

**Abschlussbericht zur Evaluation  
der ersten Förderphase des  
Modellprojekts „Chance for Kids“  
„CfK“**



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Jens Arnold, Monika Feist-Ortmanns & Thea Schmollinger

Saarstraße 1

55122 Mainz

Internet: [www.ikj-mainz.de](http://www.ikj-mainz.de)

Mainz, im Februar 2020

## Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	4
1. Hintergrund, Rahmen und Zielsetzungen der Studie .....	9
2. Evaluationsdesign und Durchführung.....	17
2.1. Quasi-experimenteller Vergleich mit Daten der Wirkungsevaluation in der Erziehungsberatung (Wir.EB) .....	20
2.2. Forschungsmethodologischer Hintergrund der Wirkungsstudie.....	23
2.3. Erhebungsinstrumente- und verfahren .....	33
2.4. Triangulation von quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden.....	39
3. Datengrundlage und Ergebnisse zur Wirksamkeit .....	42
3.1. Datengrundlage der Evaluation .....	42
3.2. Beschreibung und Einordnung der Untersuchungsstichprobe .....	43
3.3. Ausgangslagen der Hilfen bzgl. der Grundbefähigungsdimensionen.....	48
4. Ergebnisse zur Wirksamkeit von „Chance for Kids“ .....	52
4.1. Veränderungswirkungen absolut und im Bundesvergleich.....	55
4.2. Differenzierter Blick auf die Veränderungswirkungen .....	61
4.3. Klient*innenzufriedenheit und Prozessqualität der Hilfen.....	64
5. Empirische Hinweise auf relevante Wirkungszusammenhänge (Wirkfaktoren).....	68
5.1. Wirkfaktorendimension Qualität der Hilfe- und Beratungsstrukturen.....	71
5.1.1. Zugänglichkeit und personelle Ressourcen .....	71
5.1.2. Fortbildung und Qualifizierung.....	74
5.1.3. Dokumentation und Qualitätsmanagement (QM).....	76
5.1.4. Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung .....	77
5.2. Wirkfaktorendimension interdisziplinäre Kooperation .....	78
5.2.1. Multidisziplinarität und Fachaustausch .....	79
5.2.2. Formalisierung sowie weitere Gelingensfaktoren und Herausforderungen im Rahmen von interdisziplinären Kooperationen .....	83
5.2.3. Vermittlung und Klient*innenfindung.....	88
5.3. Wirkfaktorendimension Qualität(en) der zielgruppenspezifischen Angebote und Hilfe- /Beratungsprozesse .....	88

5.3.1. Ausbau spezifischer auf die Bedarfe der Zielgruppe „zugeschnittener“ Angebote	89
5.3.2. Umfang und Intensität der Hilfen sowie weitere erfolgskorrelierte spezifische Qualitäten der Fallarbeit .....	91
6. Spezifische Ergebnisse zum Modellprojekt.....	98
6.1. Bewertung der geschaffenen Kooperationsstrukturen .....	98
6.2. Bewertung der zentralen Koordination durch den DiCV Köln.....	99
6.3. Bewertung der Verstetigungschancen .....	100
7. Ergebnisbilanz und abschließendes Fazit .....	104
8. Literaturverzeichnis .....	109

## Zusammenfassung

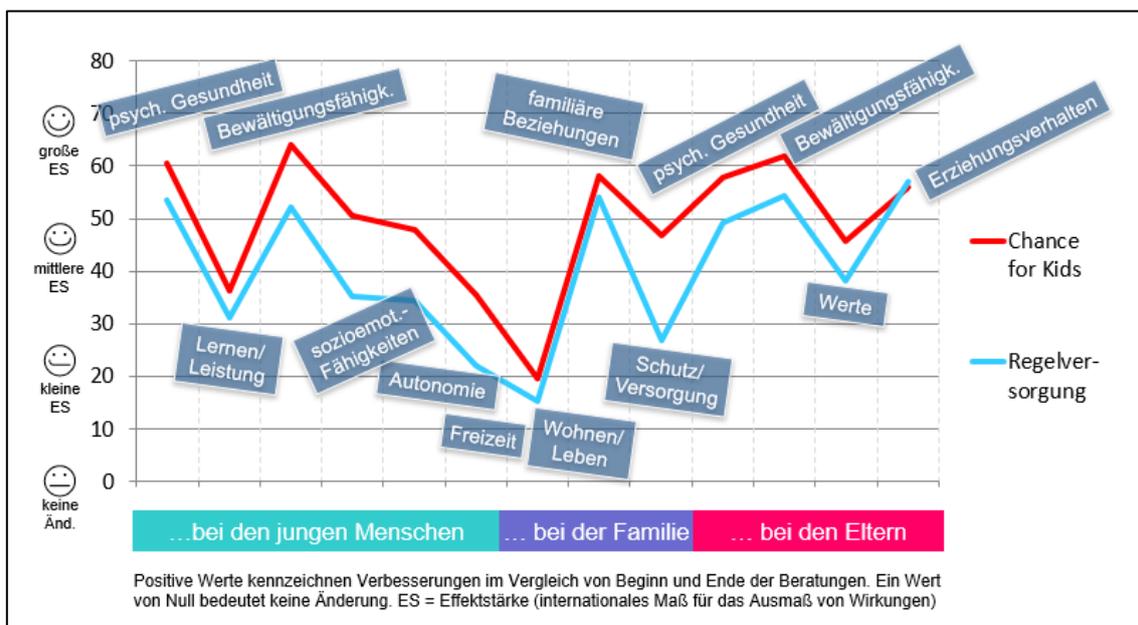
Zahlreiche Studien belegen, dass Kinder psychisch kranker Eltern eine Hochrisikogruppe darstellen, die stark gefährdet ist, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln (vgl. Lenz, 2018). Dies gilt auch für Familien, in denen Eltern(teile) eine Suchterkrankung oder -belastung aufweisen. Die Erkrankungen bzw. Belastungen der Eltern prägen das Familienklima und das Alltagsverhalten in starkem Maße und können negative und dauerhafte Spuren in der psychischen Gesundheit der Kinder hinterlassen. Bundesweit sind mindestens vier Millionen Kinder betroffen. Aufgrund des Fehlens einer verlässlichen Datengrundlage muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass diese Zahlen eher konservative Schätzwerte darstellen, die tatsächlich wohl eher das obere Ende des Eisbergs darstellen dürften. Trotz der zahlenmäßig hohen Relevanz ist eine bedarfsgerechte, flächendeckende Versorgung der betroffenen Kinder aktuell noch nicht ansatzweise etabliert. Eine ausgesprochene Herausforderung besteht darin, dass die Kinder oft sozusagen die „vergessenen kleinen Angehörigen“ sind, wenn Erwachsene bereits Leistungen der psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgung in Anspruch nehmen (vgl. Schrappe, 2018). Das Modellprojekt „Chance for Kids“ (im Folgenden mit „CfK“ abgekürzt) wird vom Diözesan-Caritasverband (im Folgenden mit „DiCV“ abgekürzt) für das Erzbistum Köln mit Fördermitteln einer Stiftung an verschiedenen Projektstandorten durchgeführt und soll Wege aufzeigen, wie eine effektive Versorgung der Zielgruppe gelingen kann. Dabei zielt das Modellprojekt durch zusätzlich finanzierte Stellenanteile insbesondere auf den nachhaltigen Aufbau von Kooperationsstrukturen an den Schnittstellen der Versorgungssysteme, vor allem zwischen der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen ab (Förster, 2017). Basierend auf einer Intensivierung der arbeitsfeldübergreifenden Zusammenarbeit, bilden die Vernetzung, Sensibilisierung und Qualifizierung der Fachkräfte ebenso Schwerpunkte des Projektes wie die Etablierung und Weiterentwicklung der Hilfen für die Kinder und deren Eltern. Durch die Generierung unterstützender Netzwerke sollen zudem Erreichbarkeit und Versorgung betroffener Kinder verbessert werden.

Die Wirkungen und Wirkfaktoren der ersten Förderphase (s. Kapitel 1) des Modellprojekts wurden in den Jahren 2018 und 2019 im Rahmen einer umfassenden Evaluationsstudie durch das Institut für Kinder- und Jugendhilfe in Mainz (IKJ) untersucht, deren Ergebnisse im vorliegenden Abschlussbericht dargestellt werden. Im Rahmen der Studie konnten 245 Hilfeverläufe in insgesamt 19 Projektstandorten (vgl. Kapitel 3.1) untersucht werden. Bei den Projektstandorten kann es sich sowohl um Erziehungsberatungsstellen als auch Suchtberatungsstellen sowie um kooperative Initiativen aus beiden Arbeitsfeldern handeln. Im Rahmen der längsschnittlichen Studie wurde, den Empfehlungen des aktuellen Fachdiskurses in der Wirkungsforschung folgend, auf den sog. „Capability Approach“ nach Amartya Sen und Martha Nussbaum Bezug genommen. Hier stehen die im Zuge der Hilfen bei den Kindern, Eltern und Familien erreichten Veränderungen von Grundbefähigungen für ein gelingendes Leben im Fokus der

Betrachtung (Otto & Ziegler, 2010). Dazu wurden soweit möglich jeweils bei Beginn und am Ende der Hilfen die Fachkräfte sowie die Eltern und jungen Menschen zu ihren individuellen Sichtweisen befragt.

Im Rahmen der Auswertung der 245 Hilfeverläufe können insgesamt sehr positive mit den Hilfen assoziierte Veränderungswirkungen nachgewiesen werden, die sich auf mehreren Ebenen zeigen. Dies gilt im Mittel über alle Fälle und die unterschiedlichen Perspektiven der beteiligten Adressat\*innen und Fachkräfte hinweg. So werden insbesondere die Bewältigungsfähigkeiten sowohl der Kinder als auch der Eltern dahingehend gestärkt, dass diese besser mit belastenden Situationen umgehen können. Ebenso hinsichtlich der psychischen Gesundheit, dem familiären Zusammenleben sowie der Erziehungskompetenz, sind im Zuge der Hilfen allgemein sehr positive Entwicklungen zu verzeichnen (s. Abbildung 1).

**Abbildung 1: Hilfebezogene Veränderungswirkungen von Grundbefähigungen im Vergleich**



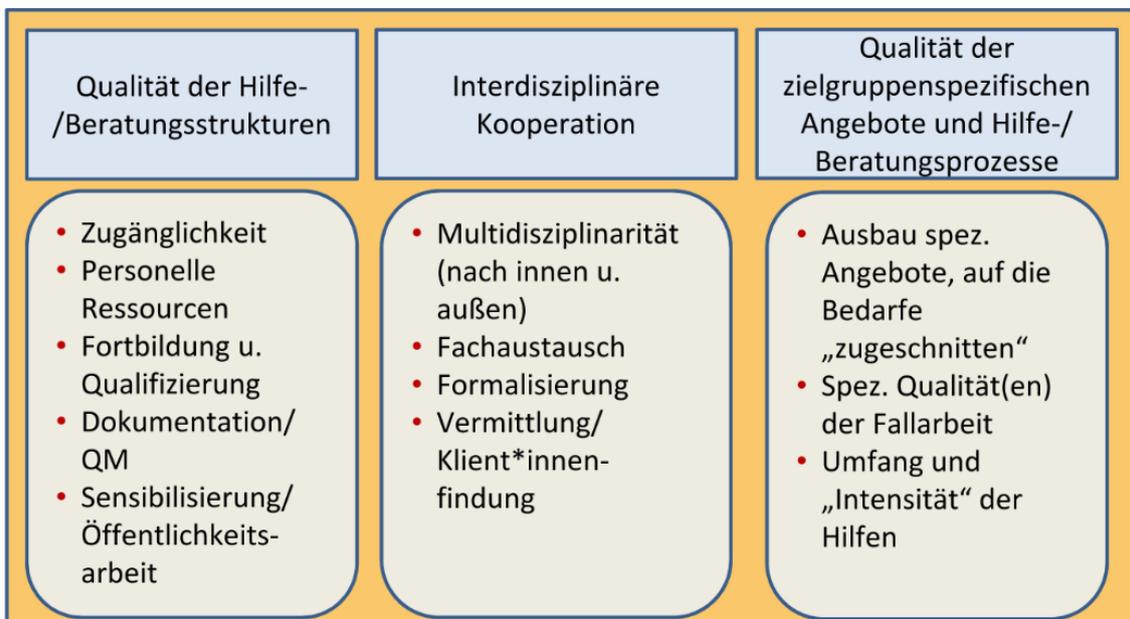
Die begleitend durchgeführten Wirkfaktorenanalysen zeigen, dass die Grundlage dieser erfolgreichen Implementierung die augenfällige Qualität der aufgebauten Hilfe- bzw. Beratungsstrukturen, der zielgruppenspezifischen Angebote und Hilfe-/Beratungsprozesse sowie vornehmlich zudem der initiierten arbeitsfeldübergreifenden Kooperationen darstellt (s. Abbildung 2). Im Hinblick auf die Kooperation erwiesen sich besonders formalisierte Kooperationsvereinbarungen als hilfreich, die Prozessbeschreibungen von Beratung, Vermittlung und Informationsweitergabe beinhalten sowie Verantwortlichkeiten regeln. Generell spielen die gute personelle und finanzielle Ausstattung von „Chance for Kids“ sowie der strukturierte und koordinierte Projektaufbau eine wichtige Rolle. So erlangen die Fachkräfte über passgenaue Fortbildungen fundierte Kenntnisse zum Problemkontext und werden für die Belange der Zielgruppe sensibilisiert. Dementsprechend rücken die Kinder, aber auch die Eltern in den Fokus der Betrachtung und erhalten im Spektrum der Arbeit der Beratungsstellenteams einen neuen

hervorgehobenen Stellenwert. Aus der praktischen Erfahrung eines regelmäßigen Austauschs und direkter Kooperationen auf Ebene der Fallarbeit oder aus der Organisation gemeinsamer Fachtage zwischen den eingebundenen Erziehungs- und Suchtberatungsstellen entwickelt sich ein neues Verständnis bestehender Hindernisse, insbesondere aber auch hinsichtlich möglicher Chancen zur Entwicklung neuer Kooperationsformen. Auf Grundlage dieser Neuorientierung entwickeln die involvierten Beratungsstellen eine erweiterte Arbeitsweise und gestalten so gezielte Hilfsangebote, die ausgezeichnete Wirksamkeiten hervorbringen. Diese Besonderheiten werden im Vergleich mit der „Regelversorgung“ offenkundig: Hierzu wurde auf anonymisierte Daten aus der bundesweiten „Wirkungsevaluation in der Erziehungsberatung“ (kurz „Wir.EB“) zurückgegriffen (Arnold, Macsenaere & Hiller, 2018). Mit dem Wir.EB-Verfahren können Erziehungs- und Familienberatungsstellen die Qualität ihrer Beratungsarbeit sichtbar machen und auf dieser Grundlage ihre Praxis vor Ort weiterentwickeln. Darüber hinaus können die Daten außerdem für wissenschaftliche Fragestellungen genutzt werden. Im vorliegenden Fall wurden zur Veranschaulichung der Wirksamkeit von „Regelangeboten“ Daten aus 6.000 Beratungsprozessen herangezogen, die bundesweit von ca. 100 Beratungsstellen im Rahmen von Wir.EB untersucht wurden. Dabei handelt es sich allerdings um das komplette Spektrum von Beratungsanliegen und nicht ausschließlich um Familien mit psychischer Erkrankung bzw. Suchtbelastung. Verglichen mit der absolut schon auf einem sehr respektablen Wirkungsniveau befindlichen „Regelversorgung“ sind die Hilfen im Rahmen von „Chance for Kids“ teils nochmals deutlich wirkungsvoller (s. Abbildung 1). Insbesondere die Förderung der Kinder gelingt in einer hohen Bandbreite kindspezifischer Befähigungsbereiche in signifikant höherem Ausmaß. Dies gilt speziell für die Bewältigungsfähigkeiten, die sozioemotionalen Fähigkeiten, hinsichtlich der Autonomie und Eigenständigkeit sowie im Freizeitbereich. Die stärksten positiven „Zusatzwirkungen“ des CfK-Modellprojekts sind allerdings im Bereich „Schutz und Versorgung“, der z. B. die Gewährleistung der Grundversorgung oder den Schutz vor Vernachlässigung und Gewalt miteinschließt, zu verzeichnen. Diese besonderen Wirksamkeiten sind selbst dann noch zu beobachten, wenn diese mit Fällen ähnlich gelagerter Beratungsanlässe aus den Regelangeboten verglichen werden.

Was genau kennzeichnet diese überdurchschnittlich erfolgreichen Hilfen? Einerseits können unter anderem durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit Familien mit psychisch kranken und suchtbelasteten Eltern(teilen) durch das Projekt gut erreicht werden. Zudem zeigen die Forschungsbefunde, dass die entwickelten Angebote ebenfalls Familien erreichen, die klassische Angebote der Beratungsstellen normalerweise nicht in Anspruch nehmen würden. So nehmen bspw. deutlich mehr Bezieher von ALG II die Unterstützungsangebote wahr als in der Regelversorgung. Umso bedeutsamer sind an dieser Stelle die hohen Wirksamkeiten von „Chance for Kids“ zu bewerten, da diese Familien i.d.R. deutlich schwerwiegenderen Ausgangslagen unterliegen und es demzufolge herausfordernder ist, hier positive Wirkungen zu erzielen.

Neben der bereits erwähnten Kooperation und der guten Strukturqualität liefern die Evaluationsergebnisse weitere Hinweise, warum die Hilfen so erfolgreich sind. Unter anderem schätzen sowohl die Kinder als auch die Eltern in überdurchschnittlichem Maße, dass sie sich im Rahmen der Hilfen gut aufgehoben fühlen, sie Fachkräfte mit einem deutlich erkennbaren Verständnis für ihre Situation vorfinden und ihnen zudem noch weitere Hilfemöglichkeiten aufgezeigt werden. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang insbesondere, dass die Hilfen den Adressat\*innen einen sozialraumnahen niederschweligen Zugang mit zeitnahen und terminlich flexiblen Angeboten ermöglichen. Dabei erwies sich vor allem eine bedarfsgerechte zielgruppenspezifische Optimierung der Zugangswege, etwa durch den Ausbau offener Angebote oder mobilitätsunterstützender Maßnahmen im ländlichen Bereich, als zuträglich.

**Abbildung 2: Übersicht zentrale Wirkfaktoren Chance for Kids**



Eine spezifische Ausgewogenheit erhielt die Evaluation durch den zusätzlichen Einsatz qualitativer Forschungselemente. Mit relevanten Akteuren der regionalen Versorgungsnetzwerke wurden in ausgewählten Projektstandorten qualitative Gruppendiskussionen durchgeführt, im Rahmen derer u. a. die örtlichen Bedarfe oder die Qualität der Kooperationsstrukturen erörtert wurden. Dabei zeigte sich, dass speziell der Aufbau von Kooperationen mit dem Gesundheitswesen herausfordernd ist. Dazu sind weitere Vertrauensbrücken zwischen Fachkräften und Institutionen innerhalb, aber genauso zwischen den Hilfesystemen zu bilden. Erst damit erhöhen sich die Chancen, betroffene Familien erfolgreich in die Angebote einzubinden. Im Zuge der Gruppendiskussionen konnten in dieser Hinsicht teils außerdem weitergehende, aktivierende Impulse gesetzt werden.

Bilanzierend betrachtet, kann festgehalten werden, dass im Rahmen von „Chance for Kids“ zahlreiche positive Entwicklungen angestoßen wurden, die für die Zielgruppe passgenaue und hochwirksame Hilfen bereitstellen. Die vorliegenden Befunde belegen, dass eine Verstetigung

der initiierten Hilfen als hoch sinnvoll einzustufen ist. Kinder psychisch kranker und suchtbelasteter Eltern benötigen in arbeitsfeldübergreifende Kooperationen eingebettete gezielte Förder- und Unterstützungsangebote, die aus der aktuell gegebenen „Regelversorgung“ heraus nicht in vergleichbar effektiver Form bereitgestellt werden können. Vor diesem Hintergrund erfolgte nach Beendigung der ersten Förderphase im Jahr 2019 eine Projektverlängerung von „Chance for Kids“ bis Ende 2021. Hier sollen die erfolgreich aufgebauten Angebote weiterentwickelt und die geschaffenen Vernetzungsstrukturen ausgebaut werden. Damit verbunden ist ferner die Fortsetzung der Sensibilisierung von Fachkräften und Öffentlichkeit. Neben einem weitergehenden Wissenstransfer liegt der Fokus zudem auf einer finanziellen Verstärkung, um die Erfolge auf inhaltlicher und struktureller Ebene des Projekts zu sichern. Dabei sollen ebenfalls die Ergebnisse der Evaluation aufgegriffen und im Zuge eines „Theorie-zu-Praxis-Transfers“ und zielgerichteten Coachings der Projektstandorte unterstützend in den Verstärkungsprozess zurückgekoppelt werden.

# 1. Hintergrund, Rahmen und Zielsetzungen der Studie

## Einführung in das Thema

In Deutschland sind, auch wenn dazu leider keine vollständig verlässliche Datenlage vorliegt, schätzungsweise vier Millionen Kinder von einer Suchtbelastung oder von psychischen Erkrankungen ihrer Eltern betroffen. Von diesen Kindern und Jugendlichen sind deutlich mehr als die Hälfte permanent oder zeitweise mit einer Suchtbelastung bzw. Suchterkrankung mindestens eines Elternteils konfrontiert. Psychische Störungen und Suchterkrankungen in Familien prägen ganze Familiensysteme und beeinflussen das Alltagsverhalten in starkem Maße (vgl. Schrappe, 2018). Aufgrund der Erkrankungen gelingt es den Eltern oftmals nicht, eine verlässliche Eltern-Kind-Beziehung herzustellen. Die Belastungen schränken dabei häufig die Erziehungsfähigkeit der Eltern stark ein, was sich u. a. in einem schlechten Einfühlungsvermögen in die Kinder, fehlender Erziehungssicherheit, unflexiblem oder unberechenbarem elterlichen Verhalten, mangelnder Durchsetzungs- und Abgrenzungsfähigkeit sowie ungünstigen autoritären oder unberechenbaren, etwa zwischen übermäßiger Verwöhnung und plötzlicher Bestrafung schwankenden, Erziehungsstilen äußert (vgl. Plass & Wiegand-Greife, 2012). Dabei entstehen im Familiensystem oft dysfunktionale Verhaltens- und Rollengefüge. So ist das Familienklima bspw. durch Tabuisierung, Abschottung und Enge geprägt. Vielfach übernehmen die Kinder Aufgaben der Erwachsenen (Parentifizierung). Altersangemessene Entwicklungsaufgaben, die etwa einen Umgang mit der Peer-Gruppe, angemessene Freizeitaktivitäten und die Entfaltung anderer kindlicher Bedürfnisse voraussetzen, können dadurch massiv beeinträchtigt werden. In schwerwiegenden Fällen kann es zur Vernachlässigung bis hin zu Misshandlungen kommen (Geis, 2019). Entsprechend stellen elterliche psychische Erkrankungen und Suchtbelastungen ebenso einen immensen Risikofaktor im Kontext von gerichtlichen Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls nach § 1666 BGB dar. In einer Studie aus dem Jahr 2000 wurden bspw. in 18 Prozent aller Fälle eine psychische Krankheit und in 44 Prozent der Fälle eine Suchterkrankung der Eltern als maßgebliches Indiz für die Einleitung eines entsprechenden Kinderschutzverfahrens erkannt (Münder, Mutke & Schone, 2000). Die Sicherstellung des Kinderschutzes ist daher eine elementare Herausforderung.

Darüber hinaus belegen zahlreiche Studien, dass Kinder psychisch kranker Eltern(teile) bzw. von Eltern(teilen) mit einer Suchtbelastung eine Hochrisikogruppe darstellen, die stark gefährdet ist, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln (vgl. Lenz, 2018). In Anbetracht des hohen „Transmissionsrisikos“ sind präventive Ansätze aus gesundheitspolitischer Sicht hochgradig angezeigt. Armut, soziale Randständigkeit, unzureichende Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit der Eltern bzw. Elternteile, Trennung und Scheidung der Eltern, psychischer Druck, Vereinsamung durch das „Familiengeheimnis“, unsichere Bindung oder beeinträchtigte Beziehungsqualität sowie Parentifizierung stellen gravierende psychosoziale Risikofaktoren für die

betroffenen Kinder dar. Sofern ein adäquater Umgang mit den Belastungen bzw. eine altersgerechte Bewältigung nicht gelingt, kann die psychische Gesundheit der betroffenen Kinder nachhaltig beeinträchtigt werden (Gahleitner & Hahn, 2010). Dabei können sich Symptome und Auffälligkeiten sowohl kurzfristig als auch noch im späteren Lebensverlauf entwickeln. Neben den damit unmittelbar einhergehenden Auswirkungen auf die Lebensqualität der betroffenen Menschen und ihres (familiären) Umfeldes bestehen im Gesundheits- und Sozialsektor weiterhin in monetärer Hinsicht enorme Einsparpotenziale, die durch frühzeitig initiierte, zielgruppen- und bedarfsgerechte sowie vernetzte niederschwellige Hilfs- und Beratungsangebote erreicht werden können. So schätzt z. B. Tobias Effertz vom Institut für Recht der Wirtschaft an der Universität Hamburg die Behandlungskosten allein von minderjährigen Kindern Suchtkranker jährlich um 221,5 Mio. Euro höher ein als von Kindern aus nicht belasteten Familien. Die höchsten Kosten würden aber durch die sich auf die gesamte Lebensspanne der betroffenen Kinder erstreckende erhöhte Anfälligkeit für psychische und somatische Krankheiten verursacht (Effertz, 2017).

Professionelle Hilfen können in diesem Zusammenhang auf vielfältige Weise dazu beitragen, das Erkrankungsrisiko für die Kinder und damit außerdem die langfristigen volkswirtschaftlichen Auswirkungen deutlich zu reduzieren. Hierfür kommen vielfältige Beratungs- und Hilfeangebote, auf Einzel- und Gruppenebene, im Familien- oder Einzelsetting, mit unterschiedlichsten auf die Bedarfe im Einzelfall abgestimmten pädagogisch-therapeutischen Inhalten wie etwa Psychoedukation, Gruppen- oder Freizeitangebote mit anderen betroffenen Peers oder ähnliches in Betracht. Neben anderen Faktoren spielt hier insbesondere gleichermaßen die Förderung von Resilienzen eine wichtige Rolle. Unter Resilienzen versteht man gemeinhin die Fähigkeiten und Kompetenzen, sich aktiv mit Belastungen auseinanderzusetzen, das persönliche Wohlbefinden in den Fokus zu nehmen und Stress zu regulieren. Sinnbildlich ist damit die seelische und körperliche Widerstandskraft gemeint, die Menschen trotz nachteiliger Umstände langfristig eine zumindest relativ stabile gesunde Entwicklung ermöglicht (vgl. Welter-Enderlin, 2006). Auch wenn, insbesondere was die unmittelbare fallbezogene Arbeit mit den Adressat\*innen anbelangt, das notwendige grundlegende Methodenspektrum in der bestehenden Versorgungslandschaft prinzipiell bereits in die Breite gestreut vorhanden sein mag, ist mehr als fraglich, ob im Rahmen der Regelversorgung ausreichend Ressourcen für die besonderen Bedarfe der Zielgruppe bereitgestellt werden können. Aufgrund der Komplexität der psychosozialen Problemlagen, die mehrere Ebenen des Familiensystems tangieren, sind in diesem Zusammenhang besonders Schnittstellenprobleme zwischen unterschiedlichen Arbeitsfeldern wie z. B. der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen von Relevanz. So spricht etwa Schrappe (2018) von den „vergessenen kleinen Angehörigen“, wenn Erwachsene bereits Leistungen der psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgung in Anspruch nehmen. Die Frage einer adäquaten professionsübergreifenden Zusammenarbeit stellt sich

aber bspw. gleichermaßen für Erziehungs- und Suchtberatungsstellen. Zu überwindende Hemmnisse und Herausforderungen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit sind dabei z. B. in der unterschiedlichen Sprache der Arbeitsfelder, in mangelnden Kenntnissen über den anderen Arbeitsbereich, unterschiedlichen Handlungslogiken (etwa personenzentriert vs. systemisch) sowie in teils als antagonistisch empfundenen Arbeitsaufträgen zu sehen.

### **Modellprojekt „Chance for Kids“**

Zwar gibt es einzelne Modellvorhaben oder spezifische Angebote wie das TRAMPOLIN-Projekt von Prof. Klein (2018), die auf die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe zugeschnitten sind; eine adäquate und der Problemstellung angemessene flächendeckende Versorgung ist derzeit aber noch nicht realisiert. Wege aufzuzeigen, wie eine effektive Versorgung für Kinder psychisch kranker und suchtblasteter Eltern(teile) gelingen kann, ist eine zentrale Zielsetzung des vom Diözesan-Caritasverbands für das Erzbistum Köln mit Fördermitteln einer Stiftung an verschiedenen Projektstandorten durchgeführten Modellprojekts „Chance for Kids“ (nachstehend mit „CfK“ abgekürzt). Das Modellprojekt zielt, durch zusätzlich finanzierte Stellenanteile, nicht nur auf die Initiierung und den Ausbau unmittelbarer unterstützender Hilfen für die Kinder und die Förderung der Erziehungskompetenzen der Eltern, sondern insbesondere darüber hinaus auf den nachhaltigen Aufbau von Kooperationsstrukturen an den Schnittstellen der Versorgungssysteme, vor allem zwischen der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen. Begleitet wird dies durch spezifische Fortbildungs- und Qualifizierungsangebote für die Fachkräfte sowie Maßnahmen zur Verstetigung.

Dreh- und Angelpunkt der im Rahmen des Modellprojekts etablierten Hilfen sind Erziehungs-, Familien- und Lebensberatungsstellen sowie Suchtberatungs- und Präventionsstellen. Beratungsstellen werden dabei als besonders geeignete Anlaufstellen für passgenaue Hilfen angesehen, da sie sowohl flächendeckend verortet und sozialraumnah eingebunden sind als auch niederschwellige und unbürokratische Zugangswege bieten (Förster, 2017). Diese Eigenschaften sind elementar, da psychische Erkrankungen, zu denen genauso die Suchterkrankungen zählen, immer noch zu den sozial unerwünschten und schambesetzten gesellschaftlichen Themen gehören, von denen möglichst nicht offen gesprochen wird und die nach Außen gerne sprichwörtlich unter den Teppich gekehrt werden. Darüber hinaus sind psychische Erkrankungen und Suchtblastungen oftmals mit schweren Vorurteilen belegt und gehen gerade im schulischen Kontext nicht selten mit Nachteilen für Kinder und Jugendliche belasteter Familien einher. Entsprechend schwer fällt es den betroffenen Familien, Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Die konkreten Hilfen für die betroffenen Kinder zielen vor diesem Hintergrund u. a. darauf ab, dabei zu helfen, die soziale Isolation und Tabuisierung zu überwinden, eine altersangemessene Sprache für Sucht und psychische Erkrankungen zu entwickeln, aus der oft als

erdrückend wahrgenommenen familiären Enge zu entfliehen und Freiräume zu erleben, die eine Wahrnehmung und Entfaltung kindgerechter Bedürfnisse ermöglichen, einen konstruktiven Umgang mit Konfliktsituationen zu üben sowie sich von der Sorge, und ggf. subjektiv wahrgenommenen oder suggerierten Schulgefühlen, um die eigenen Eltern zu entlasten. Mit Blick auf die Eltern steht bei den Hilfen im Vordergrund, die Angst vor Hilfen abzubauen, Schuldgefühle abzubauen, die Elternrolle zu stärken und Verantwortung für sich und die Kinder zu übernehmen sowie Verlässlichkeit und Empathie für die Kinder und Jugendlichen zu entwickeln.

Bei Sichtung der Forschungslage sind sich die Expert\*innen darüber einig, dass zum Wohl von Kindern aus Familien mit psychisch kranken oder suchtblasteten Eltern ein kooperativ ausgerichteter familienorientierter Arbeitsansatz, der durch eine interdisziplinäre, arbeitsfeldübergreifende Zusammenarbeit getragen wird, am wirksamsten ist (Wiegand-Grefe et al., 2019). Die lokale, regionale und überregionale Zusammenarbeit wird dabei als das wesentliche Schlüsselement zur Optimierung der Zugänge und dem Verhindern von Schnittstellenproblemen gesehen. Dabei müssen etwa an den Schnittstellen von Kinder- und Jugendhilfe, Suchthilfe und medizinischer Versorgung die bereits oben umrissenen Hemmnisse und Herausforderungen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit überwunden werden. Die Ressourcen im Rahmen von CfK werden daher auch zielgerichtet dazu eingesetzt, um die notwendigen Vertrauensbrücken herzustellen und nachhaltige verlässliche Kooperationsstrukturen aufzubauen, die in der Praxis vor Ort bislang allenfalls bedingt ausgebildet waren. Der Fokus liegt dabei vor allem auf der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen, die zentrale Berührungspunkte für die Zielgruppe bilden. Im Rahmen des Modellprojekts entstehen neue Modelle der Zusammenarbeit wie bspw. gemeinsam organisierte Gruppen für Kinder oder gemeinsame Plattformen und Initiativen der Öffentlichkeitsarbeit. Konkret werden u. a. psychiatrische Einrichtungen, Angebote der frühen Hilfen, Kindertagesstätten, Schulen, Jugendämter sowie Einrichtungen und Dienste der Erziehungshilfe und/oder der Selbsthilfe in die systemübergreifenden Kooperationen eingebunden.

Grundlage für die Vertiefung eines interdisziplinären Austauschs sind geeignete Maßnahmen in der Weiterbildung und Qualifizierung von Fachkräften. In diesem Kontext werden im Rahmen von CfK spezifische Fortbildungen für Fachkräfte aus zahlreichen sozialen oder bildungsorientierten Institutionen angeboten. Die Veranstaltungen sind inhaltlich speziell auf die fachlichen Herausforderungen der Zielgruppe ausgerichtet und ermöglichen u. a. einen Kompetenzerwerb und eine Sensibilisierung für die besonderen Bedarfe in Familien mit psychischen Erkrankungen bzw. Suchtblastungen, etwa zur adäquaten Gesprächsführung mit betroffenen Eltern. Adressat\*innen des Fortbildungsangebots sind u. a. Mitarbeiter\*innen von Jugendämtern oder Familienzentren. Arbeitsfeldübergreifende Veranstaltungsformate der gegenseitigen Qualifizierung können hier zudem den überaus erwünschten Begleiteffekt haben, dazu beizutragen, die Kooperation zu vertiefen und Vorbehalte zwischen den Professionen abzubauen.

## **Rahmen und Ziele der vorliegenden Studie**

Die erste Förderphase des Modellprojekts Chance for Kids wurde zunächst auf drei Jahre befristet (01.09.2016 bis 31.08.2019). Von Anfang an bestand eine wichtige Zielsetzung darin, die im Projektzeitraum geschaffenen Unterstützungsangebote auch über die Förderdauer hinaus zu erhalten und nachhaltig zu verstetigen. Dazu wurden auf Ebene der Projektkoordination systematisch Strategien und Maßnahmen entwickelt, wie die Angebote vor Ort in Regelfinanzierungen überführt werden können.

Vor diesem Hintergrund gab der Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V. im Rahmen der ersten Förderphase ein Evaluationsvorhaben beim Institut für Kinder- und Jugendhilfe (IKJ) in Mainz in Auftrag, die „Evaluation Chance for Kids“, deren Ergebnisse im vorliegenden Bericht dargestellt werden. Die Evaluation sollte dabei auf drei Ebenen Erkenntnisse generieren:

### **1. Legitimation**

Die Ergebnisse der Evaluation sollen als qualifizierte Argumentationsgrundlage herangezogen werden, um die Wirksamkeit der entwickelten Unterstützungsangebote und Kooperationen für die Zielgruppe empirisch belegen zu können. Das Fernziel des Diözesan-Caritasverbandes und der Förderstiftung sind dabei Leistungs- und Finanzierungsvereinbarungen mit der öffentlichen Hand.

### **2. Qualitätsentwicklung**

Neben der Nutzung als Nachweis der Fachlichkeit der Angebote in der Argumentation gegenüber Kostenträgern oder der Öffentlichkeit werden die Ergebnisse zudem an die beteiligten Projektstandorte zurückgespiegelt, um somit Hinweise über Stärken, Schwächen und Entwicklungspotentiale zu erhalten und folglich ebenso Impulse für eine Weiterentwicklung der Angebote geben zu können.

### **3. Entscheidungsfindung über die Fortführung des Modellprojekts**

Eine dritte zentrale Handlungsebene, im Rahmen derer Evaluationen in der Praxis genutzt werden können, ist die Entscheidungsfindung. Im vorliegenden Kontext sollen die Ergebnisse der Evaluation ebenfalls Aufschluss darüber geben, in welche Richtung sich das Modellprojekt sinnvollerweise entwickeln sollte. Ist es in hinreichendem Maße erfolgreich, insbesondere im Vergleich zur Regelversorgung, dass es fortgeführt werden sollte? Oder liefern die Ergebnisse evtl. Hinweise, die es sinnvoll erscheinen ließen, dass das Projekt mit Modifikationen in einer optimierten Form fortgeführt wird. Da eine Ergebnisevaluation vom Ausgang her völlig offen angelegt ist, muss an dieser Stelle zumindest pro Forma Erwähnung finden, dass ebenso die Einstellung des Modellprojekts bei unzureichender oder gar negativer Wirksamkeit eine mögliche Konsequenz eines solchen Entscheidungsfindungsprozesses sein kann. Ohne zu viel

vorwegnehmen zu wollen, kann an dieser Stelle aber erwähnt werden, dass nach Beendigung der ersten Förderphase im Jahr 2019 eine Projektverlängerung bis Ende 2021 erfolgte, im Rahmen derer die bereitgestellten Angebote weiterentwickelt und die geschaffenen Vernetzungsstrukturen weiter ausgebaut werden sollen. Neben einem weitergehenden Wissenstransfer liegt der Fokus in der zweiten Projektphase aber nochmals umso mehr auf der Frage der finanziellen Verstetigung (s. auch Kapitel 7). Die im vorliegenden Abschlussbericht dargestellten Forschungsergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die erste Förderphase des Modellprojekts.

Aus den drei übergeordneten Zieldimensionen leiten sich die beiden Kernfragestellungen ab, die im Rahmen der Evaluation untersucht werden sollten:

1. **Frage nach der Wirksamkeit:** Wie wirksam bzw. effektiv sind die Beratungen im Rahmen des Modellprojekts CfK? Die Frage zielt dabei auf die sog. Ergebnisqualität der Hilfen (vgl. Kapitel 2.2). Hierbei wurden im Rahmen der Studie sowohl die absoluten Veränderungswirkungen der initiierten Hilfen untersucht als auch, angelehnt an quasi-experimentelle Untersuchungsdesigns, zusätzlich bundesweite Vergleichsdaten herangezogen, die eine Einordnung der im Rahmen des Modellprojekts erzielten Ergebnisse im Vergleich zur Regelversorgung ermöglichen (s. Kapitel 2).
2. **Frage nach den zugrundeliegenden Wirkfaktoren:** Hier steht die Identifikation von relevanten Einflussgrößen bzw. Wirkfaktoren im Fokus, die mit den ermittelten Wirksamkeiten in Zusammenhang stehen. Dabei handelt es sich sozusagen um die erfolgsmodulierenden Rahmenbedingungen, die entweder erfolgreiche Hilfeverläufe begünstigen oder im Sinne eines Risikofaktors hemmen können. Wirkfaktoren sind gemeinhin auf der Ebene der system- und organisationsbezogenen Strukturqualität sowie der fallbezogenen Prozess- bzw. Umsetzungsqualität der Hilfen angesiedelt (vgl. Kapitel 2.2). Die Kenntnis um wirksamkeitsbegünstigende und wirksamkeitshemmende Faktoren ist mit Blick auf die oben genannten Rahmenziele insbesondere für die Initiierung von Qualitätsentwicklungsprozessen von Belang, da es sich hier sozusagen um die „Stellrädchen“ handelt, an denen Optimierungsprozesse ansetzen können.

Insgesamt wurden 21 Erziehungs- und Suchtberatungsstellen in 15 Städten/Kreisen/Regionen in die Evaluation einbezogen. Der Teilnehmerkreis teilte sich dabei in zwei sog. „Radien“ auf: Der erste Radius umfasste elf Standorte, deren Angebote für Familien mit psychisch kranken und suchtblasteten Elternteilen im Zeitraum der ersten Förderphase (s. o.) neu konzipiert bzw. erweitert wurden, während der zweite Radius sich aus zehn Standorten rekrutierte, in denen bereits Angebote für die Zielgruppe bestanden (s. auch Kapitel 2.1). Die Standorte des ersten Projektradius sind im Raum Bonn, Düsseldorf, Euskirchen, Köln, Leverkusen, Wuppertal sowie im Rhein-Erft-Kreis und Rhein-Sieg-Kreis verortet (vgl. Förster, 2017). Neben dem Raum Düsseldorf, Rhein-Erft- und Rhein-Sieg-Kreis sind die Standorte des zweiten

Projektradius noch im Rheinisch-Bergischen Kreis sowie in Neuss, Solingen, Wipperfürth und Wülfrath ansässig.

### **Zeitablauf der Evaluation**

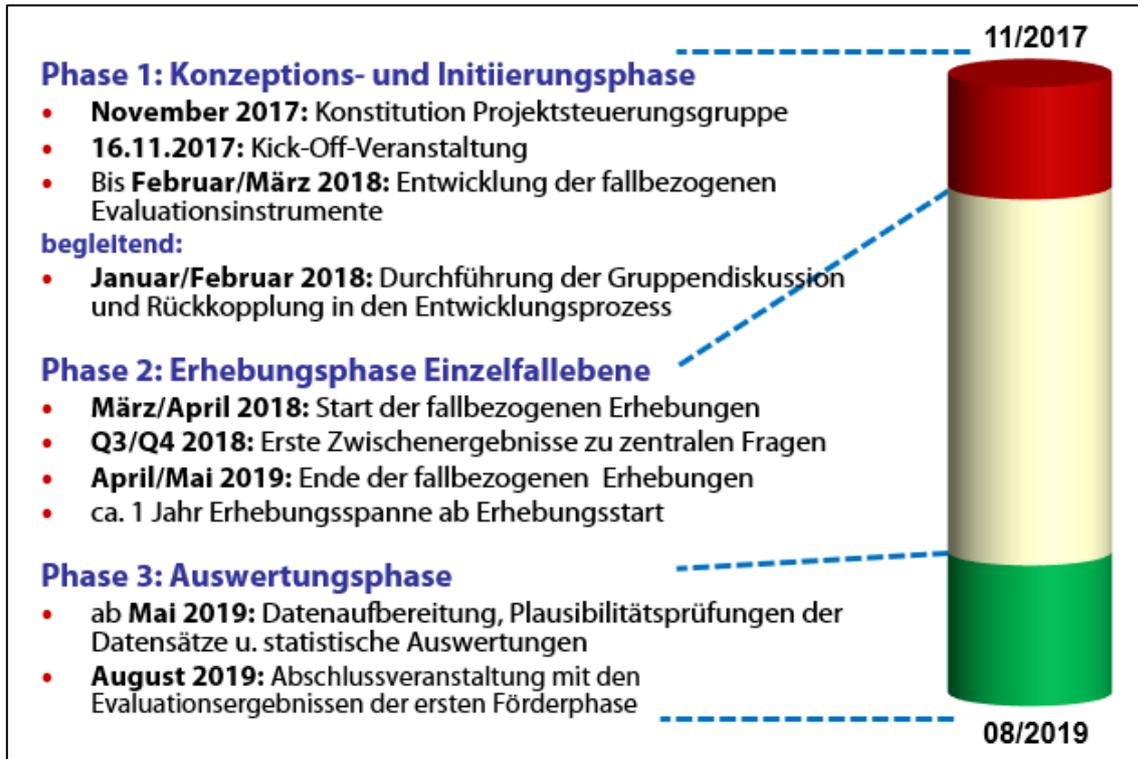
Die „Evaluation Chance for Kids“ erstreckte sich vom 01.11.2017 bis zum 31.08.2019 über eine Projektlaufzeit von insgesamt 22 Monaten. Diese waren in drei Projektphasen untergliedert (s. Abbildung 3). Im Rahmen der ersten Phase, der **„Konzeptions- und Initiierungsphase“** von November 2017 bis März 2018, wurde zunächst eine Projektsteuerungsgruppe (November 2017) etabliert sowie eine Kick-Off-Veranstaltung durchgeführt (am 16.11.2017 in Köln), bei der den beteiligten Projektstandorten die Ziele und das Evaluationskonzept vorgestellt wurden. Die Projektsteuerungsgruppe umfasste neben den Projektleitungen von IKJ und DiCV Köln insbesondere zudem Vertreter\*innen aus der Praxis. Schwerpunkt der ersten Projektphase war die Entwicklung der fallbezogenen Evaluationsinstrumente. Dies erfolgte in Abstimmung mit der für das Modellprojekt zuständigen Projektkoordinatorin des DiCV Köln und unter Einbindung der Teilnehmenden im Rahmen der Projektsteuerungsgruppe. Begleitend hierzu wurden in einem qualitativen Erhebungsstrang bereits Gruppendiskussionen (s. Kapitel 2.3) an den Projektstandorten durchgeführt, deren Erkenntnisse auf diese Weise bereits frühzeitig in den Entwicklungsprozess der Evaluation rückgekoppelt werden konnten.

Darauf aufbauend folgte die **„Erhebungsphase Einzelfallebene“**, die aufgrund des hilfebegleitenden prospektiv-längsschnittlichen Studiendesigns (vgl. Kapitel 2.1) mit 13 Monaten auch die längste Projektphase darstellte. Der Start der Falldokumentationen erfolgte in den Monaten März und April 2018. Die Erhebungsphase begleitend wurden die Studienteilnehmer\*innen u. a. bei erhebungstechnischen Fragen unterstützt sowie ein flankierendes Datenmanagement im Sinne von Rücklauf- und Plausibilitätskontrollen der eingegebenen Daten durchgeführt. Im dritten und vierten Quartal 2018 erfolgte eine Zwischenauswertung, die im Dezember 2018 in Köln vorgestellt und dem Auftraggeber in Form einer Zusammenfassung zur Verfügung gestellt wurde. Im Vorfeld der Zwischenauswertung fanden darüber hinaus noch die abschließenden Gruppendiskussionen in den Projektstandorten sowie die fallübergreifenden Strukturhebungen statt (s. Kapitel 2.3), durch die die organisatorischen Rahmenbedingungen der Projektstandorte und die versorgungssystembezogenen Kooperationen erfasst wurden. Die fallbezogenen Datenerhebungen wurden im Mai 2019 beendet.

Daraufhin wurde die abschließende viermonatige dritte Projektphase, die **„Auswertungsphase“**, eingeleitet. Diese umfasste analog zur Zwischenauswertung nochmals eingehendere vorbereitende Maßnahmen des Datenmanagements, der Datenaufbereitung und Datenplausibilisierung. Im Anschluss erfolgten die mehrstufige deskriptive und inferenzstatistische Abschlussauswertung sowie die Triangulation der quantitativen und qualitativen Forschungsbefunde (s. Kapitel 2.4). Begleitend wurden Vergleichsauswertungen zur bundesweiten Wir.EB-

Stichprobe angestellt. Etwas später als ursprünglich geplant, fand am 05.09.2019 die Abschlussveranstaltung der Evaluation statt, im Rahmen derer die Evaluationsergebnisse der ersten Förderphase vorgestellt wurden.

Abbildung 3: Zeitablauf der Evaluation

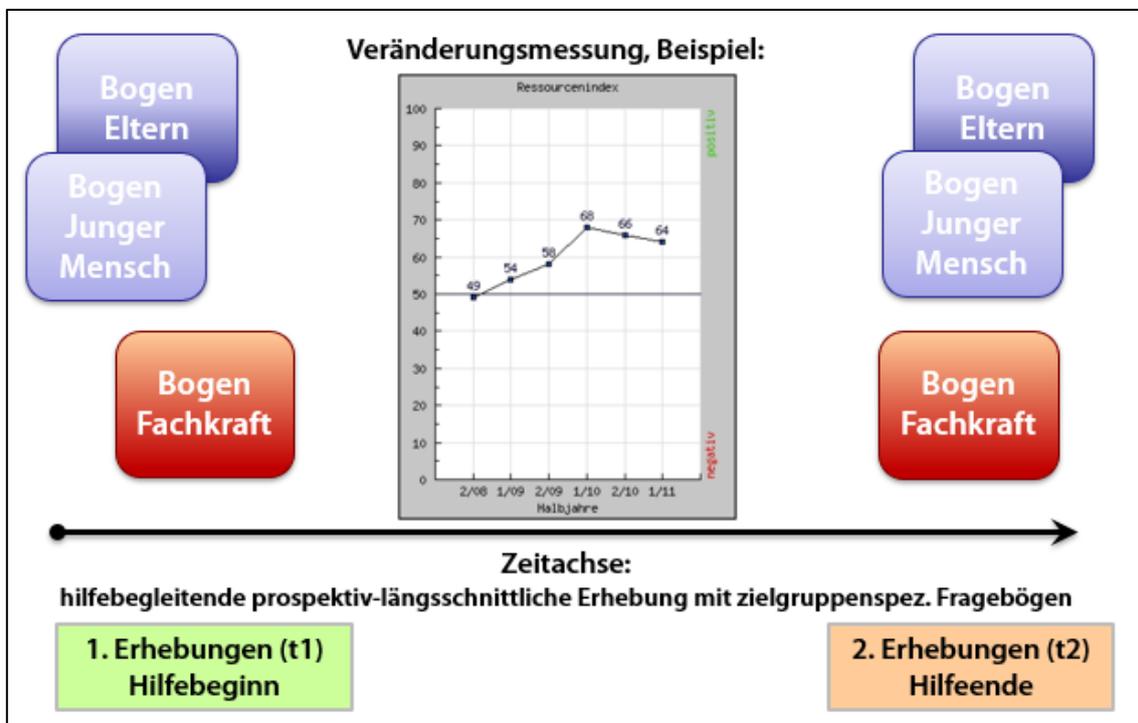


## 2. Evaluationsdesign und Durchführung

Für die Evaluation wurde ein Mixed-Method-Design gewählt, um sowohl die Vorteile von quantitativen als auch qualitativen Untersuchungsmethoden zu nutzen.

Der Hauptstrang der Untersuchung, mit Fokus auf eine möglichst hohe und repräsentative Fallzahl, bildete eine **quantitative Wirkungsevaluation**, die als Vorher-Nachher-Messung (sog. „Prä-Post-Design“) angelegt war. Das heißt es sollten jeweils zu zwei Zeitpunkten, zum Hilfebeginn (t1-Zeitpunkt) und zum Hilfeende (t2-Zeitpunkt), Daten erhoben werden, um eine Veränderungsmessung vornehmen zu können (siehe Abbildung 4). Sofern die Hilfen im Rahmen des Erhebungszeitraums der Studie (s. Kapitel 1) noch nicht beendet waren, konnte die t2-Erhebung allerdings ebenso in Form einer Verlaufserhebung durchgeführt werden (s. u.). Die Erhebungen erfolgten dabei multiperspektivisch auf Einzelfallebene: Befragt wurden mit einem standardisierten Fragebogeninstrument jeweils Eltern, junge Menschen und Beratungsfachkräfte. Durch die fallbezogenen Erhebungen wurde primär die Prozess- und Ergebnisqualität der Hilfen abgebildet (vgl. Kapitel 2.2). Die fallüberübergreifende Strukturqualität der einzelnen Projektstandorte, die in zeitlicher Hinsicht weniger starken Schwankungen unterworfen ist, wurde im Rahmen einer einmaligen Befragung der Leitungskräfte im Rahmen der Projektlaufzeit erhoben.

Abbildung 4: Multiperspektivische prospektive Wirkungsbestimmung (Prä-Post)



Grundsätzlich sollten alle Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtbelasteter Elternteile, die im Untersuchungszeitraum in den Projektstandorten durchgeführt wurden, in die Dokumentation der Evaluation einfließen. Auf diese Weise sind Verzerrungen durch

Selektionseffekte aufgrund der Fallauswahl nahezu auszuschließen. Um den Aufwand für die beteiligten Fachkräfte im überschaubaren Ausmaß zu halten, wurde der Umfang allerdings auf ein Maximalkontingent gedeckelt (s. u.), das aber fakultativ überschritten werden durfte.

Entsprechend statistischer Modellkalkulationen optimaler Stichprobenumfänge für aussagekräftige Forschungsergebnisse wurde im Rahmen der Studienkonzeption ein Stichprobenumfang von insgesamt 200 Fällen als minimal notwendige Zielgröße ausgegeben, die sich auf je 100 Fälle pro Radius verteilen. Da im Rahmen von längsschnittlichen Studien mit einem designbedingten „Drop-out“ in der Größenordnung von 15-20 Prozent zu rechnen ist (damit sind z. B. begonnene t1-Erhebungen gemeint, bei denen keine abschließende t2-Erhebung zustande kommt, etwa weil die Adressat\*innen den Fragebogen nicht mehr ausfüllen oder die Erhebung aus organisatorischen Gründen vergessen wird), wurde die Maßgabe ausgegeben, dass jeder Standort möglichst ein Kontingent von 15 Fällen dokumentieren sollte. Bei näherer Analyse des Fallaufkommens in den Projektstandorten wurde schnell deutlich, dass der Mindeststichprobenumfang von 200 Fällen allein durch prospektiv-längsschnittliche Erhebungen im Prä-Post-Design im Rahmen der Laufzeit der Evaluation nicht vollständig erreicht werden kann. Auch wenn rückblickende bzw. retrospektive Erhebungen eine geringere Validität als prospektive Dokumentationen aufweisen (s. Kapitel 2.2), sollten die Projektstandorte fünf Fälle einfließen lassen, die zum Start des Erhebungszeitraums der Evaluation schon liefen und daher im Rahmen einer rein längsschnittlich-prospektiven keine Beginnerhebung mehr zulassen. In diesen Fällen wurden nur Abschlusserhebungen durchgeführt. Dabei handelt es sich also um retrospektive Wirkungseinschätzungen. Weitere zehn Erhebungen sollten „prospektiv“ erfolgen. Dabei handelt es sich um im Erhebungszeitraum neu begonnene Fälle, die sowohl unmittelbar zum Hilfebeginn als auch zum t2-Zeitpunkt untersucht werden können, um auf dieser Basis eine Veränderungsbestimmung zu ermöglichen. Sofern die neu begonnenen Fälle vor Abschluss der Erhebungsphase der Evaluation, konkret ab Januar 2019, noch nicht abgeschlossen waren, sollte eine Verlaufserhebung erfolgen. Praktisch gesehen erwies es sich insbesondere für kleinere Projektstandorte mit einem geringeren Fallaufkommen als herausfordernd, eine hinreichende Zahl an prospektiven Dokumentationen zu generieren. Damit die Fälle sich möglichst gleichmäßig über die Standorte verteilen und die Ergebnisse nicht durch einzelne Standorte mit hohen Fallzahlen verfälscht werden, konnte in diesen Fällen desgleichen ein höherer Umfang an retrospektiven Erhebungen beigesteuert werden. Die Zielsetzung einer über alle Fälle hinweg deutlich höheren Quote prospektiver Erhebungen konnte so leider nicht erreicht werden. Der Anteil prospektiver Erhebungen lag letztendlich immer noch recht deutlich unter 50 Prozent. Der Minimalstandard für den Gesamtstichprobenumfang konnte mit einem N von 245 Fällen hingegen deutlich überschritten werden (s. Kapitel 3.1). Mögliche Verzerrungen der Ergebnisse durch den vergleichsweise hohen Anteil retrospektiver

Datenerhebungen wurden während der statistischen Analysen eingehend geprüft und sind im Rahmen des vorliegenden Vorhabens zu vernachlässigen (s. Kapitel 4.2).

Die Fälle wurden in der Reihenfolge ihres Erscheinens bis mindestens zum Erreichen des Fallkontingents von 15 Fällen in die Evaluation aufgenommen und erhoben, sobald ein persönlicher Kontakt mit den Eltern oder Jungen Menschen vorlag. Dies galt sowohl für die retrospektiven als auch die prospektiven Erhebungen. Die Befragung der Adressat\*innen erfolgte selbstverständlich auf freiwilliger Basis, die Dokumentationen durch die Fachkräfte sollten aber immer erfolgen. Lediglich Fälle, in denen die Adressat\*innen nicht in die Datenschutzerklärung einwilligten, wurden nicht in die Evaluation eingeschlossen. Sofern ein persönlicher Kontakt mit den Eltern zum Erhebungszeitpunkt nicht zu Stande kam, wurden die Fachkräfte gebeten, die Adressat\*innenfragebögen in Form eines Telefoninterviews durchzuführen. In analoger Form kam der Fragebögen für Kinder unter 10 Jahren in Form eines halbstrukturierten Interviews zum Einsatz, für das Verfahrensanweisungen zur Vermeidung von Suggestionseffekten oder anderen Verzerrungen erarbeitet wurden. Die Bearbeitungsform wurde auf den Fragebögen zum Zwecke der Plausibilitätsprüfung und nachträglichen Kontrolle von unerwünschten „Versuchsleitereffekten“ vermerkt.

Flankierend zum schwerpunktmäßig quantitativ ausgerichteten Hauptstrang kamen im Rahmen der Evaluation noch **qualitative Untersuchungstechniken in Form von Gruppendiskussionen** zum Einsatz. Während der quantitative Hauptstrang vornehmlich auf Breite und Repräsentativität ausgerichtet war, sollte im Rahmen des qualitativen Forschungsteils der Fokus auf der quantitativ nicht in allen Facetten abbildbaren „explorativen Tiefe“ liegen und ggf. Hinweise auf Wirkfaktoren und Hemmnisse liefern, die von geschlossenen Fragen einer quantitativen Untersuchung sozusagen unterhalb des Radars laufen. Entsprechend ergänzt der qualitative Erhebungsstrang mit den Wissensbeständen aus fünf Gruppendiskussionen mit Fach- und Führungskräften der Projektstandorte und mit den lokalen Kooperationspartner\*innen aus den Arbeitsbereichen der freien und öffentlichen Jugendhilfe, der medizinischen Versorgung und der Sozial- und Eingliederungshilfe die Befunde der quantitativen Erhebungen. In diesem Rahmen konnte eine tiefergehende Diskussion und Reflexion der geschaffenen Kooperationsstrukturen, deren strukturellen Rahmenbedingungen und erfolgskritischen Faktoren sowie der Ausbaupotentiale der Zusammenarbeit erfolgen. Auf der Grundlage einer standortbezogenen und übergreifenden Kategorie-basierten Auswertung konnten so zentrale Einflussfaktoren einer gelingenden kooperativen Arbeit identifiziert und für eine größere Verständnistiefe mit den Ergebnissen der quantitativen Erhebungen in Bezug gesetzt (trianguliert) werden (s. Kapitel 2.4).

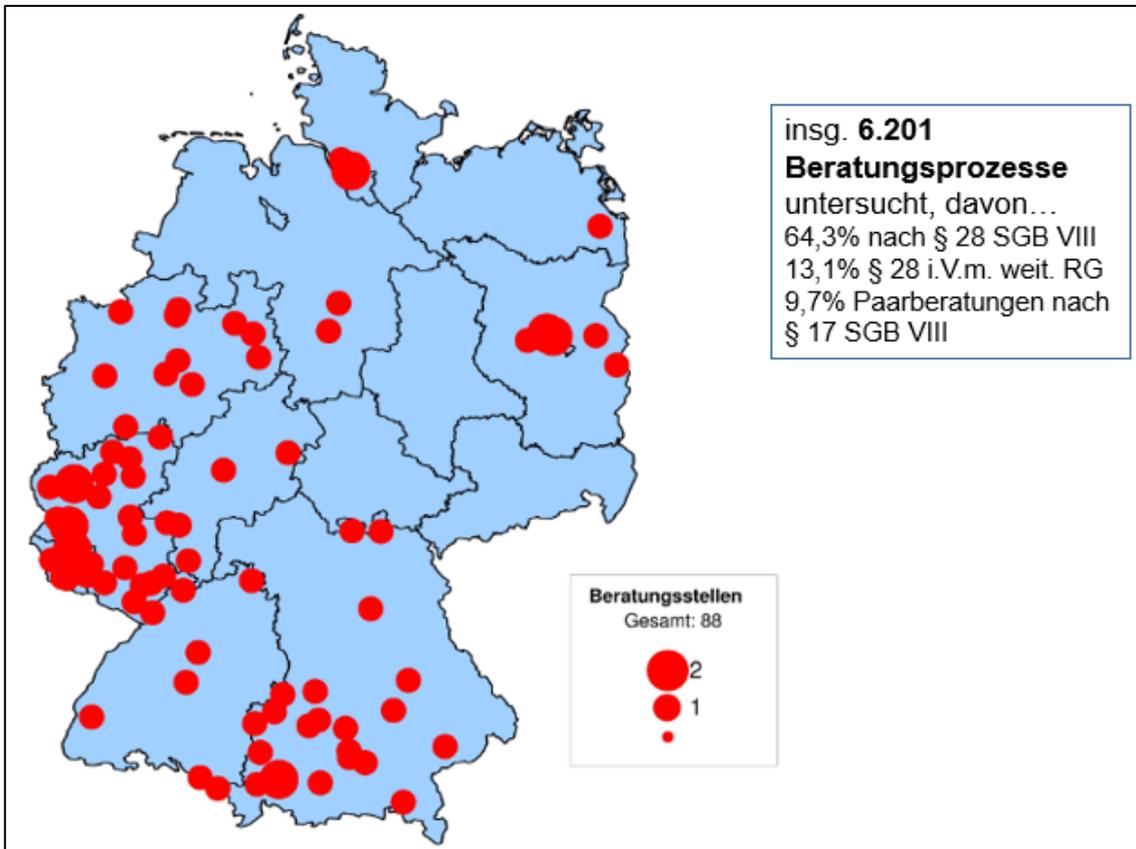
## **2.1. Quasi-experimenteller Vergleich mit Daten der Wirkungsevaluation in der Erziehungsberatung (Wir.EB)**

Ein Ein-Gruppen-Untersuchungsplan, bei dem lediglich die absolute Wirksamkeit in den Standorten des Modellprojekts betrachtet wird, ließe nur eingeschränkte Aussagen bzgl. der Forschungsfragestellungen zu. In der sog. „Hierarchie der Evidenz“, bei der Metaanalysen aus vollrandomisierten Kontrollgruppenstudien (dies entspricht dem sog. „Goldstandard“) und „eminenzbasierte“ Expertengutachten die beiden Extrempole bilden, sind Ein-Gruppen-Untersuchungspläne nur auf einem mittelmäßigen Niveau angesiedelt (vgl. Gibis & Gawlik, 2001). In den Sozialwissenschaften sind randomisierte Kontrollgruppenstudien, bei denen die Hilfesuchenden per Zufallsverfahren auf unterschiedliche Angebote verteilt oder gar überhaupt keine Hilfe oder nur eine „Placebo“-Maßnahme erhalten, aus ethischen sowie aus rechtlichen Gründen in der Regel nicht adaptierbar. Nichtsdestotrotz ist es auch im Rahmen von sozialwissenschaftlichen Studien möglich, sich dem Goldstandard zumindest anzunähern. Dazu werden bspw. sog. quasi-experimentelle Ansätze gewählt. Hierbei werden Vergleichsgruppen gebildet, im Rahmen derer eine innovative Hilfeform mit der „Regelversorgung“ verglichen wird (vgl. etwa Arnold, Hermsen, Löcherbach, Mennemann & Poguntke-Rauer, 2011; Macsenaere, Paries & Arnold, 2009). Anstelle einer Randomisierung werden hier allerdings natürliche Gruppen betrachtet und auf Post-hoc-Methoden wie das statistische Matching (Bacher, 2002) zurückgegriffen.

Vergleiche ermöglichen, die Ergebnisse eines Modellprojekts besser in Relation setzen zu können. Im Fall der Evaluation „Chance for Kids“ konnten wertvolle Vergleichsdaten aus der Studie „Wirkungsevaluation der Erziehungsberatung“ gewonnen werden. Diese bundesweite und trägerübergreifende Studie wurde im Jahr 2014 vom Bundesverband katholischer Einrichtungen und Dienste der Erziehungshilfen e.V. (BVkE) und dem Institut für Kinder- und Jugendhilfe (IKJ) nach längerer Vorlaufphase mit Fördermitteln der Stiftung Aktion Mensch e.V. initiiert. Neben wissenschaftlich fundierten Aussagen zur Wirksamkeit und den zugrundeliegenden Wirkfaktoren stand für das Vorhaben zunächst die Entwicklung und Validierung praxistauglicher Instrumente im Vordergrund. An der Pilotphase bis Ende 2016 haben sich bundesweit annähernd 100 Beratungsstellen beteiligt, die eine beachtliche Zahl von mehr als 6.000 Beratungsprozessen zur Evaluation beigesteuert haben (s. Abbildung 6). Die Wir.EB-Evaluation war nicht ausschließlich auf die Erziehungsberatung begrenzt, sondern wurde u. a. außerdem in integrierten Beratungsstellen mit Angeboten der Ehe-, Familien- und Lebensberatung durchgeführt. Entsprechend liegt bei etwa 80 Prozent der untersuchten Beratungsprozesse eine Rechtsgrundlage in Verbindung mit Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII vor (in 64,3 Prozent der Fälle sogar ausschließlich nach § 28 SGB VIII), daneben wurden aber zudem weitere in der Praxis relevante Beratungsleistungen, u. a. Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung nach § 17 SGB VIII, Beratung bei Ausübung von

Personensorge und Umgangsrecht nach § 18 SGB VIII oder die Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen nach § 18 SGB VIII, mit in die Evaluation eingeschlossen.

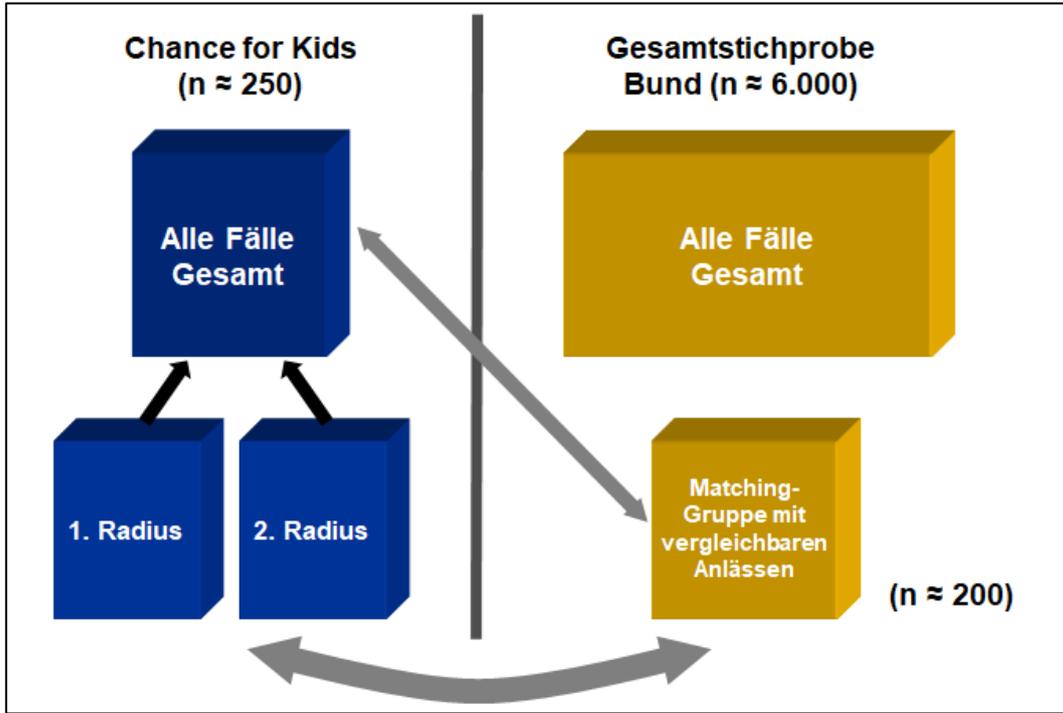
**Abbildung 5: Bundesweite Vergleichsstichprobe aus der Wirkungsevaluation in der Erziehungsberatung (Wir.EB)**



Um eine nachhaltige Nutzung der entwickelten Instrumente sicherzustellen, die viele Fachkräfte und Verantwortliche in der Erziehungs- und Familienberatung überzeugen konnten, wurde Wir.EB Anfang 2018 im Rahmen eines von der Glücksspirale geförderten Implementierungsvorhabens weitergeführt. Hierbei wurden u. a. die Instrumente in die gängigen Statistikprogramme von Beratungsstellen integriert, Sprachversionen der Erhebungsinstrumente für Menschen mit Migrationshintergrund entwickelt sowie beratungsstellenbezogene Auswertungsmöglichkeiten bereitgestellt, die jederzeit online abrufbar sind und etwa für die Jahresberichte der Beratungsstelle genutzt werden können. Durch die optimierte Integration des Evaluationsverfahrens in die täglichen Arbeitsläufe soll den beteiligten Beratungsstellen eine dauerhafte wirkungsorientierte Qualitätsreflexion ermöglicht werden, die sowohl beratungsstellenintern, z. B. zur Reflexion einer effektiven und bedarfsgerechten Angebotsstruktur im Sinne der ratsuchenden Menschen, als auch nach außen zur Darstellung der Fachlichkeit der Beratungsarbeit etwa gegenüber der Öffentlichkeit oder den Kostenträgern genutzt werden kann. Vor diesem Hintergrund haben sich BVkE und IKJ dazu entschieden, Wir.EB zu verstetigen und ab dem Jahr 2020 weiterhin allen an ihrer Wirksamkeit interessierten Beratungsstellen zur

Verfügung zu stellen<sup>1</sup>. In detaillierter Form sind die Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit sowie den gefundenen Wirkfaktoren in einer über 200 Seiten umfassenden Buchpublikation dargestellt, die im Lambertus-Verlag erschienen ist (Arnold et al., 2018).

Abbildung 6: Vergleichsebenen im Evaluationsdesign



In der Evaluation „Chance for Kids“ wurden die anonymisierten Vergleichsdaten aus Wir.EB herangezogen, um einen Referenzmaßstab für eine „Regelversorgung“ abzubilden. Die Vergleiche wurden dabei auf zwei Ebenen durchgeführt: Einmal wurde mit der Wir.EB-Gesamtstichprobe verglichen, die empirisch umfangreich fundiert ist und sehr repräsentativ für die in Wir.EB untersuchten Arbeitsfelder ist. Die Wir.EB-Gesamtstichprobe enthält wie gesehen allerdings ein weites Spektrum von Hilfe- und Beratungsanlässen, das sich nur bedingt auf Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtbelasteter Familien übertragen lässt. Um eine bessere Vergleichbarkeit zu ermöglichen, wurde daher zudem noch eine Matching-Gruppe von „statistischen Zwillingen“ aus dem Wir.EB-Datenpool herausgezogen, die annähernd vergleichbare Beratungsanlässe aufweisen. Hier musste insbesondere die Beratung bzw. Hilfe vorrangig aufgrund von Problemlagen der Eltern initiiert worden sowie hinsichtlich weiterer basaler Merkmale wie Alter und Geschlecht mit der CfK-Stichprobe vergleichbar sein. Da ein statistisches Matching ein Näherungsverfahren ist, das keine exakten Übereinstimmungen ermöglicht, war

<sup>1</sup> Nähere Informationen finden sich auf der Projekthomepage [www.wireb.de](http://www.wireb.de).

die in Wir.EB ermittelte Vergleichsstichprobe mit einem Stichprobenumfang von ca. 200 Fällen etwas kleiner als die Referenzstichprobe in der CfK-Studie (siehe Abbildung 6).

Wie in Kapitel 1 beschrieben, setzt sich die Untersuchungsstichprobe des CfK-Modellprojekts aus zwei Radien zusammen, wobei der erste Radius elf Standorte mit unmittelbarer Fördervereinbarung umfasste, während der zweite Radius sich aus zehn Standorten zusammensetzte, in denen bereits vergleichbare Angebote für die Zielgruppe bestanden. Auf eine unmittelbare Gegenüberstellung der beiden Radien im Rahmen der Wirkungsanalysen wurde verzichtet (s. Kapitel 3). Dabei spielten sowohl forschungsmethodologische als auch inhaltliche Überlegungen eine Rolle. Während nämlich auf der einen Seite der Schwellenwert für optimale Stichprobenumfänge durch die Halbierung der Stichprobengröße deutlich unterschritten würde, wurde es auf der anderen Seite zudem nicht als zielführend angesehen, eine für den weiteren Projektverlauf des auf Kooperation ausgerichteten Modellprojekts ungünstige Konkurrenzsituation zwischen den Projektstandorten der beiden Radien herbeizuführen. Es wurde aber versucht, spezifische strukturelle oder prozessuale Besonderheiten der beiden Radien bspw. hinsichtlich der Frage, was für eine Verstetigung benötigt wird, im Rahmen des qualitativen Forschungsstranges miteinander zu vergleichen.

## **2.2. Forschungsmethodologischer Hintergrund der Wirkungsstudie**

Um eine unmittelbare Vergleichbarkeit zur Wir.EB-Studie zu ermöglichen, wurde das dort in 100 Beratungsstellen und bei mehr als 6.000 Beratungsprozessen erprobte Vorgehen zur Wirkungsbestimmung für die Evaluation „Chance for Kids“ adaptiert. Da die Vorgehensweise in Wir.EB bereits hinsichtlich der Hauptgütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität sowie bezüglich der Nebengütekriterien wie Praktikabilität, Ökonomie und Fairness untersucht wurde, musste kein von Grund auf neues Evaluationsverfahren entwickelt und auf seine testtheoretische Eignung hin untersucht werden. Die Evaluationsinstrumente in „Chance for Kids“ stellen allerdings keine 1:1 Kopien der Wir.EB-Instrumente dar. Aus Wir.EB wurden im Wesentlichen nur die Items mit den wirkungssensitiven Grundbefähigungsdimensionen (siehe Kapitel 2.3 unten) übernommen. Insbesondere im Hinblick auf die Erfassung der strukturellen und prozessualen Rahmenbedingungen, die für die Wirkfaktorenanalysen herangezogen wurden (s. Kapitel 5), wurde ein deutlich erweitertes Instrumentarium verwendet, das spezifisch auf die Anforderungen für eine Evaluation von Hilfen für Kinder mit psychisch kranken und suchtbelasteten Elternteilen zugeschnitten war. Im Gegensatz zu den Wir.EB-Instrumenten, die auf einen zeitlich unbefristeten Einsatz als Qualitätsreflexions- und Qualitätsanalysetool ausgerichtet sind und daher mit einem stärkeren Blick auf die Erhebungsökonomie konzipiert werden mussten, konnte im Rahmen einer zeitlich befristeten Evaluation wie der des

Modellprojekts „Chance for Kids“ mit deutlich umrissenen, spezifischen Fragestellungen ein wesentlich breiterer und tiefergehender inhaltlicher Fokus gesetzt werden.

Da beide Evaluationen auf die Identifikation von Wirksamkeiten und Wirkfaktoren bei Hilfen und Beratungsprozessen abzielen, gelten die zentralen Annahmen und Leitlinien, die im Zuge der Wir.EB-Studie angelegt wurden, gleichsam auch für CfK. Anders als in den meisten bislang durchgeführten Studien wurde in der Wirkungsstudie Wir.EB nicht nur die (rückblickende) Zufriedenheit der Klienten erfasst, denn Zufriedenheitseinschätzungen sind für die Beurteilung der Frage nach der Wirksamkeit von Erziehungsberatung in mehrerer Hinsicht limitiert: Neben ihrem retrospektiven Charakter, der anfällig ist für vielfältige Verfälschungen wie etwa durch Gedächtniseffekte oder die rückblickende Überakzentuierung aktueller positiver oder negativer Gegebenheiten, ähnlich Halo- oder Rezenzeffekten (vgl. van Ophuysen & Lintorf, 2013), stellt das von Vossler (2006) beschriebene „Diskrepanzphänomen“ das wohl gravierendste Problem dar (Roesler, 2017). Damit ist die Beobachtung gemeint, dass sehr häufig ebenso dann hohe Zufriedenheiten vorliegen, wenn faktisch gar keine konkreten Verbesserungen der für die Beratungsprozesse maßgeblichen Probleme festzustellen sind. Dies hängt damit zusammen, dass für die Zufriedenheit nicht nur die konkreten Ergebnisse, sondern in besonderem Maße außerdem die Bewertung der Prozessqualität ausschlaggebend ist. Zur Prozessqualität zählen z. B. Faktoren wie die konkrete Ausgestaltung des Vertrauensverhältnisses zwischen Fachkräften und Adressat\*innen, die entgegengebrachte Empathie, die von den Klienten wahrgenommene Kompetenz der Fachkräfte oder die Gewährleistung zeitnaher Termine bei kurzfristigen Hilfebedarfen oder Krisen.

### **Grundlegende fachliche Anforderungen an die Wirkungsbestimmung**

In der Literatur werden ausgehend von Macsenaere (2007) einige elementare Anforderungen beschrieben, die ein Instrumentarium zur Wirkungsevaluation erfüllen sollte. Diese basieren auf den Ergebnissen aus fast 20 Jahren Wirkungsforschung in der Kinder- und Jugendhilfe über in der Praxis bewährte Methoden zur Wirkungsmessung und Bestimmung von Effekten.

Die in CfK eingesetzten Instrumente wurden genau wie auch die Wir.EB-Studie, an die sich CfK forschungsmethodologisch anlehnt, entsprechend dieser Maßgaben entwickelt. Die genannten Punkte können, als Leitlinien oder im Sinne einer Checkliste, aber ebenfalls auf andere Wirkungsevaluationen übertragen werden. Insgesamt sollten für Wirkungsevaluationen folgende Leitlinien und Empfehlungen angelegt werden, die sich in der Praxis als handhabbar erwiesen haben:

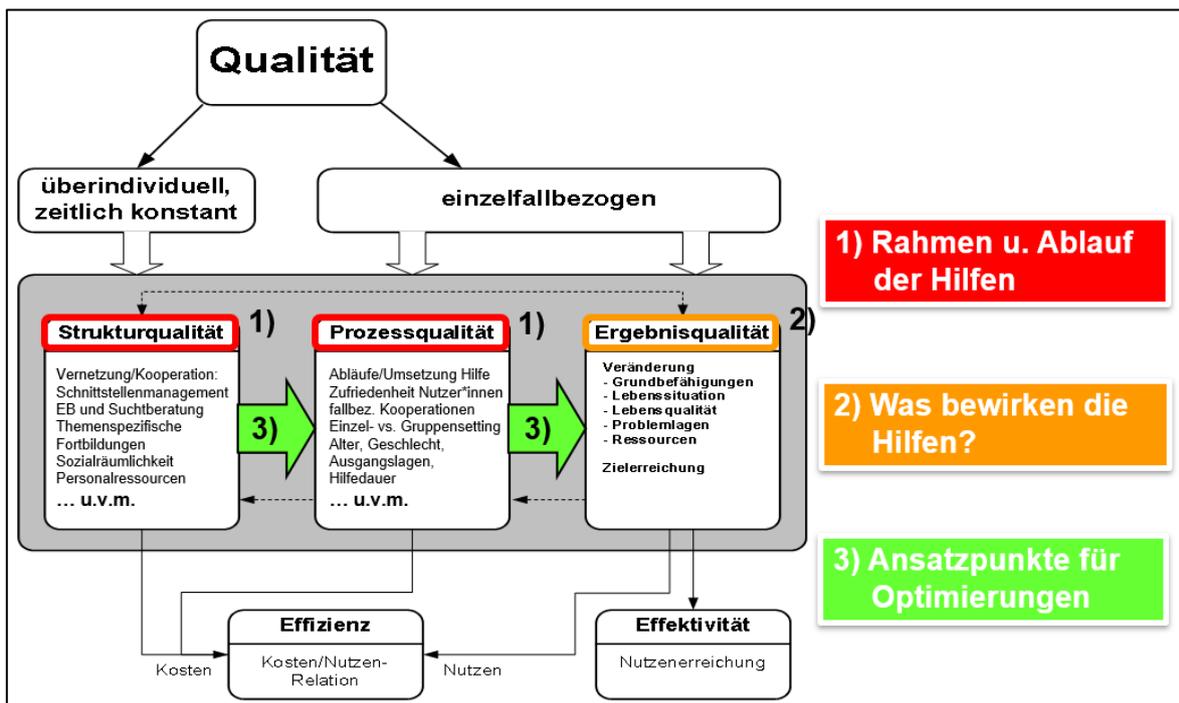
► **Beachtung von Standards**

Eine gute Orientierung bieten die von der „DeGEval – Gesellschaft für Evaluation“ entwickelten Evaluationsstandards, die bei den Vorhaben zu beachten sind. Danach sollten Evaluationen nützlich, durchführbar, fair und genau sein (DeGEval - Gesellschaft für Evaluation e.V., 2016).

► **Fokus auf Ergebnisqualität**

Zu Beginn muss, abgeleitet aus den Forschungsfragestellungen, definiert werden, welche Qualitätsdimensionen im Vordergrund stehen: Im Rahmen einer vorrangig summativ auf die Wirkungen von Hilfeprozessen ausgerichteten Evaluation wie bei CfK ist es notwendig, den Fokus auf die Ergebnisqualität zu legen (s. Abbildung 7). Unter Ergebnisqualität bzw. Effektivität oder Nutzenerreichung werden alle Merkmale verstanden, an denen die Wirkungen einer Maßnahme unmittelbar bemessen werden können. Dabei kann es sich bspw. um eine Verringerung von Problemlagen, eine Stärkung von Ressourcen und Grundbefähigungen oder um eine verbesserte Lebensqualität handeln. Als eigenständige Dimension ist hingegen die Effizienz zu betrachten, die das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzeneffekten (Ergebnisqualität) beschreibt (s. Abbildung 7). Neben der Ergebnisqualität sollten begleitend aber gleichfalls die strukturellen Rahmenbedingungen der leistungserbringenden Organisationen und die Qualität der dort durchgeführten Prozesse betrachtet werden, die für die Ergebnisse verantwortlich sind. Damit werden grundsätzlich nicht nur Aussagen über die Effekte, sondern zudem über die dafür maßgeblichen Einfluss- bzw. Wirkfaktoren möglich. Entsprechend des Qualitätsmodells von Donabedian (1980), an dem sich die vorliegende Untersuchung orientiert, sind die Wirkfaktoren auf der Ebene der Struktur- und Prozessqualität verortet (s. Abbildung 7).

Abbildung 7: Betrachtungsebenen der Evaluation angelehnt an Donabedian (1980)



Mit Strukturqualität sind die eher längerfristigen, überindividuellen und zeitlich relativ konstanten, allgemeinen Rahmenbedingungen gemeint, unter denen die Leistungen im Rahmen der Hilfen erbracht werden. Zur Strukturqualität zählen u. a. Merkmale wie die Etablierung von arbeitsfeldübergreifenden Kooperationen, die Qualifikation der Fachkräfte, die Angemessenheit der personellen Ressourcen, die Umsetzung von QE-Standards sowie die Lage und Erreichbarkeit des Projektstandorts sowie dessen räumliche und sachliche Ausstattung (s. Abbildung 7). Unter Prozessqualität wird die Qualität aller Abläufe und Vorgänge im Zuge der Hilfen verstanden. Dazu zählen „weiche“ Faktoren, die mit der Beziehung der Adressat\*innen zu den Fachkräften zu tun haben, wie bspw. sich gut aufgehoben fühlen, ein gutes Vertrauensverhältnis zu haben und mit den eigenen Problemen akzeptiert und ernst genommen zu werden, sowie natürlich lösungsorientierte konkrete Hilfestellungen und Angebote zu bekommen, die von den Adressat\*innen als nützlich eingestuft wurden. Darüber hinaus sind zur Prozessqualität aber ebenso Faktoren wie die Ausgestaltung des konkreten zeitlichen Rahmens der Hilfen (z. B. geringe Wartezeiten, flexible Beratungstermine und eine ausreichende Häufigkeit und Dauer der Angebote) oder die Frage nach der Art der Beendigung, also ob die Hilfen einvernehmlich beendet wurden oder die Klienten bspw. nicht mehr erschienen sind, zu rechnen.

#### ► **Längsschnittliche Datenerfassung**

Das optimale Vorgehen im Rahmen einer Wirkungsmessung stellt ein Längsschnittdesign dar, bei dem die Daten zu mehreren Erhebungszeitpunkten erfasst werden. Minimalstandard ist hier ein Prä-Post-Design („Vorher-Nachher-Messung“) mit zwei Datenerhebungen zu Beginn und am Ende der Hilfe. Trotz des höheren Aufwands sollten die Daten möglichst immer prozessbegleitend, d. h. „prospektiv“, erfasst werden. Nur wenn die Daten zu dem Zeitpunkt erfasst werden, wenn sie tatsächlich aktuell sind, können die bei rückblickenden Erhebungen naheliegenden Verfälschungstendenzen vermieden werden. Dazu zählen bspw. Erinnerungseffekte (wie etwas Wichtiges zu vergessen), Beurteilungsverzerrungen (Ereignisse verbleiben bspw. grundsätzlich umso positiver in Erinnerung, je länger sie zurückliegen) oder schlicht die nicht mehr gegebene Verfügbarkeit von Informationen (Akten, Berichte). Hilfe- bzw. beratungsbegleitende prospektive Erhebungen führen somit zu vollständigeren und erheblich zuverlässigeren Daten als rückblickende retrospektive Erfassungen.

Im Rahmen eines Prä-Post-Designs kann allerdings nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden, dass Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten auch durch Umstände bedingt werden, die nicht unmittelbar mit den durchgeführten Hilfen in Verbindung stehen. Ein Beispiel wäre etwa, wenn ein(e) neue(r) Partner\*in die Lebenssituation der Familie verändert. Im psychometrischen Sinne stellen solche Ereignisse Fehlerquellen dar, da es sich hier, zumindest nicht unmittelbar, um eine Wirkung der Hilfe handelt. Hierbei handelt es sich allerdings

normalerweise um zufällig bzw. unsystematisch auftretende „Messfehler“, die sowohl einen positiven als auch einen negativen Einfluss haben können. Eine valide Wirkungsmessung setzt daher voraus, dass eine hinreichende Zahl von Hilfen untersucht wird. In diesem Fall „nivellieren“ sich dann die messtheoretischen Störfaktoren und die beobachteten Veränderungen können mit hinreichender Plausibilität auf die zugrundeliegenden Hilfen zurückgeführt werden. Daher ist es wichtig, die statistisch optimalen Stichprobenumfänge bei der Planung der Untersuchung im Blick zu haben (s. Kapitel 2.1).

Das Erhebungsdesign im Rahmen der Evaluation „Chance for Kids“ wurde, wie bereits einleitend zu Kapitel 2 beschrieben, grundsätzlich ebenfalls entsprechend dieser Maßgaben angelegt. Aus erhebungspraktischen Gründen konnten die Datenerfassungen allerdings nicht vollständig prospektiv-längsschnittlich erfolgen, da sonst im Rahmen der Projektlaufzeit die notwendigen Stichprobenumfänge nicht hätte erreicht werden können. Mögliche Einflüsse der ebenfalls in die Evaluation eingeschlossenen retrospektiven Datenerhebungen auf die Ergebnisse wurden allerdings einer sorgfältigen Prüfung unterzogen und sind, zumindest im Falle des vorliegenden Vorhabens, nicht von nennenswerter Relevanz (vgl. Kapitel 3.2.2).

▶ **Einzelfallbezogene Dokumentation, die für höhere Ebenen nutzbar gemacht wird**

Auch wenn es aufwendiger ist, können Wirkungen nicht einfach pauschal auf überindividueller Ebene „abgeschätzt“ werden. Sie müssen dort erfasst werden, wo sie erzielt werden, also im Einzelfall. Dies schließt selbstverständlich nicht aus, dass die so erhobenen Daten auf verschiedenen einzelfallübergreifenden aggregierten Ebenen nutzbar gemacht werden können, bspw. in Form von Wirkungsaussagen zu einzelnen Projektstandorten.

▶ **Operationalisierung der Wirkungen durch multidimensionale Veränderungsmessungen**

Um Wirkungen als Veränderung der Ist-Situationen zwischen mehreren Erhebungszeitpunkten bestimmen zu können, müssen diese jeweils in standardisierter (d. h. einheitlicher) Form erfasst werden. Dabei bedarf es einer möglichst differenzierten, umfassenden und systemischen Betrachtung aller relevanten Lebensbereiche, in denen Wirkungen durch die zu evaluierende Hilfe bzw. Beratung auftreten können. Dies ist insbesondere wichtig, um darüber hinaus mögliche Nebenwirkungen aufdecken zu können (siehe nachfolgende Leitlinie). Ein theoretisches Modell, das diese Anforderung erfüllt und im Rahmen der vorliegenden Evaluation angewandt wurde, ist der sog. „Capability Approach“ bzw. Grundbefähigungsansatz nach Nussbaum und Sen (1993) (nähere Informationen siehe unten).

**▶ Erfassung von intendierten Wirkungen wie auch Nebenwirkungen**

Die weit verbreitete Methode, Wirkungen ausschließlich über die Zielerreichungsgrade der formulierten Hilfe- bzw. Beratungsziele zu bestimmen, kann nicht empfohlen werden. Zielerreichungsgrade haben nur eine vergleichsweise geringe messtechnische Reliabilität bzw. Zuverlässigkeit. Dies liegt einerseits daran, dass aufgrund der unvermeidlichen Subjektivität, die jeder Zieldefinition innewohnt, schon minimale Änderungen der Zieldefinition (bspw. etwas weniger spezifisch oder mit einem etwas anderen Zeitbezug formuliert) zu deutlichen Abweichungen bei den Zielerreichungsgraden führen können. Trotz objektiv gleicher „Tatbestände“ liegen am Ende dann völlig unterschiedliche Zahlenwerte vor. Zudem sind durch die Zielerreichungsgrade generell nur die fachlich intendierten Wirkungen der Hilfen abbildbar. Nebenwirkungen oder allgemeiner ausgedrückt die nicht intendierten Wirkungen (negativer wie positiver Art) können nur im Rahmen einer standardisierten Erhebung ermittelt werden, die wie oben beschrieben multidimensional ist und entsprechend stets alle potenziell „veränderungssensitiven“ Bereiche im Blick hat.

**▶ Veranschaulichung der Wirkungen anhand von Kennzahlen**

Zur Veranschaulichung der Wirkungen kann es sinnvoll sein, (zusammenfassende) Kennzahlen bzw. Indices zu bilden, mit denen die erreichten Veränderungen für alle Beteiligten, etwa auch für fachfremde Personen in Verwaltung und Politik, nachvollziehbar dargestellt werden können. Im Rahmen von CfK wurden zur besseren Veranschaulichung bspw. die Bewertungen von Eltern, jungen Menschen und Fachkräften zu einem übergreifenden Wirkungsindex zusammengefasst (vgl. Kapitel 4).

**▶ Effizienzaussagen**

Neben der Effektivität sollten im Rahmen von Wirkungsevaluationen nach Möglichkeit ebenso die Kosten betrachtet werden. Kosten-Nutzen-Gegenüberstellungen helfen gleichermaßen dabei, sinnvolle Kosten zu legitimieren wie genauso ineffizienten Ressourceneinsatz zu identifizieren und zu vermeiden. In der Kinder- und Jugendhilfe wurden ökonomische Kosten-Nutzen-Modelle bspw. von Roos (2005) entwickelt. Dabei werden die mittel- und langfristigen volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Effekte der Hilfen abgeschätzt, indem bspw. Modellrechnungen für die monetären Einspareffekte von präventiven Maßnahmen im Bereich des Gesundheitswesens sowie in anderen Bereichen wie der Bildung oder Erwerbstätigkeit erstellt werden. Für etwa stationäre Erziehungshilfen im Rahmen von § 34 SGB VIII konnte ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis von 3:1 ermittelt werden (Zinkl & Roos, 2007). Daraus ergibt sich, dass sich ein investierter Euro volkswirtschaftlich gesehen mittelfristig mit drei Euro auszahlt. Bei ambulanten und niederschweligen Hilfen wie im Falle der vorliegenden Evaluation fällt das Kosten-Nutzen-Verhältnis in der Regel nochmals um ein Vielfaches höher aus. So zeigt eine

aktuelle Studie, die exemplarisch den „Social Return on Investment“ (SROI) für eine psychosoziale Suchtberatungsstelle in Ostdeutschland abschätzt, dass ein in das Beratungsangebot investierter Euro kurz- und mittelfristig 28 Euro einspart (Packmohr & Weiß, 2020). Für den gesamte Modellregion im Einzugsbereich der Beratungsstelle wurde geschätzt, dass die öffentliche Hand durch das Beratungs- und Hilfeangebot Ausgaben von rund 7,2 Millionen Euro einspart. Da Kosten-Nutzen-Analysen sehr aufwendig zu realisieren sind und die Hinzuziehung einer spezifischen ökonomischen Expertise erfordern, waren sie in Anbetracht begrenzter Ressourcen leider kein Gegenstand des vorliegenden Evaluationsvorhabens.

#### ▶ **Wirkfaktorenbetrachtung**

Wenn nicht nur die Frage des Nachweises der Fachlichkeit der Angebote im Sinne deren Legitimation im Vordergrund stehen soll, sondern gleichermaßen Hinweise zur Optimierung und Qualitätsentwicklung gewünscht sind, muss die Evaluation ebenfalls potenzielle Wirkfaktoren miteinschließen. Ansonsten würde es sich um eine sog. „Black Box“-Evaluation handeln. Wie oben beschrieben wurden in CfK daher neben den Wirkungsindikatoren noch relevante strukturelle und prozessuale Merkmale miterfasst und ausgewertet (vgl. auch Kapitel 2.3). Im Zuge von Wirkfaktorenanalysen konnten auf dieser Grundlage dann Anhaltspunkte, für die den Wirkungen zugrundeliegenden potentiell förderlichen und hemmenden Merkmalen ermittelt werden (s. Kapitel 5). Durch die Triangulation der Ergebnisse der quantitativen Wirkfaktorenanalysen mit den Befunden aus der qualitativen Erhebung wurde zudem eine umfangreiche und vertiefte Betrachtung derjenigen Struktur- und Prozessfaktoren ermöglicht, die maßgeblich zu den erreichten Wirkungen beitragen, und in nochmals vertiefter Form für eine Entwicklung der Angebote nutzbar gemacht (s. Kapitel 5).

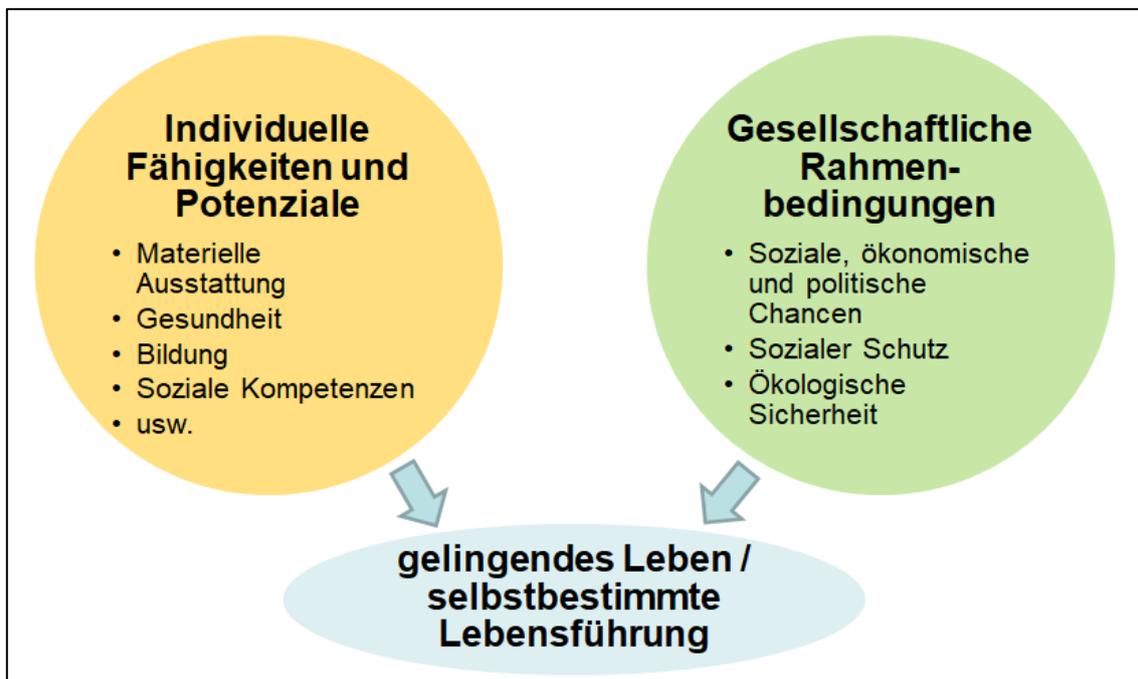
#### ▶ **Sichtweisen aller Beteiligten berücksichtigen**

Um eine ausgewogene Wirkungsevaluation sicherzustellen, müssen die Sichtweisen aller wichtigen Verfahrensbeteiligten berücksichtigt werden und potenziell gleichrangig die Chance haben, in die Evaluation einzufließen. Dies spiegelt den von der DeGEval (s. o.) geforderten Fairness-Standard wider. Notwendig ist dies, da Wirkungen zumindest theoretisch ganz unterschiedlich wahrgenommen werden können. Was aus fachlicher Sicht als großer Erfolg gewertet wird, muss für die Hilfeadressat\*innen nicht zwangsläufig die gleiche Bedeutung haben, und umgekehrt. In vielen Wirkungsevaluationen war es bisweilen allerdings üblich, dass nur die Fachsicht berücksichtigt wurde. Im Rahmen von CfK und der Wir.EB-Studie wurden neben den Einschätzungen der Fachkräfte mit einem speziell angepassten Instrumentarium außerdem die Sichtweisen der Eltern und jungen Menschen in den Blick genommen.

### ► „Capability Approach“ als Grundlage der Wirkungsbestimmung

Als Konkretisierung des Evaluationsstandards „Wirkungsbestimmung durch multidimensionale Veränderungsmessungen“ wurde im Rahmen von CfK und Wir.EB wie bereits erwähnt auf den sog. „Capability Approach“ nach Amartya Sen und Martha Nussbaum (1993) zurückgegriffen. Dieser eignete sich aufgrund seiner praktischen Handhabbarkeit sowie seiner Adressaten\*innen- und Ressourcenorientierung in besonderem Maße für die Evaluationsvorhaben. Im „Capability Approach“ stehen die adressat\*innenbezogenen Verwirklichungschancen bzw. Grundbefähigungen für ein gelingendes Leben im Mittelpunkt (vgl. Albus, 2015; Otto & Ziegler, 2010). Zum besseren Verständnis sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Ergebnisdarstellung im vorliegenden Bericht die Begriffe „Capabilities“, „Grundbefähigungen“ und „Verwirklichungschancen“ gleichbedeutend als Zielgrößen von beratungsbezogenen Veränderungsprozessen herangezogen werden. Der „Capability Approach“ entspricht dabei voll- auf dem Empfehlungsstand des aktuellen Fachdiskurses zur Konzeption von wirkungsorientierten Evaluationen und gilt zweifelsfrei als „state of the art“ (BMFSFJ, 2013; Hurrelmann, Andresen & TNS Infratest Sozialforschung, 2010; ISA, 2010).

Abbildung 8: Grundlagen des Verwirklichungschancenansatzes



Die Grundbefähigungen, die an die aristotelische Tugendlehre anknüpfen, basieren auf universellen menschlichen Grundbedürfnissen, deren Befriedigung sie ermöglichen. Ihre konkrete Ausgestaltung bzw. Formulierung ist dabei aber Gegenstand eines fortwährenden gesellschaftlichen Diskurses und Revisionsprozesses. Die eigentliche Zielgröße im „Capability Approach“ bilden die Verwirklichungschancen, für die neben den individuellen Fähigkeiten noch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen betrachtet werden müssen (siehe Abbildung 8). Letztere sind es, die eine Entfaltung der Potenziale überhaupt erst ermöglichen (oder ggf.

auch verhindern können). Neben dieser humanistischen, an der Menschenwürde orientierten Betrachtungsweise ist der „Capability Approach“ u. a. des Weiteren wegen seiner nicht normativen Ausrichtung hoch attraktiv. Es bleibt somit der individuellen Vorstellung eines jeden Menschen überlassen, in welcher Form die vorhandenen Potenziale vor dem Hintergrund der gegebenen Realfreiheiten genutzt werden. Damit löst der „Capability Approach“ die bislang vorherrschenden klinisch-normativ orientierten Zugänge zur Wirkungsbestimmung ab und gibt den individuellen Werthaltungen der Hilfeadressat\*innen mehr Gewicht.

Mit dem „Capability Approach“ kann eine hohe Praktikabilität für den Einsatz in niederschweligen Hilfekontexten erreicht werden. Der Ansatz bietet die Möglichkeit, die Lebensqualität von Hilfeadressat\*innen trotz einer mit Blick auf die Erhebungsökonomie überschaubaren Zahl aggregierter Dimensionen zudem in der Breite abzudecken. Dadurch kann auf den Einsatz einer Vielzahl von Verfahren, die unterschiedliche Inhalte in den Fokus nehmen, verzichtet werden. Ein weiteres praktisches Argument für den „Capability Approach“ bietet die Vergleichbarkeit der Sichtweisen von Fachkräften, Eltern und jungen Menschen. Etablierte Verfahren sind oftmals auf spezifische Personengruppen zugeschnitten. Ein Vergleich ist dann häufig nur auf Ebene eines standardisierten Gesamtwerts möglich. Im Rahmen des „Capability Approach“ konnten die Erhebungsinstrumente aber so konzipiert werden, dass zudem auf spezifischen Unterdimensionen eine direkte Vergleichbarkeit der Einschätzungen möglich war. Zudem lassen sich auch unter systemischer Perspektive die spezifisch auf die Eltern, die jungen Menschen oder das Familiensystem bezogenen Veränderungen voneinander abgrenzen und entsprechend systematisiert in den Ergebnisdarstellungen aufbereiten. Gerade im Vergleich der Ergebnisse von verschiedenen Studien ist oftmals nicht hinreichend transparent, auf welche Ebenen des Familiensystems genau sich die Wirkungsaussagen beziehen.

Das im Rahmen der Wir.EB-Studie entwickelte wirkungsorientierte Evaluationsinstrumentarium (Arnold et al., 2018) umfasste insgesamt 13 Capability-Dimensionen (im Folgenden jeweils mit „Capa“ abgekürzt). Dabei beschäftigen sich sechs Fragen mit den spezifischen Capabilities des/der jungen Menschen, drei beziehen sich auf die Familie bzw. das Familiensystem und vier weitere auf die Lebenssituation der Eltern. Im Einzelnen:

#### **Dimensionen Junger Mensch:**

- Capa 1: Körperliche und psychische Integrität / Gesundheit
- Capa 2: Lernen und Leistung, Bildung, geistige Fähigkeiten
- Capa 3: Fähigkeiten zur Bewältigung und Schutzfaktoren (Resilienz)
- Capa 4: Sozioemotionale Fähigkeiten
- Capa 5: Eigenständigkeit (Autonomie) und Teilhabe
- Capa 6: Freizeitaktivitäten und -kompetenzen

**Dimensionen Familie:**

- Capa 7: Wohnen und Leben
- Capa 8: Zusammenleben / familiäre Beziehungen
- Capa 9: Schutz und Versorgung

**Dimensionen Eltern:**

- Capa 10: Körperliche und psychische Integrität / Gesundheit
- Capa 11: Fähigkeiten zur Bewältigung und Schutzfaktoren (elternbezogen)
- Capa 12: Werte / Ethik / erziehungsleitende Vorstellungen
- Capa 13: Erziehungskompetenz

**Abbildung 9: Umsetzungsbeispiel, Eltern Fragebogen Verlauf/Abschluss**

<b>Fragen zu Ihnen selbst</b> <small>(wenn der Bogen gemeinsam ausgefüllt wird, bitte die am besten für beide passende Antwort wählen)</small>									
<b>In folgenden Bereichen läuft <u>mein Leben</u> in den letzten Wochen so, wie ich es mir wünsche:</b>	stimmt völlig	stimmt größtenteils	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt weniger	stimmt gar nicht	<b>Hat die Hilfe/Beratung etwas geändert?</b>		
							besser	gleich	schlechter
1. ich fühle mich wohl und habe eine ausgeglichene Stimmung									
2. ich kann gut mit belastenden Situationen und Stress umgehen									
3. ich habe Orientierung und Halt									
4. ich kann die Erziehungsaufgaben gut meistern									
<b>Fragen zu Familie und Partnerschaft</b> <small>(bezogen auf die Themen bzw. Bereiche, die Ihnen persönlich für die Hilfe/Beratung wichtig sind)</small>									
<b>In folgenden Bereichen läuft das <u>Familienleben</u> in den letzten Wochen so, wie ich es mir wünsche:</b>	stimmt völlig	stimmt größtenteils	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt weniger	stimmt gar nicht	<b>Hat die Hilfe/Beratung etwas geändert?</b>		
							besser	gleich	schlechter
5. gut wohnen und keine Geldsorgen haben									
6. gut zusammenleben können (zum Beispiel ohne Streit)									
7. das haben, was man für ein gutes Leben braucht, sich geborgen fühlen und geschützt sein									
<b>Fragen zum Kind bzw. den Kindern</b> <small>(nur für Kind(er) ausfüllen, um die es in der Hilfe/Beratung geht)</small>									
<b>In folgenden Bereichen <u>lebt das Kind</u> bzw. leben die Kinder in den letzten Wochen so, wie ich es mir wünsche:</b>	stimmt völlig	stimmt größtenteils	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt weniger	stimmt gar nicht	<b>Hat die Hilfe/Beratung etwas geändert?</b>		
							besser	gleich	schlechter
8. sich wohl fühlen und ausgeglichene Stimmung haben									
9. Lernen, Konzentration und Leistung (z. B. in Kita, Schule oder Ausbildung)									
10. gut mit belastenden Situationen und Stress umgehen können									
11. gute Freundschaften und Beziehungen haben									
12. Dinge selbständig machen und mitentscheiden können									
13. angemessene Aktivitäten und Hobbys in der Freizeit haben									

Die ursprünglichen von Martha Nussbaum beschriebenen zehn Grundbefähigungsdimensionen sind in dieser Systematik vollständig abgedeckt. Da es sich um einen systemischen Zugang handelt, werden aber einzelne Grundbefähigungsdimensionen wie bspw. die körperliche und psychische Integrität oder die Coping- und Bewältigungsfähigkeiten für unterschiedliche Adressat\*innen separat erfasst. Durch diese Dopplungen ergeben sich in der Summe dann 13 Dimensionen. Zu jeder der 13 Dimensionen wurde je eine konkrete Frage für den Erhebungsbogen formuliert, anhand derer die Ausprägung der Capabilities auf sechs Antwortstufen von „gar nicht“ bis „völlig zutreffend“ eingeschätzt werden sollten (s. Abbildung 9).

Die Erhebungsinstrumente für die Fachkräfte, Eltern und jungen Menschen wurden so konstruiert, dass die 13 Dimensionen jeweils unmittelbar gegenübergestellt werden können. In den Adressat\*innenfragebögen sind die Fragenformulierungen sprachlich zielgruppengerecht angepasst. Die Formulierungen in den Fragebögen wurden dabei so gewählt, dass eine Vergleichbarkeit der Einschätzungen von Fachkräften, Eltern und jungen Menschen grundsätzlich gewährleistet ist. In Abbildung 10 ist dies beispielhaft für eine Auswahl an elternbezogenen Grundbefähigungen veranschaulicht. Die Vergleichbarkeit wurde im Rahmen der Validierungsstudie von Wir.EB auch empirisch bestätigt (s. Arnold et al., 2018).

Abbildung 10: Vergleichbarkeit der Fragebögen am Beispiel der elternbezogenen Capabilities

Berater- Bogen	Eltern- Bogen	Junger Mensch- Bogen
In folgenden Bereichen können die Eltern in den letzten Wochen gut leben:	In folgenden Bereichen läuft <u>mein</u> Leben in den letzten Wochen so, wie ich es mir wünsche:	In folgenden Bereichen läuft das Leben <u>meiner Eltern</u> in den letzten Wochen so, wie ich es mir wünsche:
10. Körperliche und psychische Integrität / Gesundheit 11. Fähigkeiten zur Bewältigung und auf die Eltern bezogene Schutzfaktoren (Resilienz) 12. Werte/Ethik/erziehungsleitende Vorstellungen 13. Erziehungscompetenz	1. sich wohl fühlen und ausgeglichene Stimmung haben 2. gut mit belastenden Situationen und Stress umgehen können 3. ich finde Orientierung und Halt 4. die Erziehungsaufgaben gut meistern	10. sie fühlen sich wohl und ausgeglichen 11. sie können mit belastenden Situationen und Stress gut umgehen 12. sie geben mir Halt und sind mir ein Vorbild 13. sie geben mir Regeln vor, die ich meist verstehen kann

### 2.3. Erhebungsinstrumente- und verfahren

Im Rahmen des quantitativen Untersuchungsstrangs der Evaluation kamen zu zwei Erhebungszeitpunkten (Hilfebeginn t1 und Hilfeende t2) jeweils **drei zielgruppenspezifische Frage- bzw. Dokumentationsbögen** zum Einsatz, mit denen die Sichtweisen der Fachkräfte, der Eltern und der jungen Menschen erhoben wurden. Diese **fallbezogenen** Fragebögen beinhalteten u. a. die Einschätzungen zur absoluten Ausprägung der 13

Grundbefähigungsdimensionen zum jeweiligen Untersuchungszeitpunkt. Sofern die Hilfen zum Ende des Untersuchungszeitraums noch nicht beendet waren, konnte die t2-Erhebung auch eine Verlaufserhebung umfassen (vgl. Einleitung Kapitel 2). Insofern ist der Erhebungszeitpunkt t2 nicht immer mit dem Hilfeende gleichzusetzen.

Flankierend zu den fallbezogenen Erhebungen wurde ein **standortbezogener Strukturbogen** erstellt, der sich an die Leitungen der Projektstandorte richtete und einmalig im Rahmen des Projektverlaufs auszufüllen war. Inhalte waren organisationsbezogene und fallübergreifende Themen wie z. B. personelle Ressourcen, Fortbildung, Kooperation oder Öffentlichkeitsarbeit.

Der qualitative Erhebungsstrang der Evaluation wurde in Form von **Gruppendiskussionen** durchgeführt, im Rahmen derer Inhalte und Schwerpunkte von den Diskutanten selbst bestimmt wurden.

In diesem Kapitel werden der Aufbau und die Inhalte der einzelnen Instrumente skizziert, um einen besseren Überblick zu ermöglichen.

### **Befragung der Fachkräfte**

Für die Erhebung wurde ein Online-Portal bereitgestellt, das über eine Internetadresse aufgerufen und in dem die Erhebungsbögen eingegeben und abgespeichert werden konnten. Die Fragebögen der t1- und t2-Erhebung sind standardisiert und, sofern die Inhalte zu beiden Erhebungszeitpunkten relevant sind, identisch. Dies gilt bspw. für die Items zu den Grundbefähigungen, die für eine Veränderungsmessung zwischen t1 und t2 genutzt wurden. Im Einzelnen enthalten die Fragebögen aber auch spezifische Fragen, die nur bei der t1- oder t2-Erhebung dargeboten werden. Diese sind im Folgenden bei der jeweiligen Frage in Klammern kenntlich gemacht.

Die Fragebögen für die Fachkräfte gliedern sich wie folgt:

- Basisdaten
  - Schlüsselvariablen zur Standort- und Fallidentifikation (Code des Projektstandorts, Fallcodenummer)
  - Hilfe-/Beratungsbeginn
  - Erhebungsdatum
- Person(en), zu denen in der vorliegenden Hilfe/Beratung ein persönlicher Kontakt besteht, wie z. B. Kind(er)/Jugendliche(r) oder leibliche(s) Eltern(teil)
- Alter und Geschlecht des jungen Menschen (t1)
- Institutionen/Personen, die die Hilfe angeregt haben, wie z. B. der junge Mensch selbst oder Gericht/Staatsanwaltschaft/Polizei (t1)

- Gründe für die Hilfe/Beratung wie z. B. Unversorgtheit des jungen Menschen oder eingeschränkte Erziehungskompetenz der Eltern (t1)
- Angaben zu den Eltern und zur Familiensituation (t1)
  - Situation der Herkunftsfamilie wie z. B. Beziehungsstatus der Eltern
  - Vorliegen eines Migrationshintergrunds
  - Vorrangig gesprochene Sprache
  - Wirtschaftliche Situation der Herkunftsfamilie/des jungen Menschen
  - Vorliegen eines Entzugs der elterlichen Sorge
  - Interventionsbedürftige psychische Störungen (Diagnosen ICD 10) der Mutter und/oder des Vaters wie z. B. phobische Störung/Angststörung (F40/F41) oder pathologisches Spielen (F63.0) (t1)
  - Schweregrad der Gesamtauffälligkeit (t1)
- Art der Beendigung (t2)
- Erfolg der Hilfe/Beratung (t2)
- Durchschnittlicher Zeitaufwand bei der Durchführung der Hilfe/Beratung (t2)
- Intensität der Hilfe bzw. Beratung (Zahl der Kontakte/Sitzungen/Treffen) (t2)
- Anteile und Schwerpunkte der zielgerichteten Arbeit mit den Klienten im Rahmen der Hilfe/Beratung wie z. B. vorrangig mit der Familie (Eltern und Kind) (t2)
- Anteile und Schwerpunkte der zielgerichteten Arbeit mit den Klienten im Rahmen der vorliegenden Hilfe/Beratung wie z. B. Angebote für die Familie (Eltern und Kind) (t2)
- Aktuelles Suchtverhalten des erkrankten Elternteils bzw. der erkrankten Elternteile wie z. B. Cannabiskonsum oder Konsum von Halluzinogenen
- Ausprägung der familiären Ressourcen in Bezug auf die Erkrankung wie z. B. (emotional warmes) Familienklima oder Partnerbeziehung
- Lebensort des jungen Menschen
- Grad des Umgangs mit der Erkrankung bzw. der Krankheitsbewältigung im familiären Umfeld, z. B. Vorhandensein einer Co-Abhängigkeitsproblematik oder flexible Arbeits- und Aufgabenteilung in der Familie (bei der der junge Mensch lebt)
- 13 Grundbefähigungs- bzw. Capability-Dimensionen inkl. Angabe eines Änderungswunsches (t1) sowie Angabe der unmittelbaren Verbesserung durch die Hilfe/Beratung (t2)
- Einschätzung zum Erfolg der Hilfe/des Beratungsverlaufs insgesamt (t2)
- Offene Antwortmöglichkeit für Anmerkungen

### **Adressat\*innenbögen für Eltern und junge Menschen**

Die Adressaten\*innenbögen für Eltern und junge Menschen wurden als klassische Papierfragebögen zur Verfügung gestellt. Die Eingabe in das Online-Portal erfolgte erst, nachdem die

Bögen von den Adressat\*innen ausgefüllt wurden. Die Fragebögen zum t1- und t2-Zeitpunkt sind analog der Fachkräftebefragung größtenteils standardisiert. Spezifische Inhalte, die nur zu einzelnen Erhebungszeitpunkten abgefragt wurden, sind in Klammern kenntlich gemacht.

Die Elternfragebögen gliedern sich wie folgt:

- Basisdaten
  - Schlüsselvariablen zur Standort- und Fallidentifikation (Code des Projektstandorts, Fallcodenummern)
  - Erhebungsdatum
- Allgemeine Fragen
  - Bearbeitungsart, z. B. von einer Person allein ausgefüllt oder als (Telefon-)Interview durch eine Fachkraft
  - Verhältnis zwischen Fragebogenteilnehmer\*in und dem Kind bzw. den Kindern wie z. B. leibliche(s) Eltern(teil)
- 13 Grundbefähigungs- bzw. Capability-Dimensionen inkl. Angabe eines Änderungswunsches (t1) sowie Angabe der unmittelbaren Verbesserung durch die Hilfe/Beratung (t2)
- Zufriedenheit mit der Hilfe/Beratung (t2)
- Persönliches Erleben der Hilfe/der Beratung wie z. B. sich gut aufgehoben fühlen (t2)
- Veränderungen durch die Hilfe/Beratung wie z. B. ein besseres Verständnis oder mehr für das Kind/die Kinder da sein können (t2)
- Wünsche bzw. offene Antwortmöglichkeit

Die Fragebögen für junge Menschen gliedern sich wie folgt:

- Basisdaten
  - Schlüsselvariablen zur Standort- und Fallidentifikation (Code des Projektstandorts, Fallcodenummern)
  - Erhebungsdatum
  - Bearbeitungsart wie z. B. Bogen gemeinsam/mit Hilfe ausgefüllt oder als Interview durchgeführt
- 13 Grundbefähigungs- bzw. Capability-Dimensionen inkl. Angabe eines Änderungswunsches (t1) sowie Angabe der unmittelbaren Verbesserung durch die Hilfe/Beratung (t2)
- Zufriedenheit mit der Hilfe/Beratung (t2)
- Veränderungen durch die Hilfe/Beratung wie z. B. besseres Verständnis dafür, wie es den Eltern geht, oder mehr auf die eigenen Gefühle und Bedürfnisse zu achten (t2)
- Konkretes Erleben der Hilfe/Beratung/Gruppe wie z. B. sich gut aufgehoben fühlen (t2)

- Wünsche bzw. offene Antwortmöglichkeit

### **Fallübergreifender Strukturbogen**

Der Strukturbogen wurde pro Projektstandort im Rahmen einmalig eingesetzt und wurde als Papierfragebogen von den Leitungen bzw. Projektkoordinator\*innen der Standorte ausgefüllt. Folgende Inhalte wurden mit dem Strukturbogen erhoben:

- Grunddaten
  - Schlüsselvariable zur Standortidentifikation (Code des Standorts/der Beratungsstelle)
  - Anzahl der beendeten Beratungen/Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern im letzten Jahr
  - Anzahl der Neuanmeldungen für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern im letzten Jahr
  - Art der Beratungsstelle/des Standorts wie z. B. Erziehungs- oder Suchtberatungsstelle
- Angebots- und Methodenspektrum
  - Zielgruppen
  - Grad der Bedarfsdeckung für Zielgruppen im Einzugsbereich
  - Zugänge zur Beratungsstelle wie z. B. durch eigene Akquise oder frühe Hilfen
  - Grad der Bedarfsdeckung durch die Zugänge im Einzugsbereich
  - Rahmenangebote wie z. B. Arbeit mit Kindern im Einzelsetting oder Familienpatenprojekte
  - Grad der Bedarfsdeckung durch die Zugänge im Einzugsbereich
  - Ausgestaltung und Entwicklung von Angeboten in der Projektlaufzeit
- Zugänglichkeit und sozialräumliche Aspekte
  - Zugänge und Zeitabläufe wie z. B. Erreichbarkeit der Beratungsstelle/ProjektmitarbeiterInnen
  - Ermöglichung kurzfristiger Beratungstermine bei akuten Beratungsbedarfen
  - Ausgestaltung und Entwicklung von aufsuchender Arbeit und zugänglichkeitfördernden Angeboten wie z. B. offene Angebote in (anderen) Jugendhilfe-Einrichtungen
  - Regionale Verortung des Standorts/der Beratungsstelle
  - Einzugs-/Zuständigkeitsbereich des Standorts/der Beratungsstelle
  - Einwohnerzahl des unmittelbaren Einzugs-/Zuständigkeitsbereichs des Standorts/der Beratungsstelle
  - Räumlicher Radius des Einzugs-/Zuständigkeitsbereichs des Standorts/der Beratungsstelle

- Arbeitslosenquote im Einzugs-/Zuständigkeitsbereich des Standorts/der Beratungsstelle
- Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund im Einzugs-/Zuständigkeitsbereich des Standorts/der Beratungsstelle
- Ausprägung der Integration im Einzugs-/Zuständigkeitsbereich des Standorts/der Beratungsstelle
- Räumliche Ausstattung des Standorts/der Beratungsstelle
  - Räumliche Ausstattung
  - Vorhandensein eines Sekretariats
- Personalausstattung sowie Fortbildung und Supervision
- (Plan-)Stellen mit kontinuierlicher Mitarbeit
  - Güte der Abdeckung der Beratungsbedarfe durch Zusatzqualifikationen der Beratungsfachkräfte
  - Anzahl an Fortbildungstagen
  - Anzahl externer (Fall-)Supervisionsstunden
  - Ausgestaltung und Entwicklung von spezifischen Fortbildungsangeboten
- Fallebene: Abläufe und Prozessqualitätsstandards
  - Ausmaß der Nutzung multiprofessioneller Ressourcen
  - Bereitstellung von Ressourcen zur Unterstützung der MitarbeiterInnen im Rahmen der Beratungen/Hilfen
  - Vorhandensein einer schriftlichen Konzeption
  - Spezifische Kennzeichen der im Standort/der Beratungsstelle etablierten Beratungen/Hilfen wie z. B. qualitative Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Eltern
- Fallübergreifende Vernetzung
  - Umfang, Qualität und Veränderung der Kooperation mit spezifischen Kooperationspartnern sowie Vorhandensein einer Kooperationsvereinbarung
  - Spezifische Kennzeichen der Kooperation mit den professionellen Akteuren im Rahmen der Beratungen/Hilfen wie z. B. eine gemeinsame lokale Angebotsplanung der Akteure oder Verringerung der „Konkurrenzsituation“
  - Informationsvermittlung und Öffentlichkeitsarbeit wie z. B. Bereitstellung von Informationsmaterialien
  - Anteil an fallübergreifender Arbeit und Vernetzungsaktivitäten
- Dokumentation und Qualitätsmanagement
  - Dokumentation und Reflexion der Qualität wie z. B. schriftliche Dokumentation der Ergebnisse des Qualitätsreflexionsprozesses
  - Einsatz von systematischen Verfahren/Instrumenten

- Verstetigung der Angebote und Kooperationen
  - Wahrscheinlichkeit für eine zukünftige dauerhafte Verstetigung
  - Offene Antwortmöglichkeit zu Bedarfen bzgl. einer Verstetigung
- Spezifika hinsichtlich der Projektkoordination des Modellprojekts „Chance for Kids“ durch den DiCV Köln
  - Bewertung des initiierten Austausches bzw. der Kooperation der Modellstandorte
  - Bewertung der zentralen Koordination durch den DiCV Köln wie z. B. Fortbildungsveranstaltungen oder Fachberatungen
- Offene Antwortmöglichkeiten für sonstige Hinweise und Anmerkungen
  - Was war im Rahmen der Beratungen/Hilfen besonders positiv/wirksam?
  - Was war im Rahmen der Beratungen/Hilfen besonders negativ/hinderlich/unwirksam?
  - Sonstiges

### **Schwerpunktt Themen der Gruppendiskussionen**

In insgesamt fünf Gruppendiskussionen wurden mit relevanten Akteuren der regionalen Versorgungsnetzwerke in ausgewählten Projektstandorten folgende Schwerpunktt Themen diskutiert:

- Strukturelle und prozessuale Rahmenbedingungen der Kooperation
- Hemmnisse und „Fallstricke“ der multidisziplinären Zusammenarbeit vor Ort
- Gelingensbedingungen und förderliche Faktoren von fallbezogener und fallübergreifender Zusammenarbeit
- Formalisierungs- und Erreichungsgrad der angestrebten lokalen/regionalen Kooperation

Die Diskussionen wurden jeweils mit sechs bis 15 Teilnehmenden über 60 bis 90 Minuten geführt und anschließend transkribiert und kategoriebasiert ausgewertet (s. Kapitel 2.4).

## **2.4. Triangulation von quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden**

Eine besonders vertieften Erkenntnisgewinn erhielt die Evaluation durch die Anwendung eines „Mixed-Method“-Designs, in dem quantitative und qualitative Forschungsmethoden eingesetzt und deren Befunde trianguliert wurden.

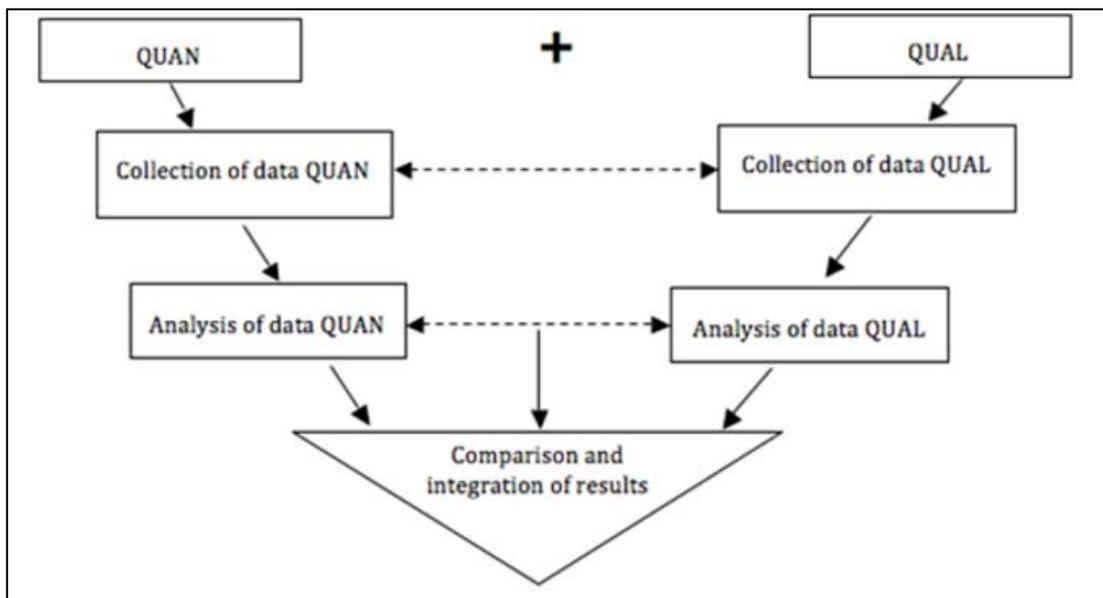
Die Auswertung der qualitativen Gruppendiskussionen erfolgte sowohl standortbasiert als auch übergreifend. Aus den Auswertungen ergab sich zunächst ein dreisäuliges Schema an relevanten Einflussfaktoren für die multidisziplinäre Kooperation und Leistungserbringung der

Standorte (siehe Abbildung 11). Die drei inhaltlichen Schwerpunkte, die von den Diskussions-  
teilnehmenden gesetzt wurden, bildeten die strukturellen Voraussetzungen und das strategi-  
sche Management, die interdisziplinäre Kooperation und die zielgruppenspezifische Ange-  
botsplanung und Beratungsstruktur. Je nachdem, ob der Standort sich im Flächenlandkreis  
oder einer Großstadt befindet, divergieren die Herausforderungen innerhalb dieser Schwer-  
punktthemen.

Abbildung 11: Qualitative Erhebung struktureller und prozessualer Wirkfaktoren



Abbildung 12: Triangulation der quantitativen und qualitativen Befunde (Creswell, 2003)



Die Triangulation erfolgt nach dem Ansatz von Creswell (2003), in dem beide Erhebungsstränge separat durchgeführt und ausgewertet werden und die Ergebnisse anschließend für eine gemeinsame Interpretation und Berichterstattung zusammengeführt werden (siehe Abbildung 12).

### **3. Datengrundlage und Ergebnisse zur Wirksamkeit**

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse zur zentralen Frage der Studie nach der Wirksamkeit der im Rahmen des Modellprojekts durchgeführten Hilfen sowie die Datengrundlage, auf der die in diesem sowie den nachfolgenden Kapiteln beschriebenen Analysen basieren, dargestellt.

#### **3.1. Datengrundlage der Evaluation**

Die in diesem Abschnitt umrissene Datengrundlage der Evaluation „Chance for Kids“ bezieht sich primär auf die Stichprobe des quantitativen Erhebungsstrangs. Auf das Sampling im Rahmen der qualitativ ausgerichteten Gruppendiskussionen wird ebenfalls in Kapitel 2.3 näher eingegangen. Im Rahmen des qualitativen Strangs wurden insgesamt an fünf Projektstandorten Gruppendiskussionen geführt mit insgesamt 48 Teilnehmenden.

Wie in Kapitel 1 und 2.1 dargestellt waren 21 Erziehungs- und Suchtberatungsstellen in 15 Städten, Kreisen und Regionen innerhalb der Diözese Köln in die Evaluation einbezogen, die geographisch im Raum Bonn, Düsseldorf, Euskirchen, Köln, Leverkusen, Neuss, Solingen, Wipperfürth, Wülfrath und Wuppertal sowie im Rhein-Erft- und Rhein-Sieg-Kreis angesiedelt sind (vgl. Förster, 2017). An zwei Standorten arbeiteten die Fachkräfte der dort ansässigen Erziehungs- und Suchtberatungsstellen im Rahmen des Modellprojekts bereits zu Beginn der Studie so eng verzahnt zusammen (vgl. auch Kapitel 5.2.2), dass eine separate operative Durchführung der längsschnittlich ausgerichteten Datenerhebung als nicht zielführend angesehen wurde. Entsprechend wurden im Rahmen der Evaluation nicht einzelne Beratungsstellen, sondern übergreifende Projektstandorte betrachtet. Die Gesamtzahl der untersuchten Projektstandorte beläuft sich somit auf 19. Da jeweils einer der eng kooperierenden Standorte im ersten sowie im zweiten Radius angesiedelt ist, ergab sich hierdurch kein verzerrender Einfluss auf die Untersuchungsergebnisse.

Für die im vorliegenden Bericht dargestellte Abschlussauswertung der ersten Förderphase von „Chance for Kids“ haben die 19 Projektstandorte eine Gesamtzahl von 245 Fällen dokumentiert und zur Evaluation beigesteuert. Davon entfallen 173 Fälle auf den ersten Radius (zum Zeitpunkt der Zwischenauswertung waren dies 128 Fälle) und 72 Fälle auf den zweiten Radius (zum Zeitpunkt der Zwischenauswertung waren dies 52 Fälle). Dabei wurde der statistisch für optimal aussagekräftige Ergebnisse benötigte Stichprobenumfang von mindestens 200 Fällen deutlich überschritten. Im Rahmen der im Dezember 2018 durchgeführten Zwischenauswertung war dieser mit 180 Fällen noch nicht vollständig erreicht. Die Zwischenauswertung wurde mit einem Datenbereitstellungszeitpunkt zu einem Stichtag nach etwa drei Fünfteln der Erhebungsphase durchgeführt (s. Kapitel 1), um möglichst frühzeitig Ergebnistendenzen aufzeigen

zu können, die im Rahmen der Verstetigungsbemühungen des Modellprojekts von Relevanz waren. Im Vergleich zur Zwischenauswertung konnte eine Steigerung der Gesamtfallzahl von 36 Prozent erreicht werden.

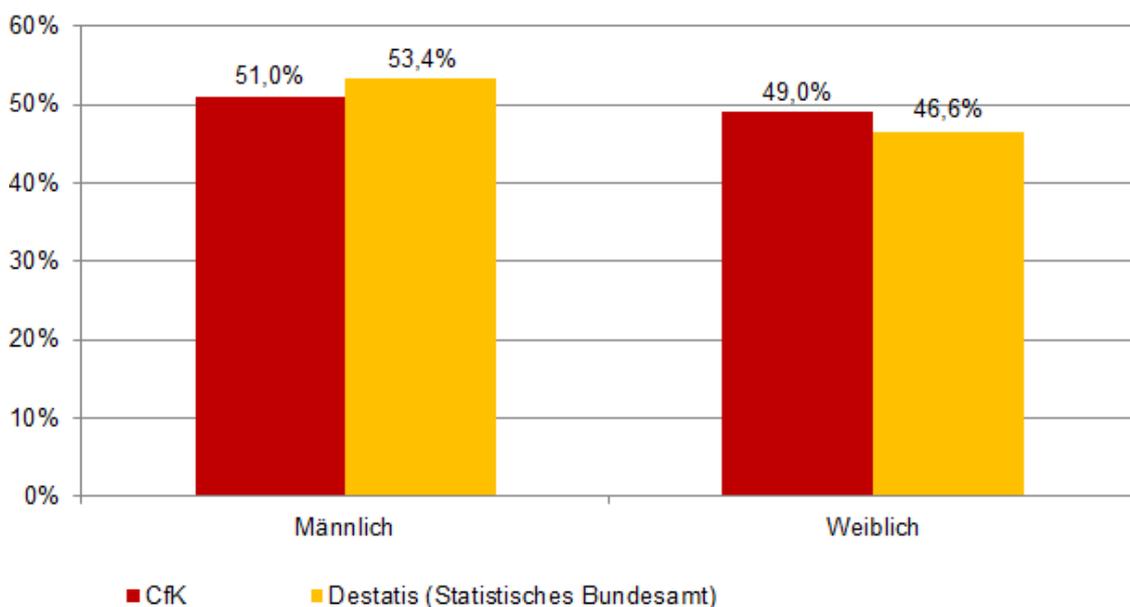
Neben der Gesamtfallzahl stellen die Anteile vollständiger t1-/t2-Datensätze auf Ebene der 13 Capability-Dimensionen eine für die Wirkungsanalysen besonders relevante Bezugsgröße dar. Damit ist gemeint, dass sowohl zum Zeitpunkt des Hilfe- bzw. Erhebungsbeginns als auch zum Zeitpunkt des Hilfe- bzw. Erhebungsendes verwertbare Dokumentationen vorliegen müssen (vgl. Abbildung 4 auf S. 17). Ansonsten ist eine Wirkungsbestimmung auf der Basis von Veränderungsmessungen nicht möglich. Diesbezüglich konnten 105 Fälle in den Analysen berücksichtigt werden (75 Fälle des ersten Radius und 30 Fälle des zweiten Radius), bei denen die genannten Voraussetzungen vorlagen und somit eine Veränderungsmessung zwischen den Erhebungszeitpunkten t1 und t2 vorgenommen werden konnte. Da die Fallzahl deutlich unterhalb des Schwellenwerts für optimale Stichprobenumfänge liegt, wurden die prospektiven Daten vorrangig zur Validierung der für die Gesamtzahl der 245 Fälle ermittelten differenzierten Forschungsbefunde eingesetzt. Auf diese Weise konnten mögliche Verzerrungen in den Wirkungsergebnissen aufgrund nicht-prospektiver Erhebungen (s. Kapitel 2.2 und 4.2) zumindest für eine repräsentative Teilmenge an Fällen abgeschätzt und statistisch kontrolliert werden. Grundsätzlich bleibt allerdings die Herausforderung bestehen, im Kontext der eher auf längerfristige Zeiträume ausgerichteten Hilfen für Familien mit psychisch kranken oder suchtbelasteten Elternteilen eine vollständig prospektiv-längsschnittliche Erhebung zu ermöglichen. Dies unterstreichen zudem die Rückläufe im Rahmen der Zwischenauswertung. Bis zu deren Stichtag konnten lediglich 17 Fälle (14 Fälle des ersten Radius und 3 Fälle des zweiten Radius) mit kürzeren Hilfedauern für die Veränderungsanalyse erhebungstechnisch erfasst werden. Aussagen zu prospektiv-längsschnittlichen Wirkungsverläufen waren zu diesem Zeitpunkt demnach noch gar nicht möglich. Auch wenn im nachfolgenden Zeitraum bis zum Abschluss der Erhebungen der Fokus auf Verlaufs- und Abschlussdokumentationen gelegt wurde und die Zahl der Fälle mit mind. zwei Messzeitpunkten nahezu versechsfacht werden konnte, hätte rückblickend die Fallzahl durch einen längeren Erhebungszeitraum noch deutlich gesteigert werden können. Dies sollte bei zukünftigen Forschungsvorhaben beachtet werden.

### **3.2. Beschreibung und Einordnung der Untersuchungsstichprobe**

Um eine bessere Einordnung zu ermöglichen, sind an dieser Stelle die zentralen soziographischen Merkmale der Kinder- und Jugendlichen dargestellt, die im Rahmen von „Chance for Kids“ Hilfen erhalten haben. Da es sich um ein Modellprojekt handelt und dementsprechend keine bundesweiten Vergleichsstatistiken vorliegen, die sich speziell auf Hilfen für Kinder von psychisch kranken und suchtbelasteten Eltern beziehen, sind unmittelbare Aussagen zur

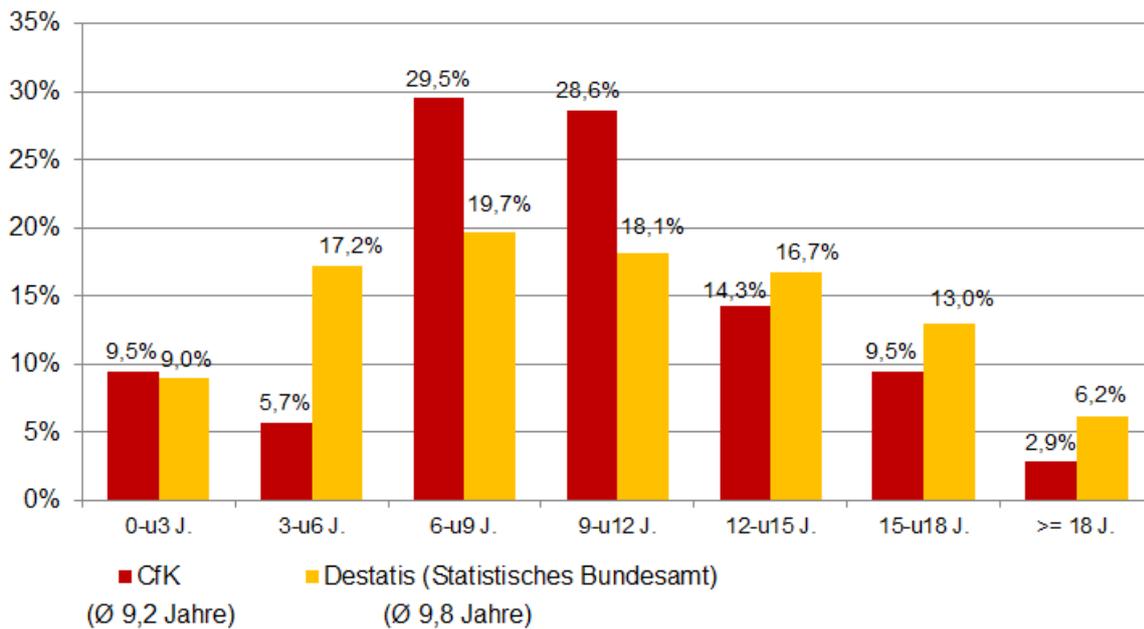
Repräsentativität der Hilfen nicht möglich. In der Regelversorgung besteht allerdings u. a. eine große Schnittmenge zur Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII (s. Kapitel 2.1), im Rahmen derer auch Adressat\*innengruppen mit ähnlichen Problemlagen wie im Rahmen von CfK Beratungen und Hilfen nachfragen. Nicht zuletzt aus diesem Grund war der Vergleich mit Daten aus der bundesweiten Wirkungsevaluation der Erziehungsberatung „Wir.EB“ ein tragender Baustein des Evaluationsdesigns. Da die Erziehungsberatung im Rahmen der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik des Statistischen Bundesamts (vgl. Fendrich, Pothmann & Tabel, 2016; Pothmann & Rauschenbach, 2014; Rauschenbach & Schilling, 1997) abgebildet wird, können die Hilfen im Kontext von CfK in zentralen Merkmalen darüber hinaus mit dieser Statistik verglichen werden. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass bei Erziehungsberatungsprozessen nach § 28 SGB VIII ein sehr weites Spektrum von unterschiedlichsten Beratungsanlässen abgebildet wird und Hilfen für Kinder von psychisch kranken Eltern nur eine Teilmenge darstellen. Der Vergleich beschränkt sich naturgemäß auf Merkmale, die sowohl in CfK als auch in der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik in analoger Form erhoben werden. Als Vergleichsgrundlage wurde die zum Zeitpunkt der Studiendurchführung maßgebliche aktuelle Veröffentlichung des Statistischen Bundesamts zu den Statistiken der Erziehungsberatung herangezogen (Destatis, 2017). Auf weitere stichprobenbeschreibende Charakteristika der im Rahmen der vorliegenden Evaluation untersuchten Fälle wird ferner noch in Kapitel 3.3 Bezug genommen, bei denen die Ausgangslagen der Hilfen bzgl. der Grundbefähigungsdimensionen mit den Wir.EB-Daten verglichen werden. Darüber hinaus geben die Ausführungen zu den fallbezogenen Wirkfaktoren noch weitergehende Aufschlüsse über eher spezifische Rahmenbedingungen der im Rahmen von „Chance for Kids“ evaluierten Fälle (s. Kapitel 0).

**Abbildung 13: Geschlecht der jungen Menschen im Vergleich zur amtlichen Statistik § 28 SGB VIII**



Analog zur amtlichen Statistik der Erziehungsberatung gemäß § 28 SGB VIII zeigt sich bzgl. der jungen Menschen ein ausgewogenes Bild bei der Verteilung der Geschlechter (s. Abbildung 13). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen männlichen Geschlechts unterscheidet sich in CfK mit 51 Prozent nicht wesentlich vom Anteil des weiblichen Geschlechts mit 49 Prozent. In dieser Hinsicht besteht kein signifikanter Unterschied zu den Daten des Statistischen Bundesamts für § 28 SGB VIII (hier 53,4 Prozent männliches vs. 46,6 Prozent weibliches Geschlecht). Bzgl. der Geschlechtsverteilung unterscheiden sich die Hilfen in CfK also nicht von den bundesweiten Daten zur Erziehungsberatung.

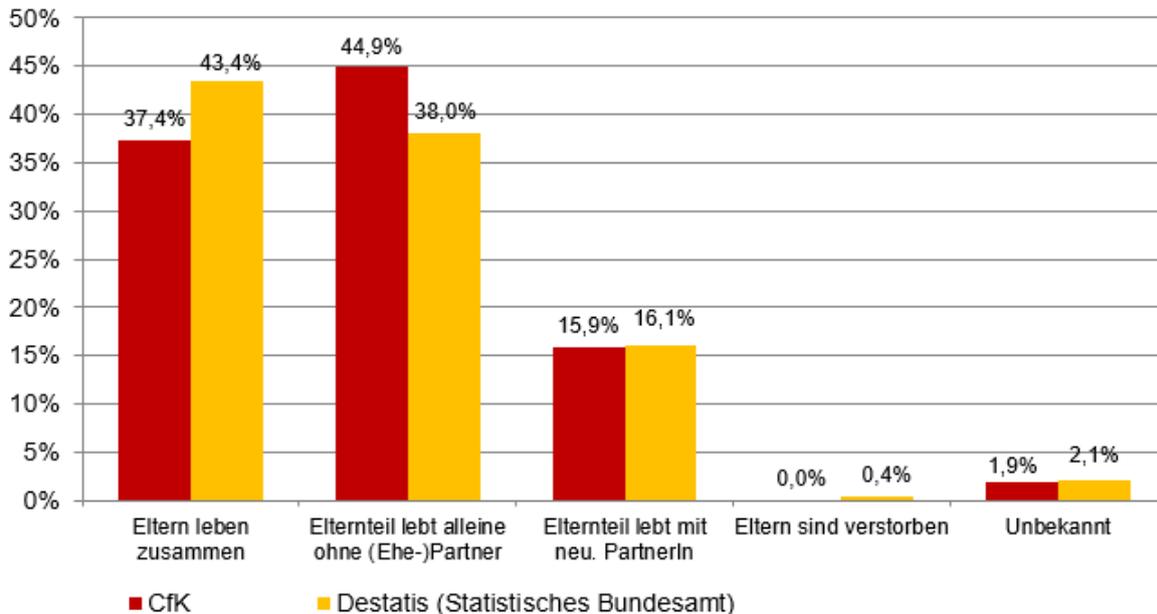
**Abbildung 14: Alter der jungen Menschen bei Beginn im Vergleich zur amtlichen Statistik § 28 SGB VIII**



Für die Altersverteilung der jungen Menschen, die Hilfen im Rahmen des Modellprojekts erhalten haben, gilt dies nicht. Hier zeigen sich innerhalb einzelner Altersklassen teils deutliche Unterschiede zur amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik (s. Abbildung 14). Der größte Anteil an jungen Menschen findet sich analog zur amtlichen Statistik ebenso bei CfK in den Altersklassen der 6-9-Jährigen und der 9-12-Jährigen wieder. Dabei wird jedoch deutlich, dass die CfK-Stichprobe mit einem Unterschied von jeweils ca. zehn Prozent einen weitaus höheren Anteil bei diesen Altersklassen aufweist als die amtliche Statistik. In CfK nehmen beide Altersklassen Anteile von etwa 30 Prozent ein, das sind zusammen also etwa 60 Prozent aller untersuchten Fälle, während in der bundesweiten Statistik zu § 28 SGB VIII diese beiden Altersklassen nur jeweils auf Anteile von knapp 20 Prozent kommen, was insgesamt max. 40 Prozent aller Fälle ergibt. An den beiden Enden der Verteilung, also sowohl bei den niedrigeren als auch den sehr hohen Altersstufen, zeigen sich in „Chance for Kids“ geringere Häufigkeiten. Dies betrifft in der Relation, wie in Abbildung 14 zu erkennen ist, in stetig mit dem Alter zunehmender Form insbesondere die „oberen“ Altersstufen der 12-15-Jährigen (14,3 Prozent vs. 16,7 Prozent) sowie der 15-18-Jährigen (9,5 Prozent vs. 13,0 Prozent). Bei den über 18-

Jährigen ist mit 2,9 Prozent im Vergleich zur amtlichen Statistik nur knapp die Hälfte des entsprechenden Altersanteils der Erziehungsberatungen nach § 28 SGB VIII in der CfK-Stichprobe vertreten. Mag die verhältnismäßige Unterrepräsentanz von älteren jungen Menschen und insbesondere von jungen Erwachsenen noch klar konzeptuelle Gründe haben, ist zumindest ein Unterschied bei den niedrigeren Altersklassen nicht so einfach zu erklären. Sind die „frühen Hilfen“ bei der Altersgruppe der bis zu Dreijährigen in beiden Stichproben noch in etwa gleich starken Anteilen vorhanden, zeigt sich mit Blick auf die 3-6-Jährigen ein deutlicher Unterschied. Diese sind mit einem Anteil von 5,7 Prozent in CfK deutlich weniger vertreten als dies mit 17,2 Prozent in der Stichprobe der amtlichen Statistik der Fall ist (s. Abbildung 14). Dies ist insofern von Belang als dass es sich hier grundsätzlich auch um eine Zielgruppe für das Modellprojekt handeln könnte. Die Abweichung sollte vor dem Hintergrund der konzeptuellen Weiterentwicklung des Modellprojekts (s. Kapitel 7) daher im Blick behalten werden. An dieser Stelle muss jedoch zudem darauf hingewiesen werden, dass die Altersklassen an den Rändern der Verteilung in CfK absolut gesehen nur mit verhältnismäßig kleinen Fallzahlen besetzt sind, womit statistische Zufallsschwankungen naturgemäß stärker ausgeprägt sind. Es kann also unter diesem Blickwinkel nicht völlig ausgeschlossen werden, dass der Unterschied in der Gruppe der 3-6-Jährigen in einer größeren und repräsentativeren Stichprobe nicht ggf. deutlich kleiner ausgeprägt wäre.

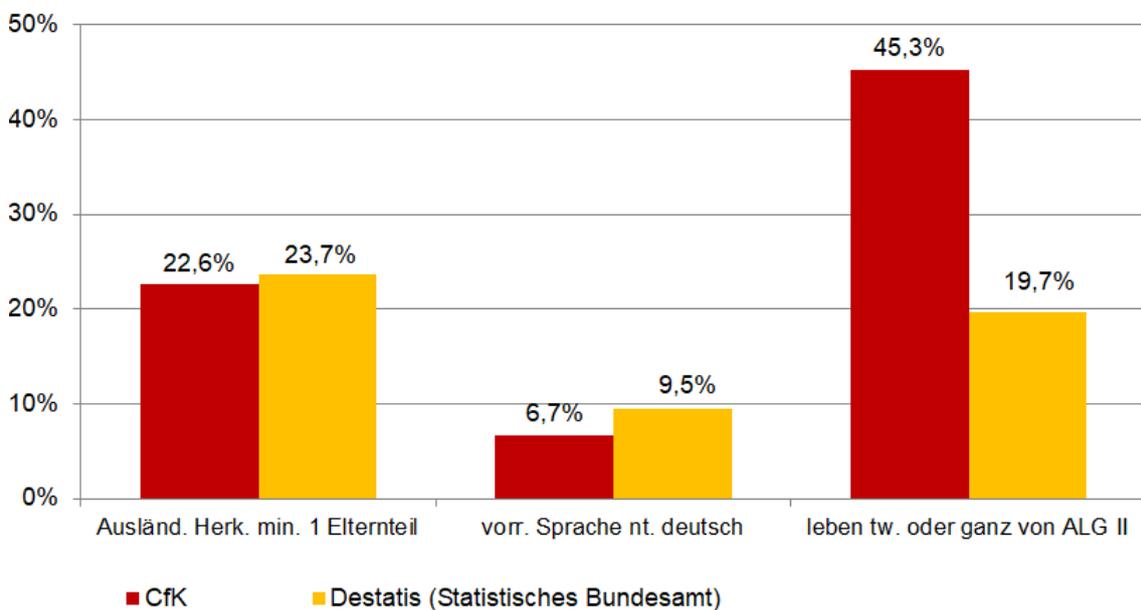
**Abbildung 15: Situation der Herkunftsfamilie im Vergleich zur amtlichen Statistik § 28 SGB VIII**



Im Hinblick auf die Situation der Herkunftsfamilie zeigt sich, dass mit einem Anteil von 44,9 Prozent in den meisten der in CfK evaluierten Familien ein Elternteil alleine ohne (Ehe-)Partner lebt. In der Vergleichsstichprobe des Statistischen Bundesamts für die Erziehungsberatung ist der Anteil mit 38,0 Prozent deutlich niedriger (s. Abbildung 15). Hier ist dafür der Anteil „klassischer“ Familienstrukturen, in denen beide Eltern zusammenleben, mit einem Anteil von 43,4

Prozent am häufigsten. In CfK leben dahingegen nur in 37,4 Prozent der Fälle die Eltern zusammen. Die Verteilung zusammenlebender Eltern vs. alleinerziehender Elternteile fällt in CfK im Vergleich zur Bundesstatistik also annähernd umgekehrt aus. Der Anteil von Elternteilen, die in „Patchworkfamilien“ mit neuem Partner bzw. neuer Partnerin leben, ist mit jeweils ca. 16 Prozent in beiden Stichproben in etwa gleich hoch. Ebenfalls keine großen Unterschiede zwischen der CfK-Stichprobe und der amtlichen Statistik zeigen sich bei der Gruppe, deren Eltern verstorben sind, und derjenigen, bei denen die Situation der Herkunftsfamilie durch die Fachkräfte nicht ermittelbar ist (mit entsprechender „Unbekannt“-Nennung im Dokumentationsbogen).

**Abbildung 16: Sozialer Hintergrund der Familie im Vergleich zur amtlichen Statistik § 28 SGB VIII**



Noch deutlicher als in Bezug auf die Familiensituation werden Besonderheiten der Hilfen im Rahmen von CfK bei näherer Betrachtung des sozialen Hintergrunds der Familien sichtbar. Hier ist vor allem bemerkenswert, dass mit einem Anteil von 45,3 Prozent in der CfK-Stichprobe mehr als doppelt so viele Familien vorzufinden sind, die ihren Lebensunterhalt ganz oder teilweise von Transferleistungsbezügen in Form von Arbeitslosengeld (ALG) II bestreiten müssen (s. Abbildung 16). In der amtlichen Statistik zu den Erziehungsberatungen nach § 28 SGB VIII ist der Anteil der ALG II beziehenden Familien mit 19,7 Prozent signifikant niedriger. Die Zahlen unterstreichen eindringlich, dass psychische Erkrankungen und Suchtbelastungen der Eltern mit erheblichen Einschränkungen hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit verbunden sind. Das Armutsrisiko in den betroffenen Familien ist drastisch erhöht. Die vorgefundenen Besonderheiten bei den Adressat\*innen des Modellprojekts sind insofern für die in Kapitel 4 dargestellte Wirkungsanalyse von Belang, da entsprechende Rahmenbedingungen einen moderierenden Einfluss auf das Ausmaß der Wirksamkeiten haben können. So wurde bspw. das Vorliegen eines Transferleistungsbezug im Rahmen der Wirkfaktorenanalyse der Wir.EB-

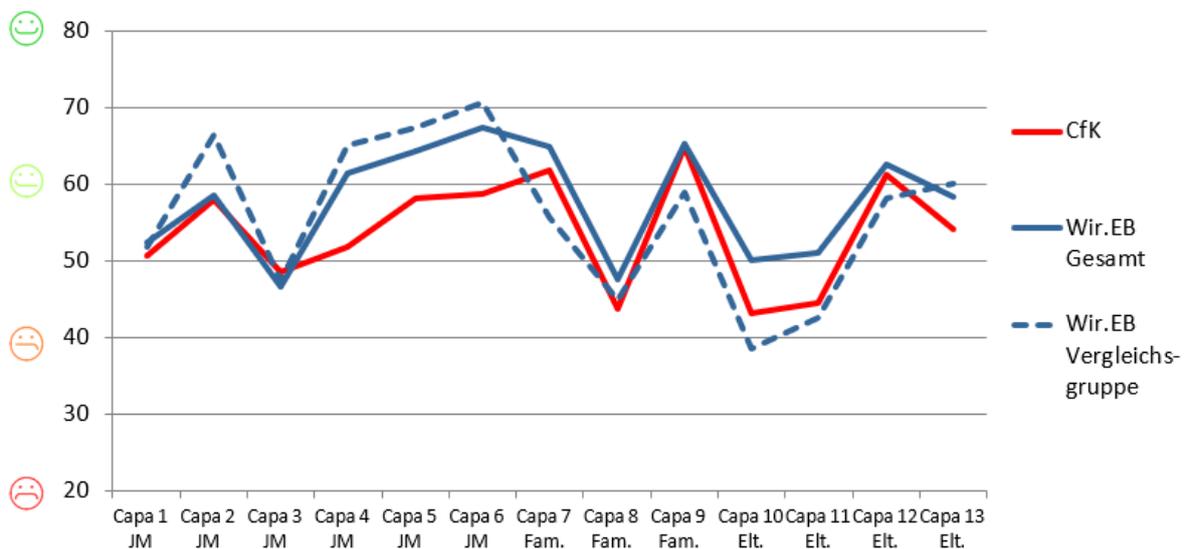
Studie als Risikofaktor identifiziert, der die Wahrscheinlichkeit für hohe Wirksamkeiten signifikant reduziert. In ähnlicher Form konnte gezeigt werden, dass die Erfolgswahrscheinlichkeit höher ist, wenn beide Elternteile an den Hilfeprozessen beteiligt sind (vgl. Arnold et al., 2018). Entsprechend ist hier der höhere Anteil Alleinerziehender in CfK ebenfalls als potenzieller Risikofaktor zu bewerten. Risikofaktoren können sich zudem auch gegenseitig beeinflussen. So ist bspw. das Armutsrisiko bei Alleinerziehenden grundsätzlich höher einzuschätzen als in Familienstrukturen, in denen potenziell beide Elternteile zur wirtschaftlichen Existenzgrundlage beitragen können. Andererseits sind in Rahmen von CfK aber nicht alle Risikofaktoren erhöht. In der Wir.EB-Studie zeigte sich z. B. ebenfalls noch, dass es bei Familien mit Migrationshintergrund deutlich schwieriger ist, in positiv wirksamer Weise auf die Eltern einzuwirken. In „Chance for Kids“ lassen sich anhand der Frage nach einer ausländischen Herkunft mind. eines Elternteils sowie des Anteils von Familien, in denen nicht vorrangig deutsch gesprochen wird, im Vergleich zur amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik aber keine signifikant höheren Anteile von Menschen mit Migrationshintergrund feststellen (s. Abbildung 16). Die vorliegenden Befunde zur wirtschaftlichen und sozialen Familiensituation sind mit Blick auf die Frage, inwieweit im Rahmen des Modellprojekts hochwirksame Hilfen durchgeführt werden können, zunächst als „Handicap“ zu sehen. Noch deutlicher wird dies im nachfolgenden Kapitel, das sich mit den psychosozialen Ausgangslagen hinsichtlich der Capabilities bzw. Grundbefähigungsdimensionen befasst.

### **3.3. Ausgangslagen der Hilfen bzgl. der Grundbefähigungsdimensionen**

Eine weitere Möglichkeit, die Besonderheiten der im Rahmen des Modellprojekts durchgeführten Hilfen zu beschreiben, bietet die Betrachtung der Ausgangslagen der 13 Grundbefähigungsdimensionen (s. Kapitel 2.2), die gleichsam eine Grundlage für die Wirkungsbestimmung auf der Basis von Veränderungsmessung bilden, zum Zeitpunkt des Hilfebeginns. Dabei wurde der Grad der Ausprägung der von Fachkräften, Eltern und jungen Menschen eingeschätzten Grundbefähigungen anhand der in Kapitel 2.2 beschriebenen sechsstufigen Smiley-Antwortskala auf einen Wertebereich von 0 „gar nicht vorhanden“ bis 100 „völlig vorhanden“ transformiert und anhand eines über die einzelnen Perspektiven gemittelten Gesamtwertes visualisiert (s. Abbildung 17). Insgesamt bewegen sich die einzelnen Grundbefähigungsdimensionen in einem Wertebereich von plus minus 10 bis 20 Punkten um den Skalenmittelwert von 50. Dieser besagt, dass der Aussage, dass das Leben der jungen Menschen, Eltern und Familien in den betreffenden Grundbefähigungsdimensionen zum Befragungszeitpunkt den eigenen

Vorstellungen und Wünschen entsprechend verläuft, weder zugestimmt noch nicht zugestimmt wird<sup>2</sup>. D. h. die Capabilities liegen insgesamt im Mittelbereich, sind also weder besonders hoch noch besonders niedrig ausgeprägt. Je niedriger die Werte ausfallen, desto schlechter ist die Lebenssituation und -qualität in den betreffenden Bereichen und umso gravierender sind die Ausgangslagen und damit die fachlichen Handlungsbedarfe im Rahmen der Hilfen. Im Rahmen von „Chance for Kids“ sind insbesondere die Bereiche „psychische Gesundheit/Integrität“ und „Bewältigungsfähigkeiten der Eltern“ sowie „das familiäre Zusammenleben“ die Dimensionen mit der relativ gesehen niedrigsten Ausprägung bei Hilfebeginn. Rein auf die Grundbefähigungen der jungen Menschen bezogen (Capa 1-6) sind ebenfalls die psychische Gesundheit und die Bewältigungsfähigkeiten die Dimensionen mit dem vergleichsweise größten Hilfebedarf (s. Abbildung 17).

**Abbildung 17: Ausgangslagenvergleich der Grundbefähigungen bei CfK und Wir.EB**



100 'stimmt völlig'; 80 'stimmt größtenteils'; 60 'stimmt eher';  
40 'stimmt eher nicht'; 20 'stimmt weniger'; 0 'stimmt gar nicht'

Besonders spannend ist in diesem Zusammenhang ein Vergleich der Ausgangslagen mit den bundesweiten Referenzwerten aus der Wir.EB-Studie (s. Kapitel 2.1). Verglichen mit der übergreifenden Wir.EB-Gesamtstichprobe, die ein breites Spektrum von teils auch niederschwelligeren Beratungsanlässen abdeckt, ist es nicht verwunderlich, dass die Ausgangslagen in CfK in vielen Grundbefähigungsdimensionen in vielen Bereichen signifikant niedriger ausgeprägt

<sup>2</sup> Der Skalenmittelwert von 50 stellt allerdings einen rein rechnerisch ermittelten Wert dar. Um eine Tendenz zur Mitte zu vermeiden, bei der Personen in einem Fragebogen mitunter dazu neigen, sachlich unreflektiert stets die mittlere Kategorie auszuwählen, wurde in den Erhebungsbögen auf eine entsprechende Antwortalternative verzichtet.

sind, also ein höherer Hilfebedarf besteht. Neben der psychischen Gesundheit/Integrität (Capa 10) sowie den Bewältigungsfähigkeiten der Eltern (Capa 11) fällt außerdem die elterliche Erziehungskompetenz (Capa 13) niedriger aus (s. Abbildung 17). Auf der Familienebene liegen ebenso die Dimensionen „Wohnen und Lebensverhältnisse“ (Capa 7) sowie in noch stärkerem Maße das „familiäre Zusammenleben“ (Capa 8) unterhalb des Referenzniveaus von Wir.EB. Die spezifischen Belastungen der Kinder in den Familien mit psychisch kranken und suchtbelasteten Eltern zeigen sich ebenfalls in vielen unmittelbar auf die jungen Menschen bezogenen Grundbefähigungsdimensionen. So sind bei den jungen Menschen in CfK insbesondere die Capabilities in den Bereichen „Sozioemotionale Fähigkeiten“ (Capa 4), „Eigenständigkeit und Autonomie“ (Capa 5) sowie „Freizeitaktivitäten und -kompetenzen“ (Capa 6) zum Zeitpunkt des Hilfebeginns deutlich stärker beeinträchtigt als in Wir.EB.

In einem weiteren Schritt wurden die Ausgangslagen der Hilfen in CfK noch der in Kapitel 2.1 beschriebenen „Matching-Gruppe“ aus Wir.EB gegenübergestellt, bei der nur annähernd mit CfK vergleichbare Fälle aus dem Gesamtdatensatz betrachtet wurden, die bspw. ähnliche Hilfeanlässe aufweisen (s. „Wir.EB-Vergleichsgruppe“ in Abbildung 17). Die Wir.EB-Vergleichsgruppe zeigt entsprechend ebenso bei den eltern- und familienbezogenen Ausgangslagen ein weitestgehend mit den Hilfen im Rahmen von „Chance for Kids“ übereinstimmendes Bedarfsprofil, da die Vergleichsgruppe mit einem „n“ von 200 deutlich kleiner ist als die Wir.EB-Gesamtstichprobe. Mit einem „n“ von über 6.000 sind dabei die in Abbildung 17 zumindest optisch wahrnehmbaren Unterschiede in diesen beiden Bereichen aufgrund des höheren Zufallsschwankungsbereichs bei kleineren Stichproben statistisch nicht signifikant. Auffällig ist allerdings, dass die oben genannten Grundbefähigungsdimensionen der jungen Menschen in „Chance for Kids“ auch in Bezug zur Wir.EB-Vergleichsgruppe weiterhin signifikant niedriger ausfallen (s. Abbildung 17). Dies gilt hier zudem noch für den Bereich „Lernen und Leistung“ (Capa 2). Diese Beobachtung zeigt, dass in „Chance for Kids“ gerade die besonders belasteten Kinder und Jugendlichen im Fokus stehen und eine adäquate Förderung erhalten. Zusammen mit den in Kapitel 3.1 beschriebenen Ergebnissen, die insbesondere einen mehr als doppelt so hohen Anteil an Familien mit Transferleistungsbezug und einen erhöhten Anteil Alleinerziehender aufzeigen, deutet die Gesamtbefundlage stark darauf hin, dass das Modellprojekt „Chance for Kids“ Adressat\*innengruppen erreicht, die Regelversorgungsangebote eher nicht in Anspruch genommen hätten. Dies ist zwar im Hinblick auf die Reichweite des Vorhabens sehr erfreulich, muss aber vor dem Hintergrund der nachfolgenden Darstellung der Wirkungsbefunde (s. Kapitel 4) im Blick behalten werden. Denn weniger günstige Ausgangslagen mit komplexeren Problemlagen stellen auch erhöhte fachliche Anforderungen, die das Erreichen positiver Wirksamkeiten zunächst als größere Herausforderung erscheinen lassen.

In diesem Zusammenhang ist es ebenfalls wichtig, mögliche „Decken- und Bodeneffekte“ abzuschätzen, die sich aufgrund der Ausgangslagen bei einer Wirkungsbestimmung durch

Veränderungsmessung ergeben können. Ein typischer Deckeneffekt wäre bspw. dann gegeben, wenn bei Beratungsbeginn schon durchgängig bestmögliche Ausprägungen der Grundbefähigungen vorliegen würden. Es wäre dann schlichtweg unmöglich, noch weitere Verbesserungen zu erreichen. Völlig losgelöst vom betriebenen fachlichen Aufwand und vom Ressourceneinsatz läge die maximal mögliche Wirksamkeit in diesem Fall von vorneherein bei Null. Das Beispiel mag wohl in der Tat extrem sein, Deckeneffekte treten aber bereits auf, wenn das Ausgangsniveau in der Nähe des Maximalwerts liegt. Umso kleiner der Abstand zum Maximalwert wird, desto schwieriger ist es, größere Veränderungseffekte zu erreichen. Das Grundproblem dabei liegt in der zahlenmäßigen Vergleichbarkeit der bei extremen Ausgangsniveaus gemessenen Veränderungskennwerte. Bodeneffekte sind sozusagen die Antipoden der Deckeneffekte. Ein Bodeneffekt läge dann vor, wenn bei Beginn durchweg alle Capabilities maximal negativ ausgeprägt wären. Dann wäre keine Verschlechterung möglich und schon sehr kleine Hilfestellungen würden erst einmal unverhältnismäßig große Veränderungen bewirken, was insgesamt zu einer Überschätzung der Wirkungen führen würde. Die Ausgangswerte auf den Capability-Skalen können Werte von Null bis 100 annehmen, liegen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung aber im Mittel in einem Bereich von ca. 40 bis 70. Damit bewegen sie sich in den meisten Fällen im mittleren bis leicht positiven Bereich der Grundbefähigungsskalen. Verzerrende Einflüsse auf die Wirkungsergebnisse durch Decken- und Bodeneffekte können in Anbetracht dieser Datenlage weitestgehend ausgeschlossen werden.

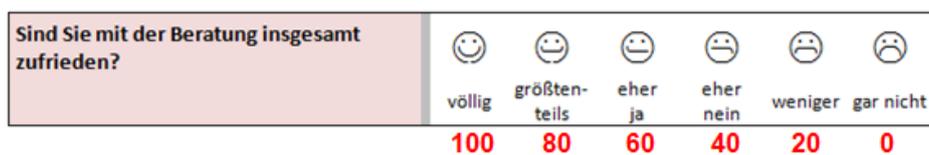
#### 4. Ergebnisse zur Wirksamkeit von „Chance for Kids“

Im Rahmen der Evaluation des Modellprojekts „Chance for Kids“ wurden unterschiedliche Indikatoren herangezogen, um Aussagen über die Auswirkungen des Vorhabens bei seinen Adressat\*innen zu treffen. Hierbei sind die Fragen, ob die Hilfen erfolgreich waren oder nicht, sowie das Ausmaß des Hilfeerfolgs oder des gleichsam möglichen Misserfolgs im Fokus. Ein weiteres Ergebnis der Wirkungsanalysen kann ebenfalls sein, dass durch die Hilfen weder positive noch negative Wirkungen erreicht werden, d. h. sich die Ausgangssituation im Anschluss an die Hilfe noch, mehr oder weniger genauso darstellt wie zu Beginn der Hilfe. Im vorliegenden Kapitel sind die Forschungsbefunde zu den Wirksamkeiten des Modellprojekts dargestellt. Zum besseren Verständnis der Ergebnisse sollen die Grundtypen der verwendeten Indikatoren an dieser Stelle kurz erläutert werden. Diese lassen sich insgesamt drei Ebenen zuordnen:

1. Retrospektiv erhobene Zufriedenheitseinschätzungen
2. Retrospektiv erhobene Veränderungswirkungen
3. Prospektiv-längsschnittlich erhobene Veränderungswirkungen

Die basalsten und am weitesten verbreiteten Erfolgsindikatoren bilden die **Zufriedenheiten** der Menschen ab, die die Hilfen in Anspruch genommen haben. Im Rahmen der vorliegenden Evaluation wurde sowohl die Zufriedenheit der Eltern als auch der jungen Menschen mit einem eigenen Fragebogen erfasst (vgl. Kapitel 2.3). Die Klient\*innen- bzw. Adressat\*innen-Zufriedenheit wurde dabei in Form einer übergreifenden Globalbeurteilung, wie exemplarisch für den Indikatortyp in Abbildung 18 dargestellt, und anhand eines spezifischen Fragenkatalogs ermittelt, die sich auf die Zufriedenheiten mit besonderen Aspekten im Rahmen der Hilfedurchführung beziehen und auf die Charakteristika des Modellprojekts ausgerichtet waren (s. Kapitel 4.3). Zur besseren Rezipierbarkeit wurde die sechsstufige Antwortskala von „völlig zutreffend“ bis „gar nicht zutreffend“ bei den Auswertungen analog dem in Abbildung 18 ersichtlichen Codierungsschema auf einen Wertebereich von 100 bis 0 transformiert.

Abbildung 18: Bestimmung der Zufriedenheit der Hilfeadressat\*innen



Da es sich bei Zufriedenheitseinschätzungen um rückblickende bzw. retrospektive Maße handelt, wurden diese ausschließlich in den Verlaufs- und Abschlusserhebungen zum Erhebungszeitpunkt t2 erfragt. An dieser Stelle muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass die Zufriedenheiten der Adressat\*innen zwar durchaus einen fachlich relevanten Erfolgsindikator abbilden, hiermit allerdings keine unmittelbaren Lebensqualitätsveränderungen im Sinne

der in Kapitel 2.2 beschriebenen „Ergebnisqualität“ abgeleitet werden können. Es handelt sich also nicht um einen Wirkungsindikator im engeren Sinne. Ausschlaggebend dafür ist insbesondere das in Kapitel 2.2 dargestellte „Diskrepanzphänomen“. Dies beinhaltet, dass oft auch dann sehr hohe Zufriedenheiten beobachtet werden, wenn sich die für die Hilfen maßgeblichen Probleme kaum oder gar nicht verändert haben. Wenn die Hilfeadressat\*innen nach ihrer Zufriedenheit befragt werden, fließt die Prozessqualität der Hilfen, also etwa die Frage, ob ein gutes Vertrauensverhältnis mit den Fachkräften bestand oder bei konkreten Anliegen stets zeitnahe Gespräche möglich waren, viel stärker in die Bewertungen ein als die Ergebnisqualität. Damit sagen die Zufriedenheitseinschätzungen im Sinne einer „Kundenzufriedenheit“ zwar etwas über die fachliche Qualität der Hilfeprozesse, nicht aber über die durch die Hilfe bewirkten Veränderungen im Leben der Adressat\*innen, aus. Zudem bilden sich in der Zufriedenheit in der Regel ebenfalls nur intendierte Wirkungen ab (s. Kapitel 2.2).

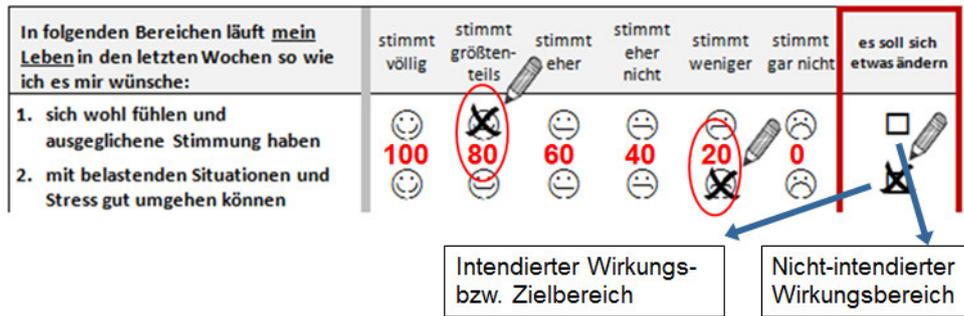
Sowohl intendierte als auch und nicht-intendierte „Nebenwirkungen“ können über die zweite Ebene der in CfK betrachteten Indikatoren, die **retrospektiv erhobenen Veränderungswirkungen**, abgebildet werden. Dafür wurde im Zuge der Verlaufs- und Abschlusserhebungen die Antwortkategorie „Hat die Hilfe/Beratung etwas geändert?“ in das Erhebungsinstrument eingefügt (s. rechte Box in Abbildung 19). Im Rahmen der Auswertungen wurden die Antworten auf einen Wertebereich von „+100“ für eine maximale Verbesserung bis zu „-100“ für eine maximale Verschlechterung transformiert. Ein Wert von „0“ steht dafür, dass im Rahmen der Hilfen keine Änderungen wahrgenommen wurden.

**Abbildung 19: Veranschaulichung der Erfassung von Veränderungswirkungen am Beispiel des elternbezogenen Erhebungsinstruments für das Hilfeende**

In folgenden Bereichen läuft <u>mein Leben</u> in den letzten Wochen so, wie ich es mir wünsche:	stimmt völlig	stimmt größtenteils	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt weniger	stimmt gar nicht	Hat die Beratung etwas geändert?		
							besser	gleich	schlechter
1. sich wohl fühlen und ausgeglichene Stimmung haben		<del></del>						<del></del>	
2. gut mit belastenden Situationen und Stress umgehen können			<del></del>				<del></del>		

Da die 13 Capability-Dimensionen den Anspruch haben, alle relevanten Lebensbereiche bei den Adressat\*innen im Familiensystem abzubilden, in denen potenziell Veränderungen stattfinden können, und die 13 Dimensionen gleichsam Pflichtbestandteil der standardisierten Erfassung zu allen Erhebungszeitpunkten sind, können nicht nur die unmittelbar mit den jeweiligen Hilfezielen assoziierten intendierten Wirkungen, sondern außerdem potenziell nicht-intendierte „Nebenwirkungen“ abgebildet werden. Eine Unterscheidung ist hier anhand der Kategorie „es soll sich etwas ändern“ möglich, die Bestandteil der Ausgangserhebungen der Eltern, jungen Menschen und Fachkräfte bei Hilfebeginn war (s. Abbildung 20).

**Abbildung 20: Wirkungsbereiche sowie Wertetransformation am Beispiel des elternbezogenen Erhebungsinstruments für den Hilfebeginn**



Wie in Kapitel 2.2 beschrieben, können alle retrospektiv erfassten Wirkungsindikatoren diversen Beurteilungsverzerrungen unterliegen, die deren Aussagekraft potenziell einschränken. Im einfachsten Fall handelt es sich hier bspw. um Erinnerungsprobleme, die zurückliegenden Ereignisse in zutreffender Form noch aus dem Gedächtnis abrufen zu können. Daher wurden im Rahmen von CfK zudem **prospektiv-längsschnittlich erhobene Veränderungsindikatoren** erfasst. Bei dieser Form der Wirkungsbestimmung („Prä-Post-Messung“) erfolgt bei Beginn (t1-Zeitpunkt) und bei Abschluss (t2-Zeitpunkt) jeweils eine Dokumentation des Ausmaßes der zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt vorliegenden Capabilities bzw. Grundbefähigungen. Analog des eingangs beschriebenen Vorgehens bei den Zufriedenheitsindikatoren werden ebenso hier die Einschätzungen der Eltern, jungen Menschen und Fachkräfte für die sechsstufige Antwortskala jeweils auf einen Wertebereich von „0“ (gar nicht zutreffend) bis „100“ überführt. Der eigentliche Wirkungsindikator, der auch in den Auswertungsdiagrammen dargestellt wird, ist dann die Differenz der transformierten Werte zwischen den beiden Messzeitpunkten. Analog zu den retrospektiv erfassten Veränderungswirkungen können dann ebenfalls die prospektiven Wirkungsmaße, zumindest theoretisch, Werte von „+100“ (zahlenmäßig maximal mögliche Verbesserung) bis „-100“ (maximal mögliche Verschlechterung) annehmen. Ein Wert von „0“ kennzeichnet gleichfalls hier alle Verläufe, in denen die Endzustände den Ausgangszuständen gleichen, also keine Veränderungen erkennbar sind. In Bezug auf die sechs in Abbildung 20 dargestellten Skalenwerte läge eine positive Veränderungswirkung mit dem Zahlenwert „+60“ vor, wenn die Dimension „mit belastenden Situation und Stress gut umgehen können“ wie im vorliegenden Beispiel bei Beratungsbeginn mit „stimmt weniger“ (Zahlenwert 20) bewertet und bei Beendigung der Beratung mit „stimmt größtenteils“ (Zahlenwert 80) eingeschätzt werden würde. Wenn ein Mittelwert über viele Capability-Dimensionen und letztendlich über eine Vielzahl von Beratungsprozessen, die zumindest in einem kleineren Umfang immer auch negative Wirkungsverläufe miteinschließen, gebildet wird, so fallen die Zahlenwerte in der Praxis dann letztendlich natürlich wesentlich kleiner aus. Um das Ausmaß der Effekte zudem in diesen Fällen noch hinsichtlich seiner inhaltlichen Relevanz bzw. Bedeutsamkeit bewerten zu können, stellt die Statistik studienübergreifend anwendbare

Vergleichsmaße wie das „Cohens d“ zur Verfügung, auf die auch im Rahmen der vorliegenden Untersuchung Bezug genommen wird.

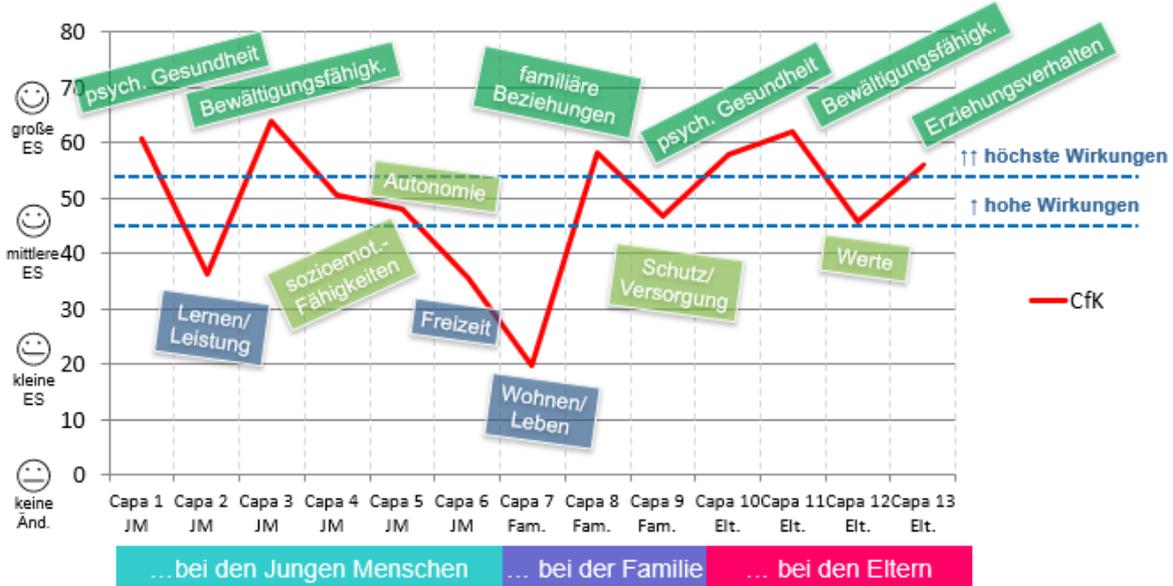
Da die Einschätzungen zum t2-Zeitpunkt ohne unmittelbare Kenntnis der zurückliegenden Bewertungen zum t1-Zeitpunkt erfolgen und stets nur aktuelle Zustände ohne größere zeitliche Latenzen zum Dokumentationszeitpunkt beurteilt werden, sind die Veränderungskennwerte sehr robust im Hinblick auf die eingangs beschriebenen Verzerrungen, aber ebenso gegenüber bewussten Verfälschungen wie etwa in Form von „Gefälligkeitsbewertungen“. Aufgrund ihrer höheren Validität sind prospektiv-längsschnittliche Wirkungsindikatoren daher, soweit möglich, retrospektiven Indikatoren vorzuziehen (vgl. Arnold et al., 2018). Wie in Kapitel 3.1 beschrieben war dies im Rahmen der vorliegenden Studie aus erhebungspraktischen Gründen leider nicht durchgängig möglich. Da im Rahmen der Projektlaufzeit nur in weniger als der Hälfte der Fälle längsschnittliche Erhebungen mit mehreren Messzeitpunkten generiert werden konnten, die eine Veränderungsmessung ermöglichten, konnten hier die optimalen Stichprobenumfänge für die statistischen Auswertungen nicht erreicht werden. Zudem sollten möglichst alle Fallverläufe in die Wirkungsanalysen einbezogen werden. Entsprechend musste eine Abwägung getroffen werden zwischen den valideren prospektiven Wirkungsindikatoren und der deutlich weniger breit aufgestellten Stichprobengröße auf der einen Seite versus den potenziell etwas weniger aussagekräftigen retrospektiven Wirkungsindikatoren mit aber deutlich umfangreicherer empirischer Fundierung auf der anderen Seite. Der bestmögliche Kompromiss bestand darin, die zentralen Wirkungsanalysen auf die größere empirische Datengrundlage zu beziehen (s. Kapitel 4.1) und dabei gleichzeitig die prospektiv-längsschnittlichen Wirkungsdaten zur Validierung der umfangreichen Daten der Gesamtstichprobe heranzuziehen, in dem mit ihrer Hilfe die Gesamtdaten auf systematische Abweichungen hin untersucht werden (s. Kapitel 4.2).

#### 4.1. Veränderungswirkungen absolut und im Bundesvergleich

Im vorliegenden Kapitel werden die im Rahmen der Evaluation ermittelten Veränderungseffekte einer differenzierten Betrachtung unterzogen. Bevor die Ergebnisse mit den Bundesdaten aus der Wir.EB-Studie in Beziehung gesetzt werden (s. Kapitel 2.1), sollen zunächst die im Rahmen des Modellprojekts erreichten Wirksamkeiten in den Blick genommen werden. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass in den nachfolgenden Ausführungen die Begriffe „Wirkungen“, „Wirksamkeit“, „Effektivität“, „Effekte“ oder „Veränderungswirkungen“ sinngemäß gleichbedeutend zu verstehen sind. Abbildung 21 zeigt die **absolute Höhe der Veränderungswirkungen** aller 13 Grundbefähigungs- bzw. Capability-Dimensionen (s. Kapitel 2.1) im Rahmen von „Chance for Kids“. Dabei wurden zur besseren Anschaulichkeit die Einschätzungen von Eltern, jungen Menschen und Fachkräften zu einem Mittelwert zusammengefasst.

Dies ist aufgrund der insgesamt hohen Übereinstimmungsgrade zwischen den individuellen Perspektiven eine zulässige Vereinfachung (s. Kapitel 4.2). Die Veränderungskennwerte können wie einleitend beschrieben Werte auf einer Skala von „-100“ (max. Verschlechterung) bis „+100“ (max. Verbesserung) annehmen.

Abbildung 21: Absolute Höhe der Veränderungswirkungen im Modellprojekt „Chance for Kids“



100 = 'maximal besser'; 0 = 'gleich, keine Änderung'; -100 = 'maximal schlechter'

Wie in Abbildung 21 zu erkennen ist, liegen die Veränderungskennwerte aller Grundbefähigungen im Mittel über alle 245 untersuchten Hilfen im positiven Bereich. D. h., dass sich sowohl die Situation der Familien als auch die individuelle Lebensqualität der jungen Menschen und Eltern im Zuge der Hilfen in allen Bereichen verbessert. Die beobachteten Wirksamkeiten wurden statistisch gegen die Bedingung „keine Änderung“ (Veränderungskennwert „0“) getestet. Dabei konnte die positive Ausprägung der Veränderungswirkungen mit höchst signifikanten Irrtumswahrscheinlichkeiten kleiner als ein Promille bestätigt werden. Da die statistischen Signifikanzniveaus noch nicht unmittelbar etwas über das Ausmaß und die praktische Relevanz der Wirkungen aussagen<sup>3</sup>, wurden, um die Zahlenwerte besser einordnen zu können, im Rahmen von CfK außerdem die Effektstärken ermittelt. Hierzu wurde als international anerkanntes studienübergreifendes Vergleichsmaß auf das sog. „Cohens d“ zurückgegriffen. Praktisch bedeutsame kleine Effektstärken beginnen entsprechend der gängigen Konventionen ab

<sup>3</sup> Bei großen Stichproben können theoretisch auch überaus kleine Unterschiede, die praktisch aber keine wirkliche Bedeutung bzw. Relevanz haben, statistisch hoch signifikant sein. Die statistische Signifikanz ist daher ausschließlich als ein Maß für die Zufallsunabhängigkeit von Befunden zu sehen, eignet sich aber nicht als (Vergleichs-)Maßstab für das Ausmaß von Effekten bzw. Wirkungen.

einem „Cohens d“ von 0,2 (Cohen, 1988). Die Schwelle ist in Abbildung 21 durch den zweiten Smiley von unten („kleine ES“) markiert. Werte darunter fallen in den „Indifferenzbereich“ keiner Änderungen. Die zwei in Abbildung 21 weiter oben folgenden Smileys markieren die Schwelle für mittlere Effektstärken (ab einem „Cohens d“ von 0,5) sowie die oberste Referenzkategorie für große Effektstärken (ab einem „Cohens d“ von 0,8).

Entsprechend zeigt sich über die 13 Capability-Dimensionen ein deutlicher Profilunterschied bzgl. der Bereiche, in denen die positiven Effekte besonders stark und weniger stark ausgeprägt sind. Die Capability-Dimensionen mit den vergleichsweise höchsten Wirksamkeiten sind in Abbildung 21 mit dunkelgrüner Farbe gekennzeichnet. Insgesamt sind die höchsten Wirksamkeiten im Rahmen der Hilfen, beim familiären Zusammenleben sowie den Bewältigungsfähigkeiten und der psychischen/körperlichen Integrität sowohl der jungen Menschen als auch der Eltern festzustellen. Zudem ist die Steigerung der Erziehungskompetenz der Eltern den Grundbefähigungsdimensionen mit den höchsten Wirksamkeiten zuzuordnen, wenngleich die anderen genannten Dimensionen nominell höhere Veränderungskennwerte erreichen (s. Abbildung 21). Dass der Wert bei der Erziehungskompetenz nicht noch höher ausgefallen ist, mag damit zusammenhängen, dass es sich hier um die Grundbefähigungsdimension mit dem höchsten Grad an diskrepanten Wahrnehmungen handelt. So sehen zwar die Eltern sowie die Fachkräfte teils sehr starke Verbesserungen, die jungen Menschen selbst nehmen aus ihrer subjektiven Sicht aber eher keine für sie positiven Veränderungen im Erziehungsverhalten der Eltern wahr (s. auch Kapitel 4.2).

Auf einer „Mittalebene“ mit im Vergleich zu den vorgenannten Dimensionen zwar etwas niedrigeren, aber absolut gesehen immer noch hohen Veränderungseffekten sind die Dimensionen „Sozioemotionale Fähigkeiten“ und „Eigenständigkeit (Autonomie)/Teilhabe“ beim jungen Menschen, die Werte und erziehungsleitenden Vorstellungen der Eltern sowie der Bereich „Schutz und Versorgung“ angesiedelt (s. hellgrüne Boxen in Abbildung 21). Die Grundbefähigungsdimensionen „Freizeitaktivitäten/-kompetenzen“, „Lernen/Leistung“ bei den jungen Menschen sowie insbesondere die familiäre Dimension „Wohnen und Leben“ stellen dahingegen die Lebensbereiche dar, in denen im Zuge der Hilfen im absoluten Vergleich die geringsten positiven Änderungen erreicht werden (s. blau hinterlegte Beschriftungen in Abbildung 21). Hierbei ist allerdings zu bedenken, dass die absolute Höhe der Veränderungswirkungen in der Regel recht stark mit den Zielbereichen korreliert, bzgl. derer im Rahmen der Hilfen von den Beteiligten intentional etwas verändert werden soll (vgl. Arnold et al., 2018). D. h., dass Dimensionen, die häufiger als konkretes Ziel der Hilfen benannt werden, im Schnitt ebenso hinsichtlich ihrer Wirksamkeit besser abschneiden als weniger häufige formulierte Zieldimensionen.

Dass im Rahmen von „Chance for Kids“ durchgängig positive Wirksamkeiten erreicht werden, ist zweifelfrei ein Beleg für die hohe Fachlichkeit der im Rahmen des Modellprojekts initiierten

Hilfen. Wie sind diese Effekte aber vor dem Hintergrund des im Zuge des Projekts betriebenen zusätzlichen Ressourceneinsatzes zu bewerten? Stellt die Versorgung im Rahmen des Modellprojekts wirklich einen Mehrwert gegenüber „Regelversorgungsangeboten“ aus dem Bereich der Erziehungs- und Familienberatung dar, die trotz ihrer Niederschwelligkeit ebenfalls schon sehr hohe Wirksamkeiten generieren (vgl. Arnold et al., 2018)?

Abbildung 22: Vergleich Gesamtveränderungswirkungen in CfK vs. Gesamtstichprobe Wir.EB-Studie



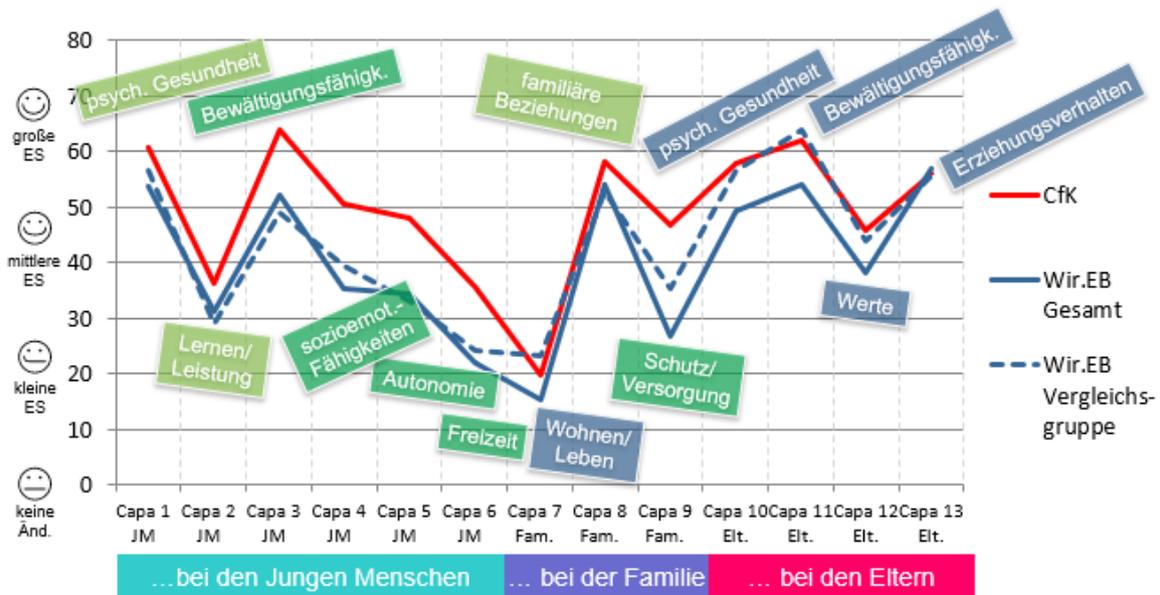
100 = 'maximal besser'; 0 = 'gleich, keine Änderung'; -100 = 'maximal schlechter'

Um die Besonderheiten des Modellprojekts darstellen zu können, wurde wie in Kapitel 2.1 beschrieben ein **Vergleich mit Daten aus der bundesweiten Studie „Wir.EB“** angestellt, im Rahmen derer über einen mehrjährigen Zeitraum über 6.000 Beratungsverläufe aus ca. 100 Beratungsstellen einer prospektiv-längsschnittlichen Evaluation unterzogen wurden. Die repräsentativen Daten der **Wir.EB-Gesamtstichprobe** wurden im vorliegenden Fall herangezogen, um Wirksamkeiten der „Regelversorgung“ abbilden zu können (s. Abbildung 22). Dieser Vergleich zeigt, dass die spezifisch auf die Bedarfe der Zielgruppe zugeschnittenen Hilfen bei „Chance for Kids“ in vielen Capability-Dimensionen tatsächlich teils nochmals deutlich wirkungsvoller sind. Insbesondere die Förderung der Kinder bzw. jungen Menschen gelingt in vielen Grundbefähigungsbereichen in noch signifikant höherem Ausmaß. Dies gilt speziell für die Bewältigungsfähigkeiten, die sozioemotionalen Fähigkeiten, die Autonomie bzw. Eigenständigkeit sowie im Freizeitbereich (s. Abbildung 22). Die stärksten positiven „Zusatzwirkungen“ im Vergleich zur „Regelversorgung“ sind allerdings im Bereich „Schutz und Versorgung“, die unter anderem Gewährleistung der Grundversorgung oder Schutz vor Vernachlässigung und Gewalt beinhaltet, zu verzeichnen. Die genannten Unterschiede sind dabei mit Irrtumswahrscheinlichkeiten unter ein Promille statistisch hoch signifikant und weisen als Vergleichsmaßstab mit Hilfen, die bereits ein sehr respektables Wirkungsniveau haben, ein hohes „Cohens d“ zwischen 0,2 und 0,5 auf. Die Capability-Dimensionen, in denen besonders starke

Unterschiede zwischen CfK und der anhand der Wir.EB-Gesamtstichprobe veranschaulichten Regelversorgung bestehen, sind in Abbildung 22 mit dunkelgrüner Farbe hinterlegt. Darüber hinaus schneidet das Modellprojekt CfK noch in vielen anderen Bereichen signifikant besser ab als die „Regelversorgung“. So werden bspw. bei der psychischen Gesundheit und im Bereich „Lernen bzw. Leistung“ der jungen Menschen sowie auf Familienebene im Bereich „Wohnen/Leben“ sowie im Hinblick auf die familiären Beziehungen im Rahmen von CfK ebenfalls stärkere Wirksamkeiten erzielt. Noch etwas ausgeprägter sind die Zuwächse in Bezug auf die Förderung der psychischen Gesundheit sowie der Bewältigungsfähigkeiten der Eltern. Alle letztgenannten Unterschiede sind zwar statistisch hoch signifikant ( $p < 0,001$ ), sind jedoch mit einem „d“ von nur knapp 0,2 deutlich weniger stark ausgeprägt (s. hellgrün kenntlich gemachte Dimensionen in Abbildung 22). Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen CfK und den Wir.EB-Daten waren im Hinblick auf das Erziehungsverhalten der Eltern feststellbar (s. blaue Box in Abbildung 22).

Das nahezu durchgängig bessere Abschneiden der im Rahmen von CfK initiierten Hilfen ist umso erstaunlicher, als dass die Ausgangs- und Problemlagen, mit denen die Kinder, Eltern und Familien anfangs in die Hilfen kommen, verglichen mit den „typischen“ Fällen in der Regelversorgung teils deutlich komplexer und herausfordernder sind (vgl. Kapitel 3.3).

**Abbildung 23: Gesamtveränderungswirkungen in CfK vs. weitere Wir.EB-Vergleichsgruppen**



100 = 'maximal besser'; 0 = 'gleich, keine Änderung'; -100 = 'maximal schlechter'

Das Befundbild relativiert und verschärft sich gleichsam, wenn die CfK-Ergebnisse nicht nur zur Wir.EB-Gesamtstichprobe, sondern zu gematchten Fällen mit annähernd vergleichbaren Beratungsanlässen und weiteren soziographischen Rahmendaten in Beziehung gesetzt werden (s. „Wir.EB-Vergleichsgruppe“ in Abbildung 23). Analog den obenstehenden Ausführungen zum Vergleich mit der Wir.EB-Gesamtstichprobe sind in Abbildung 23 diejenigen

Grundbefähigungsdimensionen mit starken Unterschieden zur Wir.EB-Vergleichsgruppe im Bereich eines „Cohens d“ von 0,2 bis 0,5 dunkelgrün markiert sowie kleinere statistisch relevante Unterschiede im Bereich von  $d = 0,2$  mit hellgrünen Boxen kenntlich gemacht. Dimensionen, in denen keine Unterschiede bestehen, sind mit blauer Farbe unterlegt. Wie in Abbildung 23 zu erkennen ist, schneidet CfK genauso im Vergleich mit der Matching-Gruppe hinsichtlich der zentralen auf die jungen Menschen sowie die Familie bezogenen Capability-Dimensionen ähnlich gut ab wie in Bezug auf die Gesamtstichprobe. So ist z. B. bei den jungen Menschen eine deutlich stärkere Förderung der Bewältigungsfähigkeiten, der sozioemotionalen Fähigkeiten, der Autonomie und des Freizeitverhaltens festzustellen. Auch wenn der Abstand in Bezug zur Wir.EB-Vergleichsgruppe nicht ganz so groß ist wie zur Gesamtstichprobe, können im Rahmen des Modellprojekts „Chance for Kids“ Schutz und Versorgung (Capa-Dimension 9) in deutlich stärkerem Umfang sichergestellt werden. Die Irrtumswahrscheinlichkeiten liegen bei allen genannten Dimensionen wiederum im Bereich unter einem Promille. In kleinerem Ausmaß liegen zudem das familiäre Zusammenleben sowie die Förderung der psychischen Gesundheit und des Lern- und Leistungsbereichs bei den jungen Menschen in CfK auf einem signifikant höherem Wirkungsniveau (jeweils  $p < 0,001$ ). In Bezug auf die Förderung der spezifisch auf die Eltern bezogenen Grunddimensionen erreicht interessanterweise die Wir.EB-Vergleichsgruppe ein ähnlich hohes Wirkungslevel wie in CfK (s. Abbildung 23).

Aus diesem Grund kann der Schluss gezogen werden, dass das Modellprojekt „Chance for Kids“ in besonderem Maße Befähigungen, Ressourcen und Resilienzen von Kindern fördert und sich sehr positiv auf den Kinderschutz in Familien auswirkt. An dieser Stelle soll das Befundbild der zentralen Wirkungsbefunde nochmals zusammengefasst werden. Allgemein lassen sich im Rahmen des Modellprojekts „Chance for Kids“ deutlich positive Veränderungswirkungen hinsichtlich folgender Merkmale feststellen:

- Eltern als auch junge Menschen können besser mit belastenden Situationen umgehen
- Verbesserung der psychischen Gesundheit/Integrität von Eltern und jungen Menschen
- Verbesserung des familiären Zusammenlebens
- Deutliche Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern

Im Vergleich zur absolut schon auf einem sehr beachtlichen Wirkungsniveau befindlichen „Regelversorgung“ (bezogen auf die Ergebnisse der bundesweiten Wir.EB-Studie) erreicht das Modellprojekt „Chance for Kids“ in vielen Dimensionen ebenfalls nochmals deutlich höhere Wirksamkeiten:

- Deutlich höhere Wirkungen als in der Regelversorgung können insbesondere bzgl. der Dimension „Schutz und Versorgung“ erreicht werden. Das Risiko für Kindeswohlgefährdungen nach § 8a SGB VIII ist damit insgesamt nochmals weiter reduziert.

- Die Förderung der jungen Menschen gelingt ebenfalls in sehr vielen Dimensionen deutlich besser, insbesondere bei den Bewältigungsfähigkeiten, den sozioemotionalen Fähigkeiten, der Autonomie und im Freizeitbereich.

Auch auf Elternebene sind in CfK höhere Wirksamkeiten feststellbar, allerdings nur in Bezug auf die bundesweite Gesamtstichprobe aller Regelversorgungsangebote und nicht hinsichtlich der besser mit der vorliegenden Zielgruppe in Übereinstimmung gebrachte „Matching-Gruppe“, die vergleichbare Anlässe und Rahmenbedingungen aufweist. Der eigentliche „Mehrwert“ von „Chance for Kids“ im Vergleich zur Regelversorgung liegt den Befunden entsprechend also in der besonderen Förderung der Kinder und im Bereich des Kinderschutzes. Zudem werden gezielt außerdem Adressat\*innen mit schwierigeren Problem- bzw. Ausgangslagen sowie komplexeren familiären Rahmenbedingungen, etwa hinsichtlich der finanziellen Situation, angesprochen (vgl. Kapitel 3.3), die Regelversorgungsangebote von sich aus vermutlich eher nicht in Anspruch genommen hätten. Vor diesem Hintergrund ist das Ausmaß der im Rahmen des Modellprojekts erreichten Veränderungseffekte letztlich umso höher zu bewerten.

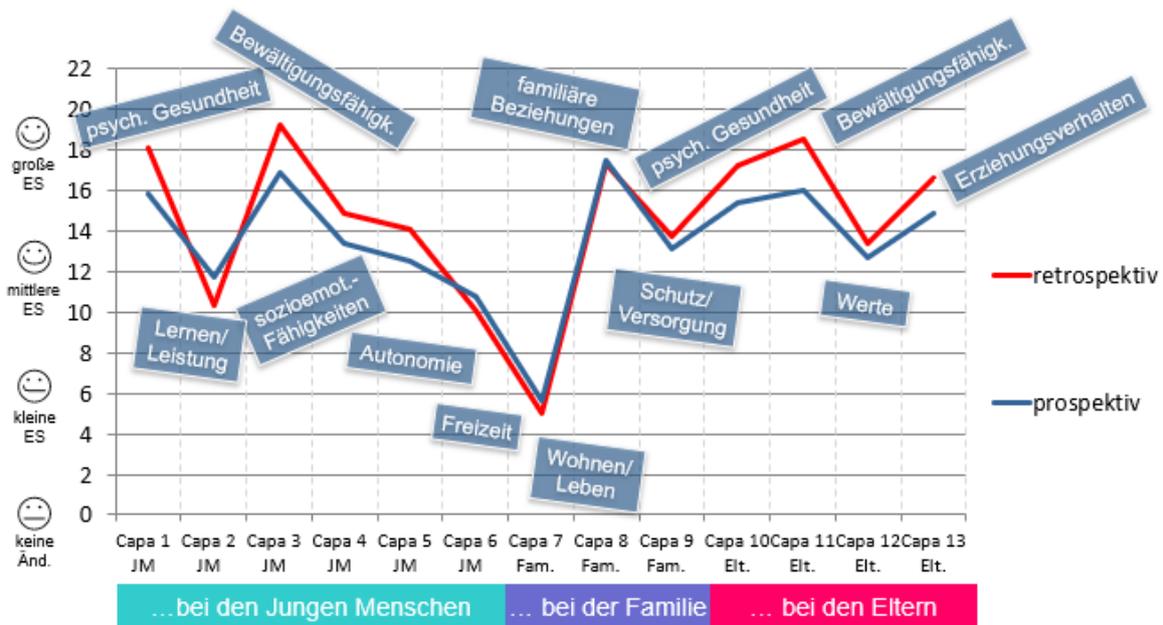
#### **4.2. Differenzierter Blick auf die Veränderungswirkungen**

Zur besseren Einordnung der Befunde zur Wirksamkeit wird in diesem Kapitel ein nochmals genauerer Blick auf die im Rahmen der Evaluation „Chance for Kids“ ermittelten Veränderungswirkungen geworfen. Dabei werden sowohl die retrospektiven und prospektiven Wirkungsindikatoren gegenübergestellt als auch die spezifischen Wirkungseinschätzungen von Eltern, jungen Menschen und Fachkräften aufgezeigt.

Wie einleitend dargestellt lautet eine wichtige Frage, inwieweit die im Rahmen der vorliegenden Evaluation vorrangig herangezogenen retrospektiven Wirkungsindikatoren als ausreichend valide Wirkungseinschätzungen geeignet sind. Für die insgesamt 105 Fälle, in denen eine Veränderungsmessung zu zwei Erhebungszeitpunkten möglich war (s. Kapitel 3.1), wurden hierzu jeweils die prospektiven sowie die retrospektiven Wirkungsindikatoren berechnet und einander gegenübergestellt. Da die Indikatoren aufgrund unterschiedlicher Referenzwerte bei den Effektstärken rein zahlenmäßig nicht 1:1 miteinander vergleichbar sind, wurden dazu die retrospektiven Kennwerte über den Zwischenschritt einer z-Transformation auf ein zu den prospektiven Indikatoren vergleichbares Skalenniveau gebracht. Das Ergebnis ist in Abbildung 24 dargestellt. Wie schon in anderen Studien gezeigt werden konnte, zeigen desgleichen die im Rahmen von CfK ermittelten Ergebnisse, dass retrospektive Wirkungsindikatoren eher dazu neigen, den Wirkungsgrad zu überschätzen. In der Regel werden bei rückblickender Betrachtung, vermutlich bedingt durch einen Übergeneralisierungseffekt, insbesondere die nicht-

intendierten Wirkungen zu positiv bewertet (s. Arnold et al., 2018). Die höhere Messgenauigkeit der prospektiv erhobenen Wirkungsmaße zeigt sich also vor allem in Form von konservativeren Bewertungen bzgl. des Ausmaßes der (Gesamt-)Effekte. Im vorliegenden Fall ergeben sich bei retrospektiver Betrachtung insbesondere bei den kind- bzw. auf die jungen Menschen bezogenen Capability-Dimensionen „psychische Gesundheit“, „Bewältigungsfähigkeiten“, „sozioemotionale Fähigkeiten“ und „Autonomie“ sowie bei den elternbezogenen Capability-Dimensionen „psychische Gesundheit“, „Bewältigungsfähigkeiten“ und „Erziehungsverhalten“ höhere Wirksamkeitseinschätzungen als bei prospektiv-längsschnittlicher Analyse (s. Abbildung 24). Die Abweichungen sind zwar sichtbar, fallen nominell aber relativ klein aus, sodass sie sich im vorliegenden Fall noch unterhalb der Schwelle für statistische Bedeutsamkeit bzw. Relevanz bewegen.

Abbildung 24: Vergleich prospektiver vs. retrospektiver Indikatoren in CfK

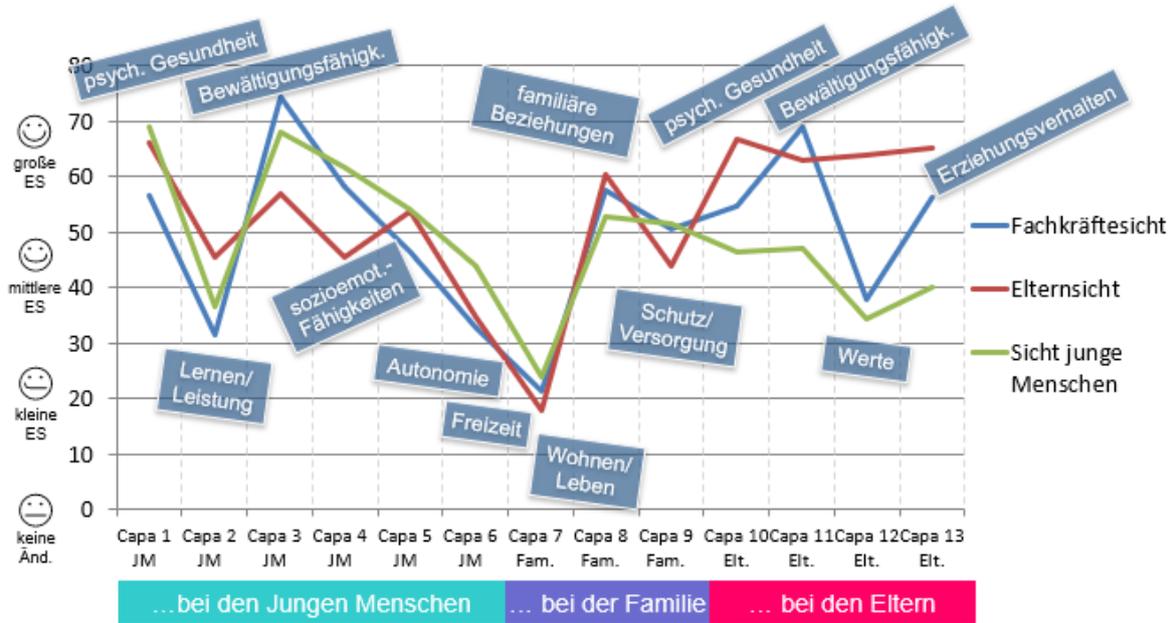


100 = 'maximal besser'; 0 = 'gleich, keine Änderung'; -100 = 'maximal schlechter'

Entsprechend liefern die vorliegenden Daten keine stichhaltigen und gravierenden Gegenargumente, die deutlich umfangreichere und repräsentativere Stichprobe der rückblickenden Veränderungskennwerte im Rahmen der vorliegenden Studie als Referenz heranzuziehen. Nichtsdestotrotz muss darauf hingewiesen werden, dass es sich hier um einen besonderen Befund nach eingehender Prüfung handelt, der so nicht zwingend auf andere Studien übertragbar ist. Grundsätzlich sollte, soweit praktisch umsetzbar, immer eine längsschnittlich-prospektive Veränderungsbestimmung gegenüber den retrospektiven Einschätzungen präferiert werden. Wenn auch die Ergebnisse im Rahmen der CfK-Evaluation zum Stand der Berichterlegung eine hinreichende Validität nahelegen, könnte es zur Absicherung durchaus ratsam sein, die Ergebnisse mit weiteren in der Zukunft liegenden Messzeitpunkten erneut anhand einer deutlich größeren prospektiv erhobenen Stichprobe zu überprüfen. Dabei wäre evtl.

ebenfalls zu überlegen, ob nicht auch die Nachhaltigkeit bzw. die zeitliche Stabilität der erreichten Effekte durch Erhebungen, die bspw. sechs bis zwölf Monate nach Beendigung der Hilfen liegen, in den Blick genommen werden könnte.

Abbildung 25: Individuelle Wirkungswahrnehmungen aus Sicht der Beteiligten



100 = 'maximal besser'; 0 = 'gleich, keine Änderung'; -100 = 'maximal schlechter'

Des Weiteren zeigen sich bei differenzierter Betrachtung der Einschätzungen von Fachkräften, Eltern und jungen Menschen insgesamt hohe Übereinstimmungen in den Profilen der Wirkungswahrnehmungen (s. Abbildung 25). Die Übereinstimmungsgrade sind aus statistischer Sicht hinreichend hoch, um die Gesamtbetrachtung im Rahmen eines übergreifenden Wirkungsindex zu rechtfertigen, der eine mittlere Einschätzung der Perspektiven aller Beteiligten abbildet. Im Detail lassen sich, zumindest graduell, aber zudem interessante Unterschiede im Vergleich der Sichtweisen erkennen: So scheinen bspw. die Eltern zu einer deutlich positiveren Selbstwahrnehmung bei den sie selbst betreffenden Capability-Dimensionen zu neigen (s. Abbildung 25). Diese, an der Sicht der Fachkräfte und jungen Menschen gemessene, „Überschätzung“ betrifft neben der eigenen psychischen Gesundheit vor allem die erziehungsleitenden Vorstellungen bzw. Werte sowie die eigene Erziehungskompetenz. Wie in Abbildung 25 deutlich wird, neigen die Eltern teils auch dazu, die Fähigkeiten des Kindes etwas zu unterschätzen, insbesondere was die Bewältigungsfähigkeiten und die sozioemotionalen Fähigkeiten anbetrifft.

Die jungen Menschen schätzen speziell die Grundbefähigungen der Eltern teils sogar nochmal sichtlich niedriger ein als die Fachkräfte (s. Abbildung 25). Dies gilt teilweise für die Bewertung der psychischen Gesundheit sowie in stärkerem Umfang noch für die wahrgenommene Entwicklung der Bewältigungsfähigkeiten der Eltern. Sehr deutlich ist ferner, dass zwar sowohl

die Fachkräfte als auch die Eltern positive Entwicklungen hinsichtlich des Erziehungsverhaltens und der Erziehungskompetenzen der Eltern sehen, die Kinder bzw. jungen Menschen hier aber nur mäßige Verbesserungen sehen. Gerade letzterer Befund ist nicht spezifisch für die besondere Zielgruppe des Modellprojekts und konnte in ähnlicher Form bspw. gleichfalls in der Wir.EB-Studie beobachtet werden (s. Arnold et al., 2018). Hierbei ist wohl ausschlaggebend, dass junge Menschen eigene subjektive Wertmaßstäbe und Wahrnehmungen darüber haben, was aus ihrer Sicht „gute“ Erziehung darstellt. Eine gewisse Ambivalenz zu dem, was hier aus fachlicher und elterlicher Sicht geboten und sinnvoll ist, liegt wohl zu großen Teilen in der Natur der Erziehung selbst begründet.

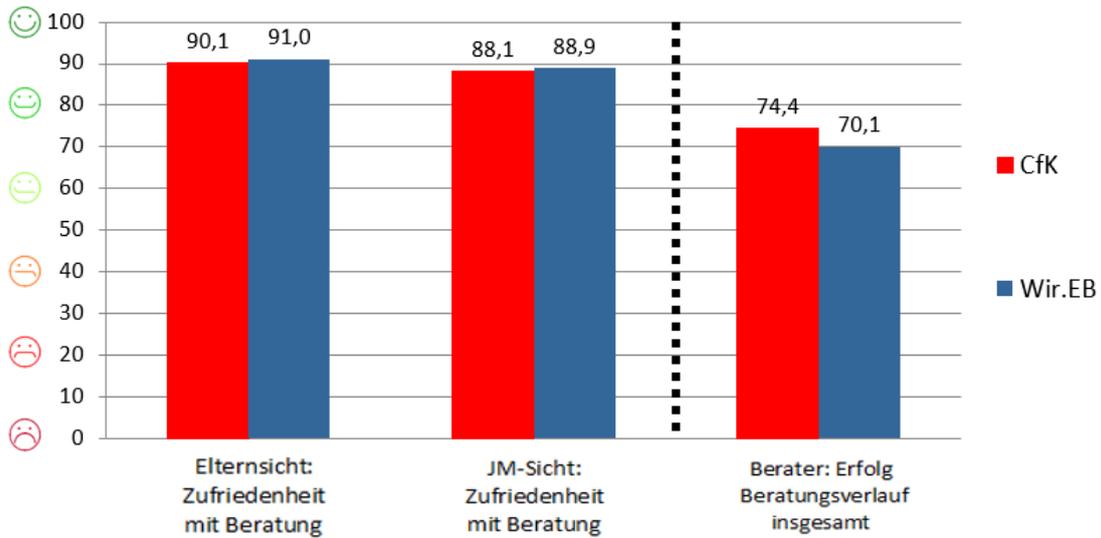
### **4.3. Klient\*innenzufriedenheit und Prozessqualität der Hilfen**

Losgelöst von dem Umstand, dass es sich wie einleitend beschrieben primär um Prozessqualitäts- und weniger um einen Ergebnisqualitätsindikatoren handelt, sollen die Ausführungen zur Wirksamkeit von „Chance for Kids“ mit den Forschungsergebnissen zu den Klient\*innenzufriedenheiten abgerundet werden. Diese wurden sowohl in Form von übergreifenden Globalbeurteilungen als auch anhand eines umfangreichen Katalogs spezifischer Fragen an die Hilfeadressat\*innen erfasst, mit denen die Besonderheiten des Modellprojekts identifiziert werden sollten. Bei letztgenannten Fragenkomplexen ging es insbesondere um die Konkretisierung von spezifischen Veränderungen durch die Hilfe/Beratung sowie um die Frage wie die Hilfeprozesse konkret erlebt und wahrgenommen wurden (Beispiele siehe weiter unten). Auch wenn hier in der Regel nur mittelbar auf eine Änderung der Lebensqualität in den Familien bzw. im eigenen Leben der Hilfeadressat\*innen Bezug genommen wird, handelt es sich dennoch um fachlich hochrelevante Aussagen zu den Hilfen, die Hinweise auf die Qualität der Hilfeprozesse geben, und damit zumindest in einem erweiterten Sinne der Definition ebenfalls Wirkungsindikatoren darstellen.

Die globalen Zufriedenheitseinschätzungen der Hilfeadressat\*innen (Eltern und junge Menschen [JM]) bewegen sich auf einer standardisierten Skala von 0 bis 100 im Bereich von ca. 90 (s. Abbildung 26) und damit im Mittel über alle Fälle hinweg in einem äußerst positiven Bereich nahezu völliger Zufriedenheit. Die Ergebnisse belegen eine exzellente fachliche Qualität der Hilfedurchführung, sind zumindest im Kontext von Erziehungs- und Familienberatungsprozessen aber nicht ungewöhnlich. So wird bspw., wie in Abbildung 26 zu sehen ist, in der Wir.EB-Studie eine ähnlich hohe Zufriedenheit festgestellt (Arnold et al., 2018). Dies deckt sich zudem mit vielen anderen Studien aus den betreffenden Arbeitsfeldern, die sich mit der Zufriedenheit der Klient\*innen und den Weiterempfehlungsraten beschäftigt haben (vgl. Roesler, 2017). Mit einem Mittelwert von 74,4 fällt die globale Erfolgseinschätzung der Fachkräfte schon sichtlich niedriger als die Zufriedenheitseinschätzungen der Klient\*innen aus. Der

entscheidende Unterschied liegt hier darin, dass mit der Frage nach dem Erfolg bereits ein deutlich stärkerer Fokus auf die Ergebnisse gelegt wird (Es ist sachlogisch nicht zielführend, die Fachkräfte explizit nach der Zufriedenheit mit den eigenen Hilfen zu fragen). Da die entsprechenden Werte nicht 1:1 vergleichbar sind, wurde die zugehörige Säule in Abbildung 26 durch die gestrichelte Linie optisch etwas von den Zufriedenheitseinschätzungen abgehoben.

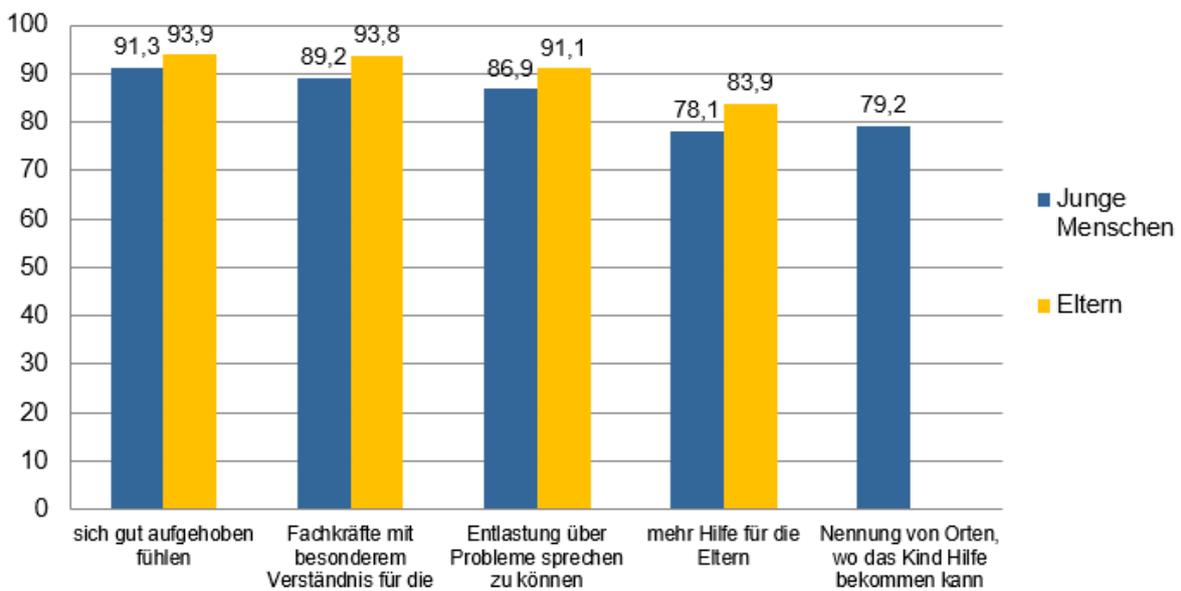
**Abbildung 26: Globale Zufriedenheit und wahrgenommener Beratungserfolg**



100 'völlig zufrieden'; 80 'größtenteils zufrieden'; 60 'eher zufrieden';  
40 'eher nicht zufrieden'; 20 'weniger zufrieden'; 0 'gar nicht zufrieden'

Welche Besonderheiten sehen nun aber die Hilfeadressat\*innen genau bei den im Rahmen von „Chance for Kids“ angebotenen Hilfeprozessen? Abbildung 27 gibt Aufschluss darüber, was die jungen Menschen und Eltern an der Hilfe am meisten geschätzt haben.

**Abbildung 27: Was die jungen Menschen und Eltern am meisten an der Hilfe geschätzt haben**



100 'völlig zutreffend'; 80 'größtenteils zutreffend'; 60 'eher zutreffend';  
40 'eher nicht zutreffend'; 20 'weniger zutreffend'; 0 'gar nicht zutreffend'

Auch hier sind ähnlich den Globalbeurteilungen die Zustimmungswerte über alle Fragenbereiche hinweg durchgängig in einem sehr hohen Wertebereich zwischen 80 und 90 angesiedelt. Bei den jungen Menschen sowie bei den Eltern hat der Aspekt, sich gut aufgehoben gefühlt zu haben, nominell jeweils die höchsten Zustimmungswerte im Bereich von über 90 erzielt. Nahezu mit dem gleichen Grad an Zustimmung schätzten sowohl Eltern als auch junge Menschen an der Hilfe in besonderem Maße, dass sie dort Fachkräfte vorgefunden haben, die ein besonderes Verständnis für ihre Situation hatten. Eine ähnlich hohe Zustimmung im Bereich von ca. 90 kommt der wahrgenommenen Entlastung zu, eine Möglichkeit zu haben, die Tabuisierung aufzubrechen und über die Probleme sprechen zu können. Wenn es um die Frage nach konkreten Hilfestellungen für die Eltern und Kinder geht, fallen die Zufriedenheitswerte zwar immer noch sehr hoch aus, sind mit mittleren Werten im Bereich von etwa 80 allerdings im Vergleich aber am niedrigsten (s. Abbildung 27). Die Frage, ob im Rahmen der Hilfe Orte genannt wurden, wo die Kinder sonst noch Hilfe bekommen können, wurde nur den jungen Menschen selbst gestellt. Daher ist an dieser Stelle bei den Eltern in Abbildung 27 kein entsprechender Balken sichtbar.

**Tabelle 1: Übersicht zentraler Bereiche, die sich aus Sicht der jungen Menschen und Eltern jeweils am meisten und am wenigsten verändert haben**

	Sicht der jungen Menschen	Elternsicht
Bereiche mit den vergleichsweise stärksten positiven Änderungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>„Ich weiß, an wen ich mich wenden kann, wenn ich Hilfe brauche oder es mir nicht so gut geht.“ (87,8)</li> <li>„Mir ist klar geworden, dass die Probleme meiner Eltern nicht meine Schuld sind.“ (83,5)</li> <li>„Ich mache jetzt mehr Dinge, die mir selber Spaß machen.“ (79,0)</li> <li>„Ich verstehe jetzt besser, wie es meinen Eltern geht und dass ich das Befinden meiner Eltern nicht beeinflussen und ihnen bei ihren Problemen nicht helfen kann.“ (76,6-77,7)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>„Ich weiß, an wen ich mich wenden kann, wenn ich Hilfe brauche oder es mir nicht so gut geht.“ (86,5)</li> <li>„Wenn es mir schlecht geht, suche ich mir erwachsene Ansprechpartner*innen und wende mich nicht in erster Linie an meine Kinder.“ (85,5)</li> <li>„Mein Kind bzw. meine Kinder übernehmen nur altersangemessene Aufgaben im Haushalt / Familie und keine Erwachsenenpflichten.“ (81,6)</li> <li>„Ich verstehe jetzt besser, wie es meinem Kind bzw. meinen Kindern geht.“ (77,8)</li> </ul>
Bereiche mit den vergleichsweise geringsten positiven Änderungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>„Ich denke, dass meine Eltern jetzt besser verstehen, wie es mir geht.“ (72,05)</li> <li>„Ich habe das Gefühl, dass meine Eltern mehr für mich da sind.“ (68,6)</li> <li>„Wenn es meinen Eltern schlecht geht, reden sie mit anderen Erwachsenen darüber und weniger mit mir.“ (67,9)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>„Ich kann jetzt besser mit meinem Kind bzw. meinen Kindern sprechen.“ (75,7)</li> <li>„Ich verstehe die Dinge, die mich belasten, jetzt besser.“ (75,0)</li> <li>„Ich kann jetzt mehr für mein Kind bzw. meine Kinder da sein.“ (74,6)</li> </ul>

(in Klammern sind die mittleren Zustimmungswerte auf einer sechsstufigen Skala von 0 = „keine Zustimmung“ bis 100 = „völlige Zustimmung“ angegeben)

In Tabelle 1 sind die zentralen Aussagen überblicksartig zusammengestellt, denen die Eltern und jungen Menschen auf die Frage, was sich aus ihrer persönlichen Sicht im Zuge der Hilfen konkret verändert hat, jeweils am meisten und am wenigsten zugestimmt haben. Der Fragenkatalog ist dabei nur auszugsweise abgebildet. Alle Angaben weisen allerdings, auf einer Skala von 0 bis 100, mittlere Werte im Bereich von etwa 70 bis 90 auf. Demnach bewegen sich alle Angaben, also ebenso die Bereiche mit den vergleichsweise niedrigsten Zustimmungswerten, letztlich in einem Kontinuum sehr positiv wahrgenommener Veränderungen. Auf den Punkt gebracht lassen sich folgende Quintessenzen aus den in Tabelle 1 ersichtlichen Befunden für die im Rahmen von „Chance for Kids“ erbrachten Hilfen ziehen:

- Sowohl Eltern als auch Kindern werden konkrete Hilfsmöglichkeiten aufgezeigt.
- Den Kindern bzw. jungen Menschen werden insbesondere Strategien und Informationen zum Umgang mit den Problemen der Eltern sowie eine gesteigerte Achtsamkeit bzgl. der eigenen Bedürfnisse vermittelt.
- Die Eltern erlangen im Zuge der Hilfen ein besseres Verständnis für die Situation der Kinder und es werden Strategien entwickelt, damit die Kinder nicht mit deren Problemen oder dem Alltag überfordert werden.

Darüber hinaus zeigen die Daten noch einige weitere interessante Detailergebnisse auf:

- Aus Sicht der Kinder kann das Handeln der Eltern vergleichsweise am wenigsten stark beeinflusst werden.
- Relativ gesehen gelingt es den Eltern am wenigsten, die eigenen Probleme zu verstehen sowie mehr für die Kinder da zu sein und mit diesen sprechen zu können.
- Die Eltern geben entsprechend ihrer Selbstauskunft eher häufiger an, ihre Kinder besser zu verstehen, die Kinder nehmen dies aber deutlich seltener auch in analoger Form wahr.

## 5. Empirische Hinweise auf relevante Wirkungszusammenhänge (Wirkfaktoren)

Die in Kapitel 4.1 dargestellten Ergebnisse zur Wirksamkeit sind vorrangig für die „Außenwahrnehmung“ des Modellprojekts von Relevanz. Zwar geben die Daten auch in der Innenperspektive den beteiligten Projektstandorten ein Feedback über den Erfolg bzw. Misserfolg ihres fachlichen Handelns und können somit das professionelle Selbstverständnis unterfüttern, in erster Linie geht es hier aber um einen Legitimitätsbeleg der Fachlichkeit der angebotenen Hilfen. Der Nachweis der Wirksamkeit wird dabei nicht nur immer öfter von den Hilfeadressat\*innen als mündigen „Verbraucher\*innen“, sondern etwa von Öffentlichkeit, Politik und insbesondere von den Kostenträgern nachgefragt. Insofern spielt er ebenso im Rahmen der Verstetigungsbemühungen der neu entwickelten bzw. erweiterten Hilfeangebote eine wichtige Rolle. Im Rahmen von Wirkungsevaluationen ist, bei entsprechender Beachtung der Leitlinien für die Forschungskonzeption (vgl. Kapitel 2.2), aber noch eine erweiterte Perspektive möglich, die mehr den Blick nach „innen“ richtet (damit ist der Innenblick aus professioneller Sicht gemeint, also etwa die Strukturen der Projektstandorte und die Prozesse im Rahmen der Hilfe). Dieser Innenblick gibt außerdem Hinweise darauf, in welchen Bereichen es Ansatzpunkte für Optimierungsprozesse gibt. Zu diesem Zweck wurden im Rahmen der vorliegenden Evaluation auch sog. „Wirkfaktoren“ ermittelt. Damit sind Merkmale gemeint, die mit den in Kapitel 4.1 beschriebenen Effekten bzw. Wirksamkeiten von „Chance for Kids“ in Zusammenhang stehen und diese sozusagen „moderierend“ beeinflussen (siehe auch Macsenaere & Esser, 2015). Wie bereits in Kapitel 2.2 ausführlich beschrieben wurde, orientiert sich die Evaluation „Chance for Kids“ am Qualitätsmodell von Donabedian (1980). Im Sinne der drei in der Modellbildung postulierten zentralen Qualitätsdimensionen ist die Ergebnisqualität mit der Wirksamkeit bzw. Effektivität gleichzusetzen, während Wirkfaktoren, die Ansatzpunkte für Optimierungen bieten, auf Ebene der Struktur- und Prozessqualität zu suchen sind.

Im vorliegenden Kapitel wird ein Überblick über die Quintessenzen der im Rahmen von „Chance for Kids“ durchgeführten Wirkfaktorenanalysen gegeben. Zum besseren Verständnis sind an dieser Stelle noch einige Erläuterungen vorangestellt. Zu beachten, ist hier insbesondere, dass in die Wirkfaktorenbetrachtungen, entsprechend des in Kapitel 2.4 beschriebenen Triangulationsansatzes, stets sowohl quantitative als auch qualitative Untersuchungsergebnisse einbezogen wurden. Auf quantitativer Ebene werden dabei insbesondere statistische Zusammenhänge zwischen Indikatoren und Merkmalen der Struktur- und Prozessqualität auf der einen und den Indikatoren der Ergebnisqualität auf der anderen Seite analysiert. Dies kann z. B. in Form von bivariaten Korrelationsanalysen oder in Form von multivariaten Regressionsanalysen geschehen. Als Wirkfaktoren werden letztendlich diejenigen Merkmale bezeichnet, für die ein relevanter Einfluss auf die Ergebnisse bzw. Wirkungen ermittelt werden kann. Die

Art des Einflusses spielt dabei keine Rolle. D. h. Wirkfaktoren können gleichsam positiver wie negativer Natur sein, also grundsätzlich sowohl einen wirksamkeitsfördernden als auch einen wirksamkeitshemmenden Einfluss haben. Um Fehlschlüsse aus den (quantitativen) Wirkfaktorenanalysen zu vermeiden, ist ferner wichtig sich zu vergegenwärtigen, dass ein statistisch nicht mit der Ergebnisqualität korrelierendes Merkmal, noch in keiner Weise die Schlussfolgerung zulässt, dass dieses Merkmal keine Relevanz für gelingende Hilfeprozesse hätte. Um überhaupt einen Zusammenhang statistisch nachweisen zu können, muss in der Praxis immer zudem eine Varianz bzw. Variabilität der Einflussgröße(n) vorliegen. Anders ausgedrückt, muss sich die Praxis in diesem Merkmal tatsächlich in relevanter Form unterscheiden. Dies gilt insbesondere für die extrainstitutionellen Rahmenbedingungen (s. Abbildung 28). Dazu gehören z. B. Faktoren wie die allgemeine Versorgungs- u. Finanzierungssituation, gesetzliche Rahmenbedingungen und weitestgehend ebenso die Grundkonzeption des Modellprojekts selbst, die für alle Projektstandorte gleichermaßen handlungsleitend sind. Die statistisch notwendige Varianz wäre darüber hinaus aber ebenso bei allgemeingültigen Qualitätsstandards, die in der Praxis bereits durchgängig auf einem fachlich hohen Niveau umgesetzt werden, nicht gegeben. Aus einer nicht feststellbaren Wirkungskorrelation zu schließen, dass die strukturellen Rahmenbedingungen irrelevant wären oder auf die Qualitätsstandards aus dem Beispiel zukünftig verzichtet werden könnte, wäre naheliegenderweise nicht korrekt. Aus diesem Grund ist bei der Betrachtung von Einflussfaktoren, neben den statistischen Zusammenhängen, immer eine inhaltlich-fachliche Bewertung notwendig. Vor diesem Hintergrund stellt die im Rahmen der Evaluation vorgenommene Triangulation einen erheblichen Mehrwert dar.

Im Rahmen der Triangulation wurden die unterschiedlichen Indikatoren und Auswertungsstränge zusammengeführt. Da es sich hier um einen sehr komplexen mehrstufigen Prozess handelt, beschränken sich die Ausführungen in diesem Kapitel im wesentlichen auf die Ergebnisse, die durch verschiedene Quellen und Beobachtungen abgesichert werden konnten. Es handelt sich hierbei um eine qualitative Aufbereitung der Forschungsbefunde, die auch ohne nähere statistische Kenntnisse rezipierbar ist. Auf nähere Ausführungen zur Statistik wurde daher bewusst verzichtet. Alle dargestellten Wirkungszusammenhänge sind aber, soweit nicht anders ausgewiesen, statistisch signifikant mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit auf einem Niveau von unter fünf Prozent ( $p < 0,05$ ) und bewegen sich zudem im Bereich kleiner bis mittlerer Effektstärken. Nichtsdestotrotz unterliegen die bei der Evaluation vorgenommenen Wirkfaktorenanalysen konzeptionellen Limitierungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Ein wichtiger Aspekt in dieser Hinsicht ist, dass im Rahmen der Analysen in der Regel keine Kausalzusammenhänge abgebildet werden. Dies ist in Feldstudien aus forschungsmethodologischen Gründen grundsätzlich nur in sehr eingeschränkter Form möglich. Ferner konnten im Rahmen der statistischen Analysen multivariate moderierende

Einflüsse von „Drittvariablen“ auf spezifische Zusammenhänge nicht vollständig kontrolliert werden. Schließlich sollte man sich noch vergegenwärtigen, dass die nachstehend beschriebenen Befunde zu Wirkungszusammenhängen zwar durchaus im Stande sind, substantielle Hinweise auf mögliche Ansatzpunkte für Qualitätsoptimierungsprozesse zu liefern, dies aber noch nicht den Qualitätsentwicklungsprozess selbst darstellt. Anders ausgedrückt, liefern die Befunde kein „Kochrezept“, das überall gleichermaßen anwendbar ist. Um zielführende Entwicklungsprozesse in einzelnen Projektstandorten anstoßen zu können, muss jeweils die Situation vor Ort im Rahmen einer individuellen Auswertung analysiert und reflektiert werden. Darufhin ist im engen Austausch mit der Praxis vor Ort, ein an die konkreten Bedarfe angepasstes Ziel- und Maßnahmenpaket zu entwickeln. Die übergeordneten Befunde zu Wirkfaktoren geben hierbei aber eine im Sinne von Leitlinien und Schwerpunkten wertvolle Orientierung.

**Abbildung 28: Übersicht der zentralen im Rahmen von CfK ermittelten Wirkfaktorendimensionen**



Vor dem Hintergrund der für alle Projektstandorte gleichermaßen gültigen extrainstitutionellen Rahmenbedingungen (vgl. auch Kapitel 1), die den Handlungsrahmen für die Durchführung des Modellprojets abstecken und die Grundlage in irgendeiner Form „wirkende“ professionelle Hilfen sind, konnten im Rahmen der Evaluation „Chance for Kids“ zahlreiche spezifische Faktoren ermittelt werden, mit denen die Wirkungen des Modellprojekts erklärt werden können. Diese können drei Säulen bzw. Ebenen zugeordnet werden: Zum einen Faktoren bzw. Merkmale, die die Qualität der Hilfe- bzw. Beratungsstrukturen beschreiben (erste Wirkfaktorendimension). Darüber hinaus sind aber zudem Faktoren salient, die sich auf die interdisziplinäre Kooperation (zweite Wirkfaktorendimension) sowie die Qualität der zielgruppenspezifischen Angebote und Hilfe- bzw. Beratungsprozesse beziehen (dritte

Wirkfaktorendimensionm, s. Abbildung 28). In den Säulen spiegelt sich letztlich das Qualitätsmodell von Donabedian (1980) wider. Während die erste Wirkfaktorendimensionen zur Strukturqualität gehört, ist die dritte Dimension vorrangig der Prozessqualität zuzurechnen. Die zweite Dimension „interdisziplinäre Kooperation“ hat dahingegen einen hybriden Charakter und weist sowohl Struktur- als auch Prozessqualitätsanteile auf. Daher wurde sie in Abbildung 28 mittig zwischen den beiden erstgenannten Bereichen angeordnet. Theoretisch hätten ihre Einzelkomponenten gleichfalls auf die Dimensionen „Qualität der Beratungsstrukturen“ sowie „Qualität der Beratungsprozesse“ verteilt werden können. Der interdisziplinären Kooperation kommt allerdings im Rahmen der untersuchten Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtbelastender Eltern eine derart wesentliche Rolle zu, dass eine eigenständige Betrachtung dieser Dimension zwingend geboten war. In den nachfolgenden Abschnitten werden die drei zentralen und die ihnen konkret zugrundeliegenden Merkmale näher beschrieben.

## **5.1. Wirkfaktorendimension Qualität der Hilfe- und Beratungsstrukturen**

Innerhalb der ersten zentralen Wirkfaktorendimension, die die Qualität der Hilfe- und Beratungsstrukturen beschreibt, konnten mehrere spezifische Merkmalsbereiche als wirkungsrelevante Faktoren identifiziert werden. Die strukturellen Rahmenbedingungen stellen außerdem die Besonderheiten dar, anhand derer die hohen Wirksamkeiten des Modellprojekts erklärt werden können. Im Einzelnen handelt es sich um die Faktoren „Zugänglichkeit“, „personelle Ressourcen“, „Fortbildung und Qualifizierung“, „Dokumentation und Qualitätsmanagement“ sowie „Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit“.

### **5.1.1. Zugänglichkeit und personelle Ressourcen**

Hinsichtlich des Strukturmerkmals Zugänglichkeit zeigt sich, dass die Erfolgswahrscheinlichkeit in Bezug auf die Gesamteffekte im Allgemeinen höher ausfällt, je mehr Adressat\*innen die Beratungsstelle bzw. den Projektstandort bei maximal einstündiger Fahrtzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen können. Wie sich gezeigt hat, stellt dies insbesondere einen erfolgskritischen Faktor für Gruppenangebote in Flächenlandkreisen dar.

Neben den allgemeinen Wirkungszusammenhängen konnten darüber hinaus noch Einflüsse auf spezifische Grundbefähigungsdimensionen ermittelt werden. So wirkt sich speziell auf die kindbezogenen Capabilities ein höherer Realisierungsgrad der folgenden strukturellen Rahmenbedingungen positiv aus:

- Bei akuten Beratungsbedarfen können kurzfristige Termine ermöglicht werden (innerhalb einer Woche).

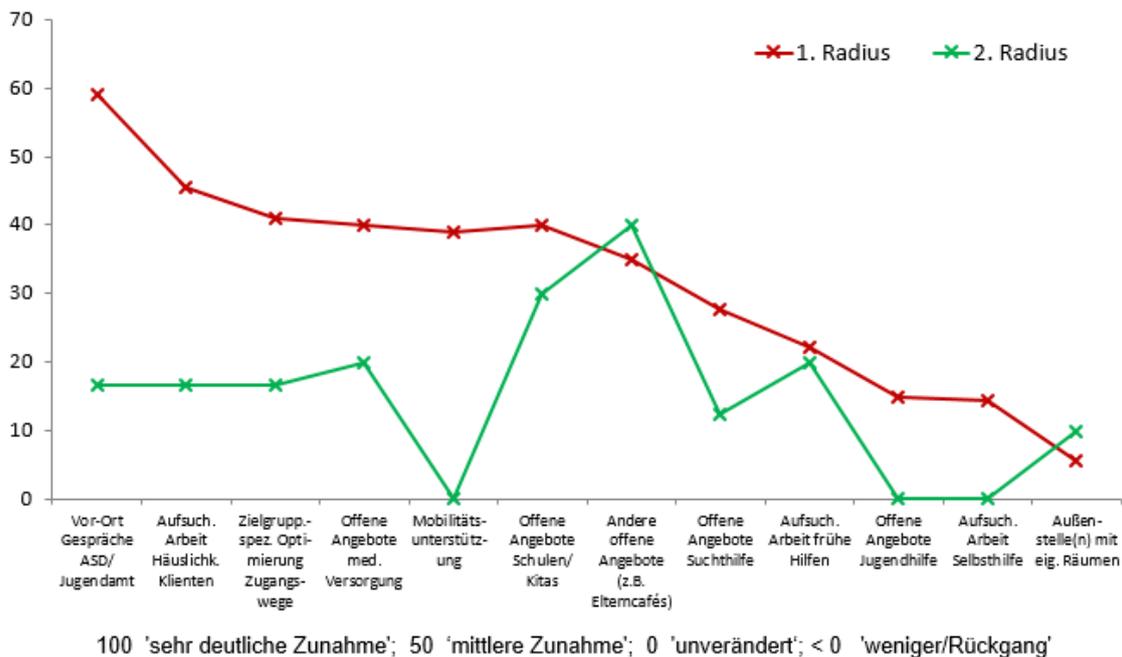
- Ausbau offener Angebote in Einrichtungen bzw. Diensten der medizinischen Versorgung.

Des Weiteren fällt die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung der elternbezogenen Grundbefähigungen umso höher aus, je umfänglicher die folgenden Rahmenbedingungen ausgebaut sind:

- Erstgespräche innerhalb von vier Wochen nach Anmeldung
- Termine außerhalb der üblichen Bürozeiten
- Ausbau offener Angebote u. a. in Schulen und Kitas

Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich sozialraumnahe, zeitnahe und flexible Terminfindungen sowie offene Angebote und Mobilitätsunterstützung im Hinblick auf die Wirksamkeit der Angebote nachweislich ausgezahlt haben. Hierbei ist allerdings essentiell, dass dies auch einen höheren personellen Ressourceneinsatz erfordert, der ohne die im Rahmen des Modellprojekts zusätzlich zur Verfügung stehenden Mittel in dieser Form nicht hätte realisiert werden können.

**Abbildung 29: Entwicklung zugänglichkeitsfördernder und sozialräumlicher Angebote in den Standorten des ersten und zweiten Radius in der Projektlaufzeit bzw. den letzten zwei Jahren**



Vor diesem Hintergrund zeigen die Daten, dass die zugänglichkeitsfördernden Strukturen im Projektzeitraum des Modellprojekts bzw. in den zurückliegenden zwei Jahren, gerechnet ab dem Erhebungszeitpunkt der Strukturhebung (s. Kapitel 2.3), in deutlichem Umfang ausgebaut werden konnten (s. Abbildung 29). Dies zeigt sich naheliegenderweise am stärksten in den Projektstandorten des ersten Radius (s. Kapitel 1), die unmittelbar von der Fördervereinbarung im Rahmen des Modellprojekts profitieren konnten. Konkret impliziert dies einen

Zugang zu gesonderten Fördermitteln für Personalressourcen sowie Sach- und Verwaltungsmittel, die dem zweiten Radius so nicht zur Verfügung standen. Der „Zugewinn“ des Modellprojekts für den zweiten Radius ist primär in der Partizipation an Fortbildungen, Fachveranstaltungen, der Einbindung in den Evaluationsprozess sowie in der allgemeinen Unterstützung zu sehen, die im Zuge der zentralen Koordination durch den DiCV Köln bereitgestellt wurde, etwa durch die Übermittlung themen- und zielgruppenspezifischer Fachinformationen (vgl. Kapitel 6.2). Eine umfangreiche Angebotsentwicklung war innerhalb des Regelbetriebs dahingegen nur in eingeschränkter Form darstellbar. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass im zweiten Radius zu Beginn des Modellprojekts schon viele förderliche Strukturen entwickelt worden waren und dementsprechend bereits eine andere Ausgangssituation vorlag.

Davon unbesehen haben innerhalb des ersten Radius speziell die „Vor-Ort-Gespräche beim ASD/Jugendamt“ am stärksten zugenommen. Mit Werten im Bereich „mittlerer Zunahme“ fällt darüber hinaus ebenfalls der Ausbau aufsuchender Arbeit in der Häuslichkeit der Klienten, die zielgruppenspezifische Optimierung von Zugangswegen, Mobilitätsunterstützung und offener Angebote in Einrichtungen der medizinischen Versorgung im ersten Radius deutlich höher als im zweiten Radius aus. In sowohl absolut als auch relativ gesehen kleinerem Umfang gilt dies gleichfalls für den Ausbau offener Angebote in Einrichtungen und Angeboten der Suchthilfe, der Jugendhilfe sowie der Selbsthilfe. Lediglich im Hinblick auf die Bereitstellung von offenen Angeboten in Schulen bzw. Kitas, anderen offenen Angeboten wie Elterncafés und der aufsuchenden Arbeit im Bereich der frühen Hilfen, sind im zweiten Radius vergleichbare Veränderungen wie im ersten Radius zu beobachten. Der Ausbau von offenen Angeboten in Schulen und Kitas sowie sonstigen offenen Angeboten wie z. B. in Form von Elterncafés fällt dabei im zweiten Radius absolut gesehen am höchsten aus (s. Abbildung 25). Der Ausbau von zusätzlichen Außenstellen, die räumlich von den Hauptprojektstandorten getrennt sind und ebenfalls die Zugänglichkeit und Sozialraumnähe verbessern können, ist in beiden Radien nur vergleichsweise gering ausgeprägt.

Die Evaluationsergebnisse geben zu guter Letzt zusätzlich Aufschlüsse darüber, wie zukünftig die Entwicklungsschwerpunkte zur weiteren Verbesserung der Zugänglichkeit gesetzt werden sollten. Zum einen ist zu empfehlen, die bedarfsgerechte zielgruppenspezifische Optimierung der Zugangswege fortzuführen. Dazu sollte der Fokus auf folgende Maßnahmen gelegt werden:

- Weiterer Ausbau mobilitätsunterstützender Maßnahmen
- Stärkung des kommunalen Wissensmanagements
- Übergreifendes Hinwirken auf die Inanspruchnahme spezialisierter Hilfsangebote im Unterstützungsnetzwerk
- Schaffung von Zugängen über Pädiater\*innen

Ein weiterer Schwerpunkt sollte zudem auf die Schaffung bzw. dem Ausbau von Vertrauensbrücken zwischen den Institutionen und Fachkräften innerhalb des Hilfesystems sowie zwischen den Hilfesystemen gelegt werden, damit betroffene Familien erfolgreich in spezialisierte Angebote vermittelt werden können. Ein wesentlicher Garant dafür ist insbesondere die Fortführung und Intensivierung der Sensibilisierung von Fachkräften für die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe. In diesem Zusammenhang sollten etwa Empfehlungen und Leitlinien zur Gesprächsführung mit betroffenen Eltern konkretisiert werden.

### **5.1.2. Fortbildung und Qualifizierung**

Ein weiteres strukturelles Merkmal, das in positivem Zusammenhang mit der Wirksamkeit von „Chance for Kids“ steht, ist der Bereich „Fortbildung und Qualifizierung“. Eine höhere Erfolgswahrscheinlichkeit im Hinblick auf die Gesamteffektivität war hier vor allem in den Projektstandorten festzustellen, in denen folgende Merkmale stärker ausgeprägt waren:

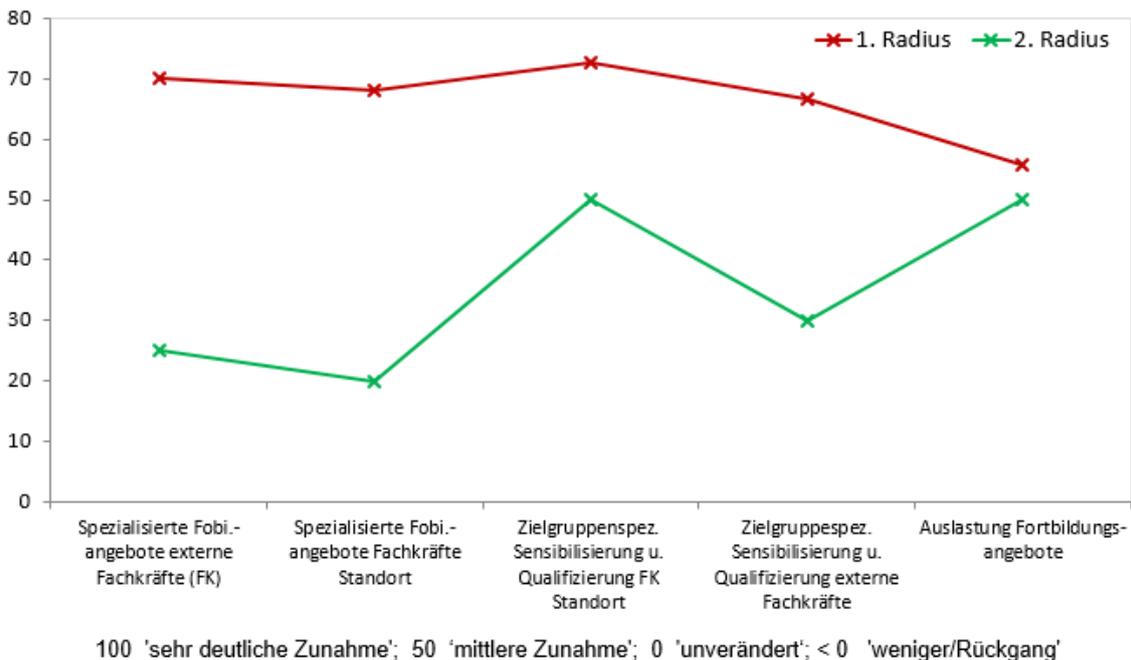
- Besserer Abdeckungsgrad der Hilfe- bzw. Beratungsbedarfe durch eine höhere Bandbreite von bei den Fachkräften vorhandenen Zusatzqualifikationen (vgl. Ausführungen zur „Multidisziplinarität“ in Kapitel 5.2.1).
- Höhere durchschnittliche Anzahl an externen (Fall-)Supervisionsstunden pro Jahr und Beratungsfachkraft.
- Stärkerer Ausbaugrad bzgl. der Sensibilisierung und Qualifizierung der Fachkräfte des Projektstandorts bzw. der Beratungsstelle für die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe.
- Stärkerer Ausbaugrad bzgl. der Sensibilisierung und Qualifizierung von externen Fachkräften für die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe.

Daneben konnten spezifische Wirkungszusammenhänge ermittelt werden. So zeigte sich etwa eine positive Korrelation zwischen der durchschnittlichen Anzahl der, unmittelbar auf die Hilfen für die Zielgruppe bezogenen, Fortbildungstage pro Jahr und Beratungsfachkraft und dem im Zuge der Hilfen erreichten Ausmaß der Förderung von kind- bzw. junge Menschen-spezifischen Grundbefähigungen. Die Capabilities der Eltern konnten dann umso stärker positiv beeinflusst werden, umso mehr spezialisierte Fortbildungsangebote für externe Fachkräfte (z. B. von Kitas, Schulen o. ä.) vorhanden waren. Insgesamt kann im Sinne eines kurzen Zwischenfazits festgehalten werden, dass Qualifikation, Fortbildung, Supervision und insbesondere eine zielgruppenspezifische Sensibilisierung der Fachkräfte wichtige Gelingensfaktoren darstellten.

Anknüpfend an die Ausführungen in Kapitel 5.1.1 ergeben sich auch bzgl. der Fortbildung und Qualifizierung unterschiedliche Entwicklungen im Rahmen der Projektlaufzeit des Modellprojekts bzw. den letzten zwei Jahren zum Erhebungsstichtag der Strukturdaten. Abbildung 30 veranschaulicht die Veränderungen bzgl. der Ausgestaltung spezialisierter

Fortbildungsangebote im Vergleich zwischen dem ersten und zweiten Radius. In beiden Radien ist eine Zunahme entsprechender Angebote zu beobachten. Bei den Projektstandorten des ersten Radius liegen nahezu über alle Aspekte hinweg Steigerungen im Bereich deutlicher Zunahmen vor. Die Steigerungen fallen dabei, abgesehen von der Auslastung der Fortbildungsangebote, im ersten Radius in allen Bereichen höher aus. Wie bereits oben erwähnt, verfügte der zweite Radius zum Startzeitpunkt des Modellprojekts unter anderem bereits über zahlreiche etablierte Angebotsstrukturen, weshalb der niedrigere Ausbaugrad im Vergleich zum ersten Radius nicht negativ bewertet werden darf (s. Kapitel 5.1.1). Der höhere Veränderungsgrad im ersten Radius gibt hier eher Aufschluss darüber, mit welchen Schwerpunkten die Fördervereinbarungen im Rahmen des Modellprojekts umgesetzt wurden. In beiden Radien wurden, jeweils für sich betrachtet, die meisten Entwicklungen im Bereich der Sensibilisierung und Qualifizierung der Fachkräfte der eigenen Standorte für die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe angestoßen (s. Abbildung 30).

**Abbildung 30: Entwicklung spez. Fortbildungsangebote in den Standorten des ersten und zweiten Radius in der Projektlaufzeit bzw. den letzten zwei Jahren**



In Bezug auf zukünftige Entwicklungsschwerpunkte im Bereich Fortbildung und Qualifizierung lassen sich folgende Empfehlungen geben: Als Grundlage einer bedarfsgerechten Angebotsplanung und Prozessgestaltung erscheint es sinnvoll, den Fokus weiterhin auf die Frage der Erhöhung der Sensibilität der Fachkräfte für die besonderen Bedarfe der Zielgruppe zu legen. Eine besondere Aufmerksamkeit sollte dabei auf die Schaffung bzw. den Ausbau von arbeitsfeldübergreifenden Formaten gerichtet werden, im Rahmen derer eine gegenseitige Qualifizierung mit der jeweils spezialisierten Expertise der einzelnen Professionen stattfinden kann. Dies kann letztlich ebenfalls das gegenseitige Verständnis zwischen den Arbeitsfeldern stärken und, sowohl auf System- als auch Einzelfallebene, zu einer gelingenden Kooperation

beitragen (vgl. Kapitel 5.2). Ein besonderer Qualifizierungsbedarf kristallisierte sich im Rahmen der Evaluation in besonderem Maße zudem noch im Bereich der Gesprächsführung mit suchtbelasteten Eltern heraus.

### **5.1.3. Dokumentation und Qualitätsmanagement (QM)**

Bei den in „Chance for Kids“ untersuchten Hilfen haben sich eine begleitende Dokumentation sowie ein adäquates Qualitätsmanagement als unverzichtbare Eckpfeiler für wirkungsvolle Hilfen gezeigt. Im Allgemeinen fallen die Wirksamkeiten bzw. Erfolgswahrscheinlichkeiten umso höher aus, je mehr die folgenden Merkmale vorliegen bzw. in höherem Umfang in der Praxis zum Einsatz kommen:

- Durchführung systematischer Hilfe- bzw. Beratungsdokumentationen.
- Systematisierte Durchführung einer kritischen Reflexion und Bewertung der eigenen Arbeit.
- Regelmäßige Nutzung systematischer Verfahren bzw. Instrumente zur Einschätzung der Hilfe- bzw. Beratungsergebnisse (in der Regel erfolgt dies bei den CfK-Projektstandorten in Form von Zufriedenheitsumfragen bei den Hilfeadressat\*innen).

In Teilbereichen waren zudem noch höhere Erfolgswahrscheinlichkeiten nachweisbar, wenn regelmäßig eine Zufriedenheitsbestimmung bei den Mitarbeiter\*innen der Projektstandorte durchgeführt wurde.

Im Rahmen der Evaluation erkannte Entwicklungsschwerpunkte im Bereich Dokumentation und QM lassen sich für die einzelnen Arbeitsfelder aussprechen. Im Bereich der Erziehungsberatung liegen diese in der Anwendung einer Diagnostik und Beratungsdokumentation, die besondere Belastungssituation in Familien berücksichtigt. Damit ist gemeint, dass etwa psychische Störungen und Suchtbelastungen im Rahmen der diagnostischen Abklärung bei Beratungsbeginn auch richtig erkannt werden. Denn in vielen Fällen suchen Menschen Beratungsstellen auf, ohne dass eine psychische Erkrankung oder eine Suchtbelastung in der Familie dafür die vorrangigen Anlässe wären. Besteht hier keine hinreichende Sensibilität, dass eine diagnostische Abklärung ggf. sinnvoll sein könnte, kann keine hinreichend auf die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmte Beratung erfolgen. Im Bereich der Suchtberatung wurde dahingegen vielfach deutlich, dass eine in stärkerem Maße systemische Ausrichtung der Diagnostik und Beratungsdokumentation, unter Berücksichtigung der familiären Situation der Hilfeadressat\*innen und insbesondere der Kinder und jungen Menschen, zu empfehlen wäre. Arbeitsfeldübergreifend wäre schließlich die Schaffung bzw. der Ausbau von Verfahren zur gemeinsamen Dokumentation der interdisziplinären Fallgestaltung, kooperativ durch Erziehungsberatung und die Suchtberatung, ein für die Zukunft stärker angezeigtes Entwicklungsfeld.

#### 5.1.4. Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung

Als weiterer Baustein für effektive Hilfe- und Beratungsangebote bei Familien mit Kindern psychisch kranker und suchtbelasteter Eltern(teilen) hat sich im Zuge der Evaluation eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit herauskristallisiert. Vor dem Hintergrund der weit verbreiteten Tabuisierung von psychischen Erkrankungen und Suchtbelastungen (s. Kapitel 1) spielen in diesem Zusammenhang neben der Bekanntmachung des Hilfeangebots auch die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Thematik eine wichtige Rolle. Entsprechend konnte eine allgemein höhere Erfolgswahrscheinlichkeit in Bezug auf den Gesamteffekt in den Projektstandorten festgestellt werden, in denen folgende strukturelle Rahmenbedingungen in höherem Umfang umgesetzt werden konnten:

- Höheres Ausmaß gemeinsamer Formen der Öffentlichkeitsarbeit zwischen den professionellen Akteuren.
- Höherer Grad an Maßnahmen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema.
- Höherer Grad an Maßnahmen zur Bekanntmachung des Angebots für die Zielgruppe im Allgemeinen.

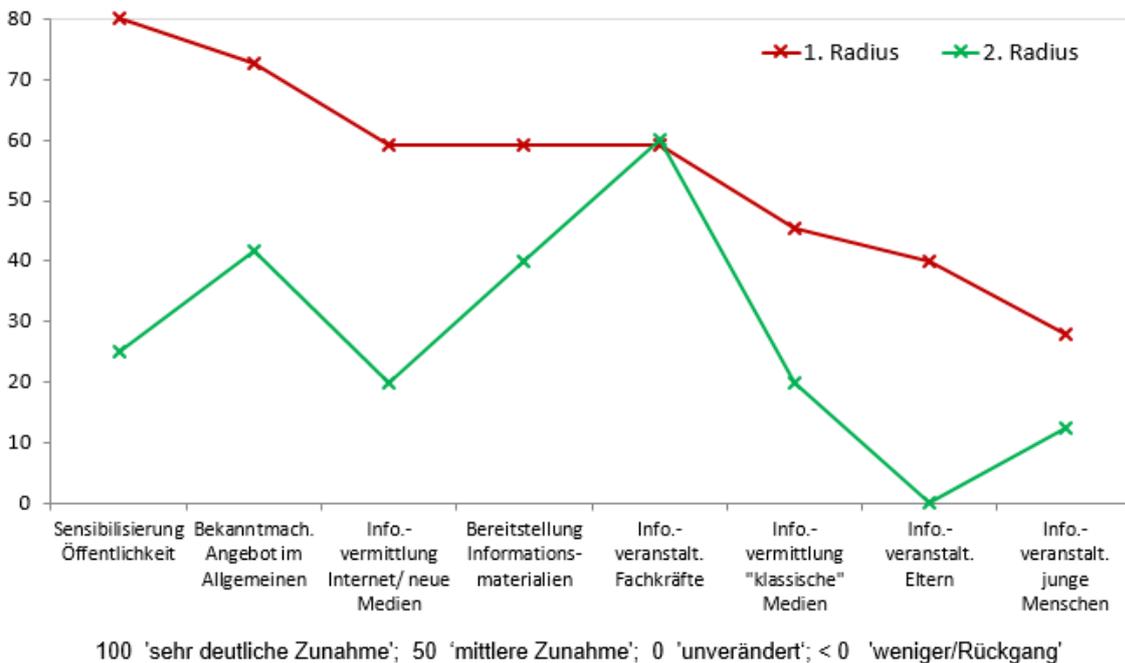
In Teilbereichen waren zudem noch weitere (weniger starke) Hinweise auf Erfolgskorrelationen zu finden bzgl. des Ausmaßes der...

- Bereitstellung von Informationsmaterialien
- Informationsvermittlung im Internet/neue Medien
- Informationsvermittlung in "klassischen" Medien
- Informationsveranstaltungen für Eltern
- Informationsveranstaltungen für junge Menschen
- Informationsveranstaltungen für Fachkräfte

Wie sich die einzelnen Maßnahmen über den Projektzeitraum des Modellprojekts bzw. in den letzten zwei Jahren zum Stichtag der Datenerhebung verändert haben, darüber gibt Abbildung 31 Aufschluss. Analog den vorausgegangenen Ausführungen zeigen sich insbesondere bei den unmittelbar von der Fördervereinbarung im Rahmen des Modellprojekts profitierenden Projektstandorten des ersten Radius, dass im Bereich Informationsvermittlung und Öffentlichkeitsarbeit, zahlreiche Maßnahmen angestoßen wurden. Starke Zunahmen sind im ersten Radius insbesondere bezüglich der „Sensibilisierung der Öffentlichkeit“ und der „Bekanntmachung des Angebots für die Zielgruppe im Allgemeinen“ festzustellen. Aber ebenso andere Maßnahmen wie die „Bereitstellung von Informationsmaterialien“, die „Informationsvermittlung über das Internet und neue Medien“, die „Informationsvermittlung in klassischen Medien“ und in Form von „Informationsveranstaltungen“ für Fachkräfte sowie teils für Eltern konnten im ersten Radius aufgebaut bzw. deutlich entwickelt werden. Die Zunahme bzw. der Ausbau fand hier aber, insbesondere was die klassischen Medien und Informationsveranstaltungen für

Eltern anbetrifft, in etwas geringerem Maße statt. Die geringsten Zuwächse waren im Bereich des Ausbaus von Informationsveranstaltungen festzustellen, die direkt die jungen Menschen adressieren (vgl. Abbildung 31). Im direkten Vergleich erreicht der zweite Radius nur in Bezug auf den Ausbau von Informationsveranstaltungen für Fachkräfte ein ähnlich hohes Niveau wie der erste Radius. Dabei handelt es sich vor dem Hintergrund einer besser ineinandergreifenden arbeitsfeldübergreifenden Zusammenarbeit (s. Kapitel 5.2) aber gleichsam um einen wichtigen Wirkfaktor. Wie bereits mehrfach erwähnt, darf das insgesamt niedrigere Entwicklungsniveau von Maßnahmen im zweiten Radius nicht negativ bewertet werden. Da den Projektstandorten des zweiten Radius keine gesonderten Fördermittel für Personal- sowie Sach- und Verwaltungsressourcen zur Verfügung standen, war eine breite Angebotsentwicklung innerhalb des Regelbetriebs nur bedingt möglich (vgl. Kapitel 5.1.1)<sup>71</sup>. Der zweite Radius dient hier daher mehr als „Benchmark“ bzw. Vergleichswert für die Veränderungen in Angebotsstrukturen, die bereits in vielen Bereichen entwickelt sind. In der Gegenüberstellung mit den Projektstandorten des ersten Radius werden dabei die bei der Etablierung der neuen Angebote gesetzten Schwerpunkte deutlich.

**Abbildung 31: Entwicklung der Informationsvermittlung u. Öffentlichkeitsarbeit in den Standorten des ersten und zweiten Radius in der Projektlaufzeit bzw. den letzten zwei Jahren**



## 5.2. Wirkfaktorendimension interdisziplinäre Kooperation

Einen weiteren wesentlichen Beitrag, für die hohen Wirksamkeiten der im Rahmen des Modellprojekts „Chance for Kids“ initiierten Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtbelasteter Eltern, liefert die interdisziplinäre Kooperation. In diesem Zusammenhang zeigten sich

insbesondere die Multidisziplinarität innerhalb der Projektstandorte sowie nach außen in der Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsfeldern und Institutionen, der Fachaustausch, der Formalisierungsgrad von Kooperationen sowie die Vermittlungspraxis im Zuge der Findung von Klient\*innen als entscheidende Wirkfaktorenbereiche.

### 5.2.1. Multidisziplinarität und Fachaustausch

Unter Multidisziplinarität ist die Zusammenarbeit und das Zusammenwirken von unterschiedlichen Arbeitsfeldern und Disziplinen zu verstehen. Die einzelnen Arbeitsfelder arbeiten dabei in abgestimmter Form nebeneinander, ohne dass sich ihre Methoden und Inhalte durch die Zusammenarbeit verändern. Im vorliegenden Kontext sind vom Standpunkt der professionellen Anbieter von Hilfen zwei Facetten zu betrachten: einerseits die Multidisziplinarität nach innen sowie andererseits die Multidisziplinarität im Blick nach außen.

Eine **Multidisziplinarität nach innen** ist in Erziehungs- und Suchtberatungsstellen vornehmlich durch multidisziplinär ausgerichtete Fachteams, in dem Fachkräfte mit unterschiedlichen Professionen und (Zusatz-)Qualifikationen eine hohe Bandbreite von Beratungsbedarfen abdecken, realisiert. Durch den Fachaustausch im Team und die Erfahrungshintergründe sowie das Fachwissen der verschiedenen Fachrichtungen wird eine zielführende Bedarfsanalyse und passgenaue Planung der Hilfen und Beratungen ermöglicht. Zudem wird eine hohe Methodenvielfalt garantiert. Auch im Rahmen der Evaluation kann empirisch belegt werden, dass die Arbeit in einem multidisziplinären Team innerhalb der Projektstandorte ein wichtiger Baustein für den Erfolg der Hilfen ist. So ist bspw. die Erfolgswahrscheinlichkeit bezogen auf die Gesamteffekte signifikant mit folgenden Merkmalen korreliert

- Höherer Grad der Abdeckung von Beratungsbedarfen in der Breite durch Zusatzqualifikationen der Fachkräfte
- Höherer Anteil von Fällen mit gemeinsamer Arbeit von mehreren Fachkräften
- Höheres Ausmaß der Vorstellung neuer Fälle im Team
- Höherer genereller Anteil von Fällen mit Fallbesprechungen

Spezifisch mit Blick auf die Förderung von kindbezogenen Grundbefähigungen zeigte sich zudem ein höherer festgestellter Grad an flexiblem Einsatz unterschiedlicher Methoden und Arbeitsformen als wirkungsrelevanter Faktor.

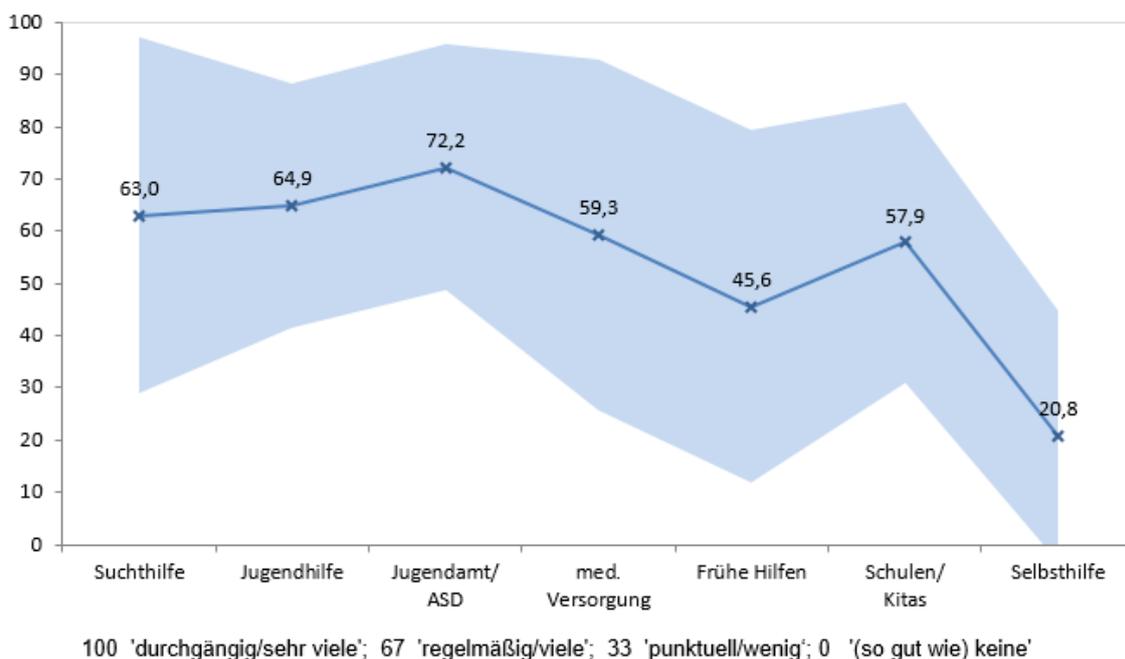
Im Rahmen von „Chance for Kids“ stellt nicht nur die Multidisziplinarität nach innen, sondern ebenfalls die **nach außen auf die Versorgungssystemebene gerichtete Multidisziplinarität**, im Sinne von arbeitsfeldübergreifenden Kooperationen mit anderen Einrichtungen, Diensten, Institutionen und Akteuren einen wesentlichen Gelingensfaktor dar. Die Vernetzung mit Strukturen und Partnern außerhalb der eigenen Einrichtungen bezieht sich dabei sowohl auf eine fallübergreifende Arbeit, z. B. in regelmäßig tagenden Gremien, als auch auf einen

fallbezogenen Fachaustausch, im Rahmen dessen z. B. eine konkrete Weiterverweisung von Klient\*innen stattfinden kann. Insgesamt haben die Kooperationen mit den folgenden Partnern nachweislich einen umso stärkeren Einfluss auf allen Ebenen der Wirkungsdimensionen, je höher das Ausmaß und die Qualität der Zusammenarbeit ausfällt:

- Einrichtungen und Dienste der Suchthilfe
- Einrichtungen und Dienste der Jugendhilfe
- Jugendamt/Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)

Zudem lassen sich signifikante, erfolgskorrelierte Kooperationswirkungen ermitteln, die vor allem eine höhere Wahrscheinlichkeit nahelegen, dass in positiver Weise auf die Eltern eingewirkt werden kann. Dies gilt u. a. dann, je mehr in gelingender Form mit Einrichtungen und Diensten der medizinischen Versorgung, Schulen und Kitas sowie mit frühen Hilfen zusammengearbeitet wird. Darüber hinaus zeigen sich weitere positive Wirkungskorrelationen in Bezug auf das Vorliegen formalisierter Kooperationsvereinbarungen (s. Kapitel 5.2.2).

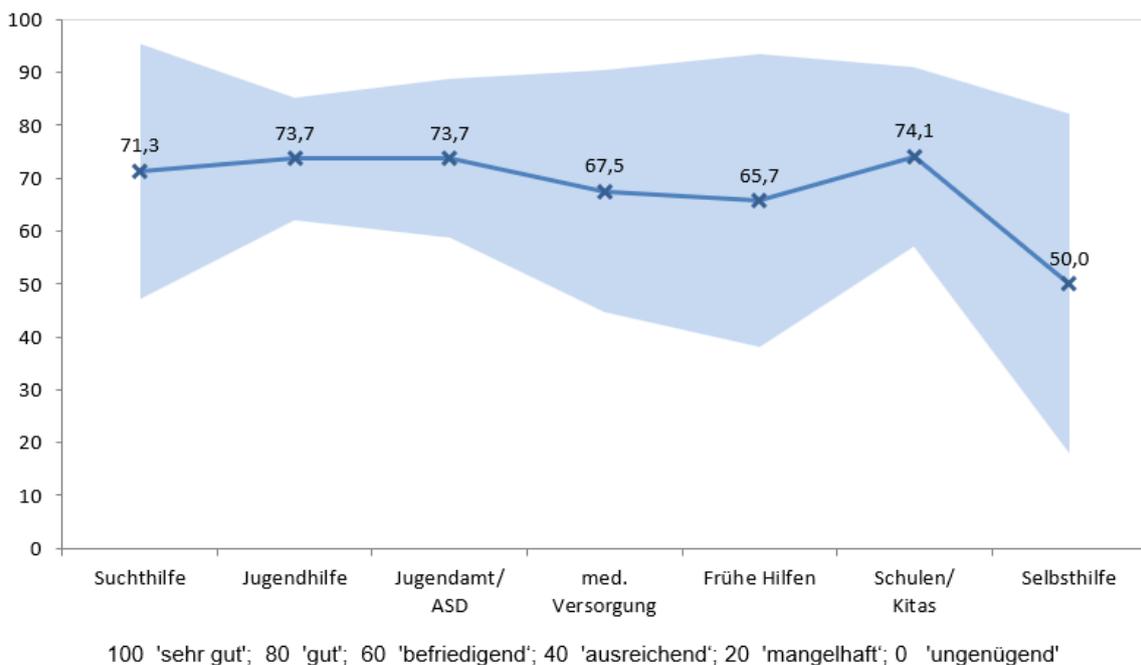
**Abbildung 32: Umfang bzw. Quantität der fallübergreifenden Kooperationen in den CfK-Projektstandorten**



Wie sieht die Kooperationspraxis in den Projektstandorten nun aber konkret aus? In dieser Hinsicht zeigt der Blick auf die Kooperationsumfänge (s. Abbildung 32), dass regelmäßig mit einer breiten Zahl unterschiedlicher Einrichtungen und Institutionen kooperiert wird. Rein zahlenmäßig am häufigsten wird die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt bzw. dem ASD genannt. Kooperationsumfänge im Bereich „regelmäßig/viele“ sind darüber hinaus mit Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe, der Suchthilfe, der medizinischen Versorgung sowie Schulen und Kitas festzustellen. Die frühen Hilfen liegen mit einem Wert von 45,6 in einem mittleren Bereich. Bei den genannten Kooperationen handelt es sich fernerhin um die Partner

bzgl. derer Wirkungszusammenhänge empirisch nachweisbar waren. Ein sichtlich eher geringer Kooperationsumfang zeigt sich dahingegen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe (s. Abbildung 32). Hier liegen maximal punktuelle bzw. wenige Kooperationen vor. Neben der Quantität stellt sich noch die Frage nach der Qualität der Kooperation, schließlich können theoretisch ebenfalls wenige und punktuelle Kooperationen als „Kaffeekränzchen“ wahrgenommen werden, die aus fachlicher Sicht unbefriedigende Ergebnisse produzieren. Die von den CfK-Projektstandorten wahrgenommene Qualität der Kooperation ist in Abbildung 33 dargestellt. Wie in der Abbildung zu erkennen ist, wird die Güte der umgesetzten Kooperationen auf einer Schulnotenskala vorwiegend im guten bis befriedigenden Bereich bewertet und damit auf einem recht hohen Niveau. Eher im guten Bereich angesiedelte Kooperationen werden dabei mit Schulen und Kitas, dem Jugendamt/ASD sowie Einrichtungen der Jugendhilfe und der Suchthilfe wahrgenommen. Bezogen auf die Netzwerkpartner mit eher häufigen bzw. regelmäßigen Kooperationsumfängen wird die Güte der Kooperationen mit Einrichtungen der medizinischen Versorgung und den frühen Hilfen vergleichsweise am niedrigsten eingeschätzt. Eine sichtliche Sonderstellung nimmt hier wiederum die Selbsthilfe ein, bei der nicht nur der Umfang der Kooperation am geringsten ausfällt, sondern zugleich die Qualität der Kooperation insgesamt am ausbaufähigsten eingestuft wird (s. Abbildung 33). Insgesamt wird die Güte der Kooperation hier nur im befriedigenden bis ausreichenden Bereich verortet.

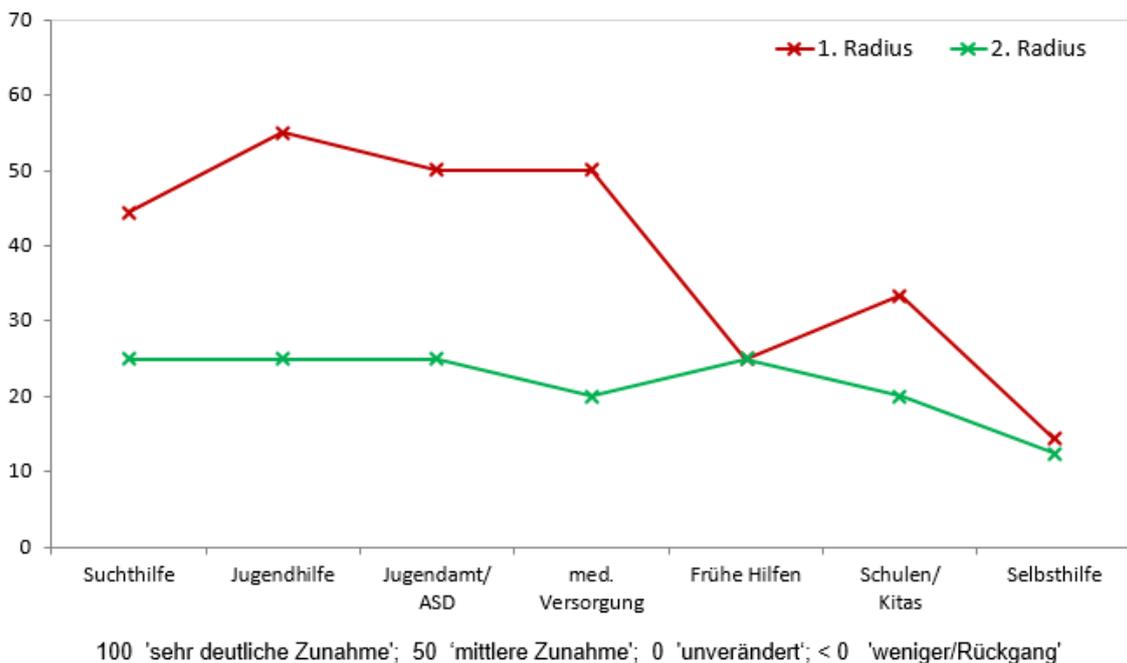
**Abbildung 33: Mittlere wahrgenommene Qualität der fallübergreifenden Kooperationen in den CfK-Projektstandorten**



Analog zur schon in Kapitel 5.1 beschriebenen Zugänglichkeit, Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit wurde gleichsam die Veränderung der Kooperationsstrukturen während der Laufzeit des

Modellprojekts bzw. bezogen auf die letzten zwei Jahren (gemessen am Erhebungstichtag der Strukturhebung) erfasst. Wie in Abbildung 34 zu erkennen ist, wurden mit „Chance für Kids“ viele neue Kooperationen angestoßen und bestehende Kooperationen ausgebaut. Da die Kooperationen im ersten Projektradius im Rahmen der Fördervereinbarungen erst entwickelt werden mussten, ist es sachlogisch nachvollziehbar, dass hier in vielen Bereichen stärkere Entwicklungen zu verzeichnen sind als im zweiten Projektradius. Letzterer dient hier mehr als ein Vergleichswert für Standorte, bei denen bereits teilweise entwickelte Angebotsstrukturen vorliegen. Trotz dieses Umstandes ist im zweiten Radius nahezu durchgängig in allen Bereichen ein zumindest kleiner Ausbau der arbeitsfeldübergreifenden Kooperationsstrukturen feststellbar (s. Abbildung 34). In den Projektstandorten des ersten Radius konnten insbesondere die Kooperationen mit Suchthilfe, Jugendhilfe, Jugendamt und dem Bereich der medizinischen Versorgung nochmals in deutlich höherem Umfang als im zweiten Radius ausgebaut werden. Etwas stärkere Zuwächse im Vergleich zum zweiten Radius können beim ersten Radius zudem hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Schulen und Kitas verzeichnet werden. Keine Unterschiede zwischen den beiden Radien können bei den frühen Hilfen und der Selbsthilfe festgestellt werden, wobei der Ausbau von Kooperationen mit der Selbsthilfe in beiden Radien auch absolut gesehen insgesamt am geringsten ausfällt.

**Abbildung 34: Ausbau der Kooperationen in den Standorten des ersten und zweiten Radius in der Projektlaufzeit bzw. den letzten zwei Jahren**



Vornehmlich im qualitativen Auswertungsstrang der Evaluation wurde deutlich, dass neben dem Ausbau der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe, die bereits an mehreren Stellen evident wurde, noch weitere bisher weitestgehend unerschlossene Kooperationspotentiale vorhanden sind, die im Rahmen einer zukünftigen Weiterentwicklung der Kooperationsstrukturen in den Blick genommen werden könnten. Diese sind in der Zusammenarbeit mit Gemeindezentren

bzw. Stadtteilzentren, Jugendzentren oder der Schulsozialarbeit zu sehen. Daneben erscheint es angezeigt, weiterhin das Augenmerk auf die medizinische Versorgung zu legen und hier in besonderem Maße die Pädiatrie.

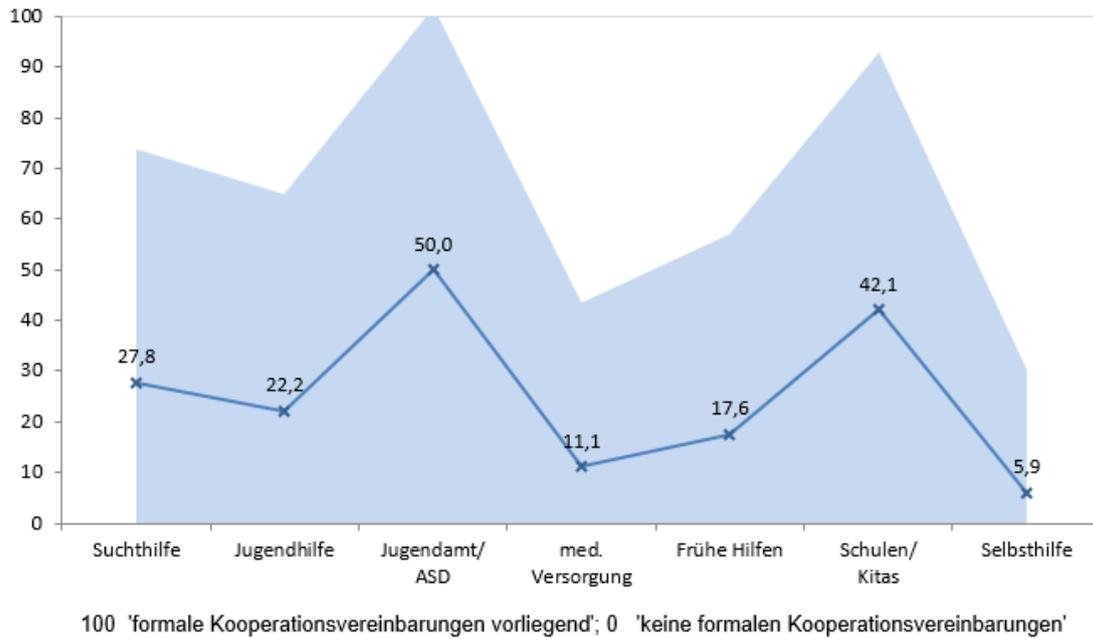
### **5.2.2. Formalisierung sowie weitere Gelingensfaktoren und Herausforderungen im Rahmen von interdisziplinären Kooperationen**

Im vorliegenden Abschnitt wird nochmals näher auf besondere Gelingensfaktoren und Herausforderungen im Rahmen der arbeitsfeldübergreifenden Kooperationen bei Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtbelasteter Eltern eingegangen. Dabei wurde deutlich, dass nicht nur Umfang und Qualität, sondern auch der Formalisierungsgrad von Kooperationen, nachweislich positiv mit erfolgreichen Hilfen in Zusammenhang stehen.

#### **Formalisierung von Kooperationsstrukturen**

An dieser Stelle sollen die positiven Wirkungskorrelationen hinsichtlich des Vorliegens formalisierter Kooperationsvereinbarungen zwischen den Netzwerkpartnern näher in den Blick genommen werden. Dabei wiesen diejenigen Projektstandorte, die in einem höheren Maße die Zusammenarbeit mit den Netzwerkpartnern formell geregelt haben, eine insgesamt höhere Wirksamkeit bzw. Erfolgswahrscheinlichkeit auf. Das heißt selbstverständlich nicht, dass eine gelingende Kooperation nicht auch ohne Formalisierung realisiert werden könnte. Viele konkrete Beispiele aus der Praxis belegen dies. Die Formalisierung hilft allerdings dabei, die Kooperationsstrukturen in den einzelnen Regionen vom Engagement einzelner Akteur\*innen unabhängig zu machen. So ist bspw. häufig zu beobachten, dass lange bestehende Kooperationen mitunter recht schnell eingestellt werden, wenn zentrale Personen aus dem Netzwerk ausscheiden. Im Zuge der Formalisierung wird die Zusammenarbeit zudem auf eine verbindliche Ebene gehoben. Insofern handelt es sich auch um ein Merkmal von Professionalisierung.

Die im Rahmen der Evaluation erhobenen Strukturdaten zeigen, dass in CfK formelle Kooperationsvereinbarungen mit Abstand am häufigsten mit dem Jugendamt bzw. ASD sowie Schulen und Kindertagesstätten vorliegen (s. Abbildung 35). Im Mittel ist dies allerdings auch hier nur in jedem zweiten Standort formale Kooperationsvereinbarungen der Fall. In allen anderen Bereichen ist der Formalisierungsgrad der Kooperationen noch geringer. So liegen nur in jedem zweiten bis dritten von zehn Projektstandorten formale Kooperationsvereinbarungen mit Einrichtungen der Suchthilfe, der Jugendhilfe oder den frühen Hilfen vor. Am geringsten ist der Formalisierungsgrad bei Einrichtungen der medizinischen Versorgung (entsprechende Vereinbarungen liegen im Schnitt nur bei jedem zehnten Projektstandort vor), sowie bei der Selbsthilfe mit einem Anteil von nur ca. sechs Prozent (s. Abbildung 35).

**Abbildung 35: Grad des Vorliegens formaler Kooperationsvereinbarungen**

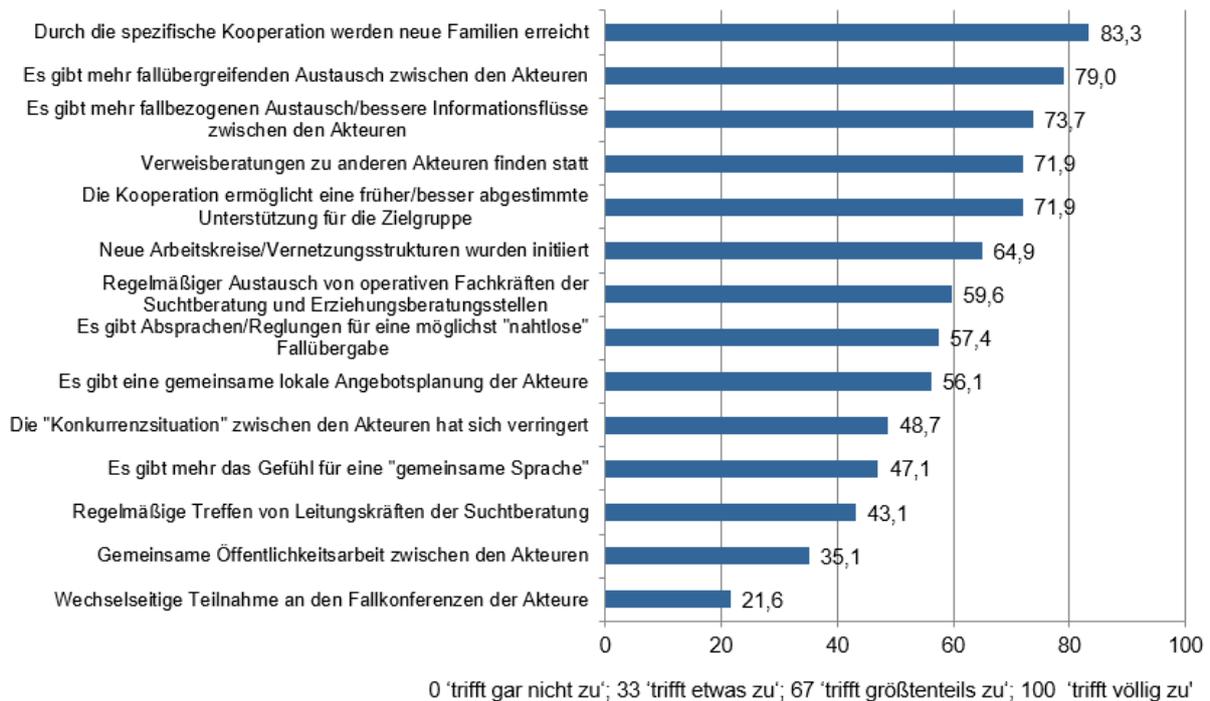
### Spezifische Kennzeichen gelingender Kooperationen

Im Rahmen der Strukturerhebung (s. Kapitel 2.3) wurde ebenfalls ermittelt, welche spezifischen Kennzeichen im Rahmen der Kooperation mit den professionellen Einrichtungen und Akteur\*innen bei den Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtbelasteter Eltern vorliegen. Dabei wurde deutlich, dass durch die spezifischen Kooperationen insbesondere neue Familien erreicht werden, es mehr fallübergreifenden und fallbezogenen Austausch zwischen den Akteur\*innen gibt, mehr Verweisberatungen zu anderen Einrichtungen und Netzwerkpartnern stattfinden und insgesamt eine früher sowie besser abgestimmte Unterstützung für die Zielgruppe ermöglicht wird (s. Abbildung 36). Die genannten Kennzeichen werden von den CfK-Projektstandorten als mehr als größtenteils zutreffend beschrieben. Dass durch die Kooperationen neue Familien erreicht werden, die vorher eher nicht den Weg in die Beratungsstellen gefunden hätten, wird insgesamt am häufigsten genannt. Da es sich hier um die praktischen Konkretisierungsformen des empirisch belegten übergreifenden Wirkfaktors „interdisziplinäre Kooperation“ handelt, sind die beobachteten Kennzeichen gleichsam ebenso erfolgskorreliert und stellen damit Indikatoren einer gelingenden Kooperationspraxis dar.

Mit einer Häufigkeit im oberen Mittelbereich werden ferner noch die Initiierung neuer Arbeitskreise und Vernetzungsstrukturen, die Etablierung eines regelmäßigen Austauschs von operativen Fachkräften der Suchtberatung und der Erziehungsberatungsstellen, das Vorliegen von konkreten Absprachen und Regelungen für die Fallübergabe sowie eine gemeinsame lokale Angebotsplanung recht häufig als besondere Kennzeichen der Kooperationen genannt. Auf der anderen Seite werden Kennzeichen wie die wechselseitige Teilnahme an Fallkonferenzen der Partner im Kooperationsnetzwerk sowie eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit

zwischen den Akteur\*innen am seltensten genannt. In dieser Hinsicht wäre hier das größte Steigerungspotenzial vorhanden. Bemerkenswert ist zudem, dass die Wahrnehmung einer Verringerung der Konkurrenzsituation zwischen den kooperierenden Einrichtungen, trotz aller Bemühungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit, aktuell immer noch eher im unteren Nennungsbereich angesiedelt ist. Dies gilt ebenso für die Frage, ob durch die Kooperation mehr das Gefühl für eine „gemeinsame Sprache“ zwischen den unterschiedlichen Professionen entstanden ist. Diese Aspekte werden in den unmittelbar nachfolgenden Abschnitten noch weiter vertieft.

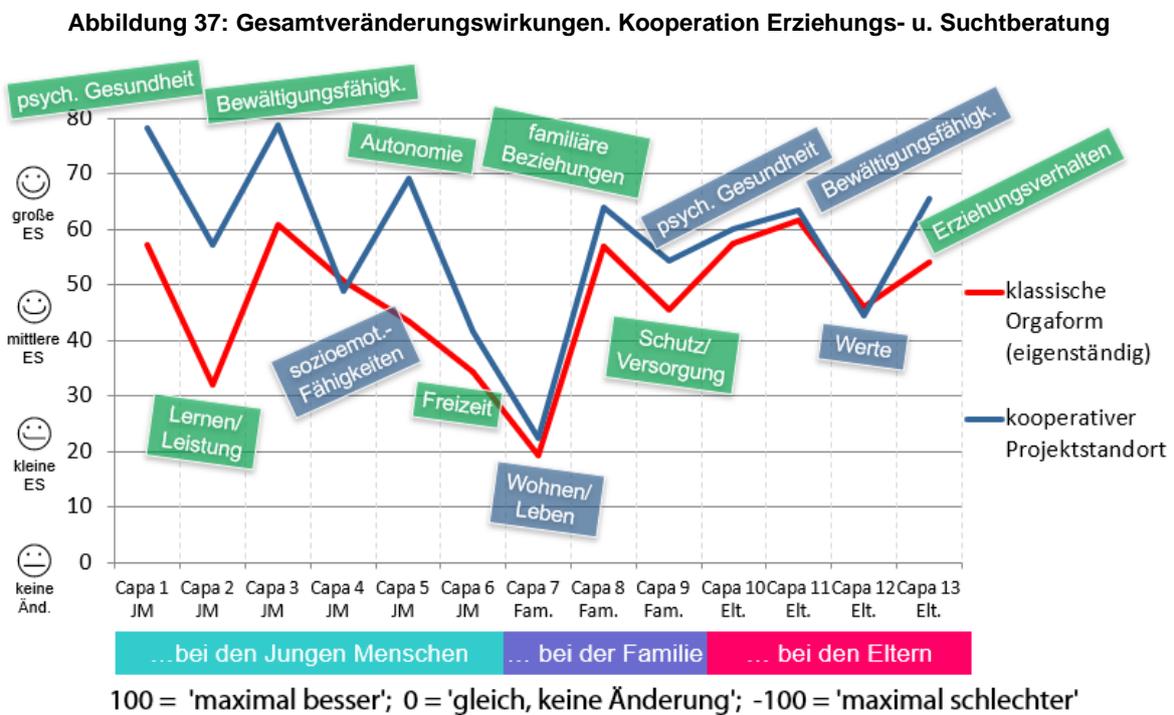
**Abbildung 36: Häufigkeit erfolgskorrelierter Kennzeichen gelingender Kooperation**



### Spezifische Bedeutung der Kooperation von Erziehungs- und Suchtberatungsstellen

Im Rahmen des Evaluationsvorhabens wurde fernerhin der Zusammenhang zwischen der Organisationsform der Projektstandorte und der Wirksamkeiten der Hilfen untersucht. Wie eingangs beschrieben (s. Kapitel 1) sind sowohl Erziehungs- als auch Suchtberatungsstellen an CfK beteiligt. Die Organisationsform der Projektstandorte lässt sich wie folgt unterscheiden: Bei etwa der Hälfte der Projektstandorte (47,4 Prozent) handelt es sich Erziehungsberatungsstellen. Mit einem etwas geringeren Anteil (36,8 Prozent) ist der Projektstandort in einer Suchtberatungsstelle angesiedelt. Vor dem Hintergrund der interdisziplinären Zusammenarbeit sind insbesondere die verbleibenden Projektstandorte, denen mit 15,8 Prozent allerdings nur der geringste Anteil zukommt, hoch interessant. In diesen Fällen kooperieren Erziehungs- und Suchtberatungsstellen so eng verzahnt miteinander, dass im Rahmen der Projektdurchführung keine strukturelle Trennung vollzogen werden konnte. Bei der Durchführung der Evaluation wurden die betreffenden Regionen entsprechend als ein Projektstandort, für die auch die

standortbezogenen Erhebungen durchgeführt wurden, behandelt, (vgl. Kapitel 3.1). Die bei den Hilfeadressat\*innen im Zuge der Hilfe festgestellten Veränderungswirkungen der Grundbefähigungen, lassen sich nach den unterschiedlichen Organisationsformen aufschlüsseln. Wie in Abbildung 37 ersichtlich wird, bewegen sich die beobachteten Wirksamkeiten bzw. Effektstärken unabhängig von der Organisationsform allgemein auf einem sehr hohen positiven Niveau. Mit der Organisationsform in Zusammenhang stehende Unterschiede sind daher eher gradueller Natur. Es ist allerdings auffällig, dass verglichen mit einer „klassischen Organisationsform“, in der entweder eine Erziehungs- oder eine Suchtberatungsstelle das Modellprojekt in eigenständiger Form durchführen, die Wirksamkeit in vielen Grundbefähigungsbereichen bei den kooperativ ausgerichteten Projektstandorten nochmals etwas höher ausfällt. Die entsprechenden Dimensionen sind in Abbildung 37 mit Beschriftungsboxen markiert, die mit grüner Farbe gefüllt sind.



Da entsprechend kooperativ ausgerichtete Projektstandorte aktuell noch deutlich die Minderzahl darstellen, lässt sich aus diesem Befund die Empfehlung ableiten, dass im Rahmen der Hilfen für Kinder psychisch und suchtkranker Eltern auch zukünftig die arbeitsfeldübergreifende Zusammenarbeit zwischen Erziehungs- und Suchtberatungsstellen weiter ausgebaut und intensiviert werden sollte. Dabei ist es gleichsam wichtig, die Etablierung einer gemeinsamen Sprache und den weiteren Abbau von möglichen Konkurrenzwahrnehmungen im Blick zu haben. Konkrete Fragestellungen bzw. Ansatzpunkte wären in diesem Zusammenhang in der näheren Betrachtung der Angebotsstrukturen von Erziehungs- und Suchtberatungsstellen sowie der Ausrichtung von Präventionsangeboten im Sinne eher universeller vs. eher zielgruppenspezifischer Prävention zu sehen.

## **Gelingensfaktoren und Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation sowie Ausblick**

Flankierend und ergänzend zu den bisher beschriebenen Befunden konnte aus den Gruppendiskussionen mit Fach- und Führungskräften der Standorte sowie deren externen Kooperationspartner\*innen ein Schema weiter begünstigender, aber gleichsam hemmender Faktoren für eine inter- bzw. multidisziplinäre Kooperation herausgearbeitet werden. Als hemmend zeigten sich insbesondere die folgenden Merkmale:

- Hohe Personalfuktuation der Fachkräfte, insbesondere im ASD
- Abhängigkeit der Kooperationsbereitschaft einer Institution von Einzelpersonen
- Unzureichende personelle Ressourcen für die Kooperationsarbeit
- Unsicherheit in der Anwendung der datenschutzrechtlichen Vorschriften
- Unterschiedliche Arbeitsaufträge und Haltungen

Als Gelingensfaktoren für die Kooperation wurden insbesondere folgende Merkmale herausgearbeitet:

- Vorhalten personeller und zeitlicher Ressourcen für Netzwerkarbeit und Kooperation
- Einpreisung der Kooperationsarbeit in die Leistungserbringung
- Formalisierung von Kooperation auf Struktur- und Prozessebene
- Finden einer „gemeinsamen Sprache“ und Suche nach einer gemeinsamen Haltung

Bilanzierend betrachtet, kann als Entwicklungsschwerpunkt für eine weitere Optimierung der Kooperation in der Zukunft vor allem die Schaffung von verbindlichen Strukturen und Prozessen für die multidisziplinäre Zusammenarbeit festgehalten werden. Diese gilt es etwa auf institutioneller Ebene durch die Erhöhung des Formalisierungsgrades der Zusammenarbeit über Kooperationsvereinbarungen und die regelhafte Durchführung gemeinsamer und gegenseitiger Qualifizierungsveranstaltungen zu fördern. Dabei zeigte der Austausch im Rahmen der Gruppendiskussionen, dass auf Fachkratebene durchgehend die Bedeutung von Face-to-Face-Austauschformaten betont wird. Hierbei geht es darum, eine zwischenmenschliche Basis zwischen den Fachkräften für eine gelingende, interinstitutionelle Zusammenarbeit zu schaffen. Auf Fallebene werden vielfach arbeitsfeldübergreifende, gemeinsame Prozessbeschreibungen zur kooperativen Fallgestaltung als hilfreich und erstrebenswert erachtet. Vor allem im Hinblick auf die stets benannte Herausforderung der Personalfuktuation wird eine Formalisierung über Kooperationsvereinbarungen und Prozessbeschreibungen als Ankerpunkte für die Sicherung der Kontinuität der multidisziplinären Zusammenarbeit bewertet.

### **5.2.3. Vermittlung und Klient\*innenfindung**

Wie bereits bei den spezifischen Kennzeichen der interdisziplinären Kooperationen deutlich wurde (s. Kapitel 5.2.2), ist die Vermittlung und Weiterverweisung von Klient\*innen an andere Institutionen und Akteur\*innen im Kooperationsnetzwerk ein wesentlicher Gelingensfaktor für erfolgreiche Hilfen bei der Zielgruppe des Modellprojekts. Auch aus empirischer Sicht kann im Zuge der Wirkfaktorenanalysen bestätigt werden, dass für eine erfolgreiche Klient\*innenfindung weniger die „Eigenakquise“ der einzelnen Standorte relevant ist, sondern mehr die „kooperative Vermittlung“ im Fokus steht. Erfolgsrelevante Wirkungszusammenhänge sind hinsichtlich vieler Einrichtungen, Institutionen und Akteur\*innen in den regionalen Kooperationsnetzwerken nachweisbar, insbesondere bei der Vermittlung bzw. der Klient\*innenfindung durch das Jugendamt bzw. den ASD, Einrichtungen und Dienste der Suchthilfe, der Jugendhilfe, aber ebenso der medizinischen Versorgung, den frühen Hilfen und offener Angebote. Daher kann festhalten werden, dass die Klient\*innenfindung stark von möglichst vielfältigen Kooperationen und funktionalen „Vermittlungsstrukturen“ mit den regionalen Akteur\*innen abhängt. Dabei erwies sich vor allem eine bedarfsgerechte zielgruppenspezifische Optimierung der Zugangswege, etwa durch den Ausbau offener Angebote oder mobilitätsunterstützender Maßnahmen als zuträglich, wobei mobilitätsunterstützenden Maßnahmen insbesondere im ländlichen Raum ein nochmals herausgehobener Stellenwert zukommt.

Im Sinne einer Erfolgsbilanz sind die wichtigsten Vermittlungspartner für die Hilfen bisher ASD und Bezirkssozialdienste (BSD) der Jugendämter, ambulante Hilfen und Flexkräfte der freien Jugendhilfe, Beratungsstellen sowie (Jugend-)Psychiatrische und suchtmmedizinische Kliniken. Entwicklungspotentiale sind besonders noch mit Blick auf interinstitutionelle Vertrauensbrücken und Begleitpersonen zu sehen, die Familien in ein anderes Angebot „überführen“. Hier sollten den Befunden der Evaluation nach in Zukunft möglichst noch weitere Vermittlungsstrategien auf- und ausgebaut werden.

### **5.3. Wirkfaktorendimension Qualität(en) der zielgruppenspezifischen Angebote und Hilfe-/Beratungsprozesse**

Die dritte zentrale Wirkfaktorendimension, die sich im Zuge der Evaluation herauskristallisiert hat, beschreibt vorrangig die Charakteristika der Prozessqualität (s. Kapitel 2.2), die für die gelingenden Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtbelasteter Eltern, die im Rahmen des CfK-Modellprojekts beobachtet werden konnten, wesentlich sind. Den Rahmen dafür bilden, selbst wenn es sich hier mehr um ein auf der Strukturebene angesiedeltes Merkmal handelt, die konkrete Ausgestaltung der auf an den unmittelbaren Bedarfen der Zielgruppe ausgerichteten Angebote. Des Weiteren fallen noch die wirkungsassoziierten spezifischen

Qualitäten der fachlichen Arbeit im Einzelfall sowie der Umfang und die „Intensität“ der Hilfedurchführung in die dritte Wirkfaktorendimension.

### **5.3.1. Ausbau spezifischer auf die Bedarfe der Zielgruppe „zugeschnittener“ Angebote**

Insgesamt zeigt sich mit Blick auf die Angebotsstruktur signifikante Wirkungskorrelationen für ein breites Spektrum an Angeboten. Die Erfolgswahrscheinlichkeit fällt insbesondere dann höher aus, wenn Angebote und Maßnahmen aus den folgenden übergeordneten Bereichen stärker ausgebaut waren:

- Arbeit mit Kindern im Einzelsetting
- Arbeit mit Eltern im Einzelsetting
- Arbeit im Familiensetting
- Psychoedukative Ansätze
- Erlebnispädagogische Ansätze

Darüber hinaus erwiesen sich spezialisierte Angebote für die Kinder und spezialisierte Angebote für Eltern ebenfalls als hochgradig mit der Gesamteffektivität der Hilfen korreliert. Je spezifischer die Angebote sind, desto differenzierter müssen allerdings die Wirkungszusammenhänge betrachtet werden. So stehen bestimmte Angebote etwa nur mit der Förderung der kindbezogenen Grundbefähigungen in einem nachweisbaren Zusammenhang. Hier wirkten sich bspw. positiv aus:

- Höherer Umfang der Arbeit mit Kindern im Gruppensetting
- Höherer Ausbaugrad spezieller Angebote für Kinder im Grundschulalter und höherer Altersgruppen

Eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass sich spezifisch die elternbezogenen Grundbefähigungen positiv verändern, geht mit folgenden Maßnahmen einher:

- Höherer Ausbaugrad spezieller Angebote mit Ausrichtung auf Säuglinge/Kleinkinder
- Höherer Ausbaugrad spezieller Angebote mit Ausrichtung auf Kinder im Vorschulalter

Anders als bei den Kindern ergibt sich bezüglich der Arbeit mit Eltern im Gruppensetting keine unmittelbare Wirkungskorrelation. D. h., dass es sich im Zuge der Hilfen möglicherweise als eher herausfordernd darstellt, durch entsprechende Angebote die Capabilities der Eltern zu beeinflussen. Wie einleitend zu Kapitel 5 beschrieben, darf daraus allerdings nicht gefolgert werden, dass entsprechende Angebote wirkungslos seien. Schließlich können auch eine Stabilisierung bzw. die Vermeidung von negativen Entwicklungen Ziele der Hilfen sein. In der Praxis sind zudem oft verschiedene Angebote miteinander vernetzt oder voneinander abhängig, so dass einzelne „Angebotsbausteine“ ebenso dann eine fachliche Relevanz haben können, wenn sie nicht unmittelbar wirkungsrelevant sind. Z. B. könnte ein spezielles

erlebnispädagogisches Angebot für das Kind, gegen das sich die Eltern zunächst gesträubt haben, durch die positiven Erfahrungen, die andere Eltern in einer Elterngruppe berichten, überhaupt erst möglich werden. Die hier dargestellten Wirkfaktorenbefunde geben daher zwar wichtige Hinweise, wie sich eine gelingende Hilfepraxis in der Breite schwerpunktmäßig darstellen kann, können aber nicht als simplifiziertes und generalisiertes „Kochrezept“ für die Ausgestaltung einer konkreten Angebotsstruktur herangezogen werden. Hierfür bedarf es einer vertieften Betrachtung. Im vorliegenden Fall, ist ferner zu bedenken, dass Programme für Eltern im Gruppensetting erst im Laufe der Evaluation nach und nach entwickelt wurden, nachdem ein Projektstandort gute Erfahrungen hinsichtlich der Gruppenarbeit mit Eltern machte. Insofern ist ebenfalls denkbar, dass positive Effekte der Gruppenarbeit durch die Evaluation lediglich noch nicht hinreichend abgebildet werden konnten.

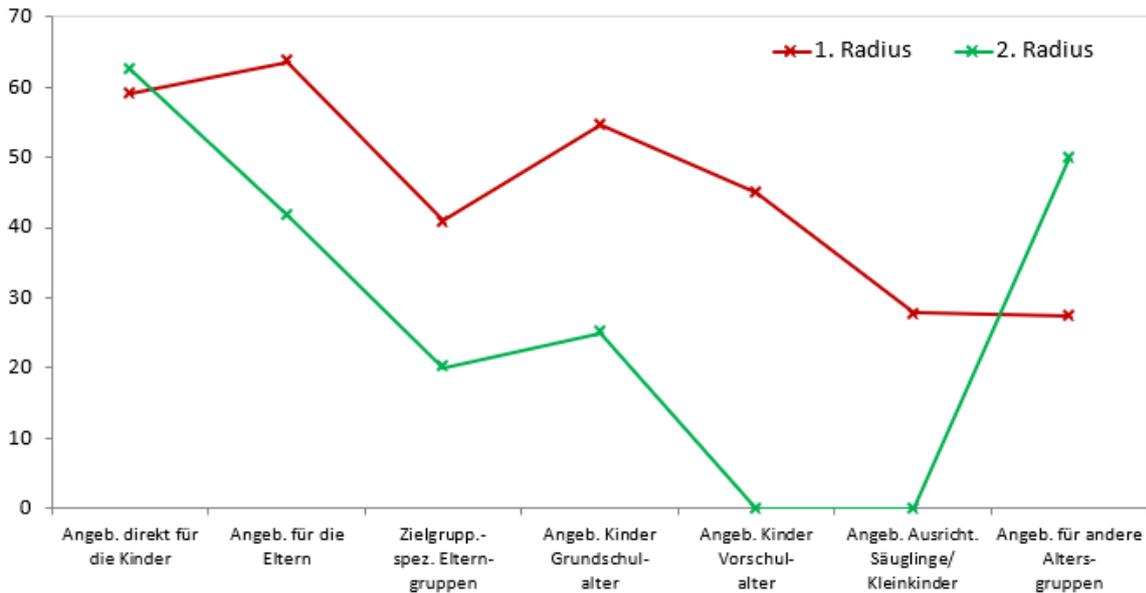
Bilanzierend betrachtet, lässt sich aus den vorliegenden Befunden aber uneingeschränkt schlussfolgern, dass spezifische Angebote, die auf die individuellen Bedarfe der Zielgruppe zugeschnitten sind, den insgesamt größten Erfolg versprechen, also am wirksamsten sind. In den Gruppendiskussionen wurden dabei insbesondere folgende zentrale Kriterien für eine zielgruppenspezifische Angebotsgestaltung identifiziert:

- Niedrigschwelliger und unmittelbarer Zugang zu Hilfs- und Beratungsangeboten ohne zu hohe Auflagen bezüglich der Teilnahme
- Einbettung der Angebote in ein multidisziplinäres Kooperationsnetzwerk
- Einbeziehung/Berücksichtigung des gesamten Familiensystems
- Langfristige Möglichkeit der Inanspruchnahme der Angebote/Hilfen, da insbesondere Familien mit Suchtbelastung in der Regel eine Langzeitbegleitung benötigen, um auch auf mögliche Rückfälle reagieren zu können

Analog den Ausführungen in den vorangegangenen Kapiteln wurde ebenfalls untersucht, wie sich die Angebotsstrukturen während der Laufzeit des Modellprojekts bzw. bezogen auf die letzten zwei Jahren gemessen am Erhebungstichtag der Strukturhebung in den Projektstandorten verändert haben. Da die Standorte des ersten Radius die Angebote erst im Rahmen der Fördervereinbarung entwickelt haben (s. Kapitel 1), ist es nicht verwunderlich, dass hier in vielen Bereichen eine höhere Zunahme zu verzeichnen ist (s. Abbildung 38). Der zweite Radius dient an dieser Stelle primär als ein Referenz- bzw. Vergleichswert für Standorte mit teilweise bereits entwickelten Angebotsstrukturen. Letztlich findet in beiden Radien in vielen Bereichen ein mittlerer bis deutlicher Ausbau der Angebotsstruktur statt. Sehr häufig werden Angebote direkt für Kinder entwickelt. Hier liegen die Projektstandorte des ersten und zweiten Radius auf einem ähnlich hohen Niveau. Bei Angeboten für Kinder spezifischer Altersgruppen ist im zweiten Radius teils sogar ein höherer Ausbaugrad als im ersten Radius festzustellen (s. Abbildung 38). Da im ersten Radius aufgrund der Fördervereinbarung mehr Ressourcen

zur Verfügung stehen, fällt der Angebotsausbau in der Breite aber deutlich höher aus. In Bezug auf Angebote für Eltern und zielgruppenspezifische Elterngruppen ist der Unterschied zum zweiten Radius in dieser Hinsicht am geringsten. Eine im Vergleich zu den Projektstandorten des zweiten Radius deutlich höhere Angebotszunahme liegt in besonderem Maße hinsichtlich der Etablierung von spezifischen Angeboten für Kinder im Grund- und Vorschulalter sowie von Angeboten mit Ausrichtung auf Säuglinge und Kleinkinder vor (s. Abbildung 38).

**Abbildung 38: Entwicklung der Angebotsausgestaltung in den Standorten des ersten und zweiten Radius in der Projektlaufzeit bzw. den letzten zwei Jahren**



100 'sehr deutliche Zunahme'; 50 'mittlere Zunahme'; 0 'unverändert'; < 0 'weniger/Rückgang'

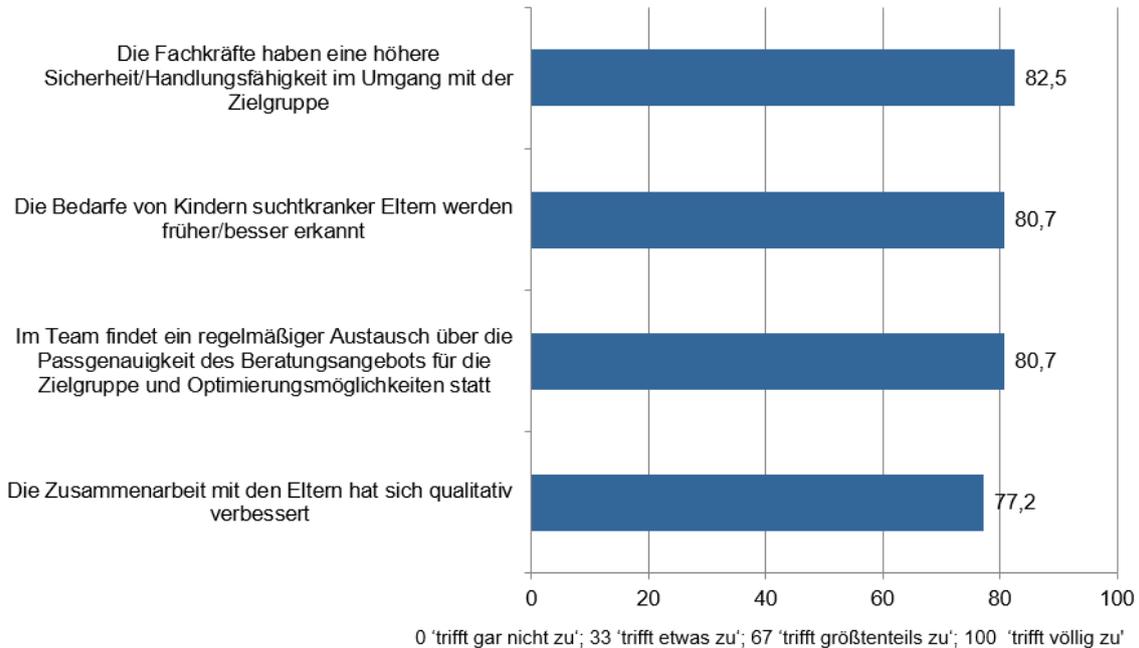
### 5.3.2. Umfang und Intensität der Hilfen sowie weitere erfolgskorrelierte spezifische Qualitäten der Fallarbeit

Im Rahmen der Wirkfaktorenanalysen zeigt sich an vielen Stellen eine besondere Prozessqualität der im Rahmen von „Chance for Kids“ durchgeführten Hilfen. Diese lässt sich anhand einer Reihe von Einzelparametern ablesen, die im vorliegenden Abschnitt näher beleuchtet werden. Ein zentraler Gelingensfaktor für den Erfolg der Hilfen ist dabei vor allem im Umfang und in der Intensität der Hilfen zu sehen. So fallen die Erfolgswahrscheinlichkeiten in Bezug auf die Gesamteffekte insgesamt höher aus, je stärker die folgenden Prozessmerkmale realisiert wurden:

- Höheres Ausmaß der Vorstellung neuer Fälle im Team (s. auch Kapitel 5.2.1)
- Höherer Anteil von Fällen mit Fallbesprechungen im Allgemeinen (s. auch Kapitel 5.2.1)
- Höherer Anteil von Fällen mit außerfamiliären Kontakten

Spezifisch auf die kindbezogenen Grundbefähigungen wirken sich darüber hinaus ein flexiblerer Einsatz unterschiedlicher Methoden und Arbeitsformen und ein höherer Anteil von Fällen mit der Durchführung ausführlicher Fachdiagnostik aus.

**Abbildung 39: Häufigkeit erfolgskorrelierter Kennzeichen gelingender Fallarbeit**



Die besonderen Qualitäten der Hilfeprozesse im Rahmen von „Chance for Kids“ sind fernerhin in den in Abbildung 39 dargestellten spezifischen erfolgskorrelierten Kennzeichen gelingender Fallarbeit zu erkennen. So zeichnen sich die Fachkräfte in den Projektstandorten von CfK im Besonderen durch eine höhere Sicherheit und Handlungsfähigkeit im Umgang mit der Zielgruppe aus und sind früher und zielgerichteter in der Lage, die speziellen Bedarfe von Kindern psychisch kranker und suchtbelasteter Eltern zu erkennen. Zudem findet ein regelmäßiger Austausch über die Passgenauigkeit des Beratungsangebots für die Zielgruppe und Optimierungsmöglichkeiten statt. Schließlich wird noch eine qualitativ verbesserte Zusammenarbeit mit den Eltern wahrgenommen (s. Abbildung 39).

Die beschriebenen Qualitäten der Fallarbeit setzen, insbesondere was die Intensität und den Zeitumfang betrifft, letztlich einen entsprechenden Fachressourceneinsatz voraus. Dies verdichtet und verdeutlicht sich am stärksten an einem weiteren zentralen Wirkfaktor, der Hilfedauer. Analog zu anderen Studien zeigt sich ebenso in „Chance for Kids“ ein positiver Zusammenhang zwischen der Hilfedauer und der Wirksamkeit der Hilfen (Arnold et al., 2018; Menne, 2008; Roesler, 2014; Vossler, 2003). D. h., dass die Erfolgsaussichten tendenziell umso höher ausfallen, je länger die Hilfen andauern. Entsprechende Befunde liegen nicht nur bei Beratungsprozessen vor, sondern sind gleichsam bei Hilfen zur Erziehung im Allgemeinen und in anderen Bereichen des Sozialwesens zu beobachten (vgl. Macsenaere & Esser, 2015). Maßgeblich für den Zusammenhang ist dabei, dass der Hilfeerfolg im Sozialwesen stark von der

„Beziehungsqualität“ zwischen den Fachkräften und den Hilfeadressat\*innen abhängt. Das bedeutet, es müssen zunächst tragfähige zwischenmenschliche Arbeitsbeziehungen, z. B. mit Blick auf die Etablierung eines belastbaren Vertrauensverhältnisses, entwickelt werden. Erst in der Folge können dann etwa die oft tieferliegenden tatsächlichen Probleme auch offen angesprochen werden, eine hinreichende Problemeinsicht entsteht, fachliche Ratschläge Gehör finden sowie die Klient\*innen im Hilfeprozess ein hinreichendes „Commitment“ und eine ausreichende Motivation entwickeln bzw. aufrechterhalten, um aktiv und nachhaltig an ihren spezifischen Problemen und Belastungen zu arbeiten. Wie schon aus den wenigen hier aufgeführten Beispielen deutlich wird, handelt es sich dabei um einen Prozess der Zeit benötigt und nicht sprichwörtlich „von heute auf morgen“ darstellbar ist. Voraussetzung hierfür sind entsprechende personelle Ressourcen.

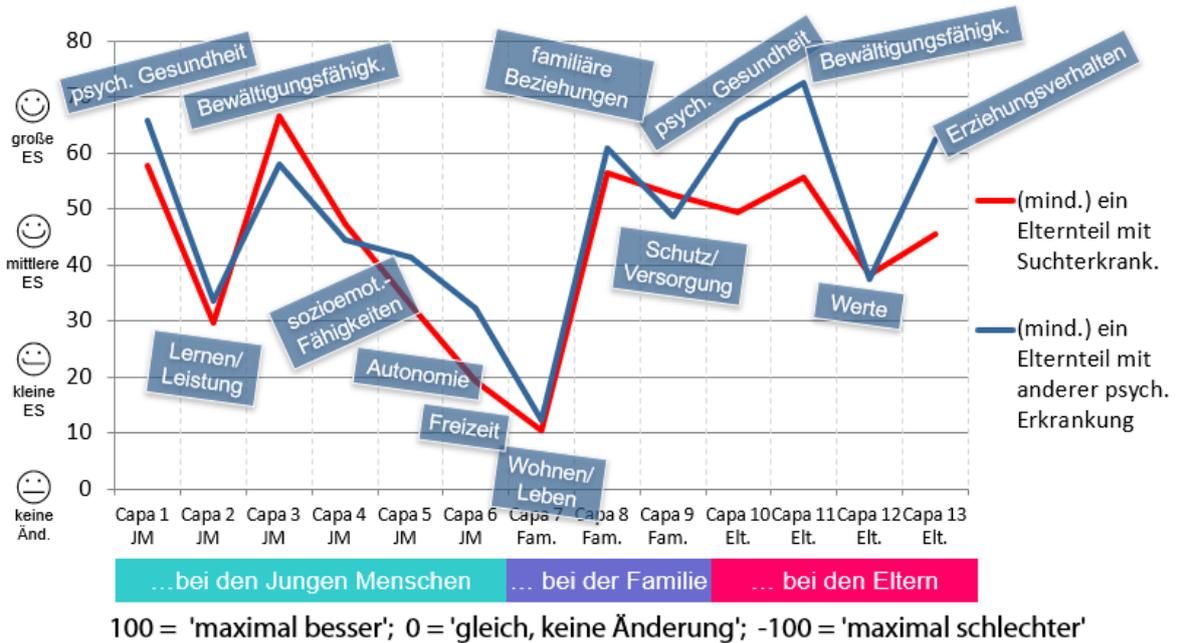
Festzuhalten ist, dass die Hilfen im Rahmen von „Chance for Kids“ eine insgesamt sehr hohe Prozessqualität aufweisen, die ohne einen entsprechenden Ressourceneinsatz nicht darstellbar wäre. Hierbei ist nicht nur die erhöhte fachliche „Intensität“ bei der Durchführung der Hilfeprozesse selbst ins Kalkül zu ziehen, sondern darüber hinaus ebenso die fallübergreifenden Tätigkeiten im Hinblick auf Öffentlichkeitsarbeit, Zugänge, Fortbildung und Qualifizierung, Angebotsentwicklung, QE sowie insbesondere zudem die Initiierung und Pflege von arbeitsfeldübergreifenden Kooperationen. Letztere können etwa in Form einer Weiterverweisung von Klient\*innen an andere Akteur\*innen im lokalen Netzwerkverbund wiederum ein Garant für erfolgreiche Hilfedurchführungen im Einzelfall darstellen (vgl. Kapitel 5.1 und 5.2). In Anbetracht der Breite und Vielschichtigkeit der Tätigkeiten kann quasi ausgeschlossen werden, dass gleichermaßen passgenaue und effektive Hilfen ohne zusätzliche personelle Ressourcen im Rahmen von „Regelversorgungsangeboten“ bereitgestellt werden können.

Im Rahmen der Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtbelasteter Eltern gibt es neben den Struktur- und Prozessmerkmalen, die unmittelbar durch das Ausmaß der fachlichen Intensität, Ressourcen und der zur Verfügung stehenden Finanzmittel steuerbar sind, noch weitere wirkungskorrelierte Faktoren. Diese sind vorrangig für eine bedarfsgerechte Planung der Hilfen im Einzelfall relevant und geben mehr Hinweise darüber, wie die vorhandenen fachlichen Ressourcen im Sinne der Zielgruppen adäquat eingesetzt werden können. Im Kern geht es hier um Merkmale der Hilfeadressat\*innen, die diese sozusagen mit in die Hilfen bringen und die daher Teil der Rahmenbedingungen der Hilfen sind. Z. B. konnte in einigen Studien gezeigt werden, dass es deutlich herausfordernder ist, in Familien in Armut, die vorrangig von Transferleistungsbezügen leben, eine adäquate Förderung der jungen Menschen sicherzustellen. In Familien mit Migrationshintergrund ist es oft nicht einfach die Eltern ausreichend in die Hilfen einzubeziehen (vgl. Arnold et al., 2018). Hierbei handelt es sich ebenfalls um Wirkfaktoren, auch wenn diese wie im Beispiel gleichsam besser als „Risikofaktoren“ bezeichnet werden können. Ebenso die in Kapitel 3.3 beschriebenen Ausgangslagen der Grundbefähigungen

bzw. Capabilities sind in der Regel wirkungsrelevante Rahmenbedingungen. Je weniger Ressourcen und Grundbefähigungen zu Beginn der Hilfe vorhanden sind, desto schwieriger ist es gemeinhin, dann noch hohe Wirksamkeiten erzielen zu können. Wie in Kapitel 3.3 gesehen, weisen in „Chance for Kids“ insbesondere die jungen Menschen deutlich herausforderndere Ausgangslagen auf als in ähnlich gelagerten Fällen in Regelversorgungsangeboten. Dabei können selbstverständlich grundsätzlich zudem spezifische Ausgangslagen vorliegen, die eher wirkungsbegünstigend sind (s. auch weiter unten). Gemeinhin ist den wirkungskorrelierten Rahmenbedingungen, um die es hier geht, dass es sich um genuine Eigenschaften der Adressat\*innen handelt, die nur mittelbar steuerbar sind. Dabei ist es in vielen Hilfen, wie nicht zuletzt auch im Rahmen des Modellprojekts „Chance for Kids“, ja gerade das Ziel, besonders belastete Zielgruppen anzusprechen, die in der Regelversorgung sozusagen „unterhalb des Radars“ gelaufen wären und wahrscheinlich erst gar keine Hilfe in Anspruch genommen hätten. Die Kenntnis um Risikofaktoren und Wirkungskorrelationen trägt hier allerdings zur Sensibilisierung bei und kann so dabei helfen, passgenau Angebote entsprechend der besonderen Bedarfe zu entwickeln.

Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen der Befragungen zum Hilfebeginn u. a. die Ausprägungen der psychischen Störungen und Suchtbelastungen der Eltern erhoben. Dabei wurden sowohl gesicherte Diagnosen von speziell geschulten Fachkräften wie Ärzt\*innen oder Psycholog\*innen als auch, sofern keine belastbaren diagnostischen Befunde vorlagen, zudem die Expertisen der am Modellprojekt beteiligten Fachkräfte herangezogen. Dabei zeigt sich, dass der Anteil der Mütter mit psychischen Störungen, einschließlich Suchterkrankungen, mit 83,5 Prozent in den Familien am höchsten ausfällt. Von diesen Müttern weist jede zweite eine depressive Störung auf (52,6 Prozent). Damit sind Erkrankungen im Bereich der affektiven Störungen bei den Müttern mit Abstand am häufigsten. Weitere 26,8 Prozent weisen eine Persönlichkeitsstörung wie z. B. vom Borderline-Typ auf. Mit einem Anteil von 17 Prozent liegt Alkohol-/Drogen- oder Medikamentenmissbrauch bei den Müttern an der dritthäufigsten Stelle. In den Familien ist der Anteil der Väter mit einer psychischen Störung mit 69,3 Prozent etwas geringer als die Auftretenshäufigkeit bei den Müttern. Die Zahlen lassen ferner erkennen, dass in sehr vielen Fällen im Rahmen der in „Chance for Kids“ durchgeführten Hilfen beide Elternteile von einer psychischen Erkrankung betroffen sind. Bei den Vätern spielt mit einem Anteil von 30 Prozent Alkohol-/Drogen- oder Medikamentenmissbrauch die größte Rolle. Mit 28 Prozent ist der Anteil der depressiven Störungen aber nur unwesentlich geringer. 18 Prozent der Väter weisen eine Persönlichkeitsstörung auf, womit diese gleichsam bei den Vätern zu den häufigsten Störungsbildern zählen.

Abbildung 40: Gesamtveränderungswirkungen. Suchtbelastung vs. andere psychische Erkrankung



Im Fachdiskurs herrscht teilweise etwas Dissens darüber, ob im Rahmen der Hilfen die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen sozusagen „über einen Kamm geschert“ werden sollten oder ob es nicht besser sei, zwischen den Erkrankungsformen zu differenzieren. Die Gegner einer getrennten Betrachtung sehen Suchterkrankungen als Teilmenge der psychischen Erkrankungen und heben die mit ihnen einhergehenden Gemeinsamkeiten hervor, etwa bezogen auf intrafamiliäre Dynamiken wie bspw. Tabuisierung der Erkrankung oder Parentifizierung der Kinder sowie die besonderen fachlichen Versorgungsbedarfe. Die Befürworter einer getrennten Betrachtung betonen die Besonderheiten der einzelnen Erkrankungsformen und wünschen sich spezifische Angebote, die noch besser den konkreten Bedarfslagen gerecht werden (vgl. Schrappe, 2018). Um es gleich vorwegzunehmen: Die Evaluation kann diese Frage nicht abschließend beantworten. Die Gegenüberstellung der Wirkungsprofile der Fälle, in denen mindestens ein Elternteil eine Suchterkrankung aufweist, verglichen mit den Fällen, in denen mindestens ein Elternteil eine andere psychische Erkrankung zeigt, lässt jedenfalls keine elementaren Unterschiede erkennen (s. Abbildung 40). Die Wirksamkeit der Hilfen ist in beiden Zielgruppen insgesamt auf einem ähnlich hohen Niveau angesiedelt. Unterschiede betreffen eher einzelne Grundbefähigungsdimensionen. In dieser Hinsicht scheint mit Blick auf die Wirkungen das Vorliegen von Suchterkrankungen den insgesamt etwas größeren Risikofaktor darzustellen. So fallen bspw. die Wirkungen im Bereich der elternbezogenen psychischen Gesundheit, der Bewältigungsfähigkeiten und des Erziehungsverhaltens weniger positiv aus als beim Vorliegen anderer psychischer Erkrankungen (s. Abbildung 40). Ebenso ist die Veränderung der kindbezogenen Grundbefähigungen im Bereich Autonomie und Freizeitverhalten im Kontext von Suchterkrankungen etwas niedriger ausgeprägt, wobei auf der anderen Seite aber auch die gezielte Förderung der

Bewältigungsfähigkeiten der jungen Menschen in einem höheren Ausmaß gelingt. Diese Faktoren sollten bei der Entwicklung von spezifischen Angeboten bedacht werden. Die vorliegenden Befunde reichen aber nicht aus, um eine getrennte Betrachtung von Familien mit Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen zu rechtfertigen. Dabei fällt es nicht zuletzt aufgrund der nicht selten vorliegenden Komorbiditäten schwer, klare Trennlinien zu ziehen. Damit ist gemeint, dass einzelne Mitglieder des Familiensystems begleitend zu einer psychischen Erkrankung zusätzlich noch eine Suchtbelastung haben können. Außerdem können durch die spezifischen Erkrankungen der einzelnen Elternteile schnell in der Familie nicht selten eine „Durchmischung“ von Problemlagen vorliegen. Gemein ist allen Fällen die „Multikomplexität“, die fachlich eine besondere Herausforderung darstellt und, wie in der Evaluation deutlich wurde, entsprechende Ressourcen erfordert. Da losgelöst vom vorliegenden Modellprojekt die Versorgungssituation hier insgesamt noch unzureichend ist, wäre es in dieser Hinsicht auch fachpolitisch unklug, unterschiedliche „Schubladen aufzumachen“ und dabei ggf. die Interessen verschiedener Zielgruppen gegeneinander auszuspielen. Die Hilfebedarfe sind jedenfalls völlig unstrittig.

Darüber hinaus wurden noch weitere wichtige erfolgskorrelierte Merkmale auf Fallebene untersucht. Dabei zeigt sich u. a., dass überdies die Frage eines aktuell vorliegenden Drogenkonsums eine Rolle spielt. So ist die Erfolgswahrscheinlichkeit für die Hilfen dann deutlich erhöht, wenn die Eltern (Mütter sowie Väter) zum Zeitpunkt der Hilfedurchführung nicht akut konsumieren. Hierbei wurde unterschieden zwischen „keinem Konsum“, „seltenem Konsum“, „häufigeren zumeist kontrolliertem Konsum“ und „häufigen unkontrolliertem Konsum“. Die Erfolgswahrscheinlichkeiten nehmen deutlich ab, je ausgeprägter der Konsum ist. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf den Konsum von Opioiden.

Mit einer höheren Erfolgswahrscheinlichkeit korrelieren außerdem vorhandene Ressourcen bzw. „protektive Faktoren“ im sog. „dysfunktionalen Familiensystem“, die im Rahmen der Hilfen genutzt werden können. Mit dem „dysfunktionalen Familiensystem“ sind die erkrankten Eltern(teile) gemeint. Hier zeigte sich, dass gelingende Hilfeverläufe umso wahrscheinlicher sind, je positiver bzw. stärker die folgenden familiären Ressourcen ausgeprägt sind:

- Partnerbeziehung
- „Gutes“ Familienklima (z. B. „emotional warmes Klima“, keine „Enge“)
- „Gute“/positive Beziehungsqualität des/der Eltern(teile) zum Kind bzw. zum jungen Menschen (z. B. tragfähige, Sicherheit vermittelnde Beziehungen, sichere Bindung)

Außerdem stehen vorhandene Ressourcen der familiären Krankheitsbewältigung sowie eine planmäßige Beendigung der Hilfen in einem positiven Zusammenhang mit den im Rahmen der Hilfen beobachteten Wirksamkeiten. Dabei ist vor allem die „Art der Beendigung“ ein Wirkfaktor, der wiederholt schon in anderen Studien und auch in einem breiten Spektrum von

familienbezogenen Hilfen beobachtet werden konnte (Arnold et al., 2018; Macsenaere & Esser, 2015). Naheliegenderweise zeigen planmäßig und einvernehmlich, im Sinne aller Beteiligten und der ausgehandelten Ziele, abgeschlossene Hilfen deutlich höhere Wirksamkeiten als vorzeitig beendete Maßnahmen. In diese Hinsicht ist auffällig, dass es, verglichen mit den repräsentativen Daten aus der Wir.EB-Studie für die Erziehungs- und Familienberatung, bei den Hilfen in „Chance for Kids“ in einem nochmals höheren Umfang gelingt, Hilfen planmäßig abzuschließen. In CfK liegt der Anteil der planmäßig beendeten Hilfen, trotz der wie gesehen teils deutlich komplexeren Rahmenbedingungen, bei etwa drei Viertel der Hilfen (73,8 Prozent), während in der Regelversorgung nur etwa 62,1 Prozent einvernehmliche Beendigungen vorliegen (vgl. Arnold et al., 2018).

## 6. Spezifische Ergebnisse zum Modellprojekt

Im vorliegenden Kapitel werden Ergebnisse zum Modellprojekt „Chance for Kids“ dargestellt, die die spezifischen Wahrnehmungen, Bewertungen und Einschätzungen der an CfK beteiligten Projektstandorte widerspiegeln. Im Einzelnen geht es hier um die Bewertung der geschaffenen Kooperationsstrukturen, der zentralen Koordination durch den DiCV Köln, aber insbesondere auch um die Einschätzungen zu den perspektivischen Verstetigungschancen der im Rahmen der ersten Förderphase des Modellprojekts entwickelten Angebote. Den hier dargestellten Forschungsbefunden kommt eher ein subjektiver Charakter aus der Perspektive der beteiligten Standorte zu. Entsprechend haben die Ergebnisse keinen unmittelbaren (empirischen) Bezug zu den in den vorausgehenden beiden Kapiteln dargestellten Fragen zur Wirksamkeit. Sie helfen allerdings dabei, den Kontext des Modellprojekts und dessen Durchführung und somit zudem die Hintergründe für die beobachtete überaus hohe Effektivität der Hilfen besser zu verstehen.

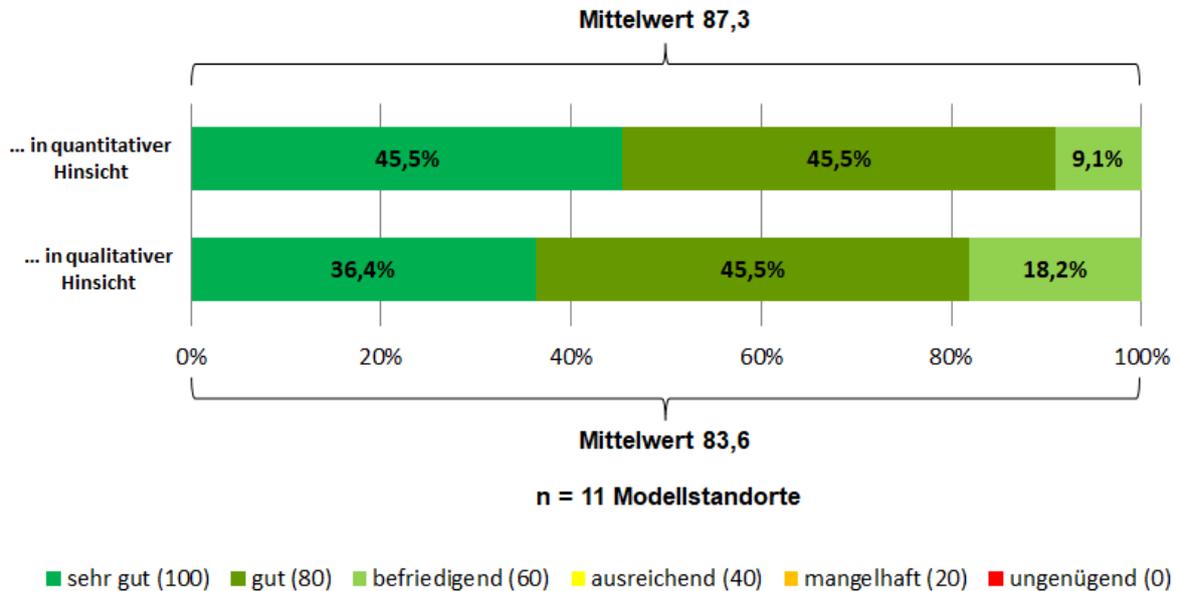
### 6.1. Bewertung der geschaffenen Kooperationsstrukturen

Die Projektstandorte bewerten die durch das Projekt geschaffenen Kooperationsstrukturen (vgl. auch Kapitel 5.2) in quantitativer sowie in qualitativer Hinsicht überwiegend auf einem sehr positiven Niveau, wenngleich der quantitative Ausbau etwas besser bewertet wird als der qualitative Aspekt. Letzterer tangiert mehr die Frage, inwieweit die Kooperationen in der Praxis fachlich ertragreich „funktionieren“ und inwieweit sich das insofern in der Umsetzung genuiner Weise als etwas herausfordernder darstellt. (s. Abbildung 41). Um die Daten nicht zu konfundieren, wurden nur die Standorte des ersten Radius (s. Kapitel 1) in die vorliegende Auswertung miteinbezogen, die die Kooperationen erst im Rahmen der Fördervereinbarung entwickelt haben und so eine weitestgehend vergleichbare Ausgangssituation aufweisen. Auf einer sechsstufigen Schulnotenskala von „sehr gut“ bis „ungenügend“ ist in quantitativer und in qualitativer Hinsicht die Note „befriedigend“ die schlechteste Bewertung und selbst diese wird mit Anteilen zwischen 10 und 20 Prozent nur sehr selten vergeben (s. Abbildung 41). Die Bewertungen „sehr gut“ und „gut“ halten sich jeweils in etwa die Waage, wobei bei den qualitativen Kooperationsbewertungen die Note „gut“ mit einem Anteil von 45,5 Prozent etwas häufiger vergeben wird als „sehr gut“ mit einem Anteil von 36,4 Prozent.

Ebenso in den Gruppendiskussionen äußerten die Fach- und Führungskräfte der Standorte und deren Kooperationspartner\*innen deutlich überwiegend eine hohe Zufriedenheit mit den geschaffenen Kooperationsstrukturen. Selbst wenn vielfach die Zielperspektive noch nicht als erreicht betrachtet wurde, herrschte weitestgehend das Gefühl vor, gemeinsam „am Beginn eines guten Weges“ zu stehen. Die geschaffenen interdisziplinären Angebotsstrukturen

wurden als hochfunktional bewertet, was z. T. durch hohe Fallzahlen, vor allem im Beratungssegment, unterstrichen wird. Auch die Motivation der Teilnehmenden zum weiteren fachlichen und strukturellen Auf- und Ausbau der Netzwerke, ist als hoch einzustufen.

**Abbildung 41: Bewertung des initiierten Austauschs bzw. der Kooperationen der Modellstandorte untereinander**

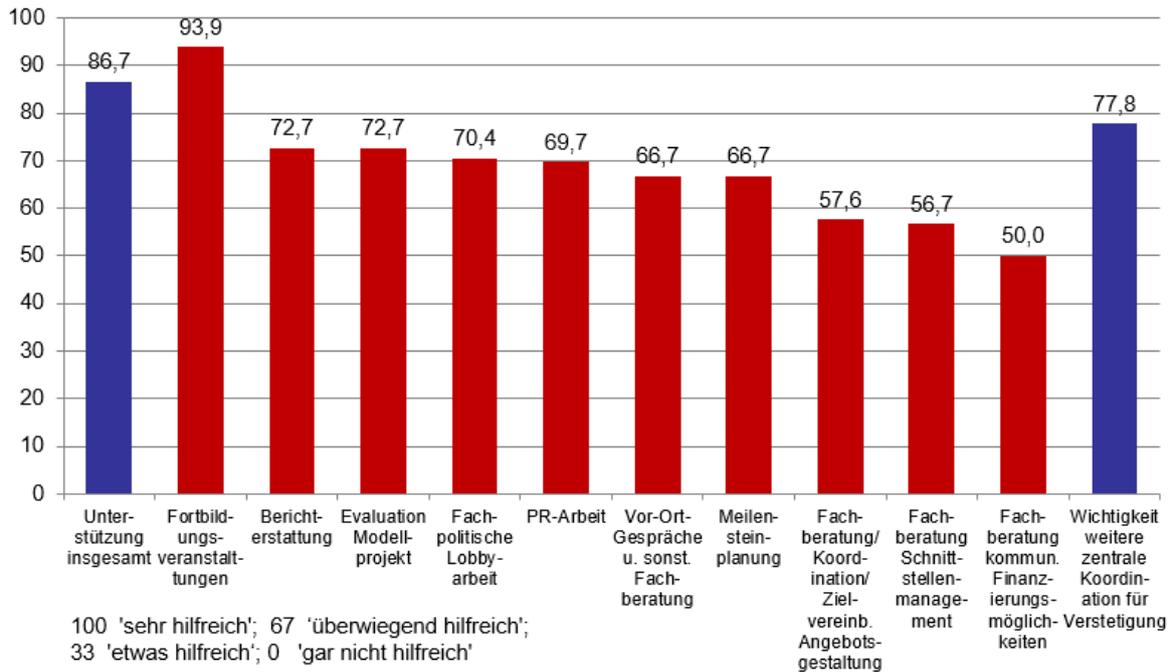


## 6.2. Bewertung der zentralen Koordination durch den DiCV Köln

Eine wichtige Rolle beim Modellprojekt spielte die zentrale Projektkoordination durch den Diözesan-Caritasverband (DiCV) Köln. Dies zeigt sich so ebenfalls in den Rückmeldungen der Projektstandorte. Diese weisen dem DiCV in den allermeisten Bereichen eine überwiegend bis sehr hilfreiche Unterstützung nach (s. Abbildung 42). Hierbei wurden wiederum nur die Standorte des ersten Radius in die Auswertung einbezogen, da nur diese im Rahmen der Fördervereinbarung unmittelbar von der Koordination tangiert waren. Die Gesamtunterstützung durch den DiCV wird auf einer Skala von 0 „gar nicht hilfreich“ bis 100 „sehr hilfreich“ mit einem Wert von 86,7 insgesamt sehr positiv eingeschätzt. Der mit Abstand stärkste instrumentelle Unterstützungswert der zentralen Koordination wird im Fortbildungsbereich wahrgenommen. Mit einem Wert von 93,9 zeigt sich hier fast die maximal mögliche Zustimmung. Überwiegend als hilfreich erlebt, werden u. a. die Aspekte „Berichterstattung“, „Evaluation des Modellprojekts“, „fachpolitische Lobbyarbeit“, „PR-Arbeit“, „Vor-Ort-Gespräche und Fachberatung“ sowie „Meilensteinplanung“ (s. Abbildung 42). Mit absoluten Werten im eher mittleren Zustimmungsbereich ergibt sich der geringste Unterstützungswert bei den Fachberatungen zu Zielvereinbarungen bzgl. der Angebotsgestaltung, dem Schnittstellenmanagement sowie den kommunalen Finanzierungsmöglichkeiten. Geringere Werte als eine mittlere Unterstützung mit Zustimmungswerten kleiner als 50 können in keinem abgefragten Bereich beobachtet werden,

was ebenfalls ein positives Ergebnis bezüglich der Koordination durch den DiCV ist. Da es sich mit Blick auf die Zukunftschancen der im Zuge des Modellprojekts etablierten Hilfen um eine ganz wesentliche Dimension handelt, wurde die Frage nach der Wichtigkeit der zentralen Koordination für die Verstetigung der Angebote in Abbildung 42 auch optisch von den anderen Dimensionen abgehoben (s. ausführlich Kapitel 6.3). Die Projektstandorte messen hier dem DiCV mit einem Zustimmungswert von 77,8 eine zentrale Bedeutung zu (s. Abbildung 42).

**Abbildung 42: Bewertung der zentralen Koordination durch den DiCV Köln (1. Radius)**

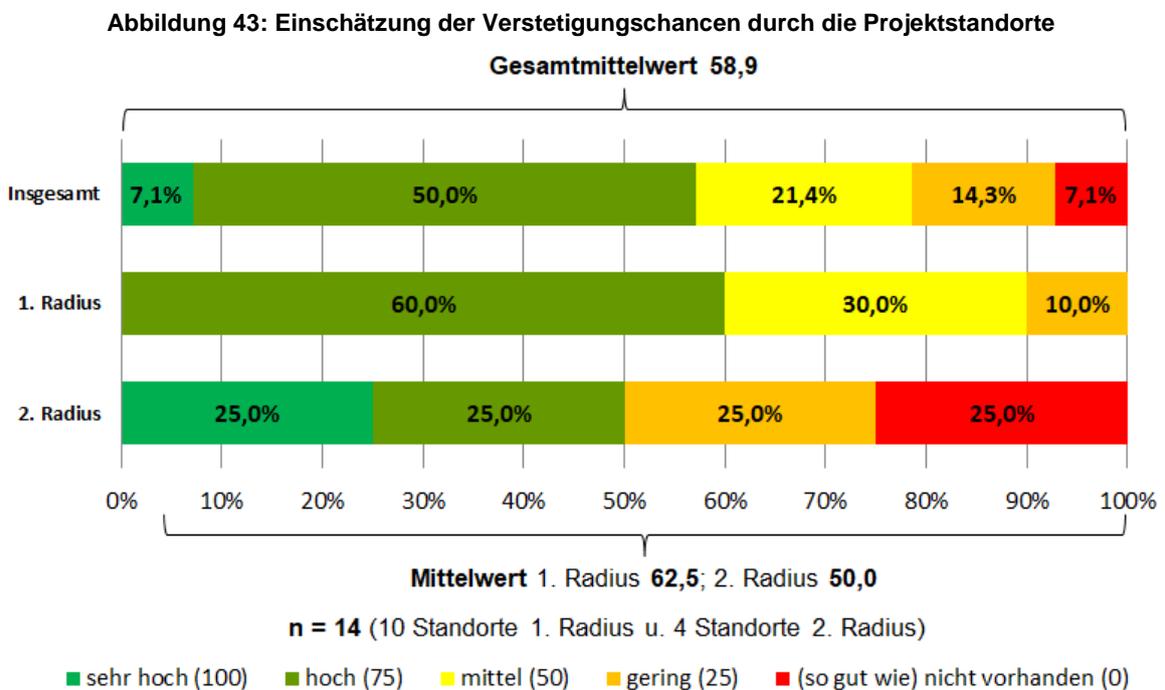


Zur besseren Einordnung der Ergebnisse sollte noch berücksichtigt werden, dass die zentrale Koordination durch den DiCV Köln, in der operativen Umsetzung im Wesentlichen durch eine einzelne, für das Modellvorhaben geschaffene, Fachreferent\*innenstelle erfolgte. Ein nicht unwesentlicher Teil der zur Verfügung stehenden Ressourcen musste dabei, laut Angaben des DiCV Köln, rückblickend für Prozesse zur Verlängerung des Projekts abgestellt werden, so dass einige Themenstellungen wie z. B. die Fachberatungen zu den kommunalen Finanzierungsmöglichkeiten, in der ersten Förderphase noch nicht mit der allerhöchsten Prioritätensetzung verfolgt werden konnten.

### 6.3. Bewertung der Verstetigungschancen

Die CfK-Projektstandorte wurden gebeten, die Wahrscheinlichkeit für eine zukünftige dauerhafte Verstetigung der entwickelten Angebote und Kooperationen einzuschätzen. Da für diese Fragestellung ebenfalls ein Vergleich mit den Projektstandorten des zweiten Radius (s. Kapitel 1) sinnvoll erschien, sind grundsätzlich beide Radien in die vorliegende Auswertung einbezogen. Leider haben aus dem zweiten Radius nur vier Standorte eine Einschätzung zu den

Verstetigungschancen abgegeben (s. Abbildung 43). Zwei Standorte des zweiten Radius haben dabei nicht geantwortet, da schon eine Verstetigung oder Teilverstetigung vorliegt. Bei einem weiteren Standort war zum Befragungszeitpunkt bereits entschieden, dass das Projekt nicht fortgeführt wird. Die Projektstandorte des zweiten Radius die eine Einschätzung abgegeben haben, bewerten die Verstetigungschancen sehr heterogen. Hierbei wird nahezu das gesamte Antwortspektrum von „sehr hoch“, „hoch“ über „gering“ bis „nicht vorhanden“ in gleichverteilter Weise bedient. Alles in allem werden die Verstetigungschancen „mittelmäßig“ bewertet (Mittelwert 50). Im ersten Radius wurden die Verstetigungschancen etwas höher eingeschätzt. Hohe Verstetigungschancen sehen allerdings auch hier nur sechs von zehn Standorten, also knapp etwas mehr als die Hälfte. Die restlichen vier Standorte sind weniger optimistisch und nehmen eher mittlere bis geringe Chancen wahr (s. Abbildung 43).



Wie etwa die in Kapitel 5 beschriebenen Ergebnisse zeigen, kann festgehalten werden, dass durch die CfK-Modellprojekte viele deutlich positive Entwicklungen angestoßen wurden. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen und gleichsam dem positiven Zeugnis, dass die Wirksamkeitsanalyse den durchgeführten Hilfen attestiert (s. Kapitel 4), mag es etwas verwunderlich erscheinen, warum die Verstetigungschancen nur so moderat eingeschätzt wurden.

Näheren Aufschluss über die Hintergründe gibt eine qualitative Analyse der offenen Nennungen zu der Frage nach den Rahmenbedingungen, die für eine Verstetigung noch optimiert werden müssten. Von den Projektstandorten des ersten Radius wurden dabei folgende Schwerpunktthemen benannt, die jeweils mit Beispielen unterlegt sind:

- **Finanzierung (von 4 Standorten genannt), Beispiele:**
  - „Eine Kostenzusage/Finanzierung durch Dritte. Jugendamtsleitung und Jugendhilfeausschuss sind an der Verstetigung hoch interessiert, die Kommune ist in der Haushaltssicherung.“
  - „Refinanzierung durch Kostenträger, ansonsten sind die Angebote so nicht aufrecht zu erhalten; Leistungsvereinbarung mit möglichem Kostenträger ist in Arbeit.“
  - „Regelfinanzierung, alles andere ist vorhanden und kann eingesetzt und ausgebaut worden.“
- **Zeit/weitere Überzeugungsarbeit auf kommunaler Ebene (von 3 Standorten genannt):**
  - „Noch Zeit, möglicherweise eine weitere Förderung über die Stiftung von 1-2 Jahren, in der Zwischenzeit weitere Verhandlungen mit dem Jugendamt, anschließend Finanzierung über die Jugendhilfe.“
  - „Überzeugungsarbeit durch den DiCV.“
  - „Ein gemeinsames Auftreten der Fachleute für Evaluation mit uns Akteuren vor Ort beim kommunalen Geldgeber.“
- **weitere inhaltliche Ausgestaltung/Konkretisierung (von 2 Standorten genannt):**
  - „Entsprechende Leistungsbeschreibungen für kommunale Kostenträger (z. B. Jugendamt).“
  - „Konzepterstellung im Hinblick auf weitere potenzielle Förderinstitutionen, Strategie der beteiligten Leitungen, Abbau der gegenseitigen Vorbehalte zwischen Eben und Suchtberatung.“
- **Wirkungsnachweis der Arbeit, Kosten-Nutzen-Analyse, praxisnahe „best practice“-Beispiele**

Von je einem Projektstandort des zweiten Radius wurden darüber hinaus noch die Aspekte „Gespräche mit der Kommune, Ebene Vorstand und Oberbürgermeister“ sowie „Strategieentwicklung Fortbildung“ eingebracht.

Auch aus Sicht der Evaluation stellt die Verstetigung der Angebote eine zentrale Herausforderung und einen Entwicklungsschwerpunkt dar. Für die Überführung der geschaffenen Strukturen und Angebot in eine dauerhafte Regelfinanzierung können folgende **Handlungsempfehlungen** ausgesprochen werden:

- Die evidenzbasierte Darlegung eines übergreifenden und lokalen Bedarfs eines interdisziplinären Unterstützungsangebotes für betroffene Familien.

- Die Vorstellung der geschaffenen, (nachweislich) wirksamen Angebots- und Vernetzungsstrukturen.
- Die Bezugnahme auf aktuell gültige Rechtsnormen zur Regelfinanzierung der geschaffenen Angebote (bspw. über „Soziale Gruppenarbeit“).
- Der dezidierte Hinweis auf die politischen Prozesse, die in absehbarer Zeit die Regelfinanzierung interdisziplinärer Unterstützungsangebote qua Rechtsnorm zur pflichtigen Aufgabe machen werden (bspw. die interdisziplinäre Arbeitsgruppe des Bundestages zu Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern oder die SGB VIII-Novellierung).

## 7. Ergebnisbilanz und abschließendes Fazit

Die Evaluation „Chance for Kids“ (CfK) konnte zeigen, dass die im Rahmen des Modellprojekts an mehreren Projektstandorten initiierten Hilfen, trotz der im Vergleich zur Regelversorgung teils deutlich komplexeren Problemlagen und anderen Rahmenbedingungen der Zielgruppen, überdurchschnittlich positive Wirksamkeiten erreichen. So werden bspw. die Bewältigungsfähigkeiten sowohl der Kinder als auch der Eltern in signifikantem Umfang gestärkt, so dass diese besser mit belastenden Situationen umgehen können. Außerdem sind im Zuge der Hilfen allgemein sehr positive Entwicklungen hinsichtlich der psychischen Gesundheit, dem familiären Zusammenleben sowie der Erziehungskompetenz zu erkennen. Verglichen mit „Regelversorgungsangeboten“ können besonders die Grundbefähigungen und die Lebensqualität, der von psychischen Problemen und Suchtbelastungen ihrer Eltern betroffenen Kinder, in einem deutlich stärkeren Umfang gefördert werden. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die Stärkung der Bewältigungsfähigkeiten und Resilienzen, der Förderung von sozioemotionalen Fähigkeiten, Autonomie und Eigenständigkeit sowie im Hinblick auf ein altersangemessenes Freizeitverhalten. Die höchsten „Zugewinne“ im Vergleich zur Regelversorgung sind allerdings in der Wirkungsdimension „Schutz und Versorgung“ zu verzeichnen, die z. B. die Gewährleistung der Grundversorgung oder den Schutz vor Vernachlässigung und Gewalt miteinschließt. Dabei schätzten sowohl die Kinder als auch die Eltern in überdurchschnittlichem Maße, dass sie sich im Rahmen der Hilfen gut aufgehoben gefühlt und sie Fachkräfte mit einem deutlich erkennbaren Verständnis für ihre Situation vorgefunden haben sowie ihnen zudem noch weitere Hilfemöglichkeiten aufgezeigt wurden.

Die positiven Wirkungen lassen sich auf die besonderen Struktur- und Prozessqualitäten der geschaffenen Hilfe-/Beratungsstrukturen zurückführen. Dies betrifft z. B. die Initiierung von arbeitsfeldübergreifenden Kooperationen im Versorgungssystem, die Entwicklung spezifischer passgenauer Angebote für die Zielgruppe oder den Ausbau von zugänglichkeitsfördernden offenen Angeboten, Mobilitätsunterstützung und aufsuchender Arbeit in der Häuslichkeit der Hilfeadressat\*innen. Als zentraler Wirkfaktorenbereich erweist sich in besonderem Maße die inter- und multidisziplinäre Kooperation. Dies gilt nicht nur im Innenblick der Projektstandorte, im Sinne einer multidisziplinären Arbeitsweise in einem Team von Fachkräften aus unterschiedlichen Professionen, sondern gleichsam im Außenblick hinsichtlich einer fallbezogenen wie fallübergreifenden Zusammenarbeit mit anderen Akteur\*innen im Versorgungssystem. In Bezug auf externe Kooperationen sind vor allem formalisierte Kooperationsvereinbarungen hilfreich, die Prozessbeschreibungen von Beratung, Vermittlung und Informationsweitergabe beinhalten sowie Verantwortlichkeiten regeln. Des Weiteren konnten die Bereiche „Informationsvermittlung und Öffentlichkeitsarbeit“, „spezifische zielgruppenspezifische Fortbildungsangebote für Fachkräfte“ sowie „Formate der gegenseitigen Qualifizierung von Fachkräften“ in

den Kooperationsnetzwerken im Zuge des Modellprojekts deutlich ausgebaut werden. Die arbeitsfeld- und institutionenübergreifende gegenseitige Qualifizierung der Fachkräfte mit der jeweils spezialisierten Expertise ist etwa bei Unsicherheiten und Fragestellungen in bestimmten Teilbereichen hilfreich und trägt fernerhin übergreifend dazu bei, Vorbehalte zwischen den Arbeitsbereichen abzubauen, ein besseres Gefühl für eine „gemeinsame Sprache“ zu entwickeln und so die Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation auf Systemebene zu verbessern. Unter anderem durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit können Familien mit psychisch kranken und suchtblasteten Eltern gut erreicht werden. Dabei zeigen die Forschungsbefunde, dass durch die entwickelten Angebote ebenfalls Familien eine Hilfe und Unterstützung bekommen, die klassische Regelangebote eher nicht in Anspruch genommen hätten. So liegt z. B. im Vergleich zur „Regelversorgung“ der Anteil von Bezieher\*innen von ALG II-Transferleistungen bei „Chance for Kids“ deutlich höher. In diesem Zusammenhang erweist sich gleichsam eine bedarfsgerechte zielgruppenspezifische Optimierung der Zugangswege, etwa durch den Ausbau offener Angebote oder mobilitätsunterstützender Maßnahmen im ländlichen Bereich, als zuträglich.

Generell spielen die gute personelle und finanzielle Ausstattung von CfK sowie der strukturierte und koordinierte Projektaufbau eine wichtige Rolle. So erlangen die Fachkräfte über passgenaue Fortbildungen fundierte Kenntnisse zu den spezifischen Problemlagen und werden so für die besonderen Bedürfnisse und Hilfebedarfe der Zielgruppe sensibilisiert. Als Beispiel wäre etwa eine adäquate Gesprächsführungstechnik mit suchtblasteten Eltern anzuführen. Dementsprechend rücken die Kinder, aber ebenso die Eltern in den Fokus der Betrachtung und erhalten im Spektrum der Arbeit der Beratungsstellenteams einen neuen hervorgehobenen Stellenwert. Aus der praktischen Erfahrung eines regelmäßigen Austauschs und direkter Kooperationen auf Ebene der Fallarbeit oder aus der Organisation gemeinsamer Fachtage zwischen den im Projekt eingebundenen Erziehungs- und Suchtberatungsstellen entwickelt sich ein neues Verständnis und eine erweiterte Arbeitsweise, auf dessen Grundlage passgenaue Hilfsangebote entwickelt werden können. Diese Aspekte bringen in der Folge die im Zuge der Evaluation deutlich gewordenen Wirksamkeiten hervor. Die durchgeführten Vergleiche mit den Daten aus der bundesweiten Wir.EB-Studie (Arnold et al., 2018) legen dar, dass vergleichbar positive Effekte im Rahmen einer „Regelversorgung“ nicht erreicht werden können. Dies gilt wie bereits erwähnt in besonderem Maße für die Förderung der Grundbefähigungen der jungen Menschen und mit Blick auf Fragen, die den Kinderschutz tangieren. In der Summe erfordert dies neben dem zusätzlichen Qualifizierungsbedarf, sowohl in der fallbezogenen als auch der fallübergreifenden Arbeit, einen erhöhten Ressourceneinsatz der Fachkräfte, der ohne entsprechende Finanzierung nicht darstellbar ist.

Ogleich durch das Modellprojekt „Chance for Kids“ zweifelsfrei viele positive Entwicklungen angestoßen wurden, sind im Zuge der Wirkfaktorenanalysen und der Gruppendiskussionen im

Rahmen der Evaluation ebenfalls einige zentrale Herausforderungen deutlich geworden, die für die weitere Ausgestaltung des Vorhabens bedacht werden sollten. Die Kooperation betreffend erweist sich insbesondere der Aufbau von Kooperationen mit dem Gesundheitswesen als schwierig. Hier müssen Strategien entwickelt und Bündnispartner\*innen gewonnen werden. Herausforderungen bestehen zudem im Zusammenhang mit dem Formalisierungsgrad von Kooperationsbeziehungen. Diesbezüglich besteht die Notwendigkeit, interinstitutionelle Prozessabläufe durch Formalisierung von Kooperationsbeziehungen zu definieren. Im Bereich der Fort- und Weiterbildung sollten gegenseitige und gemeinsame Qualifizierungsveranstaltungen noch weiter ausgebaut werden. Darüber hinaus wäre ein Beitrag zum kommunalen Wissensmanagement zu spezialisierten Angeboten sinnvoll. Weitere Herausforderung liegen im Hinblick auf Umfang, Intensität und Prozessqualität der Hilfen vor. Der Zeit- und Personalaufwand der Netzwerkarbeit muss in der Planung und Kostenkalkulation von Angeboten mitgedacht und nach außen transparent kommuniziert werden. Dabei sind die effektivsten Angebote oft die aufwendigsten im Ressourceneinsatz. Mit Blick auf die fallübergreifende Systemebene und den Umfang von Fallbesprechungen wurde in einigen Diskussionsrunden angeregt, definierte Prozessabläufe für interdisziplinäre Fallbesprechungen zwischen Jugendamt, Erziehungsberatung und Suchthilfe zu erstellen. Schließlich ist auch, was den Ausbau zielgruppenspezifischer Angebote anbetrifft, das sprichwörtliche „Ende der Fahnenstange“ längst noch nicht erreicht. Das betrifft etwa Hilfen für Familien mit Migrationshintergrund und den Ausbau möglichst niedrigschwelliger und kurzfristig verfügbarer Zugänge. Ebenso müssen Vertrauensbrücken zwischen den Einrichtungen der verschiedenen Arbeitsfelder „gebaut“ werden, um Familien erfolgreich in spezialisierte Angebote vermitteln zu können.

Insgesamt ist eine Verstetigung der initiierten Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtbelasteter Eltern, den vorliegenden Forschungsergebnissen nach als hoch sinnvoll einzustufen. Kinder psychisch kranker Eltern benötigen gezielte Förder- und Unterstützungsangebote, die wie die Evaluation zeigt aus der aktuell gegebenen „Regelversorgung“ heraus nicht in vergleichbar effektiver Form bereitgestellt werden können. Dabei sollten nicht nur die unmittelbar positiven Nutzeneffekte für die betroffenen jungen Menschen, Eltern und Familien betrachtet werden, sondern auch die mit ihnen verbundenen Kosten-Nutzen-Effekte und das damit verbundene „Social Return on Investment“ (SROI). Auch wenn die Bestimmung der Effizienz, in Form einer Gegenüberstellung der ökonomischen Kostenseite mit der psychosozialen Nutzenseite, kein Gegenstand der vorliegenden Studie war, kann davon ausgegangen werden, dass im Zuge von passgenauen Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtbelasteter Eltern sehr hohe volkswirtschaftliche Einspareffekte generiert werden können. So taxiert bspw. eine aktuelle SROI-Studie das Kosten-Nutzen-Verhältnis, auch wenn das Beispiel nicht 1:1 auf die vorliegenden Hilfen übertragen werden kann, alleine für eine „klassische“ Suchtberatungsstelle schon auf 28:1. D. h., dass durch einen, von der öffentlichen Hand investierten Euro kurz- und

mittelfristig Sozialausgaben in Höhe von 28 Euro eingespart werden können. Dabei weisen die Autor\*innen sogar explizit darauf hin, dass es sich hierbei um eine eher niedrig angesetzte sehr „konservative“ Schätzung handelt (Packmohr & Weiß, 2020). Das Gesamteinsparungspotenzial im regionalen Einzugsbereich einer einzelnen im Rahmen der Studie modellhaft untersuchten Beratungsstelle beläuft sich auf etwa 7,2 Millionen Euro.

Vor diesem Hintergrund wären für eine Verstetigung insbesondere eine tragfähige rechtliche Grundlage und eine gesicherte Finanzierung wünschenswert. Denn nur damit können die Angebote aus einer stets volatilen Projekt- in eine flächendeckende Regelfinanzierungslogik überführt werden und damit letztlich Teil eines zukünftigen Regelversorgungsangebots werden. Da Projektfinanzierungen in der Regel mit befristeten Arbeitsverhältnissen und einer deutlich höheren Personalfuktuation einhergehen, würde die Etablierung regelhafter Angebote für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern ebenfalls zum Erhalt der im Zuge der Qualifizierung der Fachkräfte gewonnenen Expertise sowie perspektivisch zu dessen weiteren Ausbau im Sinne der Zielgruppe beitragen. Im Hinblick auf die Versorgungssituation der Zielgruppe, scheint jedenfalls die Politik mittlerweile den Handlungsbedarf erkannt zu haben. So fixiert der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (2018) das Ziel, die Situation der Kinder von Eltern mit einer Suchtbelastung oder (anderen) psychischen Erkrankung zu verbessern und die Schnittstellenprobleme bei ihrer Unterstützung, mit dem Ziel einer besseren Kooperation und Koordination der unterschiedlichen Hilfesysteme zu beseitigen. Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern wurde beauftragt, Lösungsvorschläge zu erarbeiten, wie die Versorgungssituation verbessert werden kann (Meysen, Rixen & Schönecker, 2019; Schmenger & Schmutz, 2019; Wiegand-Grefe et al., 2019). Weiteres Wissen zur Ausgestaltung von übergreifenden Versorgungsstrukturen und interdisziplinär gestalteten Hilfeverläufen soll im Zuge des im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Jahr 2018 gestarteten Forschungsprojekts „Steuerungswissen und Handlungsorientierung für den Aufbau effektiver und interdisziplinärer Versorgungsnetzwerke“ generiert werden (Feist-Ortmanns & Macsenaere, 2018).

Im Kontext der aktuellen sozialpolitischen Versorgungssituation stellen für die Projektstandorte von „Chance for Kids“ vor allem die Bemühungen zur nachhaltigen Verstetigung der entwickelten Angebote noch eine große Herausforderung dar. Da es sich hier gleichermaßen um einen Prozess handelt, der mitunter einen „langen Atem“ erfordert, wurde nach Beendigung der ersten Förderphase im Jahr 2019 durch die fördernde Stiftung eine Projektverlängerung von „Chance for Kids“ bis Ende 2021 bewilligt. Hier sollen die erfolgreich aufgebauten Angebote weiterentwickelt und die geschaffenen Vernetzungsstrukturen ausgebaut werden. Damit verbunden ist ferner die Fortsetzung der Sensibilisierungen von Fachkräften und Öffentlichkeit, die ebenfalls bereits ihre positiven Wirksamkeiten unter Beweis gestellt haben. Neben einem weitergehenden Wissenstransfer liegt ein wesentlicher Fokus auf der Frage der finanziellen

Verstetigung. Damit sollen die im Rahmen der Evaluation deutlich gewordenen Erfolge auf inhaltlicher und struktureller Ebene abgesichert werden. In der zweiten Projektphase ist ebenfalls geplant, die Ergebnisse der Evaluation aufzugreifen und diese im Zuge eines „Theorie-zu-Praxis-Transfers“ sowie zielgerichteten Coachings der Projektstandorte unterstützend in den Verstetigungsprozess zurück zu koppeln.

## 8. Literaturverzeichnis

- Albus, S. (2015). Welche Wirkung zählt? *Forum Jugendhilfe*, 3 (2015), 19–25.
- Arnold, J., Hermsen, T., Löcherbach, P., Mennemann, H. & Poguntke-Rauer, M. (Hrsg.). (2011). *Erfolgreiche Hilfestellung im Jugendamt. Softwarebasiertes Case Management auf dem Prüfstand*. St. Ottilien: EOS Verlag.
- Arnold, J., Macsenaere, M. & Hiller, S. (2018). *Wirksamkeit in der Erziehungsberatung. Ergebnisse der bundesweiten Studie Wir.EB*. Freiburg: Lambertus.
- Bacher, J. (2002). Statistisches Matching: Anwendungsmöglichkeiten, Verfahren und ihre praktische Umsetzung in SPSS. *ZA-Information*, 51, 38–66.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] (2013). *14. Kinder- und Jugendbericht*. Berlin: BMFSFJ.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design. Qualitative and quantitative approaches* (2nd). Thousand Oaks: Sage Pubns.
- DeGEval - Gesellschaft für Evaluation e.V. (2016). *Standards für Evaluation. Erste Revision auf Basis der Fassung 2002*. Mainz: DeGEval. Zugriff am 24.07.2017. Verfügbar unter [http://www.degeval.de/fileadmin/Publikationen/DeGEval\\_Standards\\_fuer\\_Evaluation\\_-\\_Erste\\_Revision\\_\\_2016\\_.pdf](http://www.degeval.de/fileadmin/Publikationen/DeGEval_Standards_fuer_Evaluation_-_Erste_Revision__2016_.pdf)
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.
- Effertz, T. (2017). Kinder aus Suchtfamilien: die ökonomische Dimension eines kaum beachteten Problems. *Frühe Kindheit*, 17 (01), 35–42.
- Feist-Ortmanns, M. & Macsenaere, M. (2018). Versorgungssituation von suchtbelasteten Familien verbessern. Steuerungswissen und Handlungsorientierung für ein evidenzbasiertes Change Management. *Sozial Extra*, 42 (1), 44–47.
- Fendrich, S., Pothmann, J. & Tabel, A. (2016). *Monitor Hilfen zur Erziehung 2016*. Dortmund: Eigenverlag Forschungsverbund DJI/TU Dortmund an.
- Förster, B. (2017). Mit vereinten Kräften Kinder und Eltern stärken. *neue caritas*, 118 (18), 17–20.
- Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.). (2010). *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen* (Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 3). Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Geis, A. (2019). Wer kümmert sich um die Kinder psychisch kranker Eltern? *neue caritas* (1), 28–30.

- Gibis, B. & Gawlik, C. (2001). Hierarchie der Evidenz. Die unterschiedliche Aussagekraft wissenschaftlicher Untersuchungen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 44 (9), 876–882.
- Hurrelmann, K., Andresen, S. & TNS Infratest Sozialforschung. (2010). *Kinder in Deutschland 2010. 2. World Vision Kinderstudie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- ISA Planung und Entwicklung GmbH [ISA]. (2010). *Wirkungsorientierte Jugendhilfe. Abschlussbericht der Evaluation des Bundesmodellprogramms "Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung durch wirkungsorientierte Ausgestaltung der Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsvereinbarungen nach §§ 78a ff SGB VIII"*. Münster: Waxmann. Zugriff am 11.10.2019. Verfügbar unter [http://kom-sd.de/fileadmin/uploads/komsd/wojh\\_schriften\\_heft\\_10.pdf](http://kom-sd.de/fileadmin/uploads/komsd/wojh_schriften_heft_10.pdf)
- Klein, M. (2018). Im Dunkelfeld von Versorgung, Bildung und Qualifizierung? Kinder von Suchtkranken. *Sozial Extra*, 2018 (01), 31–35.
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (2018). *Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land*. Zugriff am 13.09.2019. Verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1>
- Lenz, A. (2018). Kinder psychisch erkrankter Eltern – Belastungen, Resilienzen und Basisinterventionen. In S. Witte (Hrsg.), *Erziehungsberatung. Standpunkte, Entwicklungen, Konzepte* (S. 159–173). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Macsenaere, M. (2007). Verfahren zur Wirkungsmessung in den erzieherischen Hilfen: Jugendhilfe-Effekte-Studie. In ISA Planung und Entwicklung GmbH (Hrsg.), *Wirkungsorientierte Jugendhilfe. Beiträge zur Wirkungsorientierung von erzieherischen Hilfen* (Bd. 1, S. 25–31). Münster.
- Macsenaere, M. & Esser, K. (2015). *Was wirkt in der Erziehungshilfe? Wirkfaktoren in Heimerziehung und anderen Hilfearten* (2. aktualisierte Aufl.). München: Reinhardt.
- Macsenaere, M., Paries, G. & Arnold, J. (2009). *EST! Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen – Abschlussbericht*, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. Zugriff am 14.08.2017. Verfügbar unter <https://www.blja.bayern.de/imperia/md/content/blvf/bayerlandesjugendamt/familie/abschlussbericht.pdf>
- Menne, K. (2008). Differenzielle Evaluation in der Erziehungs- und Familienberatung. In H. Scheuerer-Englisch, A. Hundsalz & K. Menne (Hrsg.), *Jahrbuch für Erziehungsberatung* (Bd. 7, S. 265–284). Weinheim: Juventa.
- Meysen, T., Rixen, S. & Schönecker, L. (2019). *Rechtsexpertise. Ist-Analyse zu Hilfe und Versorgung in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern*. Zugriff am 21.02.2020. Verfügbar unter <https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2019/03/Expertise-Recht.pdf>

- Münder, J., Mutke, B. & Schone, R. (2000). *Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren*. Münster: Votum.
- Nussbaum, M. & Sen, A. (1993). *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press.
- Otto, H.-U. & Ziegler, H. (Hrsg.). (2010). *Capabilities - Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Packmohr, K. & Weiß, P. (2020). Suchtberatung wirkt. SROI-Studie zu den volkswirtschaftlichen Einsparpotenzialen durch die Suchtberatung. *NDV*, 100 (2), 74–79.
- Plass, A. & Wiegand-Grefe, S. (2012). *Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Weinheim/Basel: Beltz.
- Pothmann, J. & Rauschenbach, T. (2014). Erziehungshilfen im Spiegel der amtlichen Statistik. In M. Macsenaere, K. Esser, E. Knab & S. Hiller (Hrsg.), *Handbuch der Hilfen zur Erziehung* (S. 33–38). Freiburg: Lambertus.
- Rauschenbach, T. & Schilling, M. (1997). *Die Kinder- und Jugendhilfe und ihre Statistik. Einführung und Grundlagen* (Bd. 1). Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand.
- Roesler, C. (2014). *Die Wirksamkeit der Erziehungsberatung aus Klienten- und Beratersicht. Evaluation der Erziehungsberatungsstellen der Arbeitsgemeinschaft der Erziehungshilfen (AGE) des Caritasverbands für die Erzdiözese Freiburg. Forschungsbericht*. Freiburg: Katholische Hochschule Freiburg. Zugriff am 18.10.2019. Verfügbar unter [https://cms1.carinet.de/shared\\_data/forms\\_layout/efbvke/426412\\_Prof\\_Roesler\\_Zufriedenheitsstudie.pdf](https://cms1.carinet.de/shared_data/forms_layout/efbvke/426412_Prof_Roesler_Zufriedenheitsstudie.pdf)
- Roesler, C. (2017). Hohe Klientenzufriedenheit bei begrenzter Problemreduktion. Ein Überblick über die Wirkungsforschung zur Erziehungsberatung und eine empirische Untersuchung des »Diskrepanzphänomens«. *Familiendynamik*, 42 (3), 220–231.
- Roos, K. (2005). *Kosten-Nutzen-Analyse von Jugendhilfemaßnahmen*. Frankfurt: Peter Lang.
- Schmenger, S. & Schmutz, E. (2019). *Expertise. Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil*. Expertise im Rahmen der AG Kinder psychisch kranker Eltern, Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz gGmbH. Zugriff am 07.10.2019. Verfügbar unter <https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2019/04/Gute-Praxis-%C3%B6ffentlicher-Bereich.pdf>
- Schrappe, A. (2018). *Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern. Kompetent beraten, sicher kooperieren (Basiswissen Beratung)*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Statistisches Bundesamt [Destatis]. (2017). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe 2015. Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige, Erziehungsberatung - 2015*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Zugriff am 25.11.2019. Verfügbar unter [---

Seite 111](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-</a></p></div><div data-bbox=)

- Umwelt/Soziales/Kinderhilfe-Jugendhilfe/Publicationen/Downloads-Kinder-und-Jugendhilfe/erzieherische-hilfe-erziehungsberatung-5225101157004.pdf?\_\_blob=publicationFile
- Van Ophuysen, S. & Lintorf, K. (2013). Pädagogische Diagnostik im Schulalltag. In S.-I. Beutel, W. Bos & R. Porsch (Hrsg.), *Lernen in Vielfalt. Chance und Herausforderung für Schul- und Unterrichtsentwicklung* (S. 55–76). Münster: Waxmann.
- Vossler, A. (2003). *Perspektiven der Erziehungsberatung. Kompetenzförderung aus Sicht von Jugendlichen, Eltern und Beratern*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Vossler, A. (2006). Evaluation von Erziehungs- und Familienberatung in Deutschland. Ergebnisse und Anregungen für die Praxis. In A. Hundsalz & K. Menne (Hrsg.), *Jahrbuch für Erziehungsberatung* (Bd. 6, S. 207–224). Weinheim/München: Juventa-Verlag.
- Welter-Enderlin, R. (Hrsg.). (2006). *Resilienz. Gedeihen trotz widriger Umstände* (Paar- und Familientherapie, 1. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Verl.
- Wiegand-Grefe, S., Klein, M., Kölch, M., Lenz, A., Seckinger, M., Thomasius, R. et al. (2019). *Analyse des aktuellen Stands der Forschung zu Versorgung, Intervention, Behandlung, Kooperation und Zusammenarbeit hinsichtlich der Situation von Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern. Expertise im Rahmen der AG Kinder psychisch kranker Eltern*. Zugriff am 07.10.2019. Verfügbar unter <https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2019/02/Stand-der-Forschung-1.pdf>
- Zinkl, K. & Roos, K. (2007). Heimerziehung lohnt sich – Ergebnisse zur Effizienz von Heimerziehung. In T. Hermsen & M. Macsenaere (Hrsg.), *Wirkungsforschung in der Kinder- und Jugendhilfe* (Schriftenreihe der KFH Mainz, Bd. 2, S. 213–224). St. Ottilien: EOS Verlag.