzburg: Aufbau und Gestalt einer heilpädagogischen Arbeit als Beitrag einer modernen und differenzierten Heimerziehung, in: Korrespondenzblatt, Kath. Fürsorgeverein für Mädchen, Frauen und Kinder, Heft 9, S. 135-145
- 1968 Flosdorf, P.: Die psychotherapeutisch-heilpädagogische Station in Würzburg, in: Probleme der Zeit
- 1968 Flosdorf, P.: Werden und Reifen, in: Jugendwohl, Heft 12/1968
- 1969 Dr. Flosdorf, P.: Der geistig behinderte Jugendliche in Familie, Welt und Gesellschaft, in: Jugendwohl, Heft 1/1969
- 1969 Flosdorf, P.: Ambulante Erziehungshilfen aus der Sicht der Heimerziehung, in: Stutte, H. (Hrsg.), Wissenschaftliche Informationsschriften des Allgemeinen Fürsorgeerziehungstages e. V., Hannover, Heft 3/1969, 100-111
- 1969 Flosdorf, P.: Die Psychotherapeutisch-Heilpädagogische Station in Würzburg: Aufbau und Gestalt einer heilpädagogischen Arbeit als Beitrag einer modernen und differenzierten Heimerziehung, in: Korrespondenzblatt des Kath. Fürsorgevereins für Mädchen, Frauen und Kinder, Heft 9/1969, 135-145
- 1969 Flosdorf, P.: Heilpädagogik in der Erziehungshilfe, Ein Diskussionsbeitrag, in: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.), Das schwer erziehbare Kind (Kongreßbericht), Köln 1969, 22-26
- 1969 Flosdorf, P.: Die kindliche Entwicklung als personale und soziale Reifung, in: Schmidle, P. & Junge, H. (Hrsg.), Wachsen-Lernen-Reifen, Beiträge zur Heimerziehung, Freiburg, 27-42
- 1969 Flosdorf, P.: Verhaltens- und entwicklungsgestörte Kinder, in: Schmidle, P. & Junge, H. (Hrsg.), Wachsen-Lernen-Reifen, Beiträge zur Heimerziehung, Freiburg, 165-181
- 1969 Flosdorf, P.: Das verhaltens- und entwicklungsgestörte Kind 1-6, in: Jugendwohl, Hefte 2/3/4/7-8/9/11/1969
- 1970 Flosdorf, P.: Heimerziehung vor neuem Anfang, in: Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes, Freiburg 1970, 54-61
- 1970 Flosdorf, P.: Überlegungen zur Organisation einer Heimberatung auf Diözesanebene in: Jugendwohl, Heft 2/1970
- 1970 Flosdorf, P.: Konfliktfeld Heimerziehung, in: Jugendwohl, Heft 7-8/1970
- 1971 Flosdorf, P.: Erfahrungen mit der methodischen Einübung von Selbstbestimmung und Gruppenverantwortung bei verhaltensgestörten Kindern in einem heilpädagogischen Heim, in: Stutte, H. (Hrsg.), Wissenschaftliche Informationsschriften des Allgemeinen Fürsorgeerziehungstages e.V., Heft 4, Hannover 1971, 87-99

7 Anhang

- 1971 Flosdorf, P.: Gesellschaftliche Aspekte der Heimerziehung, in: Jugendwohl, Heft 7-8/1971
- 1971 Flosdorf, P.: Katholische Heimerziehung - Ergebnisse einer Bestandsaufnahme, in: Jugendwohl, Heft 9/1971
- 1972 Flosdorf, P.: Katholische Heimerziehung heute - Ergebnisse einer Bestandsaufnahme, in: Schmidle, P.; Junge, H. (Hrsg.), Gesellschaftliche Aspekte der Heimerziehung, Freiburg 1972
- 1972 Flosdorf, P.: Erziehungsstile im Schulalter, in: Schmidle, P. & Junge, H. (Hrsg.), Gesellschaftliche Aspekte der Heimerziehung, Freiburg 1972
- 1973 Flosdorf, P.: Heimerziehung als sozialpädagogische Methode, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Heft Nr. 10/1973, 365-368
- 1973 Flosdorf, P.: Von der Beobachtungsstation zum therapeutischen Zentrum - ein Entwicklungsprozess, dargestellt am Beispiel des St. Josefs-Heimes in Würzburg, in: Jugendwohl, Heft 12/1973, 33-36
- 1974 Heimerziehung - Heimplanung. Dokumentation einer Ausstellung (zusammen mit I. Joachim, K. H. Marciniak, B. von Perbandt), Darmstadt 1974
- 1974 Flosdorf, P.: Sozialisation am Fließband, in: Jugendwohl, Heft 1/1974, 1
- 1974 Flosdorf, P.: Das Haus als Institution, in: Jugendwohl, Heft 2/1974, 43
- 1974 Flosdorf, P.: Ausgliederung, in: Jugendwohl, Heft 3/1974, 85
- 1974 Flosdorf, P.: Pavillonsystem, in: Jugendwohl, Heft 4/1974, 127
- 1974 Flosdorf, P.: Der Pausenhof, in: Jugendwohl, Heft 5/1974, 169
- 1974 Flosdorf, P.: Diagnose und Therapie, in: Jugendwohl, Heft 6/1974, 211
- 1974 Flosdorf, P.: Konferenzen, in: Jugendwohl, Heft 7-8/1974, 253
- 1974 Flosdorf, P.: Le plan libre?, in: Jugendwohl, Heft 10/1974, 347
- 1974 Flosdorf, P.: Jeder für sich, in: Jugendwohl, Heft 11/1974, 387
- 1974 Flosdorf, P.: Praxisanleitung, in: Jugendwohl, Heft 12/1974, 427
- 1974 Flosdorf, P.: Gefesselt. Bericht über ein Sozialisierungsprojekt, in: Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.), Mehr Chancen für die Jugend - Zu Inhalt und Begriff einer offensiven Jugendhilfe
- 1975 Flosdorf, P.: Heimsozialisation im Spannungsfeld institutioneller Versorgung und Emanzipation, in: Schmidle P./Junge H. (Hrsg.), Sozialisationsfeld Heimerziehung, Freiburg, 47-60
- 1975 Flosdorf, P.: Heimerziehung und Elternarbeit, in: Pädagogischer Rundbrief, Heft 1/1975
- 1976 Flosdorf, P.: Therapeutische Verfahren in der Heimerziehung, in: betrifft erziehung, Heft 11/1976
- 1977 Flosdorf, P.: Das Würzburger Modell. Überlegungen zu einer Konzeption Überregionaler Beratungszentren in Bayern, in: Unsere Jugend, Heft 2/1977, 78
- 1977 Flosdorf, P.: Probleme des Psychologen im Heim, in: Jugendwohl, Heft 2/1977
- 1977 Flosdorf, P.: Erzieher im Heim, in: Jugendwohl, Heft 9/1977
- 1977 Flosdorf, P.: Heimerziehung - Hindernis oder Weg zur Integration Verhaltensgestörter?, in: Berufsverband der Heilpädagogen (Hrsg.), Integration Behinderter und Verhaltensauffälliger

- Ideologie oder Wirklichkeit? (Tagungsbericht), Berlin
- 1978 Müller, A.: Spiel-Sport in der Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen – Empirische Untersuchung einer Skifreizeit – Diplomarbeit, Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz (unveröffentlicht)
- 1978 Flosdorf, P.: Erzieherisches Handeln – Grundlagen, Methodentraining, Anwendung, in: Schmidle, P. & Junge, H. (Hrsg.), Erzieher im Heim, Freiburg 1978 104-122
- 1979 Flosdorf, P.: Theorie und Praxis, in: Jugendwohl, Heft 9/1979, 303.
- 1979 Flosdorf, P.: Sozialisationsfeld Heimerziehung, in: Jugendwohl, Heft 9/1979, 312.
- 1979 Flosdorf, P.: Erziehungsberatung - ihre Geschichte und die Entwicklung ihrer methodischen Konzepte, in: Caritasdienst, Jahrgang 1979, 94-98
- 1979 Flosdorf, P.: Heimerziehung - Im Internationalen Jahr des Kindes, in: Jugendwohl, Heft 1/1979, auch in: Bund Deutscher Katholischer Jugend und Caritasverband für die Diözese Würzburg (Hrsg.), Sonderheft 1979, 15-18
- 1980 Flosdorf, P.: Spieltherapie, in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), Fachlexikon der sozialen Arbeit, Frankfurt
- 1980 Flosdorf, P.: Mit den Eltern erziehen - auch im Heim. Ziele und methodische Konzepte für die Arbeit mit Eltern, in: Schmidle, P. & Junge, H. (Hrsg.), Kinder im Heim - Kinder ohne Zukunft?, Freiburg 1980, 60-94
- 1980 Flosdorf, P.: Probleme, Veränderungen und Aufgaben in der Heimerziehung, in: Knab, E. (Hrsg.), Heimerziehung - Beiträge zur Theorie und Praxis öffentlicher Erziehung im Heim für Verhaltensgestörte, Frankfurt
- 1980 Flosdorf, P.: Die geltende Arbeitszeitordnung – ein Ärgernis für verantwortliches Erziehen, in: Jugendwohl, Heft 5/1980
- 1980 Flosdorf, P.: Das Überregionale Beratungs- und Behandlungszentrum (ÜBZ) - ein neuer konzeptioneller Ansatz für die Jugendhilfe in Bayern, in: Bayerischer Wohlfahrtsdienst, Heft 9/1980, 93-97
- 1980 Flosdorf, P.: Erziehungsberatung in einem sozialen Brennpunkt, in: Jugendwohl, Heft 11/1980
- 1981 Flosdorf, P.: Beziehungsgestaltung in der Institution Heim, in: Pädagogischer Rundbrief Nr. 6/7
- 1981 Flosdorf, P.: Müssen Kinder ins Heim? Indikation Heimerziehung, in: Jugendwohl, Heft 2/1981
- 1981 Flosdorf, P.: Probleme verhaltensauffälliger und behinderter Kinder und Jugendlicher, in: Jugendwohl, Heft 4/1981
- 1982 Flosdorf, P.: Heilpädagoge/Heilpädagogin,
in: Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.), Blätter zur Berufskunde, 3. Aufl.
- 1982 Flosdorf, P.: Heilpädagogische und konzeptionelle Überlegungen zur baulichen Verwirklichung eines therapeutischen Heimes, in: Jugendwohl, Heft 6/1982
- 1983 Flosdorf, P.: Erwachsenwerden ist (nicht) schwer, in: Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes, Freiburg
- 1983 Flosdorf, P.: Therapeutische Heime, in: Schmidle, P. & Junge, H. (Hrsg.); Erziehen in unserer Zeit, Freiburg

7 Anhang

- 1983 Flosdorf, P.: Spiel-Sport. Eine heilpädagogische Methode zur Gestaltung und Bearbeitung der Beziehungsebene in der Arbeit mit verhaltensgestörten Kindern, Referat, 9. Mitgliederversammlung des Aktionskreises Psychomotorik in Würzburg.
- 1983 Müller, A: Integrative und integrierte Bewegungserziehung im Sozialisationsfeld „Heimerziehung“ – Eine Fallstudie. In: Knab, E. (Hrsg.): Heimerziehung ein differenziertes Wirkungsangebot, Frankfurt
- 1984 Müller, A: Bewegungserziehung als heilpädagogische Methoden der Beziehungsgestaltung von Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen. In: Knab, E. (Hrsg.): Motopädagogik in der Heimerziehung, Frankfurt
- 1985 Flosdorf, P.: Das Überregionale Beratungs- und Behandlungszentrum Sankt Joseph in Würzburg, in: Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes, Freiburg
- 1985 Flosdorf, P.: Zukunft der Heimerziehung - Daten, Fakten und Perspektiven, in: Schmidle, P.; Junge, H. (Hrsg.), Zukunft der Heimerziehung, Freiburg 1985, 43-61
- 1987 Flosdorf, P. (zusammen mit A. Schuler u. R. Weinschenk): Anleiten, Befähigen, Beraten im Praxisfeld Heimerziehung, Formen und Möglichkeiten zur Verbesserung und Erhaltung der beruflichen und persönlichen Kompetenz der Mitarbeiter in der Heimerziehung, Freiburg, 2. aktualisierte Auflage 1992
- 1987 Flosdorf, P.: Beziehungen gestalten – institutionelle und methodische Überlegungen zur baulichen Verwirklichung eines therapeutischen Heimes, in: Jugendwohl, Heft 4/1987
- 1988 Flosdorf, P.: Theorie und Praxis stationärer Erziehungshilfe, (als Herausgeber) Bd. 1: Konzepte in Heimen der Jugendhilfe, Bd. 2: Die Gestaltung des Lebensfeldes Heim, Freiburg, unveränderter Nachdruck 1992, darin folgende Beiträge von Flosdorf, P.:
- Konzeptionen der Heimerziehung und deren Wandel im Kontext gesellschaftl. Entwicklungen, Bd. 1, 11-33
 - Kinder und Jugendliche in den Heimen, Bd. 1, 89-143
 - Die Konzeption eines Heimes und ihre Darstellung als Rahmenbedingung für die methodische Durchführung der erzieherischen Hilfen, Bd. 1, 144-153
 - Indikation Heimerziehung, Bd. 1, 154-165
 - Zur Problematik "geschlossener" Heimerziehung, Bd 1, 206-214
 - Die Gestaltung des Lebensfeldes Heim (zusammen mit W. Mahlke), Bd. 2, 9-45
 - Das Heim als "Therapeutisches Milieu", Bd. 2, 102-110
 - Der erzieherische Umgang als heilpädagogische Beziehungsgestaltung, Bd. 2, 111-128
 - Die Gruppe als soziales Lernfeld, Bd. 2, 129-173
 - Wohin soll Erziehung führen? Über Erziehungsziele und die Notwendigkeit ihrer Konkretisierung, Bd 2. 174-178
 - Ziele und methodische Konzepte für die Arbeit mit Eltern, Bd. 2, 179-189
 - Spielsport – ein heilpädagogisches Konzept zur gezielten psychomotorischen Behandlung verhaltensauffälliger Kinder u. Jugendlichen, Bd 2, 223-236
- sowie Beiträgen von
- Euting, A.: Tanzen als heilpädagogisches Medium, Bd. 2, 257-264
 - Fürst, W.: Wagen und Erleben. Aspekte einer heilpädagogisch orientierten Erlebnispädagogik, Bd. 2, 264-281
 - Müller, A.: Üben und Lernen. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Lese- und Rechtschreibschwächen, Bd. 2, 193-204
 - Müller, A.: Die therapeutische Anwendung von Spiel und Sport zur Förderung bewegungsgestörter Kinder und Jugendlichen, Bd. 2, 237-247
 - Patzelt, H.: Werken und Gestalten, Bd. 2, 205-219

- 1990 Flosdorf, P.: Das "Überregionale Beratungs- und Behandlungszentrum" - ein utopisches Konzept?, in: Bayerischer Wohlfahrtsdienst, Heft 7-8/1990
- 1990 Flosdorf, P.: Therapeutische Heimerziehung, in: Speck, O., u. Martin, K. R. (Hrsg.), Sonderpädagogik und Sozialarbeit (Handbuch der Sonderpädagogik Bd. 10), Berlin, 380ff.
- 1990 Flosdorf, P.: Erziehungsberatung - ihre Geschichte und die Entwicklung ihrer methodischen Konzepte, in: Speck, O., Martin, K. R. (Hrsg.), Sonderpädagogik und Sozialarbeit (Handbuch der Sonderpädagogik Bd. 10), Berlin
- 1992 Flosdorf, P.: Aushalten und Standhalten – Wandel der Bedingungen und Perspektiven der Alltagsbewältigung in der Heimerziehung, in: Junge H. (Hrsg.), Zwischen Fordern und Gewähren. Erziehen in veränderten Lebenswelten, Freiburg, 125-145
- 1992 Fürst, W.: Die Erlebnisgruppe. Ein heilpädagogisches Konzept für soziales Lernen, Freiburg
- 1992 Müller, A: „Spiel-Sport“ ein Konzept heilpädagogischer Beziehungsgestaltung innerhalb der Heimerziehung aus dem Überregionalen Beratungs- und Behandlungszentrum Sankt Joseph in Würzburg; in: Kultusministerium des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Sport mit Kindern und Jugendlichen in Heimen – Abschlussbericht – Düsseldorf
- 1993 Flosdorf, P. (Hrsg. Becker-Textor/Textor): Heimerziehung: Konzepte stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen; in: Handbuch der Kinder- und Jugendbetreuung Luchterhand, Neuwied, Kriftel, Berlin
- 1994 Diederling, W.: Organisationsentwicklung und Organisationsberatung im Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Würzburg von 1987 bis 1992/93; in: Korrespondenzblatt Heft 1/94, 19-34, Hrsg. Sozialdienst kath. Frauen –Zentrale e.V.-
- 1994 Diederling, W.: Analytische Budgetierung in sozialen Organisationen, Ziele, Wege und Controlling, Freiburg 1994
- 1994 Flosdorf, P.: Rezensionen:
 - Bert Hellinger, Finden was wirkt, Therapeutischer Brief, München 1993
 - Gunthard Weber (Hrsg). Zweierlei Glück. Die systemische Therapie Bert Hellingers, Heidelberg 1993; in: Zeitschrift Jugendwohl Freiburg 8/9 1994
- 1996 Fröhlich, H.: Kooperation mit anderen Einrichtungen. Einzelfallarbeit und Gemeinwesenarbeit; in: Dillig/Schilling Erziehungsberatung in der Postmoderne, Mainz
- 1997 Flosdorf, P.: Beiträge zur Erziehungshilfe „Identität und Perspektiven der Schule zur Erziehungshilfe im Verbund stationärer und teilstationärer Erziehungshilfe“, Dokumentation einer Fachtagung, Freiburg
- 1997 Flosdorf, P.: Überlegungen zur Raumgestaltung von Schulen zur Erziehungshilfe; in: Identität und Perspektiven der Schule zur Erziehungshilfe im Verbund stationärer und teilstationärer Erziehungshilfe, Beiträge zur Erziehungshilfe, Heft 14, Freiburg 1997, S. 62-70
- 1997 Fuchs M.: Gemeinsames Konfliktmanagement als Beispiel für effektive Kooperation zwischen ÜBBZ Sankt Joseph und den Heimklassen der Elisabeth-Weber-Schule Würzburg; in: Identität und Perspektiven der Schule zur Erziehungshilfe im Verbund stationärer und teilstationärer Erziehungshilfe, Beiträge zur Erziehungshilfe, Heft 14, Freiburg 1997, S. 75-78.
- 1997 Kellerhaus, Th.: Kinder- und Jugendhilfeverbund – mehr als ein Schlagwort? Die Zeiten ändern sich – und die Problemkinder auch?; in: Die Zeiten ändern sich - die Probleme und Lösungen auch. Entwicklungen und Perspektiven 1996/97 (kein Geschäftsbericht: SkF Würzburg
- 1997 Patzelt, H.: (Hrsg.) Beziehungs(T)räume, ein Skulpturenprojekt der Mädchenstation im Überregionalen Beratungs- und Behandlungszentrum Sankt Joseph Würzburg

7 Anhang

- 1998 Müller, A. u. Fürst, W.: Beschreibung und Durchführung der Klettergruppe; in: Erlebnispädagogik in der Heimerziehung. Ergebnisse einer Fachtagung. Lambertus, Freiburg i.B.
- 1998 Müller, A. und Rusch, W.: Ergebnisse der Arbeitsgruppe im Erfahrungsaustausch und im Transfer des Erlebten in den Heimaltag. Arbeitsgruppe 2; in: Erlebnispädagogik in der Heimerziehung. Ergebnisse einer Fachtagung. Lambertus, Freiburg i.B
- 1998 Müller, A., Schuh, G.: Der Heilpädagogische Spiel-Sport – ein Konzept für die psychomotorische Arbeit im Heim, in: Leben lernen, Heft 17, S.200-206, Tagungsbericht der 21. Bundestagung des Verbandes Katholischer Einrichtungen der Heim- u. Heilpädagogik in Würzburg, Freiburg 1998
- 1998 Müller, A.: Spiel-Sport-Konzept des Überregionalen Beratungs- und Behandlungszentrums (ÜBBZ) Würzburg, in: Heimerziehung als Lebenshilfe, Festschrift zum 70. Geburtstag von Dr. Peter Flosdorf, Europäische Studien zur Jugendhilfe; Hrsg. Knab, E. und Macsenaere, M., Mainz 1998
- 1998 Patzelt, H.: Das ÜBBZ Sankt Joseph, Teil eines Gesamtwerkes, in: Heimerziehung als Lebenshilfe, Festschrift zum 70. Geburtstag von Dr. Peter Flosdorf, Europäische Studien zur Jugendhilfe, Hrsg. E. Knab und Macsenaere, M., Mainz 1998, S. 19-27
- 1998 Rieder, H.: Sport und Therapie. Zusammenarbeit und Begegnungen mit Peter Flosdorf in: Das ÜBBZ Sankt Joseph, Teil eines Gesamtwerkes, in: Heimerziehung als Lebenshilfe, Festschrift zum 70. Geburtstag von Dr. Peter Flosdorf, Europäische Studien zur Jugendhilfe. Hrsg. E. Knab und Macsenaere, M., Mainz 1998, S. 217-228
- 1999 Hopf-Bayerlein, H., Baumeister, T. Düring, U.: Chronik des SkF Würzburg 1909-1999
- 1999 Patzelt, H.: Was bringt uns das? In: Umgestalten, Neues Entwickeln, Verantwortung übernehmen. Entwicklungen und Perspektiven 1998/99 Jahresbericht des SkF Würzburg
- 1999 Werner, S.: Wo kämen wir denn da hin...?! Über die Bedürfnisse von verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen und über die Reaktionen von Pädagoginnen; in: Jugend & Gesellschaft, Heft 2. S. 17-19

7.4.2 Filme

- 1966 Flosdorf, P.: Sport und Therapie. Leibeserziehung in der Behandlung neurotischer und erziehungsschwieriger Kinder (zusammen mit H. Rieder u. H. Kornbrust), 16mm, sw, 50 Min., Würzburg
- 1992 Flosdorf, P.: Heimerziehung im Wandel, 5 Filme, je ca. 20 Min auf VHS-Videokassette mit Begleitheft, Freiburg
- 1992 Flosdorf, P.: Zwischen Fordern und Gewähren. 5 Kurzfilme je 8-10 Min. gesendet in RTL

7.4.3 Zeitschriftenbeiträge

- Jall, H.: Erfolg in der Praxis der Sozialen Arbeit – oder: Eltern sein dagegen sehr Zur Qualitätsdiskussion in der Sozialen Arbeit; in: Bayer. Wohlfahrtsdienst Nr. 1/1997, S. 1-4
- Jermann, Ch.: Entwicklung von Evaluationskriterien bei Jugendhilfemaßnahmen. in: Nachrichten des Deutschen Vereins NDV 4/1999, S. 132-137
- Keupp, H.: Die Suche nach Qualität sozialer Arbeit im Spannungsfeld von Macht, Staat und Bürgergesellschaft; in: Bayer. Wohlfahrtsdienst Nr. 11, 1999, S. 93-100
- Kriz, J.: Die Effektivität des Menschlichen – Argumente aus einer systemischen Perspektive; in: systema 3/1998, S. 277-288

Würzburger Jugendhilfe-Evaluationsstudie (WJE)

- Lambers, H.: Was hat die Forschung zur (der) Heimerziehung gebracht? in: neue praxis Nr. 6/1994, S. 511-520
- Masurek, U.; Morgenstern, F.: Heimerziehung kann auch effizient sein! in: Sozialpädagogik, Heft 1/1995, S. 11-17
- Müller-Kohlenberg, H. Autrata, O.: Evaluation der sozialpädagogischen Praxis. Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe, Broschürenreihe QS Nr. 11, Hrsg. Bundesmin. f. Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn 1997
- Rauschenbach, T.: Grenzen der Lebensweltorientierung – Sozialpädagogik auf dem Weg zu „systemischer Effizienz“ in: Zeitschrift für Pädagogik, 39. Beiheft 1999, S. 223-244
- Schmidt, M.: Forschungsanregungen zur Optimierung der Jugendhilfe - Lassen sich Mißerfolge in der Jugendhilfe voraussagen? – in: Psychisch gestörte Jungen und Mädchen in der Jugendhilfe, S. 193-209
- Schöne, R. Theorie – Praxis – Transfer in der Jugendhilfe – Sozialpädagogische Praxisforschung zwischen Analyse und Veränderung – Münster 1995
- Schwabe, M.: Sozialpädagogische Prozesse in Erziehungshilfen zwischen Planbarkeit und Technologiedefizit, in: Zeitschrift für Pädagogik, 39. Beiheft, S. 117 – 130
- Simmen, R.: Heimerziehung im Aufbruch – Alternativen zu Bürokratie und Spezialisierung im Heim – Bern, Stuttgart 1990
- Verband kath. Einrichtungen d. Heim- u. Heilpädagogik Praxisforschung in der Jugendhilfe. in: Jugendwohl 2/1992, S. 81-84
- Wolf, K.: Entwicklungen in der Heimerziehung, Münster 1993
- Wolf, K.: Machtprozesse in der Heimerziehung – Forschung und Praxis in der Sozialen Arbeit – Band 2, Münster 1999

7.5 Leitsätze im ÜBBZ Sankt Joseph

Fassung nach Diskussion durch die MitarbeiterInnenversammlung am 25.03.99 und die LK am 28.06.99

1. Im Überregionalen Beratungs- und Behandlungszentrum (ÜBBZ) Sankt Joseph mit seinen Psychotherapeutisch-Heilpädagogischen Stationen haben Leitung und MitarbeiterInnen den satzungsgemäßen und gesellschaftlichen Auftrag, Kindern, Jugendlichen und deren Familien differenzierte und qualifizierte Hilfen im Bereich der Heimerziehung zur Verfügung zu stellen. Gestützt auf die Erkenntnisse der Wissenschaften und die eigenen praktischen Erfahrungen entwickeln wir die erreichten fachlichen Standards beständig weiter.
2. Die Aufnahme in unser Therapeutisches Heim für eine befristete stationäre Erziehung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen sehen wir als einen Lebenschnitt, der neue Möglichkeiten für Kind und Familie eröffnet. Während des Aufenthaltes gilt es, zusammen mit den Familienmitgliedern, neue Lösungen für ihre Lebenssituation zu finden und sie in ihrer Verantwortung für das eigene und gemeinsame Leben zu stärken.
3. Jeder Mensch hat Fähigkeiten, sein eigenes Leben zu gestalten und anderen Menschen zu helfen - zugleich ist er hilfebedürftig. Wir nehmen uns Zeit, Eigeninitiative zu wecken, Eigensteuerung zu fördern und Eigenverantwortung zu unterstützen. Dabei wollen wir „mit den Stärken an den Schwächen“ arbeiten. Mündigkeit und Selbstgestaltung des eigenen Lebens in sozialer Verantwortung sind uns für uns selbst wie für unsere Klienten hohe Werte.
4. Erziehung und Behandlung ist für uns personale Begegnung. Durch klare Beziehungsangebote geben wir den Kindern und Jugendlichen Halt und Orientierung. Deshalb sehen wir Wert und Qualität unserer Einrichtung vor allem in den Menschen, die darin arbeiten und in dem Geist, in dem sie dies tun.
5. In einer Zeit der Überbetonung individueller Bedürfnisse ist uns die Vermittlung sozialer Verantwortung und Kompetenz, wie sie sich vor allem im Miteinander der Gruppe entwickeln kann, ein zentrales Anliegen.
6. Wir achten die Kinder, Jugendlichen und Eltern in ihren individuellen Lebenswirklichkeiten. Mit unseren fachlichen Konzepten wollen wir Entwicklung fördern und Veränderung bewirken.
7. Jesu Botschaft von Gott, sein Umgang mit den Menschen, seine Nächstenliebe und sein Einsatz für soziale Gerechtigkeit gibt dem Denken und Handeln in unserem Haus Orientierung und Motivation. Dies wird auch darin konkret, wenn jeder von uns in der kommunikativen Auseinandersetzung seine Erfahrungen einbringt und wir uns gegenseitig stärken, stützen und konfrontieren.
8. Das weltoffene christliche Menschenbild mit seinen humanistischen Werten der Menschenwürde und der Toleranz verpflichtet uns die durch uns betreuten Kinder und Jugendlichen in ihrer jeweiligen religiösen Ausrichtung zu begleiten.
9. Die menschliche Solidarität für eine gerechte Gesellschaft ist uns ebenso wichtig wie der respektvolle Umgang mit unseren natürlichen Lebensgrundlagen.

10. Kindern und Jugendlichen einen lohnenden, zeitlich begrenzten Lebensort zu bieten, bedeutet gleichzeitig, attraktive Arbeitsplätze für MitarbeiterInnen zu schaffen, die eine fachliche und persönliche Weiterentwicklung ermöglichen. Wir nutzen Supervision, Praxisreflexion, Fortbildung usw. um unsere Kompetenzen auszubauen und um sowohl aus Fehlern als auch aus Erfolgen zu lernen.
11. Im Hinblick auf unsere gemeinsamen Ziele arbeiten die unterschiedlichen Dienste gleichwertig zusammen. So sind alle MitarbeiterInnen des Hauses bedeutsame Interaktionspartner für die Kinder und Jugendlichen und wirken in ihrem jeweiligen Arbeitsbereich an der Erziehung und Behandlung mit.
12. Das ÜBBZ Sankt Joseph versteht sich als ein soziales Dienstleistungsunternehmen. Unsere Leistungen erbringen wir nach den Grundsätzen der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Wir haben Organisationsstrukturen geschaffen, die für MitarbeiterInnen, Klienten und Kooperationspartner durchsichtig sind und so zielgerichtetes und verbindliches Handeln fördern. Größtmögliche Eigenverantwortung und Entscheidungsfreiheit der Mitarbeiter in allen Aufgabenbereichen ist dabei wesentliches Prinzip. Bei sich ändernden Bedingungen passen wir unsere Organisationsformen den Notwendigkeiten an.