

---

# STEUERUNGSWISSEN UND HANDLUNGSORIENTIERUNG FÜR DEN AUFBAU EFFEKTIVER INTERDISZIPLINÄRER VER- SORGUNGSNETZWERKE FÜR SUCHTBELASTETE FAMILIEN

-

## ABSCHLUSSBERICHT

---

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

Projektdurchführung durch:



Essen, im November 2022

Laufzeit: 01.11.2018 – 30.06.2022

Förderkennzeichen: IIB2-2518DSM213

Fördersumme: 371.530,00 €

Autorinnen und Autoren: Niklas Helsper, Kim Kemner, Jens Arnold, Monika Feist-Ortmanns

Mitarbeit: Paula Dammann

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	4
1. Hintergrund, Rahmen und Zielsetzungen der Studie .....	9
2. Forschungsdesign und Durchführung.....	13
2.1. Strukturbedingungen .....	13
2.1.1. Fokusgruppen .....	13
2.1.2. Fachkräftebefragung .....	16
2.2. Wirkungsevaluation multidisziplinärer Hilfen.....	21
2.2.1. Interviews mit suchtbelasteten Eltern(teilen) .....	21
2.2.2. Befragung junger Menschen .....	25
2.2.3. Wirkungsmessung.....	27
3. Ergebnisse zu Strukturbedingungen.....	46
3.1. Verantwortlichkeiten für den Netzwerkaufbau.....	46
3.2. Gelingensfaktoren in der Gestaltung von Netzwerken .....	52
3.2.1. Interdisziplinäre Austauschformate.....	54
3.2.2. Formalisierung von Kooperation.....	57
3.3. Fortbildung und Qualifizierung.....	59
3.4. Spezifität der Hilfen.....	62
3.4.1. Angebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien.....	62
3.4.2. Familienangebote.....	64
3.4.3. Angebote für suchterkrankte Eltern(teile) .....	65
3.5. Zugänglichkeit von Hilfen .....	66
4. Ergebnisse zur Wirksamkeit von kooperativ erbrachten oder spezialisierten Hilfen im Rahmen von VSsF .....	69
4.1. Ausgangslagen der Hilfen bzgl. der Grundbefähigungsdimensionen .....	69
4.2. Veränderungswirkungen absolut und anhand der Vergleichsgruppen .....	75
4.3. Differenzierter Blick auf die Veränderungswirkungen .....	80
4.4. Zufriedenheit der Klientinnen bzw. Klienten und Prozessqualität der Hilfen.....	83

5.	Empirische Hinweise auf relevante Wirkungszusammenhänge (Wirkfaktoren).....	90
5.1.	Wirkfaktorendimension Qualität der Hilfestrukturen .....	93
5.1.1.	Zugänglichkeit und personelle Ressourcen .....	93
5.1.2.	Fortbildung und Qualifizierung.....	94
5.1.3.	Dokumentation und Qualitätsmanagement (QM).....	94
5.1.4.	Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung .....	95
5.2.	Wirkfaktorendimension interdisziplinäre Kooperation .....	96
5.2.1.	Multidisziplinarität und Fachaustausch .....	96
5.2.2.	Formalisierung sowie weitere Gelingensfaktoren und Herausforderungen im Rahmen von interdisziplinären Kooperationen .....	98
5.2.3.	Vermittlung und Findung von Klientinnen und Klienten.....	99
5.3.	Wirkfaktorendimension Qualität(en) der zielgruppenspezifischen Angebote.....	100
5.3.1.	Zielgruppenorientierung .....	100
5.3.2.	Ausbau spezifischer auf die Bedarfe der Zielgruppe „zugeschnittener“ Angebote .....	100
5.3.3.	Umfang und Intensität der Hilfen sowie weitere erfolgskorrelierte spezifische Qualitäten der Fallarbeit .....	101
6.	Ergebnisbilanz und abschließendes Fazit .....	103
7.	Literaturverzeichnis .....	111

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammensetzung der Fokusgruppen.....	15
Abbildung 2: Aufschlüsselung der Schnittstellenangebote nach primärer Zugehörigkeit im Hilfesystem.....	16
Abbildung 3: Beteiligung nach Arbeitsfeldern .....	20
Abbildung 4: Geschlecht der Elternteile .....	24
Abbildung 5: Erfahrungen Suchthilfe .....	24
Abbildung 6: Erfahrungen Jugendhilfe .....	24
Abbildung 7: Beteiligung nach Bundesland.....	27
Abbildung 8: Grundlagen des Verwirklichungschancenansatzes .....	29
Abbildung 9: Angaben der teilnehmenden Einrichtungen zu der Frage <i>Welche Rahmenangebote kommen bei den Hilfen vorrangig zur Anwendung?</i> .....	36
Abbildung 10: Angaben der teilnehmenden Einrichtungen zu der Frage <i>Welche Rahmenangebote kommen bei den Hilfen vorrangig zur Anwendung?</i> .....	37
Abbildung 11: Angaben der teilnehmenden Einrichtungen zu der Frage <i>Welche Berufsfelder sind bei Ihnen beschäftigt?</i> .....	38
Abbildung 12: Hilfeanlässe der Familien im Projekt .....	40
Abbildung 13: Geschlecht der jungen Menschen (Projekt- und Vergleichsgruppe).....	41
Abbildung 14: Alter der jungen Menschen bei Beginn im Projekt.....	42
Abbildung 15: Situation der Herkunftsfamilie Projekt- und Vergleichsgruppe.....	43
Abbildung 16: Sozialer Hintergrund der Familie Projekt- und Vergleichsgruppe .....	44
Abbildung 17: Vorliegen von Konsumverhalten der Eltern bei Projektbeginn und -verlauf ....	45
Abbildung 18: Globale Mittelwerte zu der Frage <i>Wie bewerten Sie die folgenden Faktoren hinsichtlich ihrer Bedeutung für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit?</i> .....	53
Abbildung 19: Globale Mittelwerte zu der Frage <i>Wie wichtig schätzen Sie die Standardisierung der folgenden Prozesse bzw. Zuständigkeiten für das Ziel, die Versorgung der Zielgruppe zu verbessern, ein?</i> .....	58
Abbildung 20: Ausgangslagenvergleich der Grundbefähigungen bei Kindern und Eltern.....	70
Abbildung 21: Ausgangslagen der Eltern im Perspektivenvergleich.....	71

Abbildung 22: Bestimmung der Zufriedenheit der Hilfeadressatinnen und -adressaten .....	72
Abbildung 23: Veranschaulichung der Erfassung von Veränderungswirkungen am Beispiel des elternbezogenen Erhebungsinstruments für das Hilfeende.....	73
Abbildung 24: Absolute Höhe der Veränderungswirkungen im Projekt VSsF.....	76
Abbildung 25: Vergleich Gesamtveränderungswirkungen zwischen der Projekt- und den Vergleichsstichproben .....	78
Abbildung 26: Prospektive Wirkungsindikatoren .....	81
Abbildung 27: Individuelle Wirkungswahrnehmungen in Bezug auf die jungen Menschen aus Sicht der Beteiligten .....	82
Abbildung 28: Individuelle Wirkungswahrnehmungen in Bezug auf die Eltern aus Sicht der Beteiligten .....	82
Abbildung 29: Globale Zufriedenheit und wahrgenommener Hilfeerfolg im Projektvergleich.	84
Abbildung 30: Übersicht der zentralen Wirkfaktorendimensionen .....	92
Abbildung 31: Kooperationsumfang & -qualität.....	97

## **Eckpunktepapier zur Verbesserung der Versorgungssituation suchtbelasteter Familien**

Das Forschungsprojekt „Steuerungswissen und Handlungsorientierung für den Aufbau effektiver interdisziplinärer Versorgungsnetzwerke für suchtbelastete Familien“<sup>1</sup> ist mit dem Ziel angetreten, aus dem generierten Wissen konkrete Handlungsempfehlungen dazu zu entwickeln, wie die Versorgungssituation der Zielgruppe nachhaltig verbessert werden kann.

Durch die vorliegende Forschung konnte nachgewiesen werden, dass **spezialisierte und kooperative Hilfeleistungen für suchtbelastete Familien wirksam sind**, und zwar deutlich mehr als nichtspezialisierte Jugendhilfeleistungen innerhalb der Regelversorgung. Dies gilt insbesondere für Hilfeleistungen, an denen Fachkräfte des medizinischen Systems und der Suchthilfe beteiligt sind. Sowohl die Gesundheit als auch die Lebenssituation der Eltern mit Suchtproblematik verbessern sich deutlich; die größten Effekte werden aber im Hinblick auf das Wohlbefinden, die Resilienz sowie Schutz und Versorgung der Kinder im betroffenen Familiensystem erreicht und das Zusammenleben in der Familie stabilisiert. Ausgehend von diesen Ergebnissen der verschiedenen Erhebungsformate lassen sich folgende Empfehlungen für die Steuerung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie für Praxisakteurinnen und -akteure in der direkten Arbeit formulieren:

### **Ausbau von Strukturen**

Vor dem Hintergrund der Wirksamkeit der Hilfen lässt sich empirisch fundiert konstatieren, dass der flächendeckende Ausbau spezialisierter und kooperativer Versorgungsnetzwerke für suchtbelastete Familien zum einen ethisch und fachlich geboten ist, um bedarfsgerechte Hilfen leisten und Kinder wirksam schützen zu können, zum anderen aber auch **aus einer volkswirtschaftlichen Perspektive sinnvoll** ist. Dies lässt sich vor allem auf den präventiven Charakter der Versorgungsnetzwerke zurückführen, der über die Förderung der Resilienz der Familienmitglieder sowie durch die Stärkung der Schutz-Dimension im Familiensystem erreicht wird. Welche Punkte sind im Rahmen des Strukturaufbaus prioritär? Die Bedingungen zur Erbringung von koordinierten, kooperativen Hilfen sind für die Zielgruppe regional nach wie vor sehr heterogen. Es bedarf deutschlandweit eines einheitlichen und verbindlichen Standards für ein **Netzwerk Besonders Belastete Familien(systeme)**, der weitestgehend analog zum Erfolgsmodell der Frühen Hilfen zu finanzieren und aufzubauen ist. Hier scheinen aufgrund

---

<sup>1</sup> Das Projekt wird im Folgenden VSsF (Projekt zur Versorgungssituation suchtbelasteter Familien) abgekürzt.

der vorhandenen Überschneidungen im Aufgabenfeld zum einen organisatorische Anknüpfungen an die bestehenden Strukturen der Frühen Hilfen sinnvoll. Zum anderen ließe sich aufgrund der thematischen Ähnlichkeiten das Netzwerk gemeinsam mit dem Themenfeld der Versorgung der psychisch belasteten Familiensysteme aufstellen, um Potenziale hinsichtlich Effektivität der Arbeit nicht verschenken und gleichzeitig Synergien zu erzeugen. Wichtig dabei wäre es, die Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen gleichwertig zu fokussieren. Ein qualitätsgesichertes Konzept zur Einbettung in die lokalen und regionalen Präventionsketten muss dabei Voraussetzung sein. Gleichzeitig bedarf es hier eines verbindlichen Stellenschlüssels für die Koordination der Arbeit, der sich entweder aus der Prävalenz vor Ort oder den Bevölkerungszahlen im Einzugsgebiet ergibt, wenn keine ausreichenden Daten bei den Suchtberatungsstellen vorliegen. Die Frage der organisatorischen Anknüpfung ist nicht eindeutig zu beantworten: Auf der einen Seite spricht der präventive Auftrag des Vorhabens klar für eine Ansiedlung bei den örtlichen Gesundheitsämtern (oder analogen Strukturen, die für Prävention zuständig sind). Auf der anderen Seite wurde im Rahmen der Erhebung vielfach das Problem sichtbar, dass gerade in den Jugendämtern die Verankerung des Themas häufig noch nicht ausreichend realisiert ist. Durch die Anbindung des Netzwerks würden hier automatisch Pfeiler eingeschlagen, auf denen sich ein stabiles Gerüst für die Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Suchthilfe, medizinischem System und weiteren Strukturen gründen ließe. Die Finanzierung des Vorhabens darf dabei nicht nur von den kommunalen Haushalten getragen werden. Bund- und Landesmittel, aber auch eine Finanzierung aus den Präventionsmitteln der GKV, den örtlichen Krankenkassen sowie ggf. auch Mittel der Rentenversicherungen scheinen hier sinnvoll. Hierfür liegt die Steuerungsverantwortung teilweise auch beim Bund (BMG und BMFSFJ). Zentral sind gesetzgeberische Maßnahmen notwendig, die Finanzierung verbindlich zu regeln und Qualitätskriterien zu definieren und zu überprüfen.

### **Qualitätskriterien Netzwerk Besonders Belastete Familien(systeme)**

Zentrale Zielsetzung eines solchen Netzwerks muss es sein, die bestehende Versäulung der verschiedenen Leistungsbereiche aufzubrechen, um Angebote bzw. Angebotsstrukturen zu ermöglichen, die von den Bedarfen der Familien vor Ort ausgehen und dabei nicht ausschließlich auf tradierte Praktiken zurückgreifen. Es wurde sichtbar, dass bundesweit auch innerhalb der bestehenden (gesetzlichen) Voraussetzung schon vielerorts gute Arbeit geleistet werden kann. Grundlage dafür ist aber immer die Möglichkeit, einen Dialog zwischen den Bereichen sowohl auf administrativer Ebene als auch auf Ebene der Praktikerinnen und Praktiker zu realisieren. Daraus sollten sich verbindliche Austauschformate ergeben, die sich zum einen mit Steuerungsfragen und zum anderen mit Fragen der Einzelfallversorgung befassen.

Eine weitere zentrale Zielsetzung muss eine koordinierte Öffentlichkeitsarbeit sein, um Familien zu erreichen, die bisher den Weg ins Hilfesystem noch nicht gefunden haben.

Mit der **Neugestaltung des § 20 SGB VIII** wurde 2021 eine gesetzliche Grundlage geschaffen, um **niedrigschwellige Angebote bzw. Hilfestrukturen zur kurzfristigen Unterstützung für suchtbelastete Familien** zu ermöglichen. Die Reform geht damit zentral auf die *Empfehlungen 2 und 4* ein, die im Rahmen der vom Bundestag eingerichteten *Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern* (AG KipKE) formuliert wurde. Neben der inhaltlichen Ausgestaltung ist die zentrale Neuerung, dass der Gesetzgeber nun die (Erziehungs-)Beratungsstellen nach § 28 SGB VIII als Vermittler von Leistungen und ggf. auch Anbieter dieser Hilfen vorsieht. Entscheidend für den Erfolg in der Umsetzung wird sein, dass den Erziehungsberatungsstellen eine Öffnung in die sozialräumlichen Strukturen umfassend gelingt und diese sowohl für hilfeschende Eltern als auch für Hilfsdienste außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe zur zentralen Anlaufstelle in familiären Notsituationen werden. Wichtiges Qualitätskriterium ist hierbei die Vernetzung auch mit Angeboten aus den Bereichen der Suchthilfe und psychiatrischen Versorgung, aber auch mit Schulen und Familienzentren bzw. Kitas.

Das wahrscheinlich zentralste Qualitätskriterium für gemeinsame und abgestimmte Hilfebringung ist die regelhafte Umsetzung gemeinsamer Hilfe- und Teilhabeplanung in der Region. Diese Erweiterung der Praxis bindet Ressourcen und muss finanziert werden.

### **Finanzierung der einzelfallbezogenen Netzwerkarbeit**

Netzwerkarbeit kostet Geld und bindet Ressourcen. Hier bedarf es einer klaren Regelung der Finanzierung. Bezogen auf Jugend- und Suchthilfe wäre ein Lösungsansatz, die Fallschlüssel zu verbessern. Dies ist jedoch vor dem Hintergrund eines sich zuspitzenden Fachkräftemangels ein unzureichender Lösungsansatz, weil derzeit ausgebildetes Personal nicht im ausreichenden Maße zur Verfügung steht. Politische Aufgabe muss es sein, hierfür Strategien zur Verbesserung der Fachkräftesituation zu schaffen. Dies betrifft jedoch neben der Fragestellung der Entlohnung vor allem das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Auch wenn das Fehlen von Ressourcen als Problem für die Beteiligung an Austauschformaten nicht von der Hand zu weisen ist, wurde im Projekt ebenfalls deutlich, dass **abgestimmtes Handeln und klare Zuständigkeiten** auch für Entlastung im Arbeitsalltag sorgen können. Umso mehr sollte der Fokus auch darauf gelegt werden, dieses abgestimmte Handeln verbindlich zu ermöglichen.



## 1. Hintergrund, Rahmen und Zielsetzungen der Studie

### Hintergrund des „VSsF“-Projekts

Kinder aus suchtbelasteten Familien sind in den letzten Jahren wieder verstärkt als Risikogruppe für Entwicklungsbelastungen in den Blick von Kinder-, Jugend- und Suchthilfe geraten. Für Deutschland wird davon ausgegangen, dass etwa 2,65 Mio. Kinder und Jugendliche ein Elternteil mit einer alkoholbezogenen Störung und weitere 40.000 bis 60.000 Kinder und Jugendliche ein von illegalen Drogen abhängiges Elternteil haben. Schätzungsweise 6 Mio. Erwachsene sind als Kinder in suchtbelasteten Familien aufgewachsen (vgl. Pfeiffer-Gerschel et al., 2013). Aus diesen Zahlen ergibt sich, dass im Schnitt jedes sechste Kind, zumindest zeitweise, in einer suchtbelasteten Familie aufwächst. Wird aber der Bericht des RKI aus dem Jahr 2016 berücksichtigt, aus dem hervorgeht, dass in Deutschland ca. 6 Mio. Kinder in Familien leben, in denen riskant Alkohol konsumiert wird, ist davon auszugehen, dass die bisherigen Zahlen deutlich nach oben korrigiert werden müssen.

Diese Werte sind insbesondere aus gesundheitspolitischer Sicht bedeutsam, da das Transmissionsrisiko dieser Kinder, im biografischen Verlauf eine psychische Erkrankung und insbesondere eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln, im Vergleich zur allgemeinen Alterskohorte um 30–40 % erhöht ist. Der Schutz von Kindern suchtkranker Eltern und die Förderung ihrer physischen und psychischen Salutogenese sollten folglich nicht nur vonseiten der Kinder- und Jugendhilfe in den Blick genommen werden. Aus gesundheitspolitischer Sicht handelt es sich hier um die größte Zielgruppe für eine indizierte Suchtprävention und letztlich um enorme prospektive Kosten für den Gesundheits- und Sozialsektor, die durch frühe, vernetzte Unterstützungsleistungen eingespart werden können. Tobias Effertz, Institut für Recht der Wirtschaft an der Universität Hamburg, schätzt die Behandlungskosten von minderjährigen Kindern Suchtkranker jährlich um 221,5 Mio. Euro höher ein als von Kindern aus nicht belasteten Familien. Die höchsten Kosten werden seiner Ansicht nach durch die lebenslang erhöhte Anfälligkeit der Kinder für psychische und somatische Krankheiten verursacht (vgl. Effertz, 2017). Diese Zahlen machen deutlich, wie dringend ein Handlungsbedarf aus Sicht des Gesundheitswesens gegeben ist, die Förderung interdisziplinärer Versorgungsstrukturen für Kinder aus suchtbelasteten Familiensystemen voranzutreiben. Als positiver Aspekt ist an dieser Stelle zu benennen, dass es erste Hinweise auf die Wirksamkeit von vernetzten Unterstützungsangeboten für Kinder süchtiger Elternteile gibt: „Die wichtigsten Prinzipien für Hilfen für Kinder von Alkoholabhängigen sind in der Frühzeitigkeit, der Dauerhaftigkeit und Vernetztheit der Maßnahmen in Bezug auf andere familienbezogene Hilfen zu sehen. Erste empirische Studien, z. B. im Rahmen des TRAMPOLIN-Projekts (Klein et al., 2013) zu präventiven Hilfen für Kinder von Suchtkranken, haben gezeigt, dass diese Hilfen dauerhafte Verbesserungen der psychischen Gesundheit der betroffenen Kinder erbringen“ (Klein, 2018, S. 33).

Aus familien- und sozialpolitischer Sicht stehen bei der Hilfe für suchtbelastete Familien in erster Linie der Erhalt der Familienstruktur, die Vermeidung von Fremdunterbringung und vor allem der Schutz der Kinder im Fokus. Zur Erreichung dieser zentralen Zielsetzungen müssen die erkrankten Personensorgeberechtigten über einen niedrigschwelligen Zugang zeitnah Hilfen zur Erziehung in Anspruch nehmen können. Der schnelle, 'unbürokratische' Zugang zu Hilfsstrukturen ist für die Zielgruppe von besonderer Bedeutung, da das Vorliegen einer Suchterkrankung von Müttern und Vätern zu einer Beeinträchtigung ihrer Erziehungsfähigkeit führt und ein erhebliches proximales Risiko für das Wohlergehen der im Haushalt lebenden Kinder darstellt. In einer Befragung von 8.500 Personen berichteten Kinder psychisch erkrankter Eltern zwei- bis dreifach häufiger von sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung oder Misshandlung durch die Eltern als der Durchschnitt der Bevölkerung (vgl. Walsh et al., 2002). Darüber hinaus ist belegt, dass Eltern mit Alkohol- und Drogenproblemen ihre Kinder mit einer über das Dreifache erhöhten Wahrscheinlichkeit vernachlässigen (vgl. Arenz-Greiving & Kober, 2007) und knapp ein Viertel der Kinder mit einem alkoholabhängigen Elternteil Gewalterfahrungen machen (vgl. Klein, Ferrari & Kürschner, 2003). Dass elterliche psychische Erkrankungen und vor allem Suchterkrankungen überproportional häufig ein zentrales Thema im Bereich des Kinderschutzes darstellen, lässt sich über Fallanalysen zur Einleitung gerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls gemäß § 1666 BGB nachweisen, wie hier aus dem Jahr 2000: In 18 % aller Fälle wurde eine psychische Krankheit und in 44 % der Fälle eine Suchterkrankung der Eltern als Indiz für die Einleitung des Verfahrens benannt (vgl. Mündler et al., 2000). Im Bereich illegaler Drogen können noch besondere Gefährdungen der Kinder durch Prostitution, Beschaffungskriminalität und Drogenhandel (v. a. im Wohnraum) sowie Zugang zu oder Verabreichung von Sucht- bzw. Substitutionsmitteln hinzukommen. Insgesamt lässt sich der Risikoeinschätzung von Michael Klein anschließen: „In der internationalen Forschung zu Fragen des Kindeswohls und der Entwicklungspsychopathologie gilt eine elterliche Suchtmittelabhängigkeit, speziell Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, als eine der risikoreichsten und gefährlichsten Konstellationen für die gesunde psychische und körperliche Entwicklung von Kindern, die im Umfeld leben“ (Klein, 2018, S. 31 f.).

In der Sozialen Arbeit zeichnet sich in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel an der Schnittstelle von Jugendhilfe, Suchthilfe und medizinischer Versorgung ab. Während die Ausrichtung hin zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit in Fachkreisen unstrittig als notwendig betrachtet, auf politischer Ebene gefordert und auf Bundes- sowie Landesebene projektbezogen gefördert wird (bspw. durch das 'Schulterschluss-Projekt' in Bayern und Baden-Württemberg), ist die Implementierung von funktionalen Kooperationsstrukturen zwischen den Hilfesystemen problembehaftet und bleibt weit hinter dem Bedarf der Zielgruppe zurück. Die mangelnde Kooperation der relevanten Akteurinnen und Akteure, das Fehlen einer flächendeckenden Versorgung mit Hilfsangeboten und die Schnittstellenproblematik bestehn auch 3,5 Jahre

nach Projektstart weiterhin. Immer noch fehlt es an Wissen, um den flächendeckenden Aufbau von interdisziplinären Versorgungsnetzwerken gezielt zu fördern und gemeinsame Hilfeleistungen effektiv zu gestalten.

Hier setzt das Erkenntnisinteresse des Forschungsprojekts „Steuerungswissen und Handlungsorientierung für den Aufbau effektiver interdisziplinärer Versorgungsnetzwerke für suchtbelastete Familien“ an.

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

Die Datenlage bezüglich der geschaffenen Strukturen und der erzielten Ergebnisse war zu Beginn des Projekts sehr dünn und meist auf die Evaluation von Modellprojekten begrenzt. Somit konnten bislang keine repräsentativen Aussagen über die Orientierungsprozesse und die Neuausrichtung der Hilfesysteme getroffen werden. Ziel des Forschungsvorhabens war es, zur Schließung dieser Lücke beizutragen und das generierte Wissen über unterschiedliche Zugänge zeit- und praxisnah den relevanten Akteurinnen und Akteuren zur Verfügung zu stellen. Das Erkenntnisinteresse des Vorhabens bestand im Kern darin herauszufinden, unter welchen Struktur- und Rahmenbedingungen der Aufbau funktionaler Versorgungsstrukturen gelingen kann und ob sich das Konzept der kooperativen Leistungserbringung zwischen Jugend- und Suchthilfe in der Praxis als gangbarer und effektiver Weg erweist, um suchtbelastete Familien und deren Kinder wirksam zu unterstützen und zu schützen. Folgende Fragen stehen hierbei im Fokus:

1. Welche ‚Stellschrauben‘ müssen im Hilfesystem justiert werden, um die Situation betroffener Familien und ihrer Kinder zu verbessern  
und
2. wie kann eine Umsetzung erfolgsversprechend gelingen?

Ziel war es, repräsentative Daten über die Wirksamkeit der kooperativ zwischen Jugend- und Suchthilfe erbrachten Hilfeleistung für die Bundesrepublik vorzulegen und so eine Grundlage zur Qualitätsentwicklung und der Einordnung hinsichtlich der Überführung und Verstetigung im sozialen Regelsystem zu schaffen.

Als Produkte des Forschungsprojektes sind ein Handlungsleitfaden für die Verantwortlichen bei Land und Kommune zur Implementierung interdisziplinärer Versorgungsnetzwerke, ein Manual für Praxisakteurinnen und -akteure zur kooperativen Erbringung von Hilfeleistungen für suchtbelastete Familien und eine Wissensplattform als interaktives Tool zum Austausch aller beteiligten Ebenen und Akteurinnen und Akteure sowie der zeitnahen Rückkoppelung von generierten Wissensbeständen entstanden. Diese ausdifferenzierten, bedarfsgerechten Zugänge für die unterschiedlichen Handlungsebenen sowie die interaktive Wissensplattform

als Chance für gemeinsames Lernen und den interdisziplinären Austausch fördern den hohen Impact und die Nachhaltigkeit der Forschung.

### Zeitlicher Ablauf des Projekts

Die Laufzeit des VSsF-Projekts umfasste den Zeitraum vom 01.11.2018 bis zum 30.06.2022. Das Projekt gliedert sich in zwei Erhebungsstränge: zum einen wurden im Modul 1 die Strukturbedingungen der Versorgungssituation suchtbelasteter Familien in den Blick genommen, zum anderen im Modul 2 über verschiedene Formate evaluiert, wie wirksam multidisziplinäre Hilfen im Vergleich zu nicht-kooperativ ausgerichteten Leistungen sind.

	<b>Erhebungsformat</b>	<b>Zeitraum der Erhebung</b>	<b>Zwischenberichte</b>
<b>Modul 1: Strukturbedingungen</b>	Fokusgruppen	2. Quartal 2019 – 4. Quartal 2019	2. Quartal 2020
	Fachkräftebefragung	4. Quartal 2020 – 1. Quartal 2021	2. Quartal 2021
<b>Modul 2: Wirkungsevaluation</b>	Interviews suchterkrankte Eltern(teile)	1. Quartal 2019 - 4. Quartal 2019	2. Quartal 2020
	Befragung junger Menschen	3. Quartal 2020 – 1. Quartal 2021	Ergebnisse im Abschlussbericht
	Wirkungsmessung	1. Quartal 2020 – 4. Quartal 2021	Ergebnisse im Abschlussbericht

**Tabelle 1: Zeitlicher Ablauf: Durchführung der verschiedenen Erhebungsformate**

Beide Module umfassen sowohl einen qualitativen als auch einen quantitativen Zugang zum Feld. Eine ausführliche Darstellung der Erhebungsformate folgt im Kapitel 2.2.

Die Ergebnisse der einzelnen Modulkomponenten wurden für das Modul 1 in einzelnen Zwischenberichten festgehalten, die auf der für das Projekt eingerichteten Wissensplattform online zur Verfügung gestellt wurden.<sup>2</sup> Gleiches gilt für die Ergebnisse der Interviewauswertung im Modul 2. Für die Ergebnisse der Befragung junger Menschen und der Wirkungsmessung aus Modul 2 wurden keine Zwischenberichte erstellt. Sie werden im hier vorliegenden Abschlussbericht besonders ausführlich dargestellt.

---

<sup>2</sup> Einsehbar über <https://jugendhilfe-suchthilfe.de/>.

## 2. Forschungsdesign und Durchführung

In dem Forschungsprojekt „Steuerungswissen und Handlungsorientierung für den Aufbau effektiver interdisziplinärer Versorgungsnetzwerke für suchtbelastete Familien“ wurden über fünf im Hinblick auf Methodik und Zielgruppe divergierende Erhebungsformate zusammengeführt, um Wissen darüber zu generieren, wie die Versorgungssituation suchtbelasteter Familien verbessert werden kann. Das Projekt gliedert sich in zwei Erhebungsstränge: zum einen wurden im Modul 1 die Strukturbedingungen der Versorgungssituation suchtbelasteter Familien in den Blick genommen, zum anderen im Modul 2 über verschiedene Formate evaluiert, wie wirksam multidisziplinäre Hilfen im Vergleich zu nicht-kooperativ ausgerichteten Leistungen sind. Beide Module umfassen sowohl quantitative als auch qualitative Zugänge zum Feld.

Die verschiedenen Erhebungsformate wurden zum Teil parallel durchgeführt, zum Teil flossen Daten aus der Auswertung eines Formats in die Konzeption eines anderen mit ein. Es fanden etwa einige Aspekte, die sich aus der Auswertung der Fokusgruppen ergeben haben, bei der Erstellung des Fragebogens der Fachkräftebefragung Berücksichtigung. Dadurch, dass die Formate zum Teil zeitlich versetzt vorbereitet und durchgeführt wurden, konnte ermöglicht werden, dass diese sich in ihrer Grundkonzeption sinnvoll ergänzen, um vertiefende Erkenntnisse im Hinblick auf die vorliegenden Fragestellungen zu generieren. So konnten die verschiedenen Formate schon im Forschungsprozess miteinander verschränkt werden. Eine abschließende Triangulation aller Ergebnisse erfolgt im vorliegenden Abschlussbericht.

Zentral im vorliegenden Bericht ist insbesondere die Wirkungsmessung von kooperativ erbrachten Hilfeleistungen. In den folgenden Kapiteln werden die übrigen Erhebungsformate nur basal im Hinblick auf das Vorgehen, Methodik und die Beteiligung vorgestellt.

### 2.1. Strukturbedingungen

#### 2.1.1. Fokusgruppen

##### Vorgehen und Methodik

Bis zum November 2019 wurden acht regionale Fokusgruppen durchgeführt. Die folgenden Fragen dienten dem Austausch in den Fokusgruppen als Gesprächsleitfaden:

##### **Stellenwert/Funktion von Land und Kommune bei der Implementierung von Versorgungsnetzwerken**

- Ist eine Förderung/Koordination des Aufbaus von interdisziplinären Netzwerkstrukturen auf Länderebene vorhanden/erwünscht?

- Gibt es eine Förderung/Koordination der multidisziplinären Zusammenarbeit seitens der Kommune, bzw. ist diese erwünscht?
- Gibt es andere überregionale Programme/Stellen, die eine Zusammenarbeit von Suchthilfe, Jugendhilfe und medizinischer Versorgung fördern/steuern?

### **Formalisierungsgrad der Kooperation**

- Welchen Auftrag und Stellenwert hat die Kooperationsvereinbarung in dem lokalen Netzwerk?
- Sollte es standardisierte Prozessabläufe in der multidisziplinären Zusammenarbeit geben bzw. gibt es diese schon? Wenn ja, welche?
- Wie werden der Auftrag und die Bedeutung eines gemeinsamen Gremiums der beteiligten Kooperationspartner eingeordnet?

### **Interdisziplinäre Qualifizierung der Arbeitsbereiche**

- Gibt es gemeinsame/gegenseitige Fortbildungsveranstaltungen?
- Welche Inhalte werden für die gegenseitige/gemeinsame Qualifizierung für relevant befunden?
- Wie wichtig ist das gegenseitige Kennenlernen der Fachkräfte der unterschiedlichen Arbeitsfelder?
- Welche Vorbehalte und Unsicherheiten bestehen gegenüber den anderen Arbeitsbereichen und wie könnten diese abgebaut werden?
- Wie könnte das Finden einer „gemeinsamen Sprache“ und die Annäherung an eine gemeinsame Haltung als Basis der Kooperation gefördert werden?

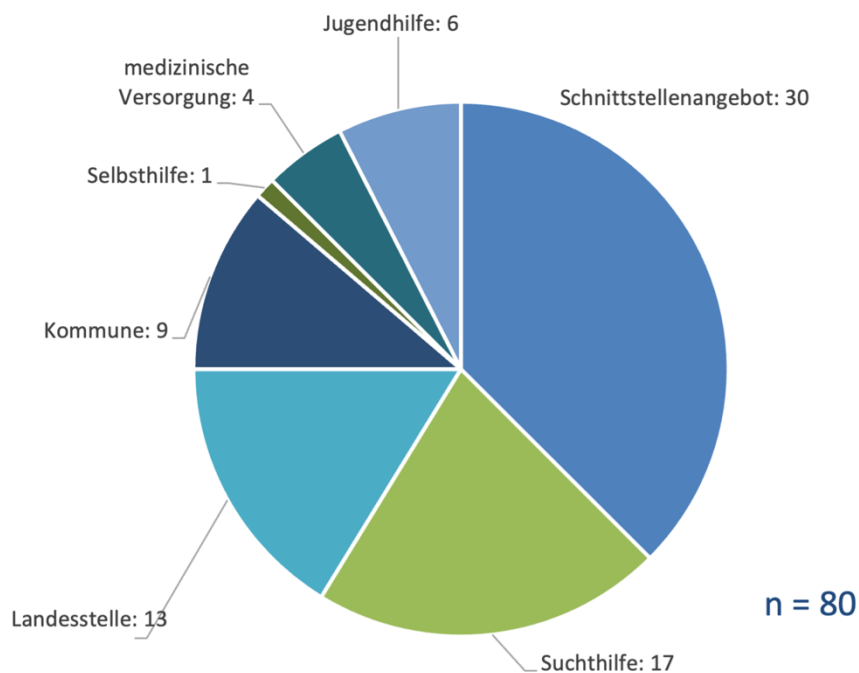
In einem ersten Schritt wurden acht Diskursprotokolle des Austausches in den Fokusgruppen erstellt. Diese dienten nach einer ersten Sichtung als Grundlage, um ein Kategoriensystem für die vertiefende Inhaltsanalyse der einzelnen Diskussionen zu erarbeiten. Die Protokolle wurden daraufhin umfassend mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Dabei ließen sich zentrale Diskursschwerpunkte, Argumentationsmuster, Problembeschreibungen und -bearbeitungen sowie Haltungen identifizieren, welche ein Spiegelbild der Herausforderungen darstellen, denen sich dieses Forschungsprojekt und mittelbar alle Akteurinnen und Akteure der Versorgungslandschaft stellen mussten.

## Beteiligung

### Beteiligung in Zahlen:

- 8 regionale Fokusgruppen
  - Standorte: Berlin, Dresden, München, Stuttgart, Mainz, Münster, Hannover, Kiel
- 80 Teilnehmende, davon 24 männlich und 56 weiblich
- größte Fokusgruppe mit 18 Teilnehmenden (Dresden)
- kleinste Fokusgruppe mit 5 Teilnehmenden (Stuttgart)

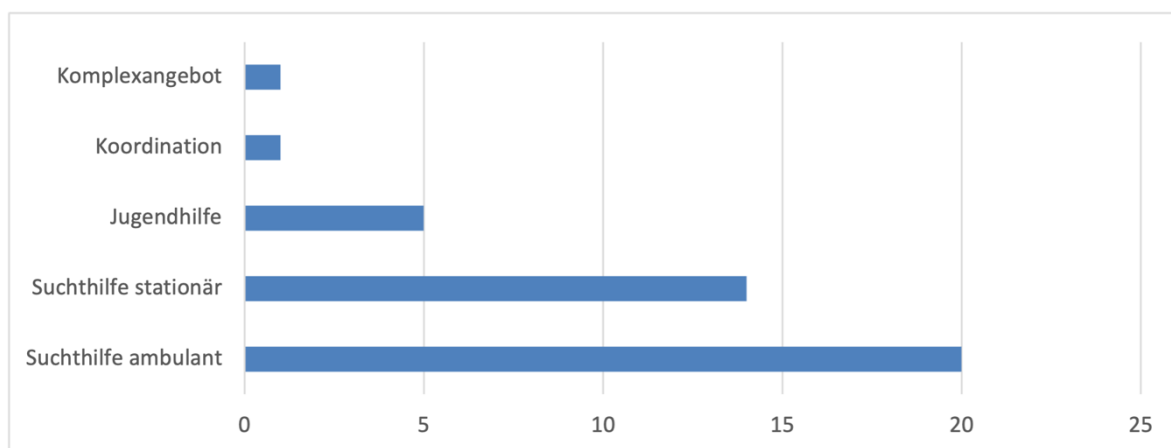
Betrachtet man die Zusammensetzung der Fokusgruppen, wird deutlich, dass sowohl die öffentliche als auch die freie Jugendhilfe sowie die medizinische Versorgung und auch die Eingliederungshilfe deutlich schwächer repräsentiert sind als die Akteurinnen und Akteure der Suchthilfe, was hinsichtlich der Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden muss (Abbildung 1).



**Abbildung 1: Zusammensetzung der Fokusgruppen**

Da jedoch auf der einen Seite in allen Gruppen bis auf Stuttgart Vertreterinnen und Vertreter der Jugendhilfe zugegen waren und auf der anderen Seite inhaltsanalytische Verfahren Redebeiträge nicht vorrangig quantifizieren, bietet der vorliegende Bericht trotzdem eine aussagekräftige Übersicht der gewichtigen Diskurse zwischen den Repräsentantinnen und Repräsentanten der verschiedenen Disziplinen und Arbeitsfelder in der Bundesrepublik. Darüber hinaus gab es einige Akteurinnen bzw. Akteure, die zwar in erster Linie in der

Suchthilfe verankert sind, aber in der Rolle als Netzwerkoordinatorinnen bzw. -koordinatoren oder -beteiligte auch Perspektiven der Jugendhilfe und anderer Systeme mit einbringen konnten oder sogar den expliziten Auftrag dazu aus ihren Netzwerken erhielten. Die größte Gruppe der Beteiligten bilden die Anbieter von Schnittstellenangeboten für suchtbelastete Familien. Schlüsselst man diese Gruppe auf (siehe Abbildung 2), zeigt sich, dass der Großteil dieser Angebote an Träger der Suchthilfe angebunden ist, wobei innerhalb dieser Angebote teilweise klassische Jugendhilfeleistungen erbracht werden. Die Zuordnung zur Suchthilfe erfolgte beispielsweise, wenn ein Anbieter eine stationäre Rehabilitationsleistung für suchtkranke Eltern(teile) und begleitend Gruppenangebote nach Leistungsrecht der Jugendhilfe für die Kinder anbietet. Analog wird die Zuordnung zur Suchthilfe vorgenommen, wenn ein Gruppenangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien an eine Suchtberatungsstelle angegliedert ist, auch wenn dort eine Jugendhilfeleistung erbracht wird. Fünf der Teilnehmenden bieten innerhalb ihrer Verbandsstrukturen gleichwertig Jugendhilfeleistungen und Suchthilfeleistungen an, sodass das Schnittstellenangebot keinem der beiden Bereiche schwerpunktmäßig zugeordnet werden konnte (siehe Abbildung 2).



**Abbildung 2: Aufschlüsselung der Schnittstellenangebote nach primärer Zugehörigkeit im Hilfesystem**

### 2.1.2. Fachkräftebefragung

#### Vorgehen und Methodik

Nach den acht regionalen Fokusgruppen bildet die standardisierte Fachkräftebefragung den zweiten Erhebungsstrang des Moduls „Strukturbedingungen im Forschungsprojekt zur Versorgungssituation suchtbelasteter Familien“. Die Befragung war für interessierte Fachkräfte zwischen Oktober 2020 und Januar 2021 abrufbar und wurde von insgesamt 355 Personen vollständig ausgefüllt.

Die Umfrage gliedert sich in folgende Schwerpunktbereiche:



- (1) Arbeitsfeld und -situation der Ausfüllenden
- (2) Verantwortlichkeiten für den Netzwerkaufbau
- (3) Kooperation
- (4) Qualifizierung
- (5) Offenes Frageformat
- (6) Individuelle Situation der Mitarbeitenden

Übergreifende Zielsetzung der Fachkräftebefragung war es, Antworten auf folgende Fragen zu generieren:

1. Welche strukturellen Änderungsbedarfe bzw. Schwerpunktthemen identifizieren die an der Versorgung suchtbelasteter Familien beteiligten Fachkräfte hinsichtlich einer gelingenden Netzwerkarbeit?
2. Welche Akteurinnen bzw. Akteure und Entscheidungsträger sehen sie dabei vorrangig in der Verantwortung für die Umsetzung der identifizierten Änderungsbedarfe?

Dabei lag ein weiteres Anliegen in der genauen Differenzierung, ob es zwischen den verschiedenen Arbeitsfeldern, Funktionen der Ausfüllenden, den Regionen sowie den Geschlechtern Unterschiede hinsichtlich der identifizierten Änderungsbedarfe und Verantwortungszuschreibung gibt. Die Aufschlüsselung der Ergebnisse und Sichtbarmachung spezifischer Bedarfe sowie Schwerpunktsetzungen nach diesen Kriterien sollten aufschlussreiche Ansatzpunkte für den Dialog zum Netzwerkaufbau liefern.

Die Items der inhaltlichen Schwerpunktbereiche (2–5) wurden in erster Linie auf Grundlage der Erkenntnisse der im Rahmen dieses Forschungsprojekts durchgeführten Fokusgruppen entworfen. Angereichert wurden sie durch Erkenntnisse ausgewählter aktueller Forschungen und diskursrelevanter Veröffentlichungen (vgl. AFET, 2020; Feist-Ortmanns & Macsenaere, 2020; Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, 2015). Die Abfrage der individuellen Situation der Mitarbeitenden diente der Feststellung, ob aussagekräftige Unterschiede zwischen den an der Versorgung beteiligten, verschiedenen Arbeitsfeldern und Funktionen der Organisation hinsichtlich der Selbsteinschätzung zu zwölf Lebensbereichen vorliegen.

## **Auswertung**

In den quantitativen Untersuchungssträngen des Projekts fanden übliche deskriptive und inferenzstatistische Auswertungen Anwendung. Statistisch relevante Unterschiede zwischen spezifischen Personengruppen, Merkmalen und/oder Merkmalsausprägungen wurden gemäß den Forschungsfragestellungen mithilfe von paarweisen t-Tests und z-Tests auf ihre statistische Signifikanz hin analysiert. Die statistischen Testverfahren wurden entsprechend dem Messniveau des vorliegenden Datenmaterials eingesetzt. Bei kategorialen Variablen wurden Anteilsunterschiede in den relativen Häufigkeiten der relevanten Merkmale mit z-Tests

verglichen, während bei metrisch skalierten diskreten oder stetigen Variablen t-Tests zum Einsatz kamen. t-Tests ermöglichen die Untersuchung einer womöglich statistischen Signifikanz von Mittelwertsunterschieden (Bortz, 2005): wird wie im vorliegenden Fall eine Vielzahl von Einzeltests durchgeführt („multiple testing“), steigt statistisch gesehen das Risiko, dass die Tests einen signifikanten und damit statistisch relevanten Unterschied nahelegen, auch wenn dieser in Wirklichkeit nicht vorhanden ist. Im Fachjargon spricht man in diesem Zusammenhang von einer sog. „Alphafehlerkumulierung“. Um fehlerhafte Schlussfolgerungen aus den Daten weitestmöglich zu vermeiden, durchliefen die Testergebnisse eine Bonferroni-Korrektur. Bei dieser Methode wird das Signifikanzniveau der Einzeltests im Sinne einer konservativen Forschungsstrategie so adjustiert, dass eine Alphafehlerkumulierung zuverlässig verhindert wird (Chen, Feng & Yi, 2017). Das mit dieser Vorgehensweise ermittelte Signifikanzniveau wird auch als Irrtumswahrscheinlichkeit oder p-Wert bezeichnet. Entsprechend den gängigen Konventionen liegt ab einer Irrtumswahrscheinlichkeit von kleiner 5 % ( $p < 0,05$ ) ein statistisch signifikantes Ergebnis vor. Wird nachfolgend ein Ergebnis als signifikant bezeichnet, liegt die Irrtumswahrscheinlichkeit demnach unter 5 %. Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner 1 % ( $p < 0,01$ ) spricht man von einem hoch signifikanten Ergebnis.

### **Plausibilitätsprüfung**

Die vorliegenden Daten wurden im Zuge eines mehrstufigen, multimodalen hypothesengeleiteten Prozesses auf ihre Plausibilität hin untersucht. Die Prüfungen waren an zwei grundlegenden Zielrichtungen ausgerichtet: Da die Datensammlung in Form von Online-Befragungen erfolgte, bei der zur Sicherstellung einer hohen Beteiligung ein technisch niederschwelliger Zugang bei gleichsam höchstmöglicher Anonymität gewährleistet werden musste, war nicht vollständig auszuschließen, dass die Fragebögen von einzelnen Personen ggf. mehrfach bearbeitet wurden. Zunächst schloss deshalb eine eingehende Dublettenprüfung solche Verfälschungen aufgrund von Mehrfacheingaben weitestmöglich aus. In einem zweiten Schritt wurde das Datenmaterial einer umfangreichen inhaltlichen Plausibilitätsprüfung unterzogen, um sachlogische Unstimmigkeiten innerhalb der Datensätze zu identifizieren.

Potenzielle Dubletten und Mehrfacheingaben wurden durch Programmierung von Datenbankabfragen zuerst im Datensatz als auffällig markiert. Bei der Erstellung der Prüfroutinen fand vor allem die Prüfung auf zeitliche Aspekte der Teilnahme Berücksichtigung: Hierbei wurden sowohl Fälle mit ungewöhnlich kurzen Bearbeitungsdauern ausfindig gemacht, aber auch der Zeitpunkt der Teilnahme wurde mit weiteren Merkmalen wie etwa Ort und IP-Adresse in Beziehung gesetzt. Ferner wurden Fälle mit exakt gleichen Bearbeitungszeiten betrachtet, die bspw. auf den Einsatz von Bots hinweisen könnten.

Die Prüfung und Entscheidungsfindung bzgl. des Umgangs mit den identifizierten Auffälligkeiten erfolgte in aufwendiger Form mittels eingehender individueller Begutachtung der Falleingaben durch wissenschaftliche Mitarbeitende. Anders als bei automatisierten Entscheidungsprozessen konnte so das Risiko für fälschliche Fallausschlüsse minimiert werden. Nach der Begutachtung als Dubletten identifizierte Falleingaben fanden keinen Eingang in die Auswertung des herangezogenen Datensatzes. Dies war allerdings nur in spezifischen Einzelfällen angezeigt.

Die inhaltliche Plausibilisierung untersuchte die fallbezogenen Angaben auf ihre sachlogisch-inhaltliche Stimmigkeit und Konsistenz und umfasste insbesondere folgende Schritte:

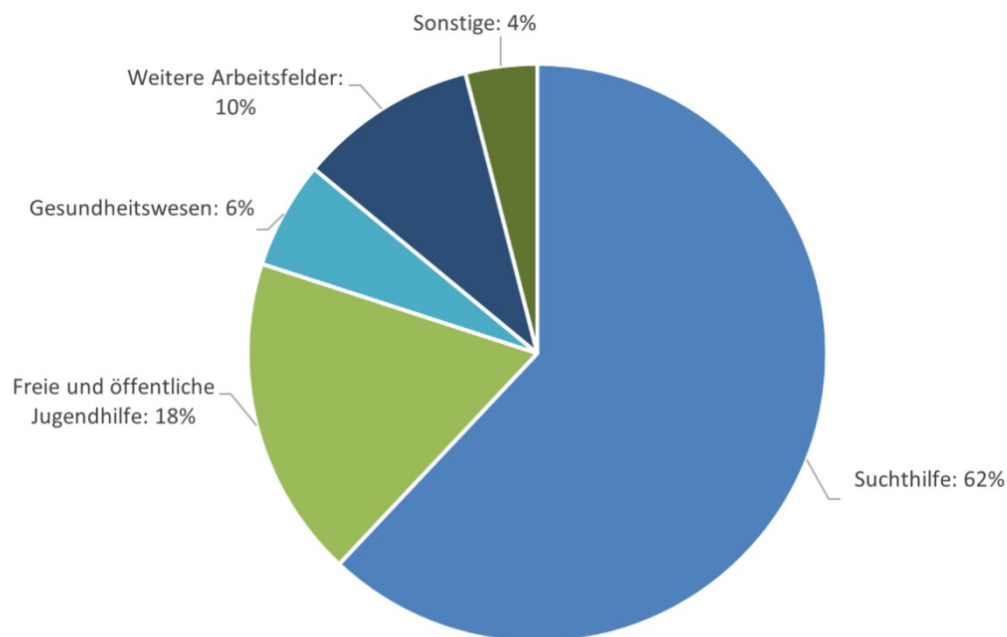
- univariate Prüfung von Häufigkeitsverteilungen und Extremwerten  
Bei der Analyse wurden etwa mithilfe von Boxplots auffällige Werte und Ausreißer in den Merkmalsverteilungen in den Blick genommen.
- Prüfung auffälliger Antwortmuster  
Diese werden im Fachjargon auch als sog. „response sets“ bezeichnet. Dabei handelt es sich um systematische Antworttendenzen von befragten Personen, die die Ergebnisse verfälschen können. Neben doppelten und mehrfachen Falleingaben wurden im Zuge der Analysen auch ähnliche Antwortmuster sowie Falleingaben ohne Freitextnennung als auffällig gekennzeichnet und begutachtet. Bei der Prüfung auffälliger Antwortmuster kamen ebenfalls Cluster- und diskriminanzanalytische Verfahren (siehe unten) zum Einsatz, die eine multivariate Betrachtung der Ähnlichkeit von Falleingaben ermöglichen.
- Prüfung unvollständiger Falleingaben  
Als implausibel und für die Analyse ungeeignet wurden diejenigen Falleingaben angesehen, bei denen der überwiegende Teil des Fragebogens unbearbeitet geblieben ist.

Auf Grundlage der plausibilisierten Daten erfolgte anschließend in den einzelnen Erhebungssträngen die Auswertung.

### **Beteiligung**

Insgesamt haben sich 355 in der Versorgung suchtbelasteter Familien tätige Personen aus allen 16 Bundesländern an der Befragung beteiligt. Die meisten befragten Mitarbeitenden kommen aus Nordrhein-Westfalen (17,5 %). Überproportional vertreten sind, gemessen an der Bevölkerungsgröße der Bundesländer, Rheinland-Pfalz (16,3 %) und Berlin (7,3 %).

Von den 355 Personen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, gaben 267 an, **weiblich** zu sein, 83 **männlich**.<sup>3</sup> Auffällig ist die Geschlechterverteilung im Hinblick auf die Funktion im Arbeitsfeld: 51,8 % der männlichen Befragten sind laut Fragebogen in leitender Tätigkeit im Arbeitsfeld beschäftigt gegenüber nur 23,6 % der weiblichen Befragten. Diese Verteilung spiegelt sich entsprechend im Fachkräfteanteil wider. So sind 37,3 % der männlichen Befragten als Fachkraft tätig, gegenüber 65,9 % der weiblichen. Auf Ebene der koordinierenden Tätigkeit zeigt sich hingegen kein relevanter Unterschied: Hier kreuzten 10,8 % der männlichen und 10,5 % der weiblichen Befragten an, in dieser Funktion beschäftigt zu sein.



**Abbildung 3: Beteiligung nach Arbeitsfeldern**

Für die Auswertung der Ergebnisse wurden die Angaben aufgeschlüsselt nach den Arbeitsfeldern **Suchthilfe**, **freie und öffentliche Kinder- und Jugendhilfe** (die *gesamte* Kinder- und Jugendhilfe wird im Folgenden mit „**KJH**“ abgekürzt) und **Gesundheitswesen**. Ähnlich der Zusammensetzung der Fokusgruppen im Projektmodul 1 A ist mit 62 % die Beteiligung der Fachkräfte aus der Suchthilfe deutlich höher als die aus der KJH (18 %) und dem Gesundheitswesen (6 %).

---

<sup>3</sup> Die Teilnehmenden hatten die Möglichkeit, ihr Geschlecht neben **männlich** und **weiblich** als **divers** oder als **ohne Angabe** zu benennen. Keine Person gab an, divers zu sein und drei wählten „ohne Angabe“. Zwei Teilnehmende ließen das Feld zum eigenen Geschlecht unausgefüllt.

## 2.2. Wirkungsevaluation multidisziplinärer Hilfen

### 2.2.1. Interviews mit suchtbelasteten Eltern(teilen)

#### Vorgehen und Methodik

Die Interviews mit suchtbelasteten Eltern(teilen) bilden, gemeinsam mit den Fokusgruppendifkussionen der Fachkräfte, die qualitativen Erhebungsformate des Forschungsprojektes „Steu-erungswissen und Handlungsorientierung für den Aufbau effektiver interdisziplinärer Versor-gungsnetzwerke für suchtbelastete Familien“. Bezogen auf die Interviews lautet die zugrunde liegende Forschungsfrage, inwieweit sich suchtkranke Mütter und Väter durch (eine gemein-same, vernetzte) Hilfeleistung/-en von Sucht- und Jugendhilfe mit ihren Bedarfen und Bedürf-nissen gut unterstützt und in ihrer Erziehungsfähigkeit gestärkt fühlen. In der Vorbereitung des Forschungsprojekts fand ein Interessenbekundungsverfahren statt, woraufhin sich deutsch-landweit verschiedene Institutionen, die an der Versorgung von suchtbelasteten Familien mit-wirken, für die Teilnahme an einem Interview bereitklärten. Diese Institutionen erhielten ei-nen vorstrukturierten Fragebogen für die Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner aus der Personengruppe der suchtbelasteten Elternteile, in welchem verschiedene Merkmalsaus-prägungen der möglichen Gesprächspartnerinnen und -partner angegeben werden sollten. Eine Voraussetzung für die Teilnahme an einem Interview war, dass die Familien zur Zeit der Datenerhebung oder aber in der Vergangenheit entweder gleichzeitig Unterstützung durch Ju-gend- und Suchthilfe erhielten und eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen den beiden Systemen bestand oder dass die Familien ein spezialisiertes Angebot für suchtbelastete Fa-milien in Anspruch genommen haben. Die Interviews wurden vor Ort in den vermittelnden Ein-richtungen durch geschulte Interviewerinnen und Interviewer des IKJ oder der TU Dresden durchgeführt. Der folgende Leitfragebogen bot hierbei eine Orientierung.

<b>Fragen an suchtbelastete Eltern(teile)</b>
Welche Unterstützungsangebote nehmen Sie und Ihr/e Kind/er in Anspruch?
Wie nehmen Sie das spezialisierte Angebot für Ihr Kind/Ihre Familie wahr? Können Sie ein Beispiel nennen, was Ihnen gut gefällt und was Ihnen nicht so gut gefällt?
Sie bekommen Unterstützung durch die Jugendhilfe für Sie und Ihr/e Kind/er. Wie kam der Kontakt zustande?
Gab es vorher schon andere Angebote für Sie und Ihr/e Kind/er?
Wie erleben Sie die Angebote der Jugendhilfe? Können Sie mir ein typisches Beispiel für etwas nennen, das Ihnen gut gefällt, und etwas, das Ihnen nicht gut gefällt?

Können Sie Ihren Kontakt mit dem Jugendamt beschreiben? Gab es Unterschiede in der Vergangenheit? Was lief dabei aus Ihrer Sicht gut? Was lief aus Ihrer Sicht nicht so gut?
Sie (und Ihre Partnerin bzw. Ihr Partner) bekommen aktuell Unterstützung durch die Suchthilfe. Welche Angebote nehmen Sie derzeit wahr? Wie kam der Kontakt zustande?
Wie erleben Sie die Angebote der Suchthilfe? Können Sie mir ein typisches Beispiel für etwas nennen, das Ihnen gut gefällt, und etwas, das Ihnen nicht gut gefällt?
Fühlen Sie sich von der Jugendhilfe gut unterstützt? Können Sie Ihre Antwort mit einem Beispiel unterstützen?
Fühlen Sie sich von der Suchthilfe gut unterstützt? Können Sie Ihre Antwort mit einem Beispiel unterstützen?
Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den Fachkräften der Jugendhilfe und den Fachkräften der Suchthilfe? Können Sie jeweils eine Situation beschreiben, die typisch ist?
Wie nehmen Sie die Zusammenarbeit der Mitarbeitenden der Jugendhilfe und der Suchthilfe wahr? Funktioniert der Austausch gut?
Gibt es einen besonders eindrücklichen Moment in der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Hilfesystemen, von dem Sie gerne berichten möchten?
An welchen Punkten in Ihrem Leben erleben Sie die Jugendhilfe und Suchthilfe als wichtige Unterstützung? Können Sie davon mit einem Beispiel berichten?
Gibt es etwas, das Ihnen an der Jugendhilfe und der Suchthilfe nicht gut gefällt? Können Sie davon mit einem Beispiel berichten?
Haben Sie eine Idee, wie die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe besser funktionieren könnte? Wie würden Sie sich diese wünschen?
Fühlen Sie sich gut beteiligt, wenn es um die Gestaltung der Hilfen geht? Wenn ja: Wie würden Sie die Beteiligung beschreiben? Wenn nein: Woran liegt das? Was würden Sie sich wünschen?
Wenn Sie sich ein Angebot zusammenbasteln könnten, das Sie supergut unterstützen würde, wie sähe das aus?
Wenn Sie sich eine optimale Situation mit Ihren Hilfen wünschen könnten, was sollte anders sein?

Zur Codierung des Interviewmaterials wurde das Programm MAXQDA verwendet, das eine computerunterstützte Auswertung qualitativer Daten ermöglicht. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse. Diese kann nach Mayring (2010) gewinnbringend auf größere Textmengen angewandt werden, weil sie die Vorteile der systematischen Analyse nutzt.

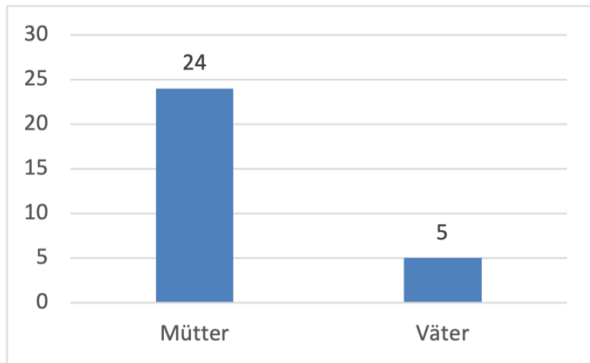
In einem ersten Schritt wurden alle Interviews gelesen und auf dieser Basis und auf Basis der übergeordneten Fragestellungen folgende erste Kategorien gebildet:

- Welche **Hilfeanlässe** lassen sich identifizieren?
- Welche **Gelingensfaktoren** für gute Hilfeverläufe lassen sich identifizieren?
- Welche **Hindernisse** für gute Hilfeverläufe lassen sich identifizieren?
- Welche **Haltungen/Emotionen/Zuschreibungen/Bedarfe** lassen sich in Bezug auf die unterschiedlichen Systeme identifizieren?
- Welche **Unterstützungsbedarfe** werden formuliert?
- Wie wird über die **eigenen Kinder** gesprochen (inklusive Verhältnis zur eigenen Elternschaft)?
- Wie wird über **Partnerschaft & freundschaftliche Beziehungen** allgemein gesprochen?
- Welche/s Verhältnis/Bedarfe haben die Interviewpartnerinnen und -partner zu **Partizipation**?

Im nächsten Auswertungsschritt wurden einige Interviews für die Feinanalyse ausgewählt. Ein besonderer Fokus lag bei der Auswahl der Interviews auf den bereits erlebten Hilfeformen der Interviewten. Diese umfassten sowohl Bereiche der Suchthilfe mit als auch ohne spezielle, in Kooperation mit der Jugendhilfe erbrachte Angebotsformen für Kinder suchtkranker Eltern(teile) in stationären und in ambulanten Settings. Grundlage für die Feinanalyse war das vorläufige Kategoriensystem, das sich aus den Daten heraus im Laufe des Auswertungsprozesses ausdifferenzierte und um weitere Unterkategorien ergänzt wurde. Ausgehend von dem ausdifferenzierten Kategoriensystem konnten für die übergeordnete Fragestellung relevante Thesen formuliert werden und in einem weiteren Schritt das Material im Hinblick auf spezifische Themen nochmals befragt werden.

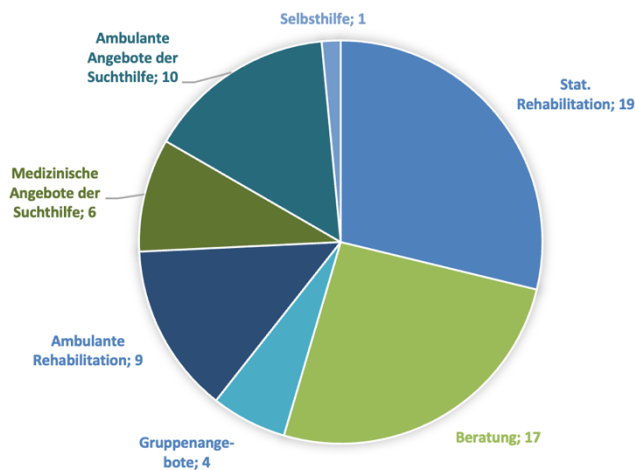
### **Beteiligung**

Auf Grundlage aller eingereichten Vorschläge wurden 32 mögliche Interviews mit suchtbelasteten Elternteilen, die divergierende Merkmalskombinationen aufweisen, identifiziert. Tatsächlich konnten 26 Interviews mit insgesamt 29 Gesprächspartnerinnen und -partnern realisiert werden.

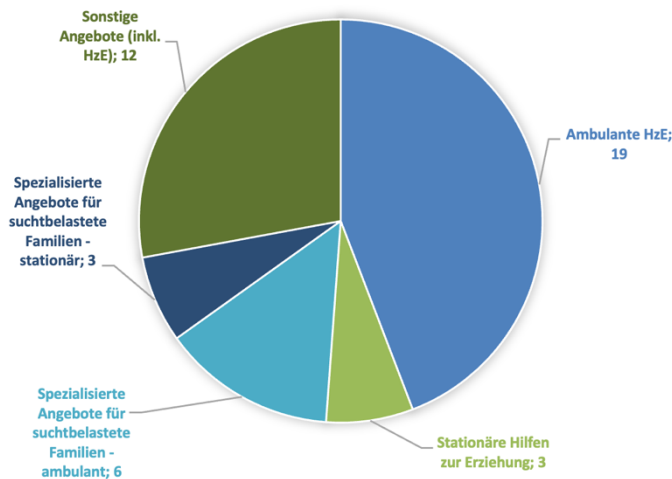


**Abbildung 4: Geschlecht der Elternteile**

Ein Blick auf die Geschlechterverteilung innerhalb der geführten Interviews zeigt, dass 24 Mütter und fünf Väter zu ihren Erfahrungen und Wünschen mit kooperativ erbrachten Hilfen, v. a. zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe, befragt werden konnten.



**Abbildung 5: Erfahrungen Suchthilfe**



**Abbildung 6: Erfahrungen Jugendhilfe**



In Bezug auf die Vorerfahrungen der Interviewten mit den Systemen der Jugendhilfe und Suchthilfe wird deutlich, dass sie mit einem breiten Angebotsspektrum bekannt sind (Abbildung 5 & Abbildung 6). So hat ein Großteil der Gesprächspartnerinnen und -partner bereits Erfahrungen mit stationären Rehabilitationsangeboten gemacht (19 von 29). Bei insgesamt sechs Personen gibt es Vorerfahrungen mit medizinischen Leistungen der Suchthilfe, wobei in den Merkmalsausprägungen vor allem die Substitution beschrieben wurde. Hierzu ist anzumerken, dass bei den Angaben durch die Einrichtungen nur eine Erwähnung von medizinischen Entgiftungsbehandlungen vorliegt. Da eine erfolgreiche Entgiftungsbehandlung i. d. R. Voraussetzung für die Aufnahme einer Rehabilitationsmaßnahme ist, kann davon ausgegangen werden, dass die Anzahl der Entgiftungsbehandlungen in der Stichprobe eigentlich deutlich höher ist. Für weitere Forschung sollte hier ggf. auf freie Antwortmöglichkeiten zugunsten von Checkboxen verzichtet werden, um eine höhere Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit herstellen zu können. So wurde auch in Bezug auf die Angaben zu den Jugendhilfevorerfahrungen (Abbildung 6) deutlich, dass die freien Antwortmöglichkeiten eine Kategorisierung der Hilfeformen aufgrund von divergierenden Bezeichnungen erschwerten. Größtenteils konnten die unklaren Angaben jedoch über das Lesen der Interviewprotokolle präzisiert werden. Das Ergebnis zeigt auf, dass der überwiegende Teil der befragten Personen bereits Erfahrungen mit ambulanten Hilfen zur Erziehung gemacht hat (19 von 29). In erster Linie wurden ambulante Familienhilfen in Anspruch genommen, die sonstigen Angebote (12 von 29) innerhalb der Gesamtheit der dokumentierten Jugendhilfeerfahrungen umfassen Pflegefamilien, offene Angebote der Kinder- und Jugendhilfe und Angebote im Rahmen der Frühen Hilfen.

### **2.2.2. Befragung junger Menschen**

#### **Vorgehen und Methodik**

Nachdem bereits Interviews mit suchterkrankten Eltern(teilen) geführt und die Perspektive von Fachkräften über Fokusgruppen und eine Befragung erhoben und ausgewertet wurden, sind in diesem quantitativen Erhebungsstrang des VSSF-Projekts junge Menschen in suchtbelasteten Familien im Fokus.

Zielgruppe des standardisierten Fragebogens waren junge Menschen im Alter von sechs bis 21 Jahren, die in einem Angebot für suchtbelastete Familien unterstützt werden. Die Befragung lief von Februar bis einschließlich Mai 2021 und stand online zur Verfügung. Insgesamt wurde der Fragebogen von 65 jungen Menschen ausgefüllt.

Anliegen der Erhebung war es, über die Befragung der Kinder und Jugendlichen ihre Erfahrungen mit den Hilfen und die erlebten Auswirkungen der Angebote abzubilden und Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Faktoren diese erhöhen. Hierzu wurden die jungen Menschen befragt, ob die Hilfen hinsichtlich verschiedener Aspekte etwas in ihrem Leben

verändert haben. Der Frageblock umfasst unter anderem Aussagen, die die Eltern-Kind-Beziehung betreffen, aber auch die Situation in der Schule und das eigene Wohlbefinden. In einem weiteren Frageblock konnten die Befragten angeben, wie sie die Hilfe konkret erlebt haben.

Die jungen Menschen wurden außerdem befragt im Hinblick auf die

- Art der Hilfe (Einzelangebot/Gruppenangebot/Familienangebot),
- Dauer der Hilfe,
- Kontaktfrequenz zu Mitarbeitenden und
- den Ort, an dem sie die Hilfen erhalten (aufsuchende Hilfen/stationäre Settings/Hilfen in Räumen der Einrichtungen).

Die jungen Menschen konnten den Fragebogen allein oder mit Unterstützung ausfüllen. Begleitenden Fachkräften wurde ein Leitfaden an die Hand gegeben, wie sie den Befragten beim Ausfüllen des Fragebogens behilflich sein können.

Die Auswertungssystematik der Befragung junger Menschen gestaltete sich analog zu dem anderen quantitativen Strang des Projekts, der standardisierten Fachkräftebefragung. Siehe hierzu ebendiese im Kapitel 2.1.2. unter Auswertung und Plausibilitätsprüfung.

### **Beteiligung**

Insgesamt haben sich 82 junge Menschen an der Befragung beteiligt.<sup>4</sup> Mit einer hohen Anzahl vertreten sind Teilnehmende aus Nordrhein-Westfalen (27,3 %), Berlin (23,4%) und Schleswig-Holstein (16,9 %). 9,1 % der Befragten kommen aus Rheinland-Pfalz, jeweils 6,5 % aus Baden-Württemberg und Hessen und 3,9 % aus Thüringen. Die Teilnehmenden aus den Bundesländern Bayern, Brandenburg, Niedersachsen und Sachsen sind mit 1,3 % vertreten.

---

<sup>4</sup> Zugunsten eines möglichst niedrighschwelligem Zugangs konnten die befragten jungen Menschen Fragen unbeantwortet lassen. Nicht immer ist daher in den folgenden Darstellungen zur Beteiligung eine Grundgesamtheit von N = 82 abgebildet. Dies ist immer dann der Fall, wenn die Befragten weder eine der Antwortmöglichkeiten auswählten noch „Keine Angabe“ ankreuzten.

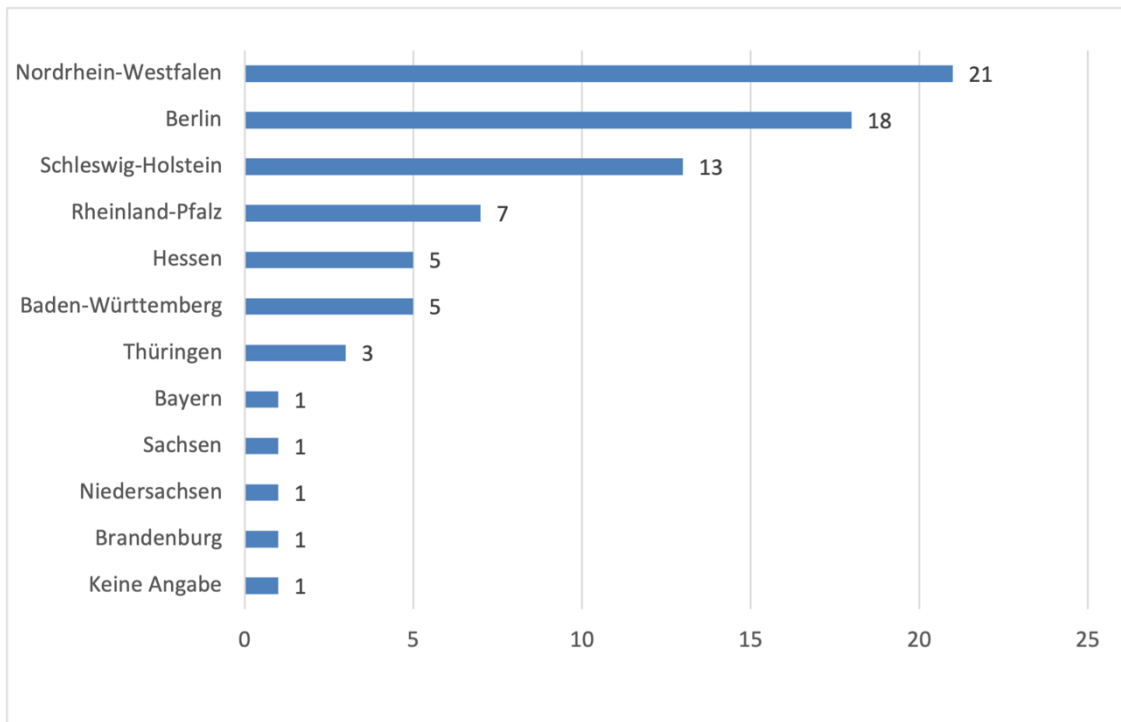


Abbildung 7: Beteiligung nach Bundesland (absolute Häufigkeit N = 77)

Von den befragten jungen Menschen gaben 35 an, ein Junge zu sein und 45 ein Mädchen. Eine Person gab an, divers bzw. nicht festgelegt zu sein. Am stärksten vertreten ist mit 42,6 % die mittlere Altersgruppe der 11- bis 15-Jährigen. Die 6- bis 10-Jährigen sind mit 32,2 % vertreten und die älteren Jugendlichen zwischen 16 und 21 Jahren mit 25,2 %.

### 2.2.3. Wirkungsmessung

#### Vorgehen und Methodik

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 16 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 teilnehmenden Standorte richtete und einmalig im Rahmen des Projektverlaufs auszufüllen war. Inhalte waren organisationsbezogene und

fallübergreifende Themen wie z. B. personelle Ressourcen, Fortbildung, Kooperation oder Öffentlichkeitsarbeit.

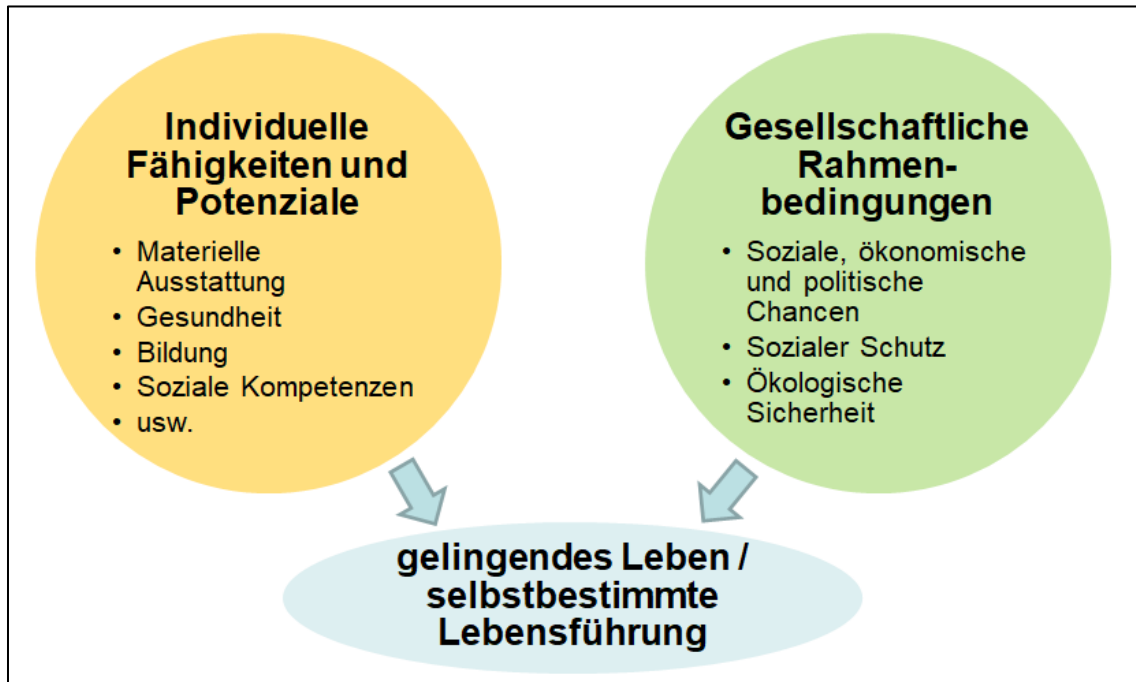
In diesem Kapitel werden der Aufbau und die Inhalte der einzelnen Instrumente skizziert, um einen besseren Überblick zu ermöglichen.

### **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 (2016) 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 Hilfeadressatinnen und -adressaten nicht zwangsläufig die gleiche Bedeutung haben, und umgekehrt. In vielen Wirkungsevaluationen war es bisweilen allerdings üblich, dass nur die Fachsicht berücksichtigt wurde. Im Projekt 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 Projekt VSsF auf den sog. „Capability Approach“ nach Amartya Sen und Martha Nussbaum (1993) zurückgegriffen. Dieser eignete sich aufgrund seiner praktischen Handhabbarkeit sowie seiner Adressatinnen- bzw. Adressaten- und Ressourcenorientierung in besonderem Maße für die Evaluationsvorhaben. Im „Capability Approach“ stehen die adressatinnen- und adressatenbezogenen 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 hilfebezogenen Veränderungsprozessen herangezogen werden. Der „Capability Approach“ entspricht dabei vollauf 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. 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. 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 Hilfeadressatinnen und -adressaten mehr Gewicht.

Mit dem „Capability Approach“ kann eine hohe Praktikabilität für den Einsatz in Hilfekontexten erreicht werden. Der Ansatz bietet die Möglichkeit, die Lebensqualität von Hilfeadressatinnen und -adressaten 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 das Individuum (hier Eltern oder 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 nach weiteren methodischen Überarbeitungen insgesamt 16 Capability-Dimensionen (im Folgenden jeweils mit „Capa“ abgekürzt).

#### **Dimensionen junger Mensch oder Eltern/Bezugspersonen:**

- Capa 1: **Lebensmotivation und -zufriedenheit** (z. B. Antrieb, Fähigkeit, sich zu strukturieren)
- Capa 2: **Körperliche Integrität** (z. B. körperliche Gesundheit, Motorik, Gesundheitsverhalten)
- Capa 3: **Psychische Integrität und Resilienz** (z. B. psychische Stabilität, emotionales Erleben, Belastungstoleranz)
- Capa 4: **Kognition** (z. B. Lernen und Noten in Schule oder Ausbildung, Aufmerksamkeit und Wahrnehmung)
- Capa 5: **Kommunikation** (z. B. kann altersentsprechend gut sprechen, seine Wünsche äußern, seinen Gedanken Ausdruck verleihen)
- Capa 6: **Wohnen und Lebenssituation** (z. B. förderliches Wohnumfeld, Wohnverhältnisse)
- Capa 7: **Mobilität** (z. B. entwicklungsangemessene Bewegung im öffentlichen Raum, Nutzung von Verkehrsmitteln)
- Capa 8: **Soziale Zugehörigkeit und Interaktion** (z. B. soziale Kompetenzen und Integration, Bindungsverhalten)
- Capa 9: **Eigenständigkeit und praktische Vernunft** (z. B. lebenspraktische Fähigkeiten, Alltagskompetenz, aktive Gestaltung des eigenen Lebens)
- Capa 10: **Teilhabe an Gemeinschaft und Gesellschaft** (z. B. Teilhabe am Schul-, Gemeinschafts- oder Arbeitsleben, (polit.) Initiative)
- Capa 11: **Freizeit und Erholung** (z. B. Freizeitaktivitäten, Interessen, Medienkompetenz, Regeneration und Erholung)

Capa 12: **Werte und Ethik** (z. B. Toleranz, Solidarität, Gleichberechtigung, keine Gleichgültigkeit, ökologische Verbundenheit)

### **Dimensionen Unterstützungs- und Bezugssystem:**

Capa 13: **Wohlbefinden** (in Bezug auf die weiteren Bezugspersonen, die nicht an der Hilfe teilnehmen)

Capa 14: **Vertrauen und Bindung** (z. B. positive intrapersonelle Wahrnehmung, Erziehungsverantwortung angemessen wahrnehmen)

Capa 15: **Zusammenleben/Beziehungen** (z. B. gute Beziehungen, gelingende Kommunikation, wenige Konfliktlinien)

Capa 16: **Schutz und Versorgung** (z. B. das haben, was man für ein gutes Leben braucht, sich geborgen fühlen und geschützt sein)

### **Fachkräftebögen**

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)
  - Hilfebeginn
  - Erhebungsdatum
- Person(en), zu denen in der vorliegenden Hilfe 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 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
- Weitere in Anspruch genommene Hilfearten
- Beteiligte Kostenträger
- 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 (t2)
- Durchschnittlicher Zeitaufwand bei der Durchführung der Hilfe (t2)
- Intensität der Hilfe (Zahl der Kontakte/Sitzungen/Treffen) (t2)
- Anteile und Schwerpunkte der zielgerichteten Arbeit mit den Klientinnen und Klienten im Rahmen der Hilfe wie z. B. vorrangig mit der Familie (Eltern und Kind) (t2)
- Anteile und Schwerpunkte der zielgerichteten Arbeit mit den Klientinnen und Klienten im Rahmen der vorliegenden Hilfe wie z. B. Angebote für die Familie (Eltern und Kind) (t2)
- Aktuelles und früheres Suchtverhalten des erkrankten Elternteils bzw. der erkrankten Elternteile
- 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)
- 16 Grundbefähigungs- bzw. Capability-Dimensionen inkl. Angabe eines Änderungswunsches (t1) sowie Angabe der unmittelbaren Verbesserung durch die Hilfe (t2)
- Einschätzung zum Erfolg der Hilfeverlaufs insgesamt (t2)
- Offene Antwortmöglichkeit für Anmerkungen

### **Adressatinnen- und Adressatenbögen für Eltern und junge Menschen**

Die Adressatinnen- und Adressatenbögen 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 Adressatinnen und Adressaten 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
- Allgemeine Fragen
  - Bearbeitungsart, z. B. von einer Person allein ausgefüllt oder als (Telefon-)Interview durch eine Fachkraft
  - Verhältnis zwischen Fragebogenteilnehmerin bzw. -teilnehmer und dem Kind bzw. den Kindern wie z. B. leibliche(s) Eltern(teil)
- 16 Grundbefähigungs- bzw. Capability-Dimensionen inkl. Angabe eines Änderungswunsches (t1) sowie Angabe der unmittelbaren Verbesserung durch die Hilfe (t2)
- Zufriedenheit mit der Hilfe (t2)
- Persönliches Erleben der Hilfe wie z. B. sich gut aufgehoben fühlen (t2)
- Veränderungen durch die Hilfe 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
- 16 Grundbefähigungs- bzw. Capability-Dimensionen inkl. Angabe eines Änderungswunsches (t1) sowie Angabe der unmittelbaren Verbesserung durch die Hilfe (t2)
- Zufriedenheit mit der Hilfe (t2)
- Veränderungen durch die Hilfe 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 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. Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren der Standorte ausgefüllt. Folgende Inhalte wurden mit dem Strukturbogen erhoben:

- Grunddaten
  - Schlüsselvariable zur Standortidentifikation (Code des Standorts)
  - Anzahl der beendeten Hilfen für suchtbelastete Familien (ganze Familie) im letzten Jahr (2020) und Angabe, wie viele davon für Kinder und Erwachsene

- Anzahl der Neuanmeldungen für Kinder suchtbelasteter Eltern im letzten Jahr (2020)
- Art des Standorts wie z. B. Erziehungs- oder Suchtberatungsstelle, stationäre Hilfeleistung
- Angebots- und Methodenspektrum
  - Zielgruppen
  - Grad der Bedarfsdeckung für Zielgruppen im Einzugsbereich
  - Zugänge zu Einrichtungen 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 Akzeptanz von Angeboten (bezogen auf die Bedarfe für Eltern mit Suchterkrankung und deren Kinder im Einzugsbereich der Einrichtung)
- Zugänglichkeit und sozialräumliche Aspekte
  - Zeitabläufe, wie z. B. Erstgespräche innerhalb von sieben Werktagen
  - Region, in der Einrichtung angesiedelt ist (z. B. Metropole/Kleinstadt/...)
  - Zugänge und Zeitabläufe wie z. B. Erreichbarkeit der Projektmitarbeitenden
  - Ermöglichung kurzfristiger Termine bei akuten Bedarfen
  - Ausgestaltung und Entwicklung von aufsuchender Arbeit und zugänglichkeitsfördernden Angeboten wie z. B. offene Angebote in (anderen) Jugendhilfe-Einrichtungen
  - Einzugs-/Zuständigkeitsbereich des Standorts
  - Einwohnerinnen- und Einwohnerzahl des unmittelbaren Einzugs-/Zuständigkeitsbereichs des Standorts
  - Räumlicher Radius des Einzugs-/Zuständigkeitsbereichs des Standorts
  - Arbeitslosenquote im Einzugs-/Zuständigkeitsbereich des Standorts
  - Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund im Einzugs-/Zuständigkeitsbereich des Standorts
  - Ausprägung der Integration im Einzugs-/Zuständigkeitsbereich des Standorts
- Räumliche Ausstattung des Standorts
  - Räumliche Ausstattung
  - Vorhandensein eines Sekretariats
- Personalausstattung sowie Fortbildung und Supervision
- Berufsfelder (z. B. Psychologinnen bzw. Psychologen, Ärztinnen bzw. Ärzte, ...)
- (Plan-)Stellen mit kontinuierlicher Mitarbeit
  - Güte der Abdeckung der Bedarfe durch Zusatzqualifikationen der Fachkräfte

- Anzahl an Fortbildungstagen
- Anzahl externer (Fall-)Supervisionsstunden
- Ausgestaltung und Auslastung von spezifischen Fortbildungsangeboten
- Fallebene: Abläufe und Prozessqualität
  - Ausmaß der Nutzung multiprofessioneller Ressourcen
  - Bereitstellung von Ressourcen zur Unterstützung der Mitarbeitenden im Rahmen der Hilfen
  - Vorhandensein einer schriftlichen Konzeption
  - Spezifische Kennzeichen der in der Einrichtung etablierten Hilfen für suchtbelastete Familien, wie z. B. die Bedarfe von suchtbelasteten Familien werden gut erkannt
- Fallübergreifende Vernetzung
  - Umfang, Qualität und Veränderung der Kooperation mit spezifischen Kooperationspartnern sowie Vorhandensein einer Kooperationsvereinbarung
  - Spezifische Kennzeichen der Kooperation mit den professionellen Akteurinnen bzw. Akteuren im Rahmen der Hilfen für suchtbelastete Familien, wie z. B. eine gemeinsame lokale Angebotsplanung der Akteurinnen bzw. Akteure oder Verringerung der „Konkurrenzsituation“
  - Informationsvermittlung und Öffentlichkeitsarbeit wie z. B. Bereitstellung von Informationsmaterialien
  - Anteil an fallübergreifender Arbeit und Vernetzungsaktivitäten im Bezug zur Gesamtarbeitszeit
- 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
- Sonstige Hinweise und Anmerkungen
  - Offene Antwortmöglichkeit zu als besonders positiv/wirksam Wahrgenommenem auf Strukturebene im Rahmen der Hilfen für suchtbelastete Familien
  - Offene Antwortmöglichkeit zu als besonders negativ/hinderlich/unwirksam Wahrgenommenem auf Strukturebene im Rahmen der Hilfen für suchtbelastete Familien

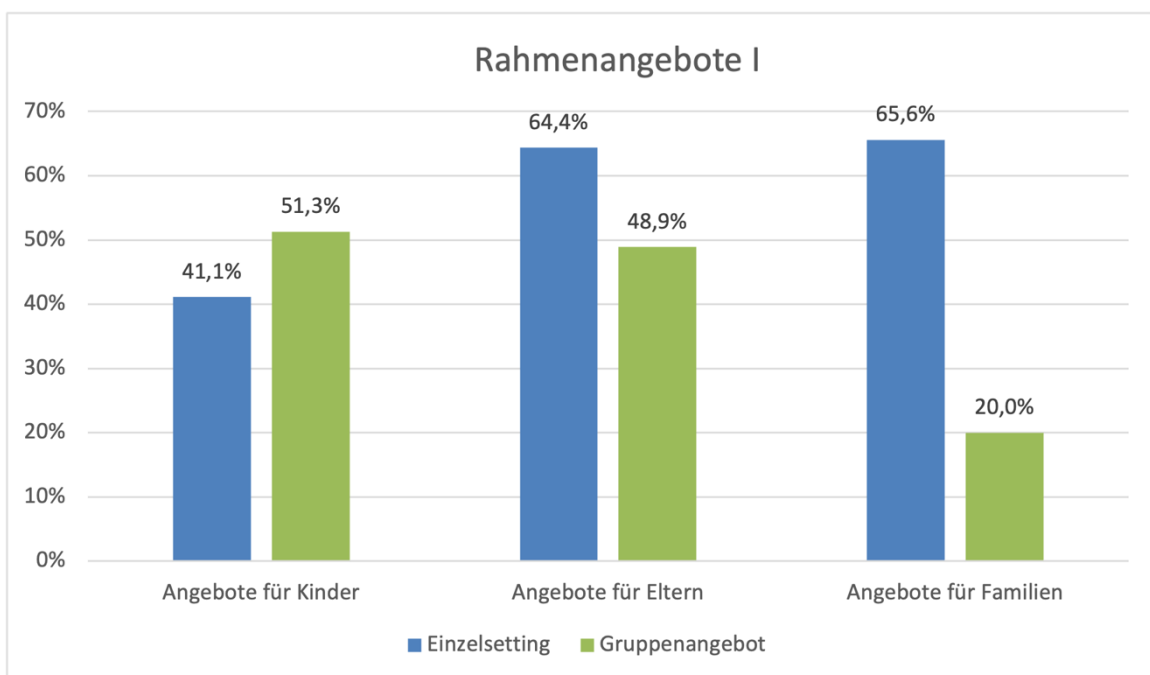
## Beteiligung auf Einrichtungsebene (Strukturbefragung)

Voraussetzung für die Beteiligung an der Wirkungsevaluation war die kooperative Leistungserbringung der öffentlichen- und freien Jugendhilfe und Suchthilfeeinrichtungen. Als Kriterien für eine verbindliche Zusammenarbeit gelten das Vorliegen einer Kooperationsvereinbarung, das Vorhandensein gemeinsamer Angebote und Projekte oder das Nutzen kooperativer Instrumente in der Fallgestaltung (bspw. Round-Table-Verfahren, Beteiligtenkonferenzen, regelmäßiger Einbezug der Suchthilfe bei Hilfeplankonferenzen).

Insgesamt haben sich 19 Standorte innerhalb von Deutschland in die Wirkungsevaluation eingebracht. Von diesen 19 Standorten haben lediglich neun die begleitende Strukturbefragung weitestgehend vollständig ausgefüllt. Glücklicherweise betrifft dies die Einrichtungen, die auch den Großteil der Fälle eingebracht haben, in denen eine Verlaufs- oder Abschlussmessung erfolgt ist.

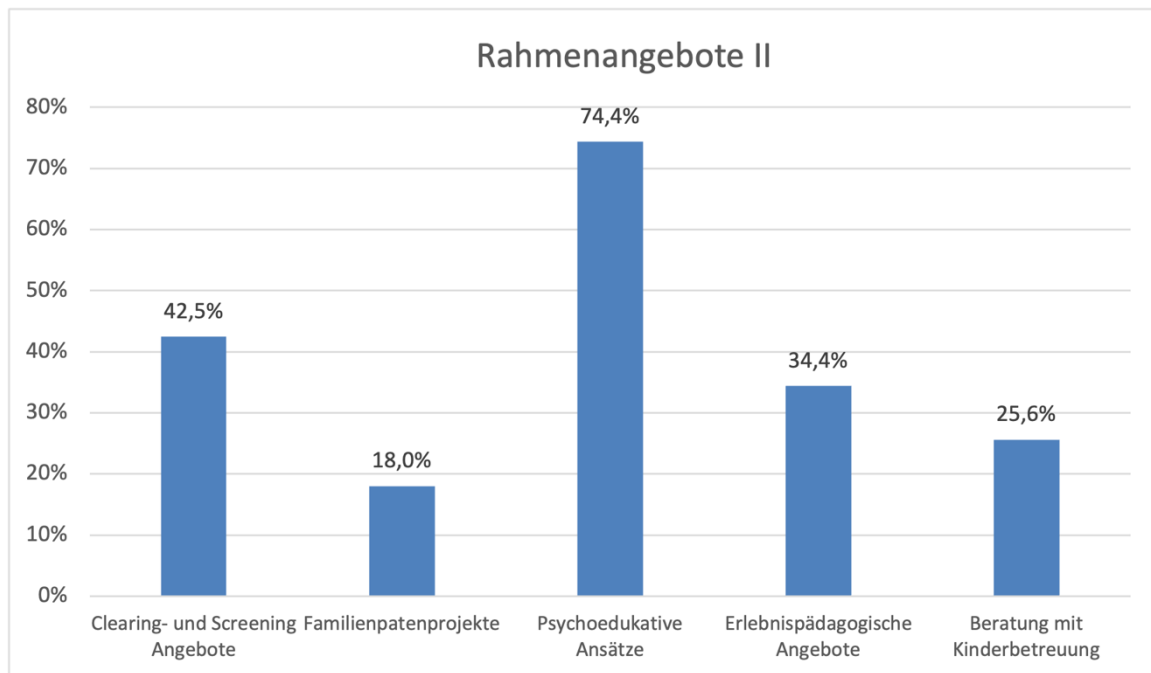
In zueinander ähnlichen Ausprägungen, die einem mittleren bis hohen Anteil entsprechen, werden Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten (~61), arme Familien (60), Klientinnen bzw. Klienten mit riskantem Konsum (~58) und Alleinerziehende (~57) als Zielgruppe angesprochen. Junge Mütter werden mit einem eher geringen Anteil (30) von den Fachkräften als Zielgruppe der Angebote eingeschätzt.

Die Einrichtungen wurden im Strukturbogen im Hinblick auf Rahmenangebote befragt. Die Befragten konnten für mehrere Angebote in Prozent angeben, zu welchem Anteil diese ihrer Einschätzung nach in den Hilfen der Einrichtung zur Anwendung kommen.



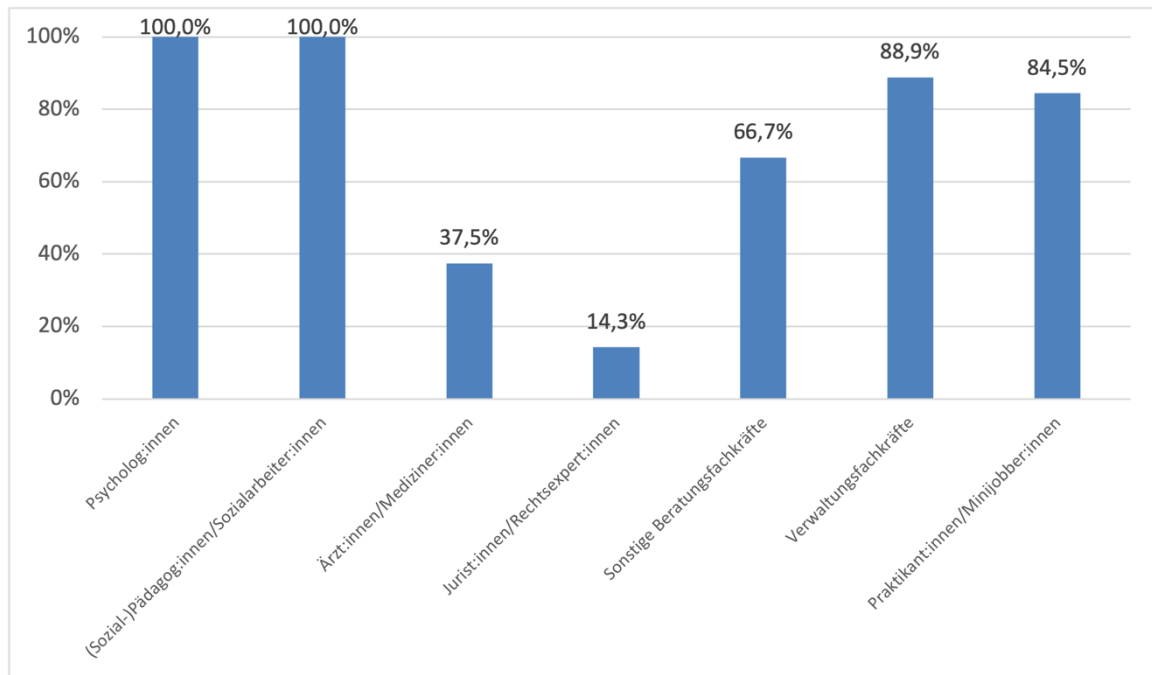
**Abbildung 9: Angaben der teilnehmenden Einrichtungen zu der Frage Welche Rahmenangebote kommen bei den Hilfen vorrangig zur Anwendung? (1-19 % = sehr geringer Anteil bis 100 % = alle Fälle)**

Bis auf Gruppenangebote für Familien kommen die o. g. (Abbildung 9) Rahmenangebote mit einem mittleren bis hohen Anteil in den befragten Einrichtungen zur Anwendung. Bei den Angeboten für Kinder überwiegen Gruppenangebote gegenüber Einzelsettings, bei den Angeboten für Eltern verhält es sich umgekehrt. Hier sind es vor allem Einzelsettings, die einen höheren Anteil einnehmen. Bei den Hilfen für Familien kommt vor allem Arbeit im einzelnen Familiensetting zum Einsatz.



**Abbildung 10: Angaben der teilnehmenden Einrichtungen zu der Frage Welche Rahmenangebote kommen bei den Hilfen vorrangig zur Anwendung? (1–19 % = sehr geringer Anteil bis 100 % = alle Fälle)**

Einen hohen Anteil der Rahmenangebote, die in den Hilfen zur Anwendung kommen, sehen die befragten Einrichtungen in psychoedukativen Ansätzen. Die hohe Ausprägung lässt sich damit erklären, dass psychoedukative Ansätze grundsätzlich ein elementarer Bestandteil der meisten Angebote sind. Mit einem Anteil von 42,5 % werden Clearing- und Screening-Angebote im mittleren Prozentbereich verortet. Einen geringen Anteil nehmen Erlebnispädagogische Angebote und die Beratung mit Kinderbetreuung ein. Einen sehr geringen Anteil der Anwendung sehen die befragten Einrichtungen in Familienpatenprojekten.



**Abbildung 11: Angaben der teilnehmenden Einrichtungen zu der Frage *Welche Berufsfelder sind bei Ihnen beschäftigt?***

Daraufhin befragt, welche Berufsgruppen in der teilnehmenden Einrichtung beschäftigt sind, geben alle Einrichtungen an, Psychologinnen bzw. Psychologen und (Sozial-)Pädagoginnen bzw. Pädagogen/Heilpädagoginnen bzw. -pädagog:innen/Sozialarbeiterinnen bzw. -arbeiter zu beschäftigen. Mit einer hohen Ausprägung vertreten sind in vielen Einrichtungen Verwaltungsfachkräfte und Praktikantinnen bzw. Praktikanten und unqualifizierte Minijobberinnen bzw. -jobber. Auch die Berufsfelder der Ärztinnen bzw. Ärzte/Medizinerinnen bzw. Mediziner und Juristinnen bzw. Juristen/Rechtsexpertinnen bzw. -experten sind vertreten, wenn auch in wenigen Einrichtungen.

## **Beteiligung auf Ebene der suchtbelasteten Familien**

### **Datengrundlage der Evaluation**

Für die im vorliegenden Bericht dargestellte Abschlussauswertung VSsF wurde eine Gesamtzahl von 177 Fällen mit mindestens einer Verlaufs- oder Abschlusserhebung dokumentiert und zur Evaluation beigesteuert. Zusätzlich konnten > 150 Beginnerhebungen verzeichnet werden, die für die deskriptive Auswertung berücksichtigt werden konnten. Die Rückmeldungen der beteiligten teilnehmenden Standorte lassen die Hypothese zu, dass die Durchführung der Verlaufserhebung durch das Einsetzen der Covid-19-Pandemie erheblich erschwert wurde.

Neben der Gesamtfallzahl stellen die Anteile vollständiger t1-/t2-Datensätze auf Ebene der 16 Capability-Dimensionen eine für die Wirkungsanalysen besonders relevante Bezugsgröße dar. Sowohl zum Zeitpunkt des Hilfe- bzw. Erhebungsbeginns als auch zum Zeitpunkt des Hilfe- bzw. Erhebungsendes müssen verwertbare Dokumentationen vorliegen, ansonsten ist

eine Wirkungsbestimmung auf der Basis von Veränderungsmessungen nicht möglich. Diesbezüglich konnten 71 Fälle in den Analysen berücksichtigt werden, 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 177 Fälle ermittelten differenzierten Forschungsbefunde eingesetzt. Auf diese Weise konnten mögliche Verzerrungen in den Wirkungsergebnissen aufgrund nicht-prospektiver Erhebungen 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 suchtbelasteten Elternteilen eine vollständig prospektiv-längsschnittliche Erhebung zu ermöglichen.

## **Beschreibung und Einordnung der Untersuchungsstichprobe**

### **Quasi-experimenteller Vergleich**

Ein Ein-Gruppen-Untersuchungsplan, bei dem lediglich die absolute Wirksamkeit in den Standorten des Projekts 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 „eminenzbasierten“ Gutachten von Expertinnen und Experten 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 werden oder überhaupt keine Hilfe bzw. 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 et al., 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.

Um eine bessere Einordnung der Stichprobe, aber auch der Vergleichsgruppen zu ermöglichen, sind an dieser Stelle die zentralen soziographischen Merkmale der Kinder und Jugendlichen dargestellt, die im Rahmen von VSsF Hilfen erhalten haben. Da die am Projekt beteiligten Angebote sehr heterogene Angebotsstrukturen aufweisen, die sich vor allem durch ihre Spezifität oder kooperative Angebotserbringung für suchtbelastete Familien kennzeichnen, muss bei der Zusammenstellung einer Vergleichsstichprobe aus der sogenannten

Regelversorgung darauf geachtet werden, dass die Hilfeanlässe bzw. die Problem- und Ausgangslagen der Familien analog zu denen der Familien im VSsF sind (vgl. Abbildung 12).

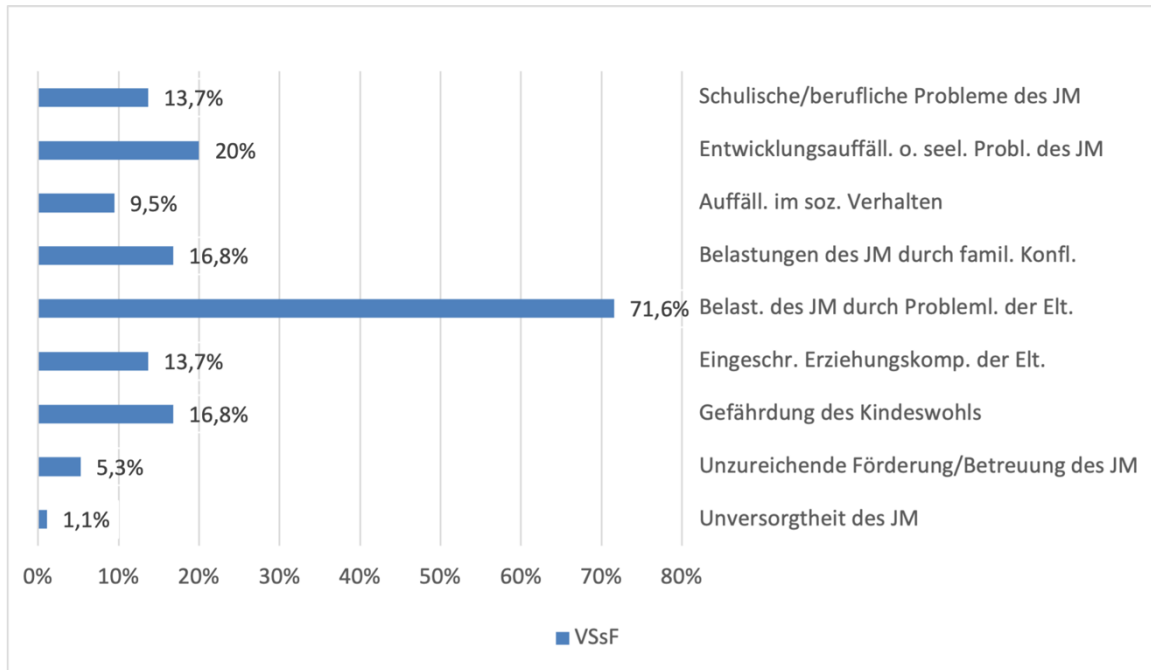


Abbildung 12: Hilfeanlässe der Familien im Projekt (Mehrfachnennungen möglich)

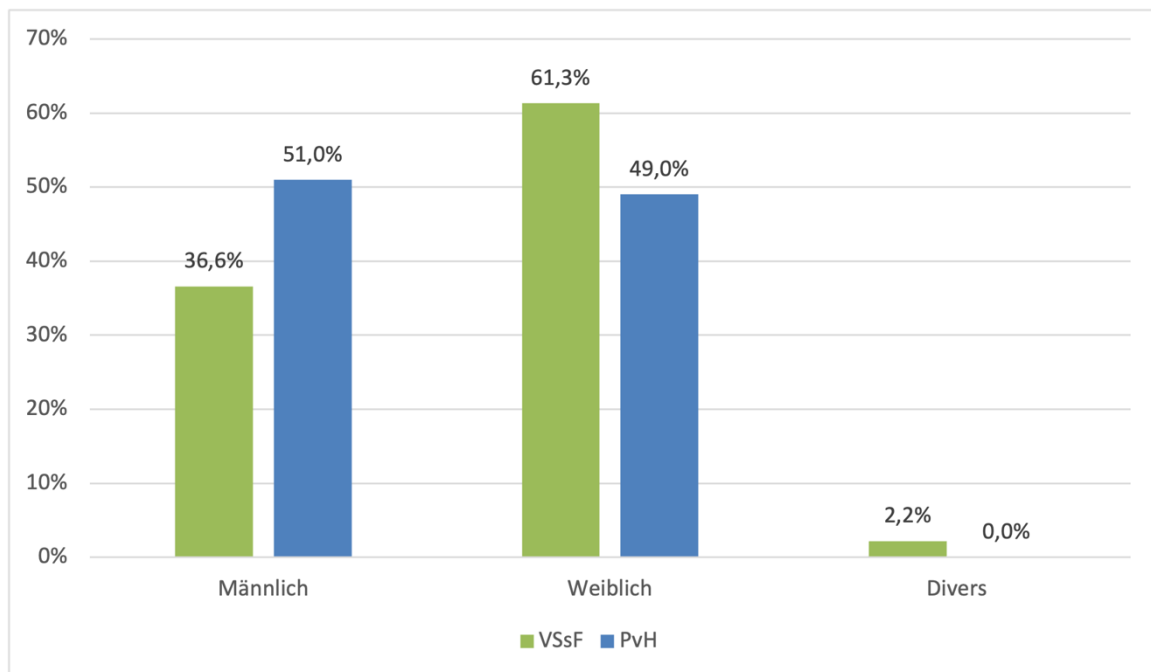
Strukturell entstammen die ausgewählten Hilfen der „EVAS-Matches“<sup>5</sup> Angeboten der Regelversorgung der Kinder- und Jugendhilfe und dort insbesondere Angeboten aus dem Spektrum der Hilfen zur Erziehung (HzE) sowie von Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII. Eine

##### <sup>5</sup> EVAS

1995 bildete sich eine interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe mit dem Ziel, ein Instrumentarium zu schaffen, das Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, aber auch Jugendämtern auf der Grundlage einer einheitlichen und systematischen Evaluation Qualitätsentwicklung ermöglicht. Nach Analyse der Jugendhilfestudien mit einem Fokus auf Ergebnisqualität (u. a. Jugendhilfe-Effekte-Studie (JES)) wurde ein Instrumentarium entworfen, das die inhaltlich und testtheoretisch am besten geeigneten Items umfasste. Nach mehreren Pre-Tests stand am Ende ein auf vier Seiten verdichtetes Instrumentarium, das mit überschaubarem Aufwand durch Praktikerinnen und Praktiker eingesetzt werden kann. EVAS startete 1999 in Bayern und breitete sich in der Folge auf die gesamte Bundesrepublik Deutschland aus (Macsenaere & Knab, 2004). Mittlerweile hat sich EVAS zur größten Jugendhilfe-Evaluation im deutschsprachigen Raum entwickelt, die sowohl Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfasst: Verteilt über alle 16 Bundesländer liegen zurzeit die Daten von weit über 50.000 Hilfen vor. Sie stammen aus ca. 250 Einrichtungen aus Deutschland, Österreich und Luxemburg. Der EVAS-Item-Set kam zudem in über 20 weiteren Studien zum Einsatz.

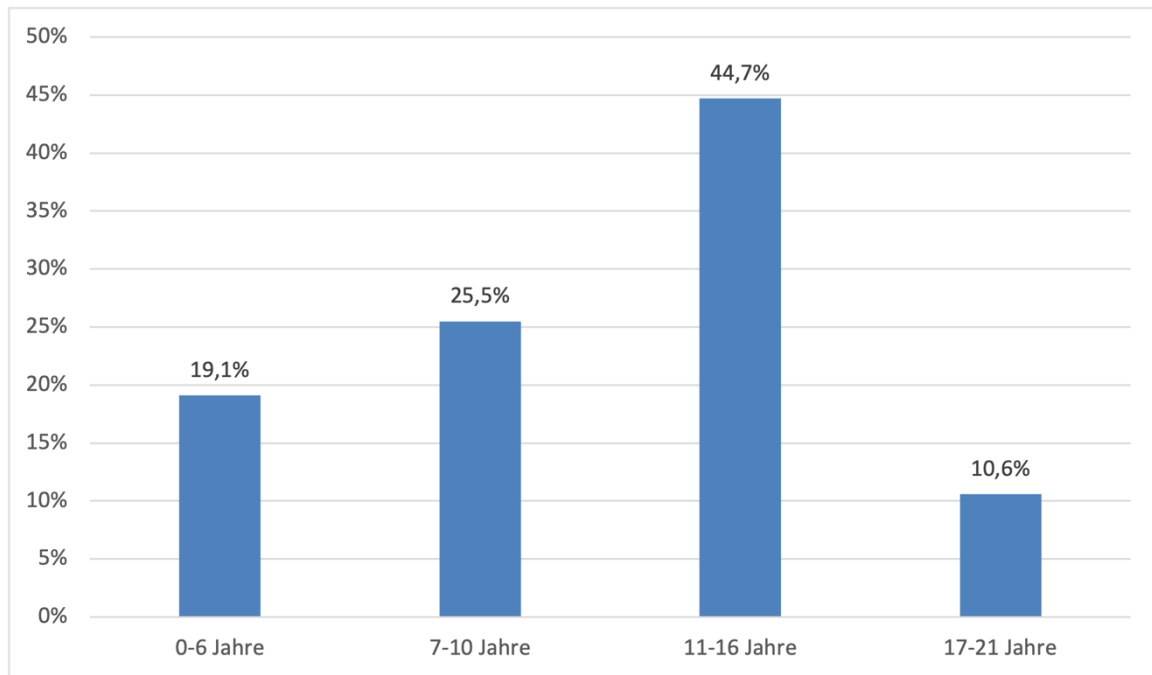


weitere Vergleichsstichprobe wurde anhand von „Projekten vergleichbarer Hilfen“ (PvH) erstellt. Diese Hilfen verfügen neben den analogen familiären Ausgangslagen der Familien auch über ähnliche Strukturbedingungen. Dies betrifft insbesondere ein hohes Maß an Kooperation mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren in der Kommune sowie multidisziplinäre Hilfeerbringung. Abweichend zu den Hilfen im Projekt VSsF handelt es sich bei der Vergleichsgruppe PvH ausschließlich um spezialisierte, niedrighschwellige Gruppenangebote für Eltern und Kinder. Einschränkend muss angeführt werden, dass sich die Vergleiche hinsichtlich der Wirkungsdaten nur in Bezug auf Grundbefähigungsdimensionen der Kinder und das Familien- und Bezugssystem abbilden lassen, da die vollumfängliche Erhebung der Grundbefähigungen der Bezugspersonen erst seit wenigen Jahren regelhaft erfolgt, sodass hier keine aussagekräftige Vergleichsgruppe gebildet werden konnte.



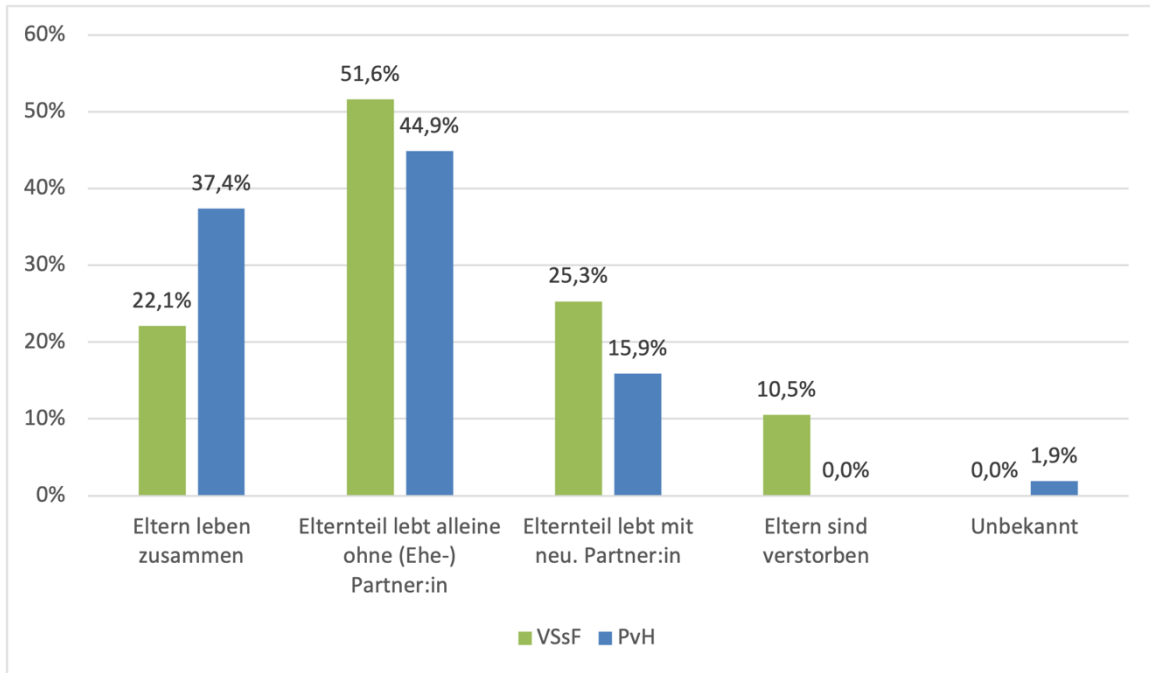
**Abbildung 13: Geschlecht der jungen Menschen (Projekt- und Vergleichsgruppe)**

Zwischen der Projekt- und der spezifischen Vergleichsgruppe zeigt sich bzgl. der jungen Menschen ein gewisses Ungleichgewicht bei der Verteilung der Geschlechter (vgl. Abbildung 13). Der Anteil der jungen Menschen männlichen Geschlechts liegt in VSsF mit 37 % markant unter dem Anteil des weiblichen Geschlechts mit 61 %. In dieser Hinsicht besteht ein Unterschied zu den Daten, die für die Vergleichsstichprobe herangezogen werden konnten, bei denen ein nahezu ausgeglichenes Geschlechterverhältnis der jungen Menschen vorliegt.



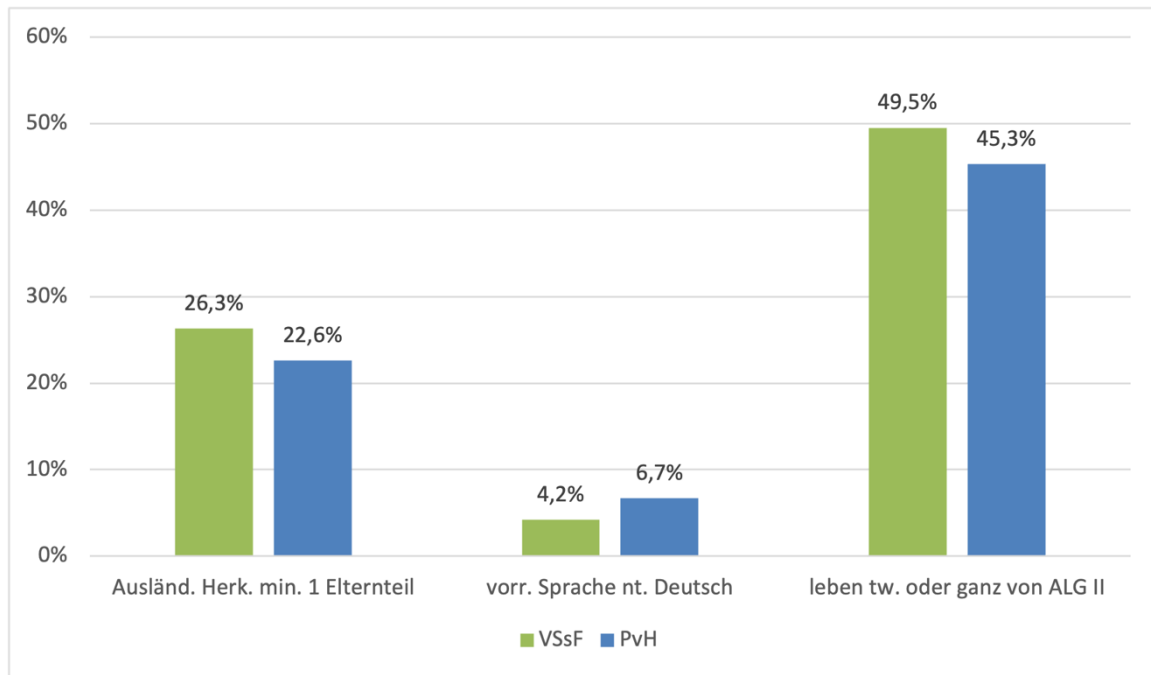
**Abbildung 14: Alter der jungen Menschen bei Beginn im Projekt**

Für die Altersverteilung der jungen Menschen, die Hilfen im Rahmen des Projekts erhalten haben, gilt dies nicht. Hier zeigt sich innerhalb einzelner Altersklassen ein Ungleichgewicht (vgl. Abbildung 14). Der größte Anteil an jungen Menschen findet sich in den Altersklassen der 11- bis 16-Jährigen (45 %) und mit deutlichem Abstand der 7- bis 10-Jährigen wieder (26 %). Dieser besonders hohe Anteil der Altersgruppe lässt sich vermutlich mit der konzeptuellen Ausrichtung eines Teils der Angebote erklären, die diese Altersgruppe im Rahmen der Angebote in den Fokus der Einzelfallarbeit mit den jungen Menschen nehmen. Die Abweichung sollte vor dem Hintergrund der konzeptuellen Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft aber zumindest im Hinterkopf behalten werden. An dieser Stelle muss jedoch zudem auf die absolut gesehen nur verhältnismäßig kleinen Fallzahlen verwiesen werden, womit statistische Zufallsschwankungen naturgemäß stärker ausgeprägt sein können. Es kann also unter diesem Blickwinkel nicht völlig ausgeschlossen werden, dass der Unterschied in der Gruppe der 11- bis 16-Jährigen in einer größeren und repräsentativeren Stichprobe ggf. deutlich kleiner ausgeprägt wäre.



**Abbildung 15: Situation der Herkunftsfamilie Projekt- und Vergleichsgruppe**

Im Hinblick auf die Situation der Herkunftsfamilie zeigt sich, dass mit einem Anteil von 52 % in mehr als der Hälfte der evaluierten Familien ein Elternteil allein ohne (Ehe-)Partnerin bzw. Partner lebt. In der spezifischen Vergleichsstichprobe ist der Anteil mit 45 % kleiner (vgl. Abbildung 15: Situation der Herkunftsfamilie Projekt- und Vergleichsgruppe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Der Anteil „klassischer“ Familienstrukturen, in denen beide Eltern zusammenleben, ist mit einem Anteil von 22 % bei den im Projekt evaluierten Hilfen sogar noch geringer als der Anteil an Eltern, die jetzt mit neuer Partnerin oder neuem Partner leben. In mehr als 10 % der Fälle sind die leiblichen Elternteile verstorben, sodass die Kinder nun bei Pflegeeltern, in stationären Wohnformen oder mit Unterstützung im eigenen Wohnraum leben. In der Vergleichsgruppe leben in 37 % der Fälle die Eltern noch zusammen, 16 % mit neuer Partnerin oder neuem Partner.

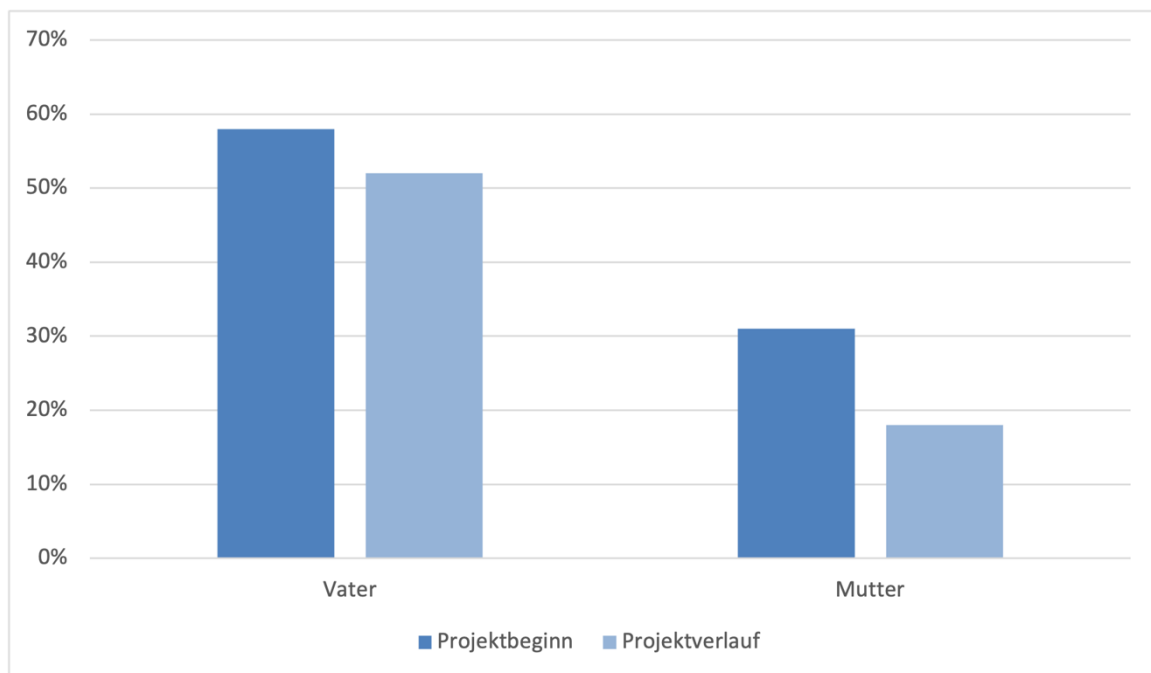


**Abbildung 16: Sozialer Hintergrund der Familie Projekt- und Vergleichsgruppe**

In Bezug auf die Familiensituation werden die Ähnlichkeiten zwischen der Projekt- und der Vergleichsgruppe besonders deutlich bei näherer Betrachtung des sozialen Hintergrunds der Familien. Hier ist vor allem bemerkenswert, dass mit einem Anteil von 50 % in der VSsF-Stichprobe und immerhin noch 45 % in der Vergleichsstichprobe (vgl. Abbildung 16) jeweils deutlich mehr als doppelt so viele Familien vorzufinden sind, die ihren Lebensunterhalt ganz oder teilweise von Transferleistungsbezügen in Form von Arbeitslosengeld (ALG II) bestreiten müssen als im Bundesschnitt (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2021). Die Zahlen unterstreichen eindringlich, dass 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 Adressatinnen und Adressaten des Projekts 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 Transferleistungsbezugs im Rahmen der Wirkfaktorenanalyse in 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 hohe Anteil Alleinerziehender 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 im Rahmen von CfK aber nicht alle Risikofaktoren erhöht. In der Wir.EB-Studie zeigte sich z. B. ebenfalls,

dass es bei Familien mit Migrationshintergrund deutlich schwieriger ist, in positiv wirksamer Weise auf die Eltern einzuwirken. In VSsF lassen sich anhand der Frage nach einer ausländischen Herkunft mindestens 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).

Im vorliegenden Projekt wurde zusätzlich das aktuelle Konsumverhalten der Elternteile zu Hilfebeginn und im Rahmen der Hilfeverlaufserhebungen untersucht, um im Rahmen der Wirkfaktoranalyse zu überprüfen, inwieweit bzw. einen wie starken Risikofaktor dieses für die jungen Menschen darstellt (vgl. Abbildung 17). Beim Blick auf die substanzspezifischen Darstellungen werden erhebliche Unterschiede bei den Vätern und Müttern augenscheinlich. Konsumieren zu Beginn noch fast 60 % der Väter, sind es „nur“ ca. 30 % der Mütter. Für beide wird sichtbar, dass der Konsum im Hilfeverlauf abnimmt, was einen Hinweis auf die stabilisierende Wirkung der Hilfen gibt.



**Abbildung 17: Vorliegen von Konsumverhalten der Eltern bei Projektbeginn und -verlauf**

### 3. Ergebnisse zu Strukturbedingungen

Das folgende Kapitel umfasst die Ergebnisse des VSsF-Projekts zu den Strukturbedingungen der Versorgung suchtbelasteter Familien. Dementsprechend sind es vor allem die Daten aus der Fachkräftebefragung und den Fokusgruppen, die hier zum Tragen kommen. Vereinzelt fließen aber auch mit den Ergebnissen der Befragung junger Menschen und der Interviews suchtbelasteter Eltern(teile) Daten aus dem Forschungsstrang der Wirkungsmessung mit ein, wenn sie die Angaben der Fachkräfte sinnvoll erweitern vor dem Hintergrund der Fragestellung nach den strukturellen Bedingungen einer gelingenden Versorgung der betroffenen Familien. Die Kapitel 3.1. und 3.2. fokussieren die Netzwerkarbeit als einen wesentlichen Bestandteil ebendieser. Zum einen wird hier dargestellt, wo die Befragten auf übergeordneter Ebene die Verantwortlichkeiten für den Netzwerkaufbau sehen, zum anderen zusammengetragen, welche Gelingensfaktoren sich aus den verschiedenen Erhebungssträngen heraus für die Gestaltung von Netzwerken feststellen lassen. Unter 3.3. werden Aspekte der Fortbildung und Qualifizierung vorgestellt. Schwerpunkt des Kapitels 3.4. ist die Angebotsebene. Leitend ist hier die Frage, welche Bedarfe von Fachkräften und betroffenen Familien für die Angebotsebene formuliert werden und welche Hilfen sie konkret benötigen. Unter 3.5. werden abschließend Daten aus den Erhebungssträngen zusammengeführt, die aufschlussreich vor dem Hintergrund der Frage sind, wie betroffene Familien in für sie passende Hilfen finden.

#### 3.1. Verantwortlichkeiten für den Netzwerkaufbau

In der Fachkräftebefragung wurden die Teilnehmenden gebeten, den Grad der Verantwortung der einzelnen Akteurinnen und Akteure für die Unterstützung und Förderung des Netzwerkaufbaus bundesweit und innerhalb einer Kommune einzuschätzen.

Betrachtet man hier das Meinungsbild arbeitsfeldübergreifend, wird deutlich, dass allen vorgeschlagenen Akteurinnen und Akteuren sowohl überregional als auch kommunal überwiegend Verantwortung für die Unterstützung und Förderung des Netzwerkaufbaus zugeschrieben wird. Auf einer Skala, welche den Grad der Verantwortung von 0 = *keine Verantwortung* bis 100 = *sehr hoch* abbildet, liegen alle Mittelwerte über 50 (vgl. Tabelle 2 und Tabelle 3).

Mit Blick auf die überregionalen Akteurinnen und Akteure wird der höchste Grad an Verantwortung bei den Kommunen gesehen (MW = 90), wobei sowohl den Bundesländern (MW = 82) als auch den Fachverbänden (MW = 84) und den Leistungserbringern (MW = 85) ebenfalls sehr hohe Verantwortung für den Netzwerkaufbau zugeschrieben wird. Den geringsten Grad an Verantwortung messen die Befragten den Rentenversicherungsträgern zu

(MW = 57). Arbeitsfeldspezifisch lassen sich überregional nur geringe, nicht signifikante Abweichungen innerhalb der Zuschreibungen feststellen.

	MW
Bund	72
Bundesländer	82
Kommune	90
Rentenversicherungsträger	57
Gesetzliche Krankenkassen	68
Wohlfahrtsverbände	77
Fachverbände	84
Leistungserbringer	85

**Tabelle 2: Mittelwerte global (0 = Keine Verantwortung bis 100 = sehr hoch) zu der Frage *Wie hoch ist aus Ihrer Sicht der Grad der Verantwortung der folgenden Akteurinnen und Akteure innerhalb der Kommunen für die Unterstützung und Förderung des Netzwerkaufbaus?***

Innerhalb der Kommunen sehen die Befragten die vorrangige Verantwortung für den Netzwerkaufbau bei den Suchtbeauftragten (MW = 92), dicht gefolgt vom Jugendamt (MW = 90). Hier lassen sich jedoch, abhängig vom vorrangigen Arbeitsfeld der Ausfüllenden, teils signifikante Unterschiede hinsichtlich der Zuschreibung von Verantwortung zu den einzelnen Akteurinnen und Akteuren feststellen. So sahen die Mitarbeitenden des Gesundheitswesens ein signifikant höheres Maß an Verantwortung beim Sozialpsychiatrischen Dienst und beim Sozialamt (MW = 95 und 68) als die Mitarbeitenden der Suchthilfe (MW = 74 und 60) und der KJH gesamt (MW = 81 und 63). Interessant erscheint ebenfalls, dass die KJH den Grad der Verantwortung des Jugendamts für den Netzwerkaufbau am geringsten von allen Arbeitsfeldern bewertet (MW bei der JH = 87 im Vergleich zu SH = 92 und GW = 97). Vergleicht man hierzu das Abstimmungsverhalten aller Mitarbeitenden aus den HzE mit dem aller anderen Fachkräfte, bestehen hier nur noch marginale Unterschiede.

	MW
1 Akteurin bzw. Akteur: Gesundheitsamt	68
2 Akteurin bzw. Akteur: Sozialpsychiatrischer Dienst	77
3 Akteurin bzw. Akteur: Suchtbeauftragte	92
4 Akteurin bzw. Akteur: Jugendamt	90
5 Akteurin bzw. Akteur: Sozialamt	62

**Tabelle 3: Mittelwerte global (0 = Keine Verantwortung bis 100 = sehr hoch) zu der Frage *Wie hoch ist aus Ihrer Sicht der Grad der Verantwortung der folgenden Akteurinnen und Akteure innerhalb der Kommunen für die Unterstützung und Förderung des Netzwerkaufbaus?***

Des Weiteren bestand für die Fachkräfte in der Online-Befragung die Option, sich einen vertiefenden Fragenblock anzeigen lassen. Darin konnten sie darüber abstimmen, für wie zielführend sie die Implementierung von 20 spezifischen Maßnahmen zur Förderung des Netzwerkaufbaus halten und welche Akteursebene sie für die Umsetzung der jeweiligen Maßnahme vorrangig in der Verantwortung sehen. Von dieser Möglichkeit machten etwa drei Viertel der Teilnehmenden Gebrauch. Die zur Wahl stehenden Maßnahmen wurden aus den Auswertungen der Fokusgruppen abgeleitet oder ergaben sich aus den Empfehlungen, die die AG KipKE Anfang 2020 im Rahmen ihres Abschlussberichts an den deutschen Bundestag übergeben hat.

Übergreifend muss festgehalten werden, dass keine der vorgestellten Maßnahmen in einem stärkeren Maße als nicht zielführend bewertet wurde. Die Spanne der gültigen Prozente reicht bei der Ablehnung der vorgestellten Maßnahmen von 0,4 % bis zu einem Maximalwert von 14,9 % bei Maßnahme 19 *Abrechenbarkeit der Weitervermittlung von Familien in spezialisierte Angebote als Einzelfalleistungen über die gesetzlichen Krankenkassen*.

Im Folgenden sind die abgefragten Maßnahmen tabellarisch dargestellt. Jeder Maßnahme werden die Akteurinnen und Akteure so zugeordnet, wie die Befragten ihnen jeweils vorrangig die Verantwortung für die Umsetzung dieser Maßnahme zuordneten. Für eine Nennung wurde der Schwellenwert von 10 % Zustimmung definiert.

Maßnahmen	Höchste Verantwortlichkeit	Zweit-höchste Verantwortlichkeit	Dritthöchste Verantwortlichkeit
1. Stärkere Verankerung des Themas im öffentlichen Diskurs	Bund 45 %	Kommunen 20 %	Länder 19 %
2. Förderung durch Modellprojekte	Bund 42 %	Länder 36 %	Kommunen 12 %
3. Ausbau von überregionaler Netzwerkstruktur zur Förderung der zielgruppenspezifischen Arbeit	Länder 53 %	Bund 17 %	Kommunen 14 %
4. Schaffung und Finanzierung von kommunalen Planstellen zur Koordination und Förderung der Netzwerkarbeit	Länder 44 %	Kommunen 37 %	Bund 12 %
5. Festlegung von Qualifizierungsanforderungen und fachlichen Standards für Fachkräfte im Bereich der Versorgung von suchtbelasteten Familien	Länder 29 %	Bund 26 %	Wohlfahrtsverbände 17 %
6. Entwicklung eines kommunalen Vorgehens zur Risiko- und Gefährdungseinschätzung, um die Handlungssicherheit bei Fachkräften v. a. außerhalb der KJH zu erhöhen	Kommunen 56 %	Länder 23 %	
7. Entwicklung von fachlichen Standards im (ggf. kommunenübergreifenden)	Länder 31 %	Träger/Leistungserbringer 25 %	Bund 17 %



STEUERUNGSWISSEN UND HANDLUNGSORIENTIERUNG FÜR DEN AUFBAU EFFEKTIVER INTERDISZIPLINÄRER  
VERSORGUNGSNETZWERKE FÜR SUCHTBELASTETE FAMILIEN

Übergangsmanagement von stationärer in ambulante Behandlung/Versorgung			
8. Sicherung der Bedarfsgerechtigkeit und Qualität der Angebotsstruktur und Vernetzung durch verbindliche Sozialplanungs- und Qualitätsentwicklungsvorgaben	Länder 33 %	Kommunen 29 %	Bund 17 %
9. Schaffung und Ausbau niedrigschwellig zugänglicher Angebote in der KJH, die pauschal finanziert sind und keine Antragsstellung erfordern	Kommunen 38 %	Länder 25 %	Träger/Leistungserbringer 14 %
10. Schaffung direkt zugänglicher Angebote zur familiären Krisenintervention, auf die Familien bei einer Gefährdungslage unmittelbar zugreifen können, um Alternativen zu Inobhutnahmen zu schaffen	Kommunen 45 %	Länder 17 %	Träger/Leistungserbringer 15 %
11. Stärkerer Einbezug von Einzelfallhilfen in den Sozialraum	Kommunen 57 %	Träger/Leistungserbringer 21 %	
12. Auf- und Ausbau von Onlineplattformen, die anonym betroffene Kinder und Jugendliche berät und über wohnortnahe Hilfestrukturen informiert	Bund 31 %	Länder 24 %	Kommunen 15 %
13. Förderung der kooperativen Leistungserbringung durch eine regelhafte multiprofessionelle, am Familiensystem ausgerichtete Hilfeplanung für suchtbelastete Familien	Kommunen 46 %	Länder 20 %	Träger/Leistungserbringer 18 %
14. Ausbau einer auf den Bedarf der Familie abgestimmten, koordinierten Vermittlung aus der ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung in die KJH bzw. Suchthilfe einschließlich der Bereitstellung von passgenauen Informationen zu regional zur Verfügung stehenden Angeboten	Kommunen 43 %	Länder 20 %	Träger/Leistungserbringer 18 %
15. Förderung interdisziplinärer Angebotserbringung und Finanzierung, mit Integration der verschiedenen Leistungsbereiche <i>Suchthilfe, Jugendhilfe</i> und <i>medizinische Versorgung</i>	Länder 39 %	Kommunen 26 %	Bund 20 %
16. Schaffung von gesetzlichen Regelungen im Rahmen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung, die SGB-übergreifende einheitliche Komplexleistungen mit auf Landesebene vertraglich definierten Finanzierungsbeiträgen der zuständigen Leistungsträger ermöglichen, die die Leistungserbringer der KJH, der Suchthilfe und des Gesundheitswesens zusammenführen	Bund 72 %	Länder 16 %	
17. Beförderung einer gemeinsamen Strategie für auf Prävention bezogene Hilfenetzwerke und Gruppenangebote	Länder 30 %	Bund 25 %	Kommunen 24 %
18. Finanzielle Unterstützung für den Aufbau von Hilfenetzwerken für finanzschwächere Kommunen	Länder 49 %	Bund 46 %	

19. Möglichkeit der Abrechnung von Weitervermittlung von Familien(-mitgliedern) in spezialisierte Angebote als Einzelfalleistungen für Mitarbeitende der medizinischen Versorgung über die gesetzlichen Krankenkassen	Bund 39 %	Länder 22 %	Nicht zielführend 15 %
20. Bereitstellung und Entwicklung von Arbeitshilfen und Informationsmaterial, um den kommunalen Netzwerkaufbau zu fördern und fachlich abzusichern/zu unterstützen	Länder 31 %	Bund 30 %	Wohlfahrtsverbände 11 %

**Tabelle 4: Angabe der gültigen Prozente zur Frage Welche Akteurinnen und Akteure sollten/können aus Ihrer Sicht am ehesten zur Umsetzung der aufgelisteten Maßnahmen zur Förderung der Netzwerkarbeit für suchtbelastete Familien beitragen?**

Es wird deutlich, dass die Befragten die vorrangige Verantwortung bei allen vorgestellten Maßnahmen am stärksten bei den politischen Steuerungsebenen im Bund, in den Ländern oder den Kommunen verorten. Am eindeutigsten ausgeprägt ist das Votum bei der 16. Frage nach der Verantwortung hinsichtlich der Schaffung gesetzlicher Regelungen, um Komplexeleistungen mit Beteiligung der KJH, der Suchthilfe und des Gesundheitswesens zu ermöglichen: Hier wird dem Bund mit 72 % am eindeutigsten Verantwortung zugeschrieben. Außerdem sehen die Fachkräfte hauptsächlich den Bund in der Pflicht, das Thema der (kooperativen) Versorgung suchtbelasteter Familien im öffentlichen Diskurs zu verankern (45 % Zustimmung).

In den Fokusgruppen wurde hierzu beispielhaft das Aufstellen von Aktionsplänen herangezogen, wie es etwa zur Bekämpfung der „Crystal-Epidemie“ in Sachsen geschehen ist. Durch solche organisatorisch übergeordneten, politischen Statements würde der Basis eine Argumentationsgrundlage im Rahmen der Vor-Ort-Verhandlungen sowohl mit anderen Beteiligten der Hilfeketten als auch mit den politischen Entscheidungsträgern und Leistungserbringern an die Hand gegeben. Solche Aktionspläne wären auch im Kontext suchtbelasteter Familien sehr hilfreich.

Den Ländern wird Verantwortung am stärksten in Bezug auf den Aufbau überregionaler Netzwerkstrukturen zugewiesen (53 %). Ebenfalls eine hohe Verantwortung messen die Befragten den Ländern hinsichtlich der Finanzierung von kommunalen Planstellen zur Förderung der Netzwerkarbeit bei (44 % ggü. 37 % bei den Kommunen). Als positives Beispiel, wie der Transfer zwischen Landesebene und den Kommunen gelingen kann, wurde in den Fokusgruppen das Land Baden-Württemberg herangezogen. Hier gibt es, durch die Landesebene vorgegeben, jeweils eine kommunale Suchtbeauftragte bzw. einen -beauftragten, die bzw. der für die Steuerung und Abstimmung der suchtbetragenen Fragen- und Problemstellungen zuständig ist. Die Schaffung dieser Stelle wurde durch die Funktion als Multiplikatorin bzw. Multiplikator als Schlüsselstelle einer gelingenden Netzwerkarbeit für suchtbelastete Familien benannt und entsprechend im Schulterchluss-Projekt Baden-Württemberg evaluiert.

Die Bundesländer werden bei insgesamt neun Maßnahmen – und damit am häufigsten – in der hauptsächlichen Verantwortung für die Umsetzung der Maßnahmen gesehen, wobei sich jedoch abzeichnet, dass es nur in Bezug auf die Maßnahme *Ausbau von überregionaler Netzwerkstruktur zur Förderung der zielgruppenspezifischen Arbeit* mit 53 % (ggü. 17 % für den Bund) eine eindeutige Verantwortungszuschreibung für diesen Akteur gibt. Bei allen anderen Maßnahmen folgen andere Akteurinnen und Akteure (meist der Bund) mit ähnlichen Prozentniveaus.

Die Kommunen sind laut Umfrage bei insgesamt sechs der 20 vorgestellten Maßnahmen am stärksten in der Verantwortung. Insbesondere hinsichtlich eines verbesserten Einbezugs von Einzelfallhilfen in den Sozialraum bzw. die sozialräumliche Angebotsstruktur (57 %) sowie der Entwicklung eines kommunalen Vorgehens zur Risiko- und Gefährdungseinschätzung mit Blick auf suchtbelastete Familien wurde den kommunalen Akteurinnen und Akteuren die Hauptverantwortung sehr deutlich zugeschrieben (56 %).

Interessanterweise sind die Länder (49 %) und der Bund (46 %) ungefähr in gleicher Ausprägung als Verantwortliche für die finanzielle Unterstützung finanzschwächerer Kommunen beim Aufbau von Hilfenetzwerken bestimmt. In den Fokusgruppen wurde in diesem Kontext die Herausforderung der regionalen Disparitäten fokussiert. Solange hier keine Vorgaben zum Vorhalten von Angeboten bestehen, werden umfassende Veränderungen nicht erwartet. Die kommunale Hilfestellungspraxis und Angebotsplanung würden neben den finanziellen Voraussetzungen auch noch sehr stark von den individuellen Schwerpunkten der leitenden Personen abhängen.

Die Leistungserbringer hingegen werden bei keiner Maßnahme am stärksten in der Verantwortung gesehen. Einen hohen Grad an Verantwortung messen die Fachkräfte ihnen allerdings hinsichtlich der *Entwicklung fachlicher Standards für ein gelingendes Übergangsmangement zwischen stationären und ambulanten Angeboten* (25 %) und des stärkeren Einbezugs von Einzelfallhilfen in Angebote des Sozialraums bei (21 %).

Den Wohlfahrtsverbänden wurde von den Teilnehmenden an der Umfrage lediglich bei zwei Maßnahmen die dritthöchste Verantwortlichkeit zugeschrieben. Das betrifft zum einen die Festlegung und Entwicklung fachlicher Standards zur Versorgung suchtbelasteter Familien (17 %) sowie die Bereitstellung und Entwicklung von Arbeitshilfen für den Netzwerkaufbau (11 %).

Betrachtet man die Ergebnisse zu diesem Fragenblock mit Blick auf die verschiedenen Arbeitsfelder, Funktionen der Ausfüllenden sowie regionalen Ausprägungen, lassen sich keine Unterschiede in einem signifikanten Maße feststellen.

### 3.2. Gelingensfaktoren in der Gestaltung von Netzwerken

Die Gestaltung von Netzwerkarbeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit stehen im Zentrum einer guten Versorgung suchtbelasteter Familien. In der Fachkräftebefragung wurden die Teilnehmenden befragt, wie sie die Qualität der Zusammenarbeit mit den jeweiligen anderen Arbeitsfeldern beurteilen. Es zeigt sich hier im Ergebnis, dass die Zusammenarbeit auf fallübergreifender Ebene geringer eingeschätzt wird als die Qualität auf Einzelfallebene.<sup>6</sup> Deutlich wird hier erneut ein Bedarf, Kooperation über die Zusammenarbeit im akuten Einzelfall hinaus zu stärken und zu verstetigen.

Als Hinweis auf einen Zusammenhang von forcierter Netzwerkarbeit und Kooperationsqualität lassen sich die Angaben der Arbeitsfelder etwa zum *Netzwerk Frühe Hilfen* interpretieren: In der Gruppe der weiteren Arbeitsfelder liegen für diesen Bereich die meisten Kooperationsvereinbarungen vor und die Zusammenarbeit wird sehr positiv beurteilt. Zudem fällt hier die im Vergleich zu den Angaben zu den meisten anderen Arbeitsfeldern geringfügige Differenz zwischen der Beurteilung der fallübergreifenden Zusammenarbeit und der Zusammenarbeit auf Einzelfallebene auf.

In der Fachkräftebefragung hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, die Relevanz einzelner Faktoren für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit einzuschätzen auf einer Skala von 0 = gar nicht wichtig bis 100 = sehr wichtig. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die abgefragten Faktoren und die Bedeutung, die ihnen von den Fachkräften zugeschrieben wurde.

---

<sup>6</sup> Eine detaillierte Darstellung der Angaben zu der Kooperationsqualität zwischen den verschiedenen Arbeitsfeldern findet sich im Zwischenbericht zur Fachkräftebefragung (online einsehbar unter [www.jugendhilfe-suchthilfe.de/](http://www.jugendhilfe-suchthilfe.de/)).



**Abbildung 18: Globale Mittelwerte (0 = gar nicht wichtig bis 100 = sehr wichtig) zu der Frage *Wie bewerten Sie die folgenden Faktoren hinsichtlich ihrer Bedeutung für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit?***

Die Ausprägungen lassen sich dahingehend lesen, dass keiner der genannten Faktoren als irrelevant vor dem Hintergrund der Frage nach gelingender interdisziplinärer Zusammenarbeit bewertet wird.<sup>7</sup> Dennoch zeigen sich Unterschiede in der Bewertung der Relevanz einzelner Faktoren. Hier stechen die Faktoren mit der niedrigsten (*Das Vorliegen einer formalisierten Kooperationsvereinbarung*) und der höchsten (*Gemeinsame Hilfeplankonferenzen für das gesamte Familiensystem*) heraus, die in den folgenden Unterkapiteln – neben anderen Aspekten gelingender Zusammenarbeit – mit den Daten aus den verschiedenen Erhebungssträngen zusammengeführt werden.

<sup>7</sup> Die Angaben zu möglichen signifikanten Unterschieden im Hinblick auf die Moderatorvariablen Arbeitsfeld, Funktion und Bundesland für dieses Item finden sich im Zwischenbericht zur Fachkräftebefragung im Kapitel 2.2.3 (online einsehbar unter [www.jugendhilfe-suchthilfe.de/](http://www.jugendhilfe-suchthilfe.de/)).

### 3.2.1. Interdisziplinäre Austauschformate

Übergreifend zeigt sich für die Erhebungsstränge, die die Perspektive der in der Versorgung suchtbelasteter Familien Tätigen abbildet, dass gemeinsame Austauschformate überwiegend als wichtig erachtet werden. So haben etwa die abgefragten Faktoren *Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen* (siehe Abbildung 18) und *Regelmäßiges Austauschformat der Helfenden im Netzwerk* (siehe Abbildung 19) mit die stärksten Ausprägungen in der Fachkräftebefragung. Zugleich ziehen sich durch die Teile der Erhebungsstränge, die qualitativ angelegt sind bzw. die Möglichkeit bieten, offene, nicht standardisierte Angaben zu machen, Einschätzungen, die neben diesen konstatierten Chancen von Austauschformaten die Umsetzung in der Praxis problematisieren.

Besonders deutlich wurde dies in den Einschätzungen zu gemeinsamen Hilfeplanungen. Auf Relevanz und Notwendigkeit der Formalisierung dieser hin befragt, verweisen die Fachkräfte mit der stärksten bzw. zweitstärksten Ausprägung im Vergleich zu den anderen abgefragten Faktoren und Prozessen auf die Chancen der Hilfeplanung als Instrument interdisziplinärer Zusammenarbeit. In den Fokusgruppen wurde die gemeinsame Hilfeplanung als ein Schlüsselprozess für eine erfolgreiche kooperative Leistungserbringung angesehen, der im Hinblick auf verschiedene Aspekte produktiv sein kann:

- Abgestimmte Leistungserbringung
- Kennenlernen der beteiligten Akteurinnen und Akteure
- Umfassende Informiertheit aller Beteiligten
- Transparenz in den Entscheidungen

Die Stärkung einer multiprofessionell angelegten Hilfeplanung ist ein Anliegen, das auch mit der Novellierung des SGB VIII in dem § 36 im Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) Einzug gefunden hat. Die hier angelegte Beteiligung verschiedener Fachkräfte an der Entscheidung über die Hilfeart und die Mitwirkung an Prozessen der Hilfeplanung bieten zukünftig Chancen im Hinblick auf eine Verbesserung interdisziplinärer Zusammenarbeit.

In den Fokusgruppen wiesen die Teilnehmenden darauf hin, dass die Umsetzung gemeinsamer Hilfeplanung in der Praxis nicht ausreichend forciert werde. In Anknüpfung daran wurde im quantitativen Teil der Fachkräftebefragung zum einen die Relevanz von gemeinsamen

Hilfeplanungen vor dem Hintergrund von Gelingensfaktoren<sup>8</sup> und Formalisierung von Zusammenarbeit<sup>9</sup> abgefragt. Zum anderen wurde in einem offenen Antwortformat die Wahrnehmung der Schwierigkeit in der Zusammenarbeit aufgegriffen, um herauszufinden, ob diese von den Befragten geteilt wird und um tiefergehende Kenntnisse darüber zu erlangen, welche Aspekte den Austausch über das Format der gemeinsamen Hilfeplanung möglicherweise behindern.<sup>10</sup>

Im offenen Antwortformat bestätigen alle bis auf wenige einzelne Befragte den Eindruck, dass die Möglichkeiten der Hilfeplanung nicht ausgeschöpft würden. Sehr häufig verweisen die Befragten auf mehrere Hindernisse gelingender Hilfeplanungen zugleich. Die genannten Gründe und Schwierigkeiten für gelingende gemeinsame Hilfeplanungen lassen sich entlang dreier Schwerpunkte kategorisieren. Die Gründe, die mit Abstand am häufigsten genannt werden, beziehen sich auf **knappe Ressourcen**, die gemeinsame Hilfeplanungen behinderten bis verunmöglichten. Es fehlten personelle und finanzielle Ressourcen, um dem zeitaufwendigen Prozess, alle Beteiligten in der Hilfeplanung an einen Tisch zu bekommen, gerecht zu werden. Es entsteht der Eindruck einer Arbeitssituation unter finanziell prekären Bedingungen und zugleich (von einzelnen Befragten herausgestellt) wachsender Aufgaben und Anforderungen, die auf Kosten des arbeitsaufwendigen Austausches zwischen den Akteurinnen und Akteuren gehen. Häufig bestehe eine Überforderung im Hinblick auf Unklarheiten über Zuständigkeiten und mangelndem Überblick über beteiligte Akteurinnen und Akteure. Hierbei klingen immer wieder Aspekte der Steuerung und Koordinierung von Austauschformaten durch. So stellt eine

---

<sup>8</sup> Die Befragten hatten die Möglichkeit, auf einer vierstufigen Skala die Relevanz von „*Gemeinsamen Hilfeplankonferenzen für das gesamte Familiensystem (bspw. über Nutzung der Gesamtplankonferenzen der Eingliederungshilfe)*“ vor dem Hintergrund der Frage *Wie bewerten Sie die folgenden Faktoren hinsichtlich ihrer Bedeutung für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit?* zu beurteilen.

<sup>9</sup> Die Befragten hatten die Möglichkeit, auf einer vierstufigen Skala die Relevanz von „*Gemeinsamer Hilfeplanung für das gesamte Familiensystem unter Einbezug möglichst aller relevanter Akteurinnen bzw. Akteure des Hilfesystems*“ vor dem Hintergrund der Frage *Wie wichtig schätzen Sie die Standardisierung der folgenden Prozesse für das Ziel, die Versorgung der Zielgruppe zu verbessern, ein?* zu beurteilen.

<sup>10</sup> Die Befragten hatten die Möglichkeit, sich in einem offenen Antwortformat zu folgender Frage zu äußern: *In vorherigen Forschungen wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass das Format der Hilfeplanung die Möglichkeit bietet, einen Austausch zwischen den verschiedenen an der Versorgung einer Familie beteiligten Akteurinnen und Akteuren einzuleiten. Es wurde bemängelt, dass diese Möglichkeit häufig nicht ausgeschöpft werde. Teilen Sie diese Erfahrungen und wenn ja, worin liegen aus Ihrer Sicht die Schwierigkeiten begründet?*

befragte Person heraus, „[e]ine Hilfeplanung mit wichtigen Akteuren (Jugendamt, Familienhilfe, Suchthilfe, betroffene) ist nur möglich, wenn es einen Initiator gibt, der das Netzwerk zusammenbringt“.

Es wird darüber hinaus ein Mangel an verbindlichen Strukturen und Vereinbarungen für die Zusammenarbeit konstatiert, für die eine Formalisierung des Austausches etwa über Kooperationsvereinbarungen eine Lösung sein könne.

Häufig finden außerdem Aspekte Erwähnung, die eine Schwierigkeit gelingenden Austausches in **divergierenden Haltungen, Perspektiven und Zielvorstellungen** der verschiedenen Akteurinnen und Akteure der Hilfesysteme verorten. Aspekte, die hier genannt werden, reichen vom „Gefangen-Sein“ der Akteurinnen und Akteure in den Logiken des eigenen Systems und der damit verbundenen Profession bis hin zu der Wahrnehmung mangelnder Wertschätzung und Anerkennung füreinander. Einzelne befragte Fachkräfte nutzten das offene Antwortformat, um auf einen von ihnen wahrgenommenen Macht- und Kompetenzkampf zwischen den Akteurinnen und Akteuren verschiedener Hilfesysteme hinzuweisen, der einem kooperativen und kollegialen Umgang entgegenstehe. Mehrere Befragte äußern zudem, vom Jugendamt nicht zu Hilfeplanungen eingeladen zu werden, was zum Teil auch mit mangelnden Ressourcen bzw. Überforderung in den Jugendämtern begründet wird. Teilweise schreiben die Befragten dies aber auch einer mangelnden Bereitschaft der Mitarbeitenden des Jugendamts, in den Austausch zu gehen, zu. Insbesondere Mitarbeitende der Suchthilfe äußern, dass sie nicht in den Prozess der Hilfeplanung eingeladen würden.

Einzelne Antworten befragter Personen lassen sich dahingehend lesen, dass das Hilfeplangespräch grundsätzlich nicht als sinnvoll für einen Austausch von Fachkräften verschiedener Institutionen eingeschätzt wird. So weisen Befragte darauf hin, für die betroffenen Familien könne eine hohe Anzahl an Fachkräften verschiedener Institutionen im Hilfeplangespräch auch eine Belastung darstellen. Zudem sei interdisziplinärer Austausch zwar notwendig, die gemeinsame Hilfeplanung sei dafür aber nicht das angemessene Instrument, wie eine befragte Person herausstellt:

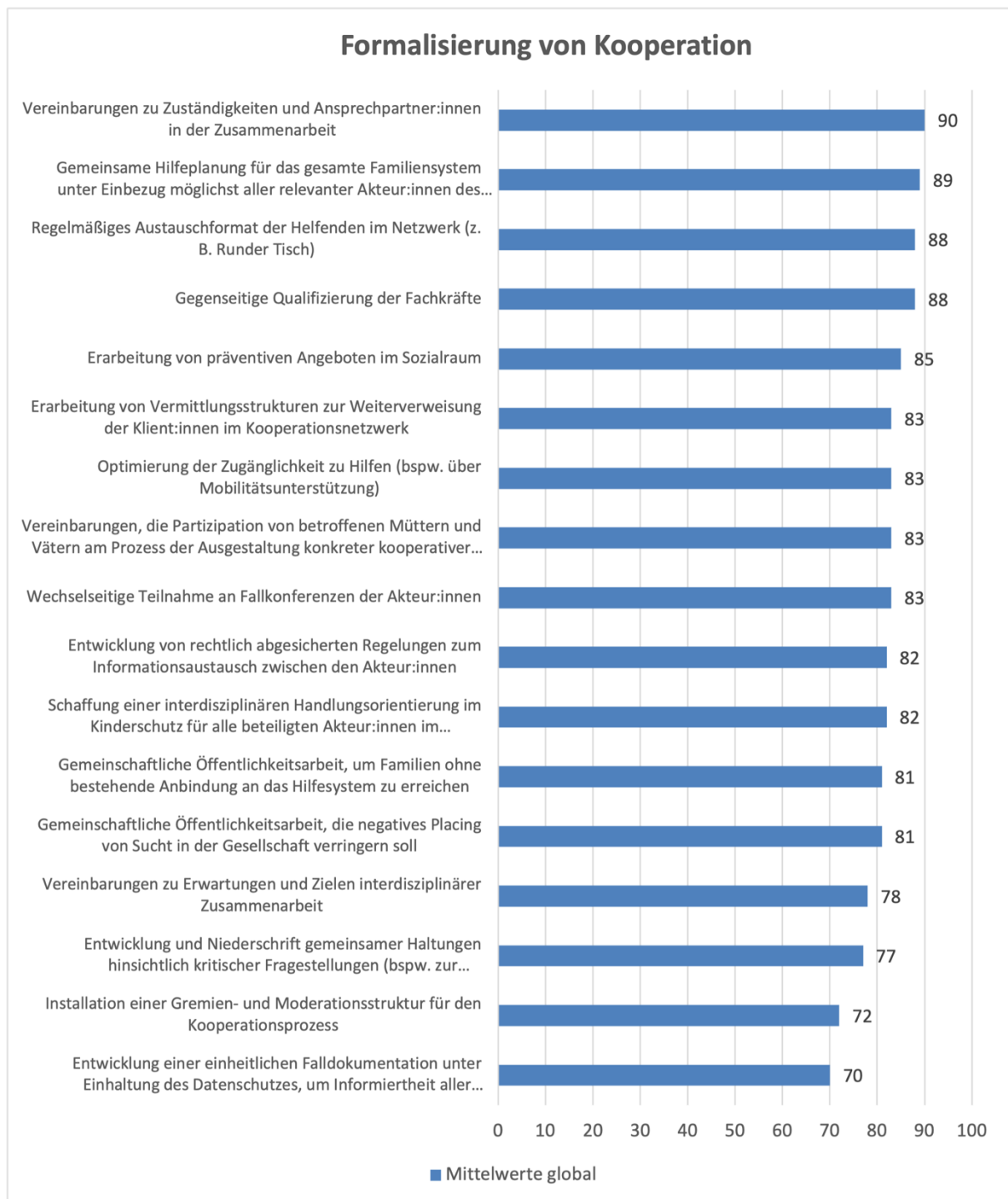
„Die Eltern bestimmen darüber wer am Hilfeplan teilnimmt. Zudem ist der Hilfeplan kein interdisziplinärer Austausch, sondern ein Instrument der Jugendhilfe die mit den Eltern vereinbarten Ziele zu besprechen. Evtl. müsste für so eine konzipierte Planung ein anderes Instrument genutzt werden oder die Hilfeplanung auf ein anderes Bein gestellt werden. In den Frühen Hilfen wird die Zielvereinbarung mit den Eltern offen gelegt und die Kooperationspartner mit dazu geholt. Die Frühen Hilfen arbeiten aber per se interdisziplinär.“



Mehrere Befragte verweisen außerdem auf **Datenschutz und Schweigepflicht** als wesentliche Schwierigkeiten, die einen Austausch behinderten.

### 3.2.2. Formalisierung von Kooperation

Als ein möglicher Faktor gelingender Kooperation wurde in den Fokusgruppen die Bedeutung von standardisierten Prozessabläufen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit diskutiert. Neben der Formalisierung von Zusammenarbeit über Kooperationsvereinbarungen nannten die Teilnehmenden der Fokusgruppen verschiedene Prozesse, die in die standardisierte Befragung der Fachkräfte mit eingeflossen sind. Auch hier ist aus Sicht der befragten Fachkräfte für alle abgefragten Prozesse eine tendenziell hohe Relevanz der Standardisierung für eine gelingende Zusammenarbeit festzuhalten. Die geringste Relevanz einer Standardisierung in der interdisziplinären Zusammenarbeit sehen die Befragten für die *Entwicklung einer einheitlichen Falldokumentation unter Einhaltung des Datenschutzes, um Informiertheit aller Helfenden im Netzwerk zu gewährleisten*. Die stärkste Ausprägung hingegen zeigt sich im Hinblick auf *Vereinbarungen zu Zuständigkeiten und Ansprechpartnerinnen und -partnern in der Zusammenarbeit*. Dies deckt sich mit dem Eindruck zu den Angaben aus dem offenen Antwortformat zu gemeinsamen Hilfeplanungen, die die Schwierigkeiten der Umsetzung gemeinsamer Hilfeplanungen unter anderem im nicht koordinierten Austausch und Unklarheiten von Zuständigkeiten sahen (siehe Kapitel 3.2.1.). Die vier stärksten Ausprägungen zeigen eine hohe Relevanz an, ein Zusammenkommen der Akteurinnen und Akteure über eine Standardisierung zu verstetigen.



**Abbildung 19: Globale Mittelwerte zu der Frage *Wie wichtig schätzen Sie die Standardisierung der folgenden Prozesse bzw. Zuständigkeiten für das Ziel, die Versorgung der Zielgruppe zu verbessern, ein?***

Geringere Ausprägungen zeigen sich für Prozesse, die inhaltliche Aspekte der Zusammenarbeit fokussieren, wie etwa *Vereinbarungen zu Erwartungen und Zielen interdisziplinärer Zusammenarbeit* und *Entwicklung und Niederschrift gemeinsamer Haltungen hinsichtlich kritischer Fragestellungen*. Dies lässt sich dahingehend lesen, dass einer Standardisierung dieser Aspekte nicht die Relevanz abgesprochen wird, eine Priorität aber in erster Linie der

Formalisierung von Prozessen, die ein strukturiertes Zustandekommen von Zusammenarbeit überhaupt erst ermöglichen, zugeschrieben wird.

### Kooperationsvereinbarungen

Im Hinblick auf die Bedeutung von Kooperationsvereinbarungen für die Zusammenarbeit zeigt sich in der Zusammenführung der verschiedenen Erhebungsstränge ein diverses Meinungsbild. In der Fachkräftebefragung wird vor dem Hintergrund von Gelingensfaktoren interdisziplinärer Zusammenarbeit dem Vorliegen einer Kooperationsvereinbarung mit einem Mittelwert von 73 zwar keine geringe Bedeutung zugeschrieben, im Vergleich zu den anderen abgefragten Faktoren aber die niedrigste Relevanz (siehe Kapitel 3.2.). Deshalb erhärtet sich ein Eindruck, der sich schon in den Fokusgruppen zeigte: Ob Kooperationsvereinbarungen zu einer gelingenden Zusammenarbeit beitragen, ist vom Kontext ihrer Einbettung und Umsetzung abhängig. Die befragten Fachkräfte weisen dem *Vorliegen einer Kooperationsvereinbarung* zwar absolut gesehen eine hohe Relevanz für eine gelingende Zusammenarbeit zu, jedoch sind diese Angaben verglichen mit den anderen abgefragten Faktoren am niedrigsten ausgeprägt. Ein Grund hierfür könnten negative Erfahrungen der Befragten in der Umsetzung von Kooperationsvereinbarungen sein.

### 3.3. Fortbildung und Qualifizierung

Fortbildung und Qualifizierung zeigt sich als ein relevanter Bereich im Kontext der Frage, wie die Versorgungssituation suchtbelasteter Familien verbessert werden kann. Die Fokusgruppen und die Fachkräftebefragung lieferten Erkenntnisse hinsichtlich der Qualifizierungsbedarfen der Akteurinnen und Akteure als auch Hinweise im Hinblick auf Fortbildungsformate, die für eine gelingende Zusammenarbeit als sinnvoll empfunden werden.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die abgefragten Qualifizierungsinhalte und die Mittelwerte der Angaben, die die Fachkräfte der jeweiligen Arbeitsfelder gemacht haben.

Qualifizierungsinhalte	Sucht- hilfe	KJH	Gesund- heitswesen	ge- samt
Kenntnis des Versorgungssystems und -spektrums der Suchthilfe	90	63	78	81
Kenntnis über das Versorgungssystem der Jugendhilfe und über pädagogische Konzepte	63	86	72	69
Kenntnis des medizinischen Versorgungssystems	72	57	95	69

STEUERUNGSWISSEN UND HANDLUNGSORIENTIERUNG FÜR DEN AUFBAU EFFEKTIVER INTERDISZIPLINÄRER  
VERSORGUNGSNETZWERKE FÜR SUCHTBELASTETE FAMILIEN

Kenntnisse über die rechtlichen Rahmenbedingungen möglicher Leistungsgewährung für suchtbelastete Familien	58	46	63	54
Kenntnisse der pädagogischen Wirkfaktoren in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien	73	83	75	75
Kenntnisse über Konzepte zur Elternarbeit für die Zielgruppe	58	63	57	59
Kenntnisse zu arbeitsfeldübergreifender, familienzentrierter Hilfeerbringung	55	62	67	57
Rechtliche Kenntnisse über Kinderschutz und Kindeswohlgefährdung	70	91	80	75
Kenntnisse über Prävention und Gesundheitsförderung für suchtbelastete Kinder	71	66	78	71
Kenntnisse über Schwangerschaft und Sucht	82	73	87	80
Kenntnisse über Traumata und Sucht	81	69	87	78
Kenntnisse über geschlechterspezifische Anforderungen in der Elternarbeit mit der Zielgruppe	53	52	63	53
Techniken sensibler Gesprächsführung mit suchtbelasteten Eltern(teilen)	82	72	80	78
Spezifisches Wissen über Auswirkungen von Substanzkonsum auf die Erziehungsfähigkeit und Entwicklung der Kinder und Jugendlichen	84	76	82	81
Kenntnisse über Substitution	82	53	72	74
Kenntnisse über Konzepte zur Angehörigenarbeit	74	47	70	67
Kenntnisse über Konzepte zur Arbeit mit den „kleinen Angehörigen“	56	59	65	57
Kenntnisse über die Auswirkung eines negativen Placings von Sucht in der Gesellschaft und die Auswirkungen auf Beratungs- und Hilfeprozesse	71	49	74	66
Kenntnisse über Möglichkeiten der Weitervermittlung von suchtbelasteten Kindern, die noch nicht in Hilfen eingebunden sind, in spezielle Hilfeformen	65	66	72	64
Geschlechtsspezifische Bewältigungsstrategien der betroffenen Kinder und Jugendlichen	52	53	56	52

Wissen über evaluierte (Gruppen-)Konzepte zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen	52	47	53	51
---	----	----	----	----

**Tabelle 5: Globale Mittelwerte (0 = gar nicht bis 100 = sehr gut) zu der Frage *Wie gut fühlen Sie sich in Bezug auf die folgenden Inhalte qualifiziert?***

Arbeitsfeldübergreifend sind Qualifizierungsbedarfe in Bezug auf genderspezifische Faktoren in der Versorgung der Zielgruppe suchtbelasteter Familien festzustellen. Außerdem geben die niedrigen Ausprägungen im Hinblick auf bereits generiertes Wissen im Kontext der Verbesserung der Versorgungssituation der Zielgruppe Hinweise auf den Bedarf, das – etwa über Evaluationen – erworbene Wissen gezielt wieder ins Netzwerk zurückzugeben.

Eine Aufschlüsselung der Angaben der Beteiligten in der Fachkräftebefragung nach Arbeitsfeld zeigte die Qualifizierungsbedarfe auf, die naheliegenderweise eng mit dem zielgruppenspezifischen Wissen der jeweiligen Arbeitsfelder verknüpft sind. So besteht für die Mitarbeitenden der Kinder- und Jugendhilfe ein Bedarf an Qualifizierung insbesondere für suchtspezifische Inhalte, während bei den Mitarbeitenden der Suchthilfe analog hierzu vor allem die Kenntnisse zu Inhalten wie Kinderschutz oder zu pädagogischen Aspekten am niedrigsten ausgeprägt sind. Die Ergebnisse können dahingehend gelesen werden, dass gemeinsame Fortbildungen verschiedener Akteurinnen und Akteure im Hilfesystem eine Möglichkeit sein können, wie alle von dem jeweils spezifischen Wissen der an der Versorgung suchtbelasteter Familien beteiligten Fachkräfte profitieren können.

Als wichtigen Baustein einer erfolgreichen Zusammenarbeit nannten alle Fokusgruppen gemeinsame Fortbildungen. Diese würden vor allem als hilfreich dafür erlebt, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln und das gegenseitige Kennenlernen zwischen den handelnden Personen im Netzwerk zu fördern. Auch die Teilnehmenden der Fachkräftebefragung schrieben *Gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen*, auf ihre Relevanz für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit hin befragt, eine relativ hohe Bedeutung zu (Mittelwert von ~85). Die Angaben zu *Gegenseitige Qualifizierung der Fachkräfte* (Mittelwert von ~88) im Kontext der Relevanz von Standardisierung legen nahe, dass eine Formalisierung von Qualifizierungsformaten, an denen Akteurinnen und Akteure verschiedener Hilfesystemen teilnehmen, sinnvoll ist.

Ein Bedarf an Qualifizierung, der in verschiedenen Erhebungssträngen hervorgehoben wird, betrifft suchtspezifisches Wissen. Aufklärung über Sucht auf gesamtgesellschaftlicher Ebene sowie in der Qualifizierung von Fachkräften war ein wesentliches Thema, das die Teilnehmenden im offenen Antwortformat der Fachkräftebefragung beschäftigte. Auf die Frage *Wo sehen Sie kurz-, mittel- und langfristig dem wichtigsten Handlungsbedarf, um die Situation suchtbelasteter Familien nachhaltig zu verbessern?* benennen die Befragten vor allem die

Notwendigkeit, über Sucht in der Öffentlichkeit zu informieren, um Sucht zu enttabuisieren und eine Sichtbarkeit der Bedarfe und Probleme der betroffenen Familien herzustellen. Neben dieser übergeordneten Aufklärung für alle gesellschaftlichen Bereiche weisen die Befragten gesondert auf die Sensibilisierung verschiedener, im Bereich der Versorgung suchtbelasteter Familien involvierter Fachkräfte hin. Explizit genannt wird die Notwendigkeit der Sensibilisierung und Qualifizierung von Erzieherinnen und Erziehern, Sozialarbeiterinnen und -arbeitern, Ärztinnen und Ärzten und Fachkräften im Bereich Kita und Schule im Allgemeinen. Suchtspezifische Inhalte sollten in Ausbildung und Studium einiger Berufsgruppen eine größere Rolle spielen. Insbesondere für das Jugendamt wird von einzelnen Fachkräften und suchtbelasteten Eltern(teilen) in den verschiedenen Erhebungsformaten ein Bedarf an Qualifizierung im Hinblick auf suchtspezifische Themen formuliert.

### **3.4. Spezifität der Hilfen**

Das folgende Kapitel gibt einen Einblick in die Situation suchtbelasteter Familien und formuliert Bedarfe auf der Angebotsebene, die sich aus der Zusammenführung der verschiedenen Erhebungsstränge heraus für die Versorgung suchtbelasteter Familien feststellen lassen.

Familien, in denen eine Suchterkrankung vorliegt, sind in einem hohen Maß belastet und benötigen in der Regel in vielerlei Hinsicht Unterstützung. Insbesondere die Auswertung der qualitativen Interviews mit suchtbelasteten Elternteilen gibt Aufschluss darüber, welche Belastungen die betroffenen Familien zu bewältigen und welche konkreten Unterstützungsbedarfe sie im Alltag haben. Die Interviews lieferten darüber hinaus Hinweise dazu, welche Bedarfe sich hieraus für die Angebotsebene ergeben. Diese werden im Folgenden zusammengeführt mit der Perspektive der Fachkräfte, die über die standardisierte Fachkräftebefragung und die durchgeführten Fokusgruppen vertreten ist. Übergeordnet lässt sich die Notwendigkeit spezifischer Hilfen feststellen, die den besonderen Unterstützungsbedarfen aller Mitglieder suchtbelasteter Familien gerecht werden.

#### **3.4.1. Angebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien**

Der Auf- und Ausbau sowie die Finanzierung von Angeboten für Kinder aus suchtbelasteten Familien ist ein wesentlicher Bedarf, der von den Teilnehmenden der Fokusgruppen als auch in der standardisierten Fachkräftebefragung geäußert wurde. Im offenen Antwortformat der Fachkräftebefragung benennen die Befragten die Notwendigkeit, die Kinder mehr in den Blick zu nehmen und eine höhere Sensibilität für die spezifische Belastung ihrer Situation zu entwickeln. Dies wird vor dem Hintergrund einer Sensibilisierung einer breiteren Öffentlichkeit als auch für einzelne Akteurinnen und Akteure innerhalb des Hilfesystems geäußert. Kinder aus suchtbelasteten Familien bräuchten außerdem spezifische Anlaufstellen und

Ansprechpartnerinnen und -partner. Deutlich wird das Spektrum an spezifischen Hilfen, die die Fachkräfte für Kinder in suchtbelasteten Familien als notwendig erachten. So finden wiederholt Gruppenangebote Erwähnung, aber auch etwa ein Bedarf an therapeutischen Angeboten und spezifische Unterstützung bei stationären Aufenthalten der Eltern. So formuliert eine Fachkraft den Bedarf der Anerkennung von „Kinder[n] in Entwöhnungsbehandlungen als Patienten mit entsprechender Behandlung, nicht nur [als] Begleitpersonen“. Dass Kinder hier nicht ausschließlich unter dem Betreuungsaspekt, sondern im Hinblick auf ihre therapeutischen Bedarfe unterstützt werden sollten, hebt auf anschauliche Weise auch eine interviewte Mutter hervor, die mit ihrem Kind zum Zeitpunkt der Durchführung des Interviews in einer stationären Einrichtung wohnte:

„Allerdings, je nachdem, wie lange und wie intensiv der Suchtmittelmissbrauch war, haben die Kinder einiges mitbekommen, mussten viel zu schnell erwachsen werden, kriegen natürlich auch Angst, wenn sie wieder nach Hause kommen, je nach Alter. [...] Und es kann nicht sein, dass man sagt: ‚Hier geht es nur um die Mütter und damit ist Feierabend.‘ [...] Wir sind ja auch hier, um die Mutter-Kind-Beziehung zu stärken und dass wir halt nicht aufgrund von Überforderung, weil wir jetzt vielleicht anstrengende Kinder haben, wieder zum Suchtmittel greifen. Aber wenn den Kindern auch noch nicht geholfen wird... Also es bringt nichts, nur eine Seite zu stabilisieren.“

Die Befunde der Evaluation des interdisziplinären Kooperationsprojekts „Chance for Kids“ des Diözesan-Caritasverbandes für das Erzbistum Köln bestätigen die Hypothese, dass der zielgruppenspezifische Spezialisierungsgrad von Angeboten einen wichtigen Wirkfaktor bildet. So zeigt sich, dass Angebote, die auf die spezifischen Bedarfe von Kindern aus suchtbelasteten Familien zugeschnitten sind, wirksamer sind als vergleichbare Angebote der Regelversorgung.

Auch die Ergebnisse der Befragung junger Menschen, die in einem Angebot für suchtbelastete Familien unterstützt werden, zeigen hohe Zustimmungswerte im Hinblick auf das Erleben von Einzel- und Gruppenangeboten. Die Ergebnisse liefern Hinweise darauf, dass es neben Gruppen- und Familienangeboten auch an Einzelangeboten bedarf, um junge Menschen im Hinblick auf ihre belastende Familiensituation zu unterstützen. So stimmen die Befragten, die an Einzelangeboten teilnehmen, der Aussage „Ich mache jetzt mehr Dinge, die mir (selbst) Spaß machen“ deutlich stärker zu als Teilnehmende aus Gruppenangeboten und etwas stärker als Teilnehmende an Familienangeboten. Hierzu lässt sich die Hypothese aufstellen, dass den Kindern und Jugendlichen der stärkere Fokus auf die eigenen Bedürfnisse in der 1:1-Situation mit einer erwachsenen Person guttut bzw. mit positiven Erfahrungen im Zusammenhang steht.

Die Interviews mit den Eltern zeigten den Bedarf der Kinder nach einer guten (psychologischen) Betreuung auf, die auf spezifische Situationen ausgerichtet ist, in denen die Kinder die Suchtabhängigkeit der eigenen Eltern miterleben. Stellenweise lässt sich hier der Wunsch

nach einem stärker auf das Familiensystem fokussierten Behandlungsansatz ableiten. Darüber hinaus wird immer wieder das Ziel geäußert, die Eltern-Kind-Beziehung mit fachlicher Unterstützung wieder zu verbessern. Die durch die eigene Suchterkrankung entstandenen Vertrauensbrüche müssten in einem geschützten Raum bearbeitet werden. Dafür benötigten die Kinder feste Ansprechpartnerinnen und -partner innerhalb des Hilfesystems, um Vertrauen aufbauen zu können und hier Beziehungskontinuität zu erleben. Neben der Beziehungskontinuität sei es ein wesentlicher Bedarf der Kinder, stabile Strukturen kennenzulernen, wie es durch längerfristig angelegte Angebotsstrukturen repräsentiert werden sollte.

### **3.4.2. Familienangebote**

Neben spezifischen Angeboten für Kinder aus suchtbelasteten Familien und Angeboten für suchterkrankte Eltern bedarf es Familienangeboten, die Eltern und Kinder gemeinsam nutzen. Gemeinsame begleitete Angebote können eine Möglichkeit sein, dem von den Eltern in den Interviews formulierten Bedarf der Unterstützung bei der Eltern-Kind-Beziehung gerecht zu werden. Die Befragung junger Menschen zeigte, dass Items, die Beziehungsaspekte zwischen Eltern(teil) und Kind(ern) fokussieren, bei Befragten aus Familienangeboten zum Teil ausgeprägter sind als bei Einzel- und Gruppenangeboten. Deutlich wird dies zum Beispiel bei der Einschätzung des gegenseitigen Verständnisses durch die Befragten. Den beiden Aussagen „Ich denke, dass meine Eltern jetzt besser verstehen, wie es mir geht“ und „Ich verstehe jetzt besser, wie es meinen Eltern geht“ wird von den Befragten der Familienangebote mehr zugestimmt als von denen der Einzel- und Gruppenangebote.

Ein weiterer Aspekt, der von suchterkrankten Eltern(teilen) und von einigen befragten Fachkräften geäußert wurde und Hinweise für Bedarfe auf der Angebotsebene liefert, betrifft die Trennungen von Eltern und Kindern im Hilfeverlauf. Insbesondere das Jugendamt wird vor diesem Hintergrund als latente Bedrohung wahrgenommen im Hinblick auf die Sorge einer Inobhutnahme der eigenen Kinder. Die Elternschaft kann einerseits ein Auslöser sein, Hilfen anzunehmen, um den Wunsch gerecht zu werden, als Elternteil gut für die eigenen Kinder zu sorgen, andererseits kann sich etwa die Sorge vor Inobhutnahme der Kinder negativ auf den Hilfeverlauf auswirken. So kann die Sorge, Kind(er) zu verlieren, dazu führen, dass Eltern(teile) keinen Kontakt zum Hilfesystem aufnehmen, obwohl sie sich Hilfe wünschen. Dieser Eindruck aus den Interviews wird auch von einzelnen Teilnehmenden im offenen Antwortformat der Fachkräftebefragung bestätigt:

„Erstens mal hat das Jugendamt in suchtbelasteten Familien einen negativen Ruf. Es wird als Sanktionsorganisation wahrgenommen, nicht als Hilfsorganisation. Dies muss sich ändern, z. B. durch offensives Informieren über die Hilfsmöglichkeiten, die im Vorfeld zur Verfügung stehen, bevor ‚das Kind in den Brunnen gefallen‘ ist. Wir



müssen dahin gelangen, dass hilfsbedürftige Familien die Hilfe des Jugendamtes gerne in Anspruch nehmen, ohne Angst zu haben, dass ihnen die Kinder weggenommen werden [...]“

Neben diesen Sorgen und Zuschreibungen, die verhindern, dass Familien entsprechend ihren Bedarfen in passende Unterstützungsangebote finden, zeigen einzelne Elterninterviews Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Trennungen von Eltern und Kindern und erhöhtem Konsum der Eltern bzw. des Elternteils auf. Suchtspezifische Eltern-Kind-Einrichtungen können eine Möglichkeit sein, in schwierige familiäre Situationen einzugreifen, ohne Eltern(teile) und Kinder voneinander zu trennen. So formuliert ein befragtes Elternteil:

„Ja, für mich wäre vielleicht/oder ich hätte mir gewünscht, dass meine Kinder vielleicht nicht sofort in Obhut genommen hat, sondern ich wirklich erst mal mit den Kindern erst mal ein Mutter-Kind-Heim versucht hätte, dass das wieder richtig läuft. Einfach diese Unterstützung, dass die Kinder trotzdem bei mir leben können und ich Therapie machen kann. Dass man alles irgendwie unter einen Hut kriegt, bevor meine Kinder in Obhut gebracht hat. Ich glaube, das wäre ein gutes Angebot gewesen also. [...]“

Auch einzelne Fachkräfte nutzten im offenen Antwortformat der standardisierten Befragung die Möglichkeit, um den Umgang mit stationären Aufenthalten zu thematisieren. Auch hier wird ein Bedarf an Angeboten betont, die eine gemeinsame Unterbringung ermöglichen. Vereinzelt werden diese explizit als Alternative zu Eltern-Kind-Trennungen im Kontext von Inobhutnahmen formuliert.

### 3.4.3. Angebote für suchterkrankte Eltern(teile)

Bezogen auf ihre eigenen Hilfebedarfe lassen die Eltern in den geführten Interviews am häufigsten Bedarfe an **alltagspraktischer Unterstützung** erkennen, um die Familiensituation zu stabilisieren. Hier sind es vor allem Unterstützung bei Behördengängen, Antragsstellungen und häufig auch bei Wohnangelegenheiten wie bspw. der Wohnraumsicherung oder dem Finden einer adäquaten Wohnung. Außerdem benennen die Eltern häufig einen Mangel an Hilfen beim **Aufbau einer Tagesstruktur** für sie selbst, aber auch für die gemeinsame Zeit mit den Kindern. Einige Eltern berichten dabei von fehlenden Ideen für die **Freizeitgestaltung mit den Kindern**. Mit dem Wunsch, den eigenen Tag zu strukturieren, geht oftmals auch der Wunsch nach Arbeitsaufnahme einher, sodass dem Bereich der Unterstützung bei **der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt** eine große Bedeutung beigemessen werden muss. Eindrücklich wird in Gesprächen auch, wie stark der Selbstwert teilweise an das Vorliegen eines Beschäftigungsverhältnisses gekoppelt ist. Neben den aufgeführten Bereichen sind vor allem Nennungen dokumentiert, die sich unter dem Aspekt „Unterstützung bei der Aufrechterhaltung der eigenen Stabilität“ subsumieren lassen. Dabei sprachen die Interviewten explizit Bedarfe zur

Gewährleistung der psychischen Stabilität separat von suchtspezifischen Fragestellungen an. Dazu zählt z. B. der Wunsch nach Entlastung bei der Kinderbetreuung durch das Hilfesystem, um eigene freie Zeiten erleben zu können, wenn kein ausreichendes privates Unterstützungssystem zur Verfügung steht.

Als suchtspezifischen Teilbereich der psychischen Stabilität lässt sich die Suchtmittelabstinenz verstehen. Diesbezüglich werden der Umgang mit Suchtdruck und die abstinente Bewältigung emotionaler Situationen als Hilfebedarfe benannt. Aus beiden Bereichen lässt sich der Wunsch nach Aufbau einer höheren Resilienz, also nach besseren Bewältigungsfähigkeiten bezogen auf die Suchterkrankung, ableiten.

Schaut man auf die zielgruppenspezifischen Anforderungen für suchtbelastete Familien, werden hier vor allem Unterstützungsbedarfe in grundlegenden Erziehungs- bzw. Versorgungsfragen benannt. Diese reichen von Hilfen bei basalen Anforderungen wie dem Wickeln und richtigen Ernähren der Kinder bis zur sinnvollen Gestaltung der gemeinsamen Zeit. In einigen Passagen der Interviewantworten wird eine grundlegende Unsicherheit gegenüber der eigenen Elternrolle augenscheinlich. Häufig erwarten die Eltern vor allem, dass die Helfenden die Funktion eines spiegelnden Gegenübers einnehmen, um ihnen so den Abgleich mit einem akzeptierten Normen- und Wertesystem zu ermöglichen.

Divergierende Aussagen liegen hinsichtlich des Bedarfs an Spezialisierung im Hilfesystem vor: Wünscht man sich auf der einen Seite, dass bspw. die Familienhilfen eine höhere suchtspezifische Kompetenz besäßen, stehen auf der anderen Seite Aussagen, aus denen der Wunsch deutlich wird, dass verschiedene (spezialisierte) Angebote einfacher gleichzeitig in Anspruch genommen werden könnten, um von den verschiedenen Qualifikationen zu profitieren.

### **3.5. Zugänglichkeit von Hilfen**

Ganz wesentlich für gelingende Hilfeverläufe ist, dass die betroffenen Familien in für sie passende Unterstützungsangebote finden. Die folgenden Faktoren zeigten sich hierbei als besonders relevant.

#### **Aufklärung über Sucht**

Ein übergeordneter Bedarf, um die Zugänglichkeit zu Hilfen zu erhöhen, besteht in der Aufklärung über Sucht. Maßnahmen zur Entstigmatisierung von Sucht ist der mit am häufigsten von

Teilnehmenden der Fachkräftebefragung genannte Bedarf im offenen Antwortformat.<sup>11</sup> Ein Bedarf an Aufklärung und infolgedessen Enttabuisierung und Entstigmatisierung wird zum einen für die gesamtgesellschaftliche Ebene formuliert, aber auch explizit für bestimmte Berufsgruppen. So sollte die Thematik Sucht etwa in Ausbildung und Studium beteiligter Fachkräfte mit einfließen. Für die Zugänglichkeit von Hilfen zeigt sich der eher ‚weiche‘ Faktor gesellschaftlicher Entstigmatisierung als sehr relevant. Die mit dem Stigma Sucht verbundene Scham kann für alle Mitglieder der betroffenen Familie ein Hindernis sein, die Unterstützung zu bekommen, die sie benötigen.

### **Erstkontakt und Verweisberatung**

Einzelne Interviews mit Eltern(teilen) zeigten die Relevanz gelingender Verweisberatung innerhalb des Hilfesystems für die Zugänglichkeit von Angeboten. Es können Begleitumstände (wie etwa finanzielle Nöte) sein, die sich aus einer Suchterkrankung ergeben können, die die Person Kontakt zum Hilfesystem aufnehmen lässt. Erstkontakte suchtbelasteter Familien können dementsprechend zu verschiedenen Institutionen im Hilfesystem stattfinden. Es zeigt sich, wie wichtig dieser erste Kontakt für die Annahme von Unterstützung ist. In den Interviews zeigen sich Beispiele von Kontaktaufnahmen zum Hilfesystem, in denen die Hilfesuchenden zu passenden Angeboten weiter verwiesen wurden und/oder Beratende aktiv daran mitgewirkt haben, dass Angebote zugänglich werden, z. B. über Unterstützung in der Antragsstellung. Zugleich werden an einigen Hilfeverläufen die Hindernisse deutlich, die verhindern können, dass Hilfesuchende in Unterstützungsangebote finden. Hierzu gehören Diskriminierungserfahrungen im Hinblick auf das Stigma ‚Sucht‘, aber auch auf Differenzkategorien wie Geschlecht und Ethnie/Herkunft. Außerdem stellen fehlendes Wissen hinsichtlich suchtspezifischer Themen und mangelnde Kenntnis über passende Hilfen auf Seiten der Beratenden Schwierigkeiten dar.

Auch in den Fokusgruppen wurde das Problem der geringen Kenntnis der jeweils anderen Hilfesysteme auf lokaler Ebene benannt. Hieran anschließend wurde in der Fachkräftebefragung die gegenseitige Kenntnis zwischen der Suchthilfe, der Kinder- und Jugendhilfe und dem medizinischen Versorgungssystem abgefragt. Die Auswertung zeigte, dass die Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe und die der Suchthilfe ihre Kenntnis des jeweils anderen Hilfesystems als eher durchschnittlich einschätzen. Auffällig ist, dass im Vergleich hierzu die Befragten aus

---

<sup>11</sup> Die Fachkräfte wurden befragt zu der Frage *Wo sehen Sie kurz-, mittel- und langfristig den wichtigsten Handlungsbedarf, um die Situation suchtbelasteter Familien nachhaltig zu verbessern?*

dem Gesundheitswesen ihre Kenntnis über die beiden anderen Arbeitsfelder höher einschätzten.

### **Mobilität**

Einzelne Teilnehmende der Fachkräftebefragung benennen als einen Aspekt der Optimierung von Zugangswegen den Bedarf einer Erhöhung der Mobilität betroffener Familien. Um sicherzugehen, dass diese die Hilfen in Anspruch nehmen können, schlagen einzelne Befragte Fahrdienste für Kinder und aufsuchende Hilfen vor. Die Wirksamkeit solcher Maßnahmen zeigte auch die Evaluation des Kooperationsprojekts „Chance for Kids“.

## **4. Ergebnisse zur Wirksamkeit von kooperativ erbrachten oder spezialisierten Hilfen im Rahmen von VSsF**

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

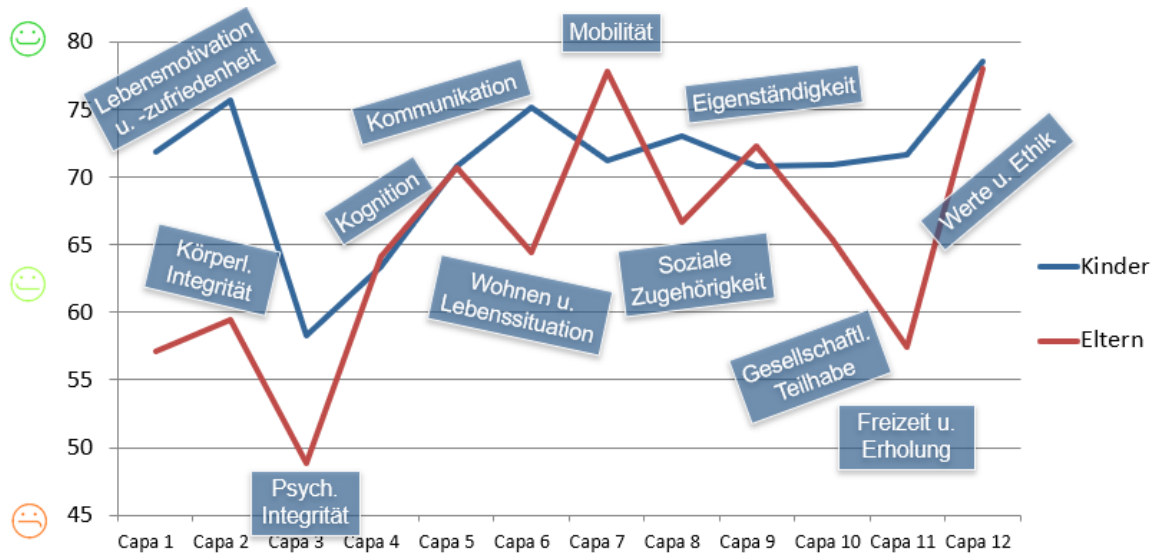
### **4.1. Ausgangslagen der Hilfen bzgl. der Grundbefähigungsdimensionen**

Eine weitere Möglichkeit, die Besonderheiten der im Rahmen des Forschungsprojekts untersuchten Hilfen zu beschreiben, bietet die Betrachtung der Ausgangslagen der 16 Grundbefähigungsdimensionen zum Zeitpunkt des Hilfebeginns, die gleichsam eine Grundlage für die Wirkungsbestimmung auf der Basis von Veränderungsmessung bilden. Dabei wurde der Grad der Ausprägung der von Fachkräften, Eltern und jungen Menschen eingeschätzten Grundbefähigungen anhand der 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 20).

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>12</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.

---

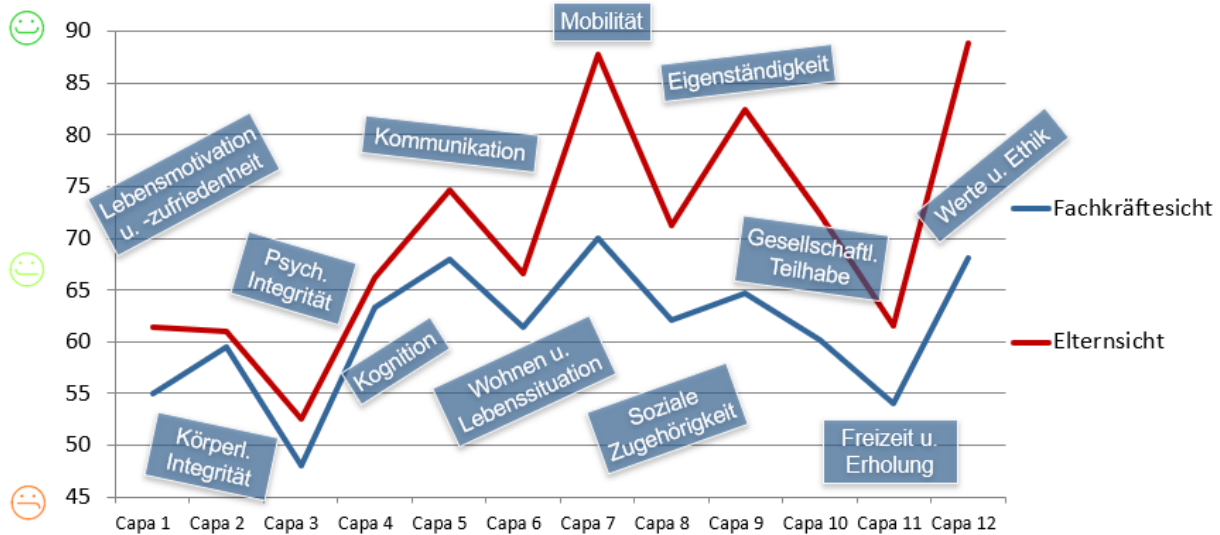
<sup>12</sup> Der Skalenmittelwert von 50 stellt allerdings einen rein rechnerisch ermittelten Wert dar. Um eine Tendenz zur Mitte zu vermeiden, bei der Personen in einem Fragebogen mitunter dazu neigen, sachlich unreflektiert stets die mittlere Kategorie auszuwählen, wurde in den Erhebungsbögen auf eine entsprechende Antwortalternative verzichtet.



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

**Abbildung 20: Ausgangslagenvergleich der Grundbefähigungen bei Kindern und Eltern**

Im Rahmen von VSsF sind insbesondere die Bereiche „Psychische Integrität und Resilienz“ (Capa 3) sowie „Kognition“ (Capa 4) die Dimensionen mit der relativ gesehen niedrigsten Ausprägung bei Hilfebeginn in Bezug auf die Ausgangslagenbeschreibung der jungen Menschen. Im Vergleich zu den jungen Menschen ist es auffällig, dass die Ausgangslage in Bezug auf die Eltern in nahezu allen Bereichen schlechter bewertet wird (vgl. Abbildung 20). Insbesondere die Bereiche „Psychische Integrität und Resilienz“ (Capa 3) sowie „Lebensmotivation/-zufriedenheit“ (Capa 1) fallen hier im Vergleich noch einmal deutlich ab. Aus dem Vergleich der Ausgangslagenbeschreibungen lässt sich ableiten, dass die Bezugspersonen deutlich stärker eingeschränkt sind bzw. über geringere Verwirklichungschancen als ihre Kinder verfügen und/oder weniger Ressourcen zur Kompensation problematischer Faktoren mitbringen. Die dargestellten Werte ergeben sich aus der Zusammenschau aller drei Perspektiven (Fachkraft, Eltern, JM). Betrachtet man nur die Daten der Bezugspersonenperspektive isoliert, wird deutlich, dass die Bezugspersonen ihre Situation deutlich besser bewerten als die Fachkräfte. Vor allem hinsichtlich der „gesundheitsbezogenen“ Dimensionen 1–3 nehmen sie jedoch ebenfalls eine kritische Selbstbeschreibung vor. Am positivsten werden sowohl durch die Eltern als auch die Fachkräfte die Bereiche „Werte und Ethik“ (Capa 12) beschrieben. Während bei den Kindern der Bereich „Körperliche Integrität“ (Capa 2) stark positiv bewertet wird, sticht bei den Eltern vor allem der Bereich „Mobilität“ (Capa 7) positiv heraus.



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

**Abbildung 21: Ausgangslagen der Eltern im Perspektivenvergleich**

Die Capas 13–16 bilden die familiensystembezogenen Bereiche ab. Zu Hilfebeginn werden hier die Bereiche „Zusammenleben“ und „Wohlbefinden“ mit nur leicht positiven Zustimmungswerten (> 50) vergleichsweise problematisch bewertet. Im mittleren positiven Bereich werden hingegen die Bereiche „Schutz und Versorgung“ sowie „Vertrauen und Bindung“ eingeschätzt.

Die Darstellung der Ausgangslage ist insofern von Bedeutung, um 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 Hilfebeginn schon durchgängig bestmögliche Ausprägungen der Grundfähigkeiten 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 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.

Im Rahmen der Wirkungsmessung der Hilfen wurden unterschiedliche Indikatoren herangezogen, um Aussagen über die Auswirkungen der Hilfeleistungen bei seinen Adressatinnen und Adressaten 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. Im vorliegenden Kapitel sind die Forschungsbefunde zu den Wirksamkeiten der Hilfen 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 (Quellen: Wirkungsevaluation, Befragung junger Menschen, Elterninterviews)
2. Retrospektiv erhobene Veränderungswirkungen (Quelle: Wirkungsevaluation)
3. Prospektiv-längsschnittlich erhobene Veränderungswirkungen (Quelle: Wirkungsevaluation)

Die basalsten und am weitesten verbreiteten Erfolgsindikatoren bilden die **Zufriedenheiten** der Menschen ab, die die Hilfen in Anspruch genommen haben. Im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts wurde sowohl die Zufriedenheit der Eltern als auch der jungen Menschen mit einem eigenen Fragebogen erfasst. Die Klientinnen- bzw. Klienten- und Adressatinnen- bzw. Adressatenzufriedenheit wurde dabei in Form einer übergreifenden Globalbeurteilung, wie exemplarisch für den Indikatortyp in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden**. Abbildung 22 dargestellt, und anhand eines spezifischen Fragenkatalogs ermittelt, die sich auf die Zufriedenheiten mit besonderen Aspekten im Rahmen der Hilfedurchführung beziehen und auf die Charakteristika der am Projekt beteiligten Angebote ausgerichtet waren. Zur besseren Rezipierbarkeit wurde die sechsstufige Antwortskala von „völlig zutreffend“ bis „gar nicht zutreffend“ bei den Auswertungen analog dem in Abbildung 22 ersichtlichen Codierungsschema auf einen Wertebereich von 100 bis 0 transformiert.

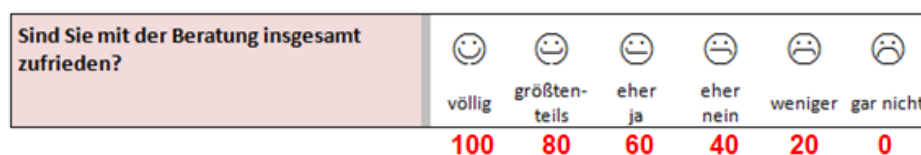


Abbildung 22: Bestimmung der Zufriedenheit der Hilfeadressatinnen und -adressaten

Da es sich bei Zufriedenheitseinschätzungen um rückblickende bzw. retrospektive Maße handelt, wurden diese ausschließlich in den Verlaufs- und Abschlusserhebungen zum



Erhebungszeitpunkt t2 erfragt sowie in der ergänzenden eigenständigen Befragung junger Menschen. An dieser Stelle muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass die Zufriedenheiten der Adressatinnen und Adressaten zwar durchaus einen fachlich relevanten Erfolgsindikator abbilden, hiermit allerdings keine unmittelbaren Lebensqualitätsveränderungen im Sinne der beschriebenen „Ergebnisqualität“ abgeleitet werden können. Es handelt sich also nicht um einen Wirkungsindikator im engeren Sinne. Ausschlaggebend dafür ist insbesondere das 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 Hilfeadressatinnen und -adressaten 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 eigentliche 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 Adressatinnen und Adressaten aus. Zudem bilden sich in der Zufriedenheit in der Regel ebenfalls nur intendierte Wirkungen.

Sowohl intendierte als auch nicht-intendierte „Nebenwirkungen“ können über die zweite Ebene der betrachteten Indikatoren, die **retrospektiv erhobenen Veränderungswirkungen**, abgebildet werden. Dafür wurde im Zuge der Verlaufs- und Abschlusserhebungen die Antwortkategorie „Hat die Hilfe etwas geändert?“ in das Erhebungsinstrument eingefügt (s. rechte Box in Abbildung 23 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). 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.

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									
2. gut mit belastenden Situationen und Stress umgehen können									

**Abbildung 23: Veranschaulichung der Erfassung von Veränderungswirkungen am Beispiel des elternbezogenen Erhebungsinstruments für das Hilfeende**

Da die 16 Capability-Dimensionen den Anspruch haben, alle relevanten Lebensbereiche bei den Adressatinnen und Adressaten im Familiensystem abzubilden, in denen potenziell Veränderungen stattfinden können, und die 16 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.

Wie zuvor 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 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 22 dargestellten Skalenwerte läge eine positive Veränderungswirkung mit dem Zahlenwert „+60“ vor, wenn die Dimension „mit belastenden Situationen und Stress gut umgehen können“ wie im vorliegenden Beispiel bei Hilfebeginn mit „stimmt weniger“ (Zahlenwert 20) bewertet und bei Beendigung der Hilfe mit „stimmt größtenteils“ (Zahlenwert 80) eingeschätzt werden würde. Wenn ein Mittelwert über viele Capability-Dimensionen und letztendlich über eine Vielzahl von Hilfeprozessen, 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

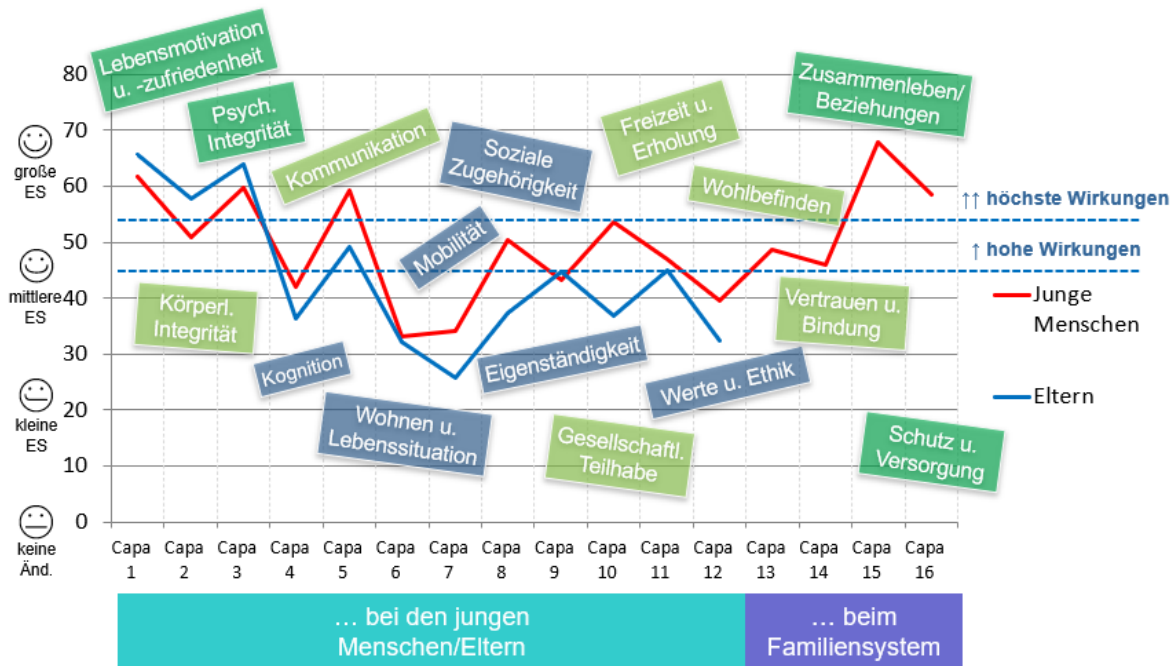
ihrer höheren Validität sind prospektiv-längsschnittliche Wirkungsindikatoren daher, soweit möglich, retrospektiven Indikatoren vorzuziehen (vgl. Arnold et al., 2018). Wie beschrieben, war dies im Rahmen der vorliegenden Studie aus erhebungspraktischen Gründen leider nicht durchgängig möglich. Da im Rahmen der Projektlaufzeit, u. a. durch den Ausbruch der Covid-19-Pandemie, 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 und dabei gleichzeitig die prospektiv-längsschnittlichen Wirkungsdaten zur Validierung der umfangreichen Daten der Gesamtstichprobe heranzuziehen, indem mit ihrer Hilfe die Gesamtdaten auf systematische Abweichungen hin untersucht werden.

#### **4.2. Veränderungswirkungen absolut und anhand der Vergleichsgruppen**

Im vorliegenden Kapitel werden die im Rahmen der Evaluation ermittelten Veränderungseffekte differenziert betrachtet. Bevor die Ergebnisse mit den zwei Vergleichsgruppen aus den bundesweiten Daten aus ähnlichen Projektkontexten (PvH) sowie Bundesdaten aus der EVAS-Studie (EVAS\_Matches) in Beziehung gesetzt werden, sollen zunächst die im Rahmen des Projekts 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 24 zeigt die **absolute Höhe der Veränderungswirkungen** aller 16 Grundbefähigungs- bzw. Capability-Dimensionen in Bezug auf die jungen Menschen im Projektrahmen von VSsF. Wie zuvor erläutert, beziehen sich dabei die Dimensionen 1–12 auf die jungen Menschen selbst und die Dimensionen 13–16 auf das Familien- bzw. Bezugssystem. Im vorliegenden Forschungsprojekt wurden jedoch nicht nur die Wirkungen der Hilfeleistungen auf die jungen Menschen und das Zusammenleben des Familiensystems untersucht, sondern auch die Auswirkungen der Hilfen auf die Eltern explizit mit in den Fokus genommen. Entsprechend gibt Abbildung 24 die Veränderungswirkung in den Dimensionen 1–12 auch für die Eltern wieder

(blauer Graph). Für beide Darstellungen wurden zur besseren Anschaulichkeit analog zur Beschreibung der Ausgangslagen 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 4.3.). Die Veränderungskennwerte können, wie einleitend beschrieben, Werte auf einer Skala von „-100“ (max. Verschlechterung) bis „+100“ (max. Verbesserung) annehmen.



**Abbildung 24: Absolute Höhe der Veränderungswirkungen im Projekt VSsF**

Wie in Abbildung 24 zu erkennen ist, liegen die Veränderungskennwerte aller Grundbefähigungen im Mittel über alle 177 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. Mittelt man die Veränderungswirkungen aller Dimensionen in Bezug auf die jungen Menschen, die Eltern und das Familien- bzw. Bezugssystem hinweg, wird deutlich, dass die Hilfen am stärksten auf das familiäre Zusammenleben wirken (Capas 13–16).

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>13</sup> wurden außerdem die Effektstärken ermittelt, um die Zahlenwerte besser einordnen zu können.

Entsprechend zeigt sich über die 16 Capability-Dimensionen ein deutlicher Profilverunterschied 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 24 mit dunkelgrüner Farbe gekennzeichnet. Auf Ebene der einzelnen Dimensionen sind die höchsten Wirksamkeiten im Rahmen der Hilfen sowohl bei den jungen Menschen als auch bei den Eltern hinsichtlich der Bereiche „Lebensmotivation und Zufriedenheiten“ sowie im Bereich „Psychische Integrität und Resilienz“ festzustellen. Zudem ist die Steigerung im Bereich des familiären Zusammenlebens den Grundbefähigungsdimensionen mit den höchsten Wirksamkeiten zuzuordnen. Hierzu ist es jedoch zur Einordnung wichtig anzuführen, dass die Veränderungswirkungen im Bereich des Bezugssystems und dabei besonders der Bereiche „Familiäres Zusammenleben“ sowie „Schutz und Versorgung“ durch die jungen Menschen selbst nur maximal halb so stark bewertet werden wie durch die Fachkräfte.

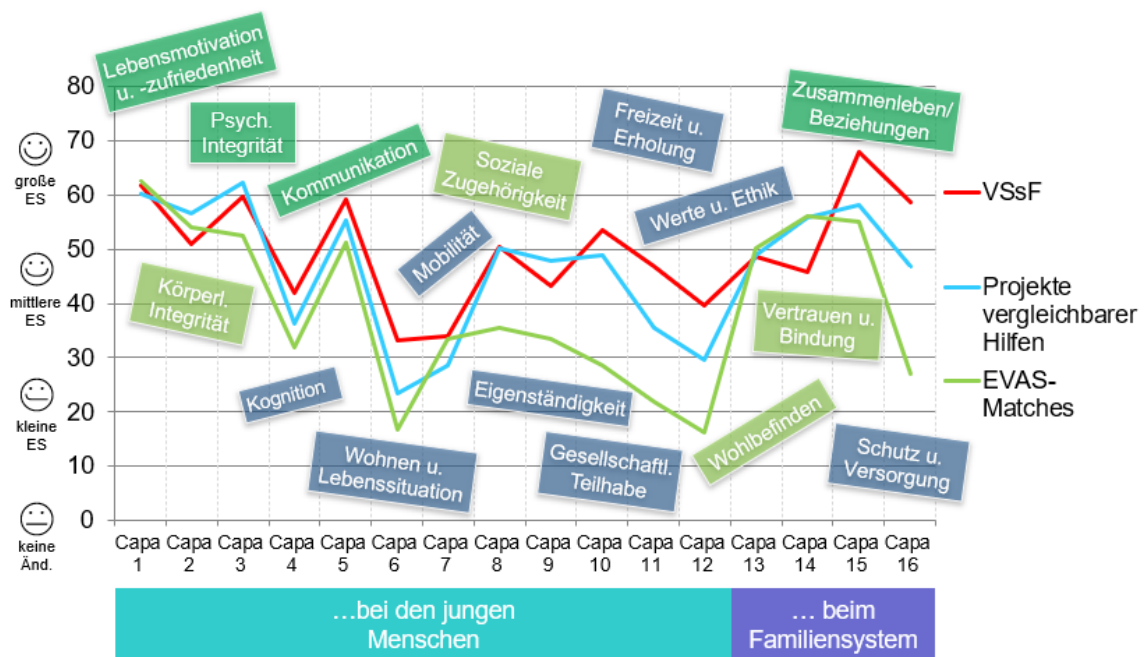
Auf einer „Mittalebene“ mit im Vergleich zu den vorgenannten Dimensionen zwar etwas niedrigeren, aber absolut gesehen immer noch hohen Veränderungseffekten liegen die Dimensionen „Kommunikation“ und „Körperliche Integrität“ sowie der Bereich „Soziale Zugehörigkeit“ beim jungen Menschen. Die Eltern profitieren neben den zuvor bereits genannten Dimensionen vor allem noch hinsichtlich ihrer „körperlichen Integrität und Gesundheit“ durch die Hilfen. Die Grundbefähigungsdimensionen „Wohnen“, „Mobilität“ sowie der Bereich „Werte/Ethik“ stellen sowohl bei den jungen Menschen als auch den Bezugspersonen hingegen die Lebensbereiche dar, in denen im Zuge der Hilfen im absoluten Vergleich die geringsten positiven Änderungen erreicht werden. 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). Das heißt, dass Dimensionen, die häufiger als konkretes Ziel der Hilfen benannt werden, im Schnitt ebenso hinsichtlich ihrer Wirksamkeit besser abschneiden als weniger häufige formulierte Zieldimensionen. Zusätzlich waren zumindest die Bereiche „Mobilität“ sowie

---

<sup>13</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.

„Werte/Ethik“ die Bereiche, die bereits in der Beschreibung der Ausgangslage recht positiv bewertet wurden.

Dass die im Rahmen von VSsF erhobenen Daten durchgängig positive Wirksamkeiten aufzeigen, ist zweifelsfrei ein Beleg für die Fachlichkeit der im Rahmen des Forschungsprojekts beteiligten Hilfen. Wie sind die Effekte aber im Vergleich zu anderen Projekten mit Beratungsschwerpunkten und besonders niedrigschwelligem Hilfezugang zu bewerten sowie sogenannten „Regelversorgungsangeboten“ aus dem Bereich der Hilfen zur Erziehung (vgl. Arnold et al., 2018)?



**Abbildung 25: Vergleich Gesamtveränderungswirkungen zwischen der Projekt- und den Vergleichsstichproben**

Um die Besonderheiten der spezifischen Angebote für suchtbelastete Familien darstellen zu können, wurden zwei Vergleichsgruppen gebildet, welche aus über 50.000 prospektiv-längsschnittlich erfassten Hilfeverläufen junger Menschen der institutseigenen EVAS\_Datenbank gewonnen werden konnten. Die repräsentativen Daten der EVAS-Matches wurden im vorliegenden Fall herangezogen, um Wirksamkeiten der „Regelversorgung“ durch „unspezifische Hilfeleistungen der Kinder- und Jugendhilfe“ abbilden zu können (s. Abbildung 25). Dieser Vergleich zeigt, dass die spezifisch auf die Bedarfe der Zielgruppe zugeschnittenen Hilfen im Rahmen des VSsF-Projekts in vielen Capability-Dimensionen tatsächlich nochmals deutlich wirkungsvoller sind. Insbesondere die Förderung der Kinder bzw. jungen Menschen gelingt in nahezu allen Grundbefähigungsbereichen (ausgenommen mit geringen Unterschieden der Bereich „Körperliche Integrität/Gesundheit“) in höherem und in den meisten Dimensionen in einem signifikant höheren Ausmaß. Dies gilt speziell für die „Psychische Integrität und Resilienz“, die „Soziale Zugehörigkeit“, „Teilhabe an Gemeinschaft und Gesellschaft“ sowie den

Bereich „Freizeit und Erholung“. Hinsichtlich des familiären Bezugssystems wurde eine deutlich stärkere positive Wirkung im Vergleich zur sog. Regelversorgung im Bereich „Schutz und Versorgung“, die unter anderem Gewährleistung der Grundversorgung oder Schutz vor Vernachlässigung und Gewalt beinhaltet, erreicht. Höhere Werte konnten der Regelversorgung hinsichtlich der Dimensionen „Vertrauen und Bindung“ (wozu auch der Bereich der Erziehung fällt) sowie leicht erhöht im Bereich „Familiäres Wohlbefinden“ nachgewiesen werden. Dieser Befund ist insofern spannend, als dass auch die Evaluation des Modellprojekts CfK gezeigt hat, dass die Regelversorgung vor allem im Bereich „Erziehungsfähigkeit der Eltern“ gute Wirkungen erzielt und das sowohl absolut als auch relativ im Vergleich zur Projektgruppe. Die genannten Unterschiede sind dabei mit Irrtumswahrscheinlichkeiten unter ein Promille statistisch hoch signifikant.

Spannend ist der Kontrast zur Vergleichsgruppe vergleichbarer Hilfen (PvH). Diese Angebote zeichnen sich durch analoge Hilfeanlässe, eine ähnliche soziodemografische Zusammensetzung der betreuten Familien sowie teilweise Überschneidungen in den Struktur- und Prozessbedingungen aus. Die Unterscheidungen finden vor allem auf der Ebene statt, dass es sich bei der Vergleichsgruppe ausschließlich um Gruppenangebote für Eltern und Kinder handelt, die niedrigschwellig ohne Antragsverfahren zugänglich sind. Zusätzlich ist der Anteil der Fachkraftstunden in der Projektgruppe und investierten Zeit pro betreute Familie sowie der Stellen Schlüssel in einem signifikanten Maß höher als in der Gruppe PvH. Darüber hinaus findet in der Projektgruppe VSsF ein regelmäßiger/regelhafterer Austausch mit der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der Fallsteuerung statt.

Interessant ist, dass sich das Befundbild bei beiden Gruppen in Bezug auf die Bewältigungsfähigkeiten der jungen Menschen nahezu analog darstellt. Der Kurvenverlauf der ersten zwölf Dimensionen zeigt vor allem kleine Abweichungen zwischen den beiden spezifischen Projekten. Die im Projekt VSsF abgebildeten Hilfen erzielen dabei in den Bereichen „Freizeit und Erholung“, „Wohnen“ sowie „Werte und Ethik“ höhere Wirksamkeit in einem signifikanten Maß, wohingegen das in Bezug auf die Vergleichsgruppe PvH nur den Bereich der „körperlichen Integrität“ betrifft.

Hinsichtlich der vier Dimensionen des Familien-/Bezugssystems sind hier stärkere Unterschiede zu verzeichnen. Besonders die vergleichsweise deutlich stärkeren Wirkungen im Projekt VSsF in der Kategorie „Schutz und Versorgung“ und – mit weniger starken Abständen zu den beiden Vergleichsgruppen – auch im Bereich des „familiären Zusammenlebens“ fallen hier ins Auge.

Aus diesem Grund kann der Schluss gezogen werden, dass die am Forschungsprojekt VSsF beteiligten Angebote in besonderem Maße Befähigungen, Ressourcen und Resilienzen von Kindern fördern und sich vor allem aber sehr positiv auf den Kinderschutz in den Familien

auswirken. An dieser Stelle soll das Befundbild der der zentralen Wirkungsbefunde nochmals zusammengefasst werden. Allgemein lassen sich im Rahmen des Projekts VSsF deutlich positive Veränderungswirkungen hinsichtlich folgender Merkmale feststellen:

- Eltern als auch junge Menschen können deutlich besser mit belastenden Situationen umgehen und stellen eine auch im Vergleich zu anderen Versorgungsformen Verbesserung der psychischen Gesundheit von Eltern und jungen Menschen fest
- Verbesserung des familiären Zusammenlebens
- Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern, die aber im Vergleich zu anderen Versorgungsformen geringer ausfällt
- Deutlich höhere Wirkungen als in der Regelversorgung und der Vergleichsgruppe können insbesondere bzgl. der Dimension „Schutz und Versorgung“ erreicht werden. Es kann rückgeschlossen werden, dass das Risiko für Kindeswohlgefährdungen nach § 8a SGB VIII dadurch reduziert wird
- Die Förderung der jungen Menschen gelingt ebenfalls in sehr vielen Dimensionen deutlich besser, insbesondere bei der Lebenszufriedenheit, im Freizeitbereich sowie hinsichtlich der Kommunikationsfähigkeiten
- Analog zur Vergleichsgruppe PvH tragen die Angebote stärker zur Dimension der sozialen Zugehörigkeit bei, als es im Rahmen der Regelversorgung für diese Zielgruppe gelingt

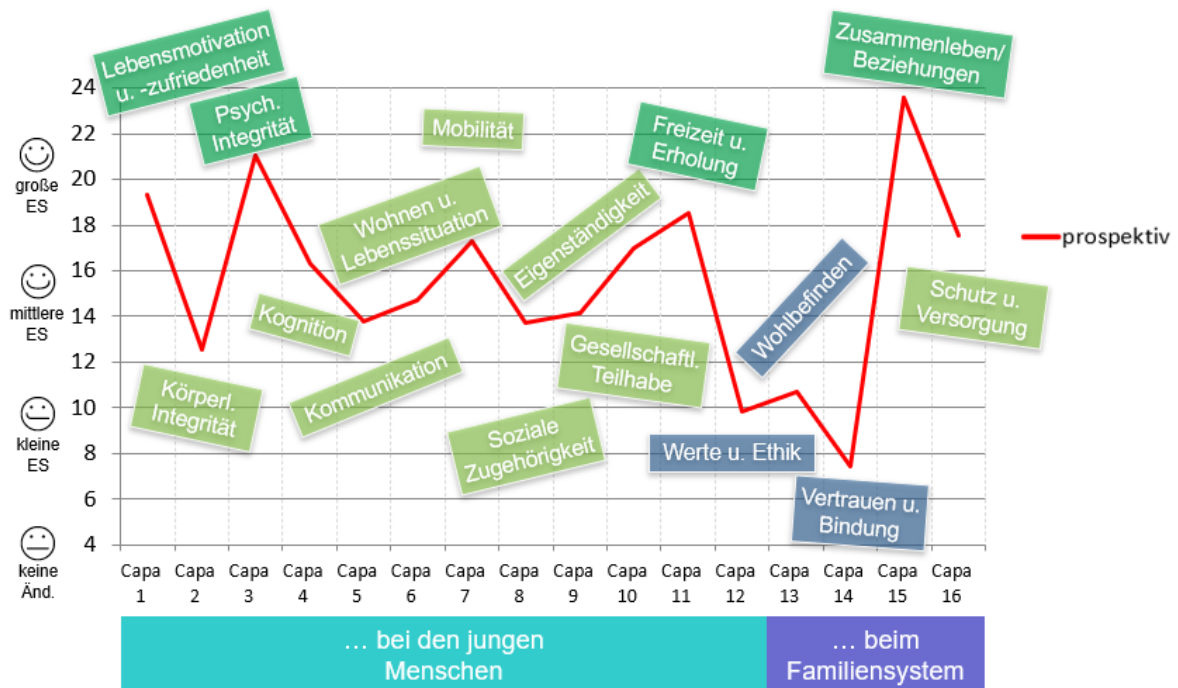
#### **4.3. Differenzierter Blick auf die Veränderungswirkungen**

Zur besseren Einordnung der Befunde zur Wirksamkeit wird in diesem Kapitel ein nochmals genauerer Blick auf die im Rahmen des VSsF-Forschungsprojekts 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 71 Fälle, in denen eine multiperspektivische Veränderungsmessung zu zwei Erhebungszeitpunkten möglich war, wurden hierzu jeweils die prospektiven Wirkungsindikatoren berechnet. Da die prospektiven und retrospektiven Indikatoren aufgrund unterschiedlicher Referenzwerte bei den Effektstärken rein zahlenmäßig nicht unmittelbar miteinander vergleichbar sind, soll über die Analyse der prospektiven Indikatoren vor allem ein qualitativer Vergleich mit den retrospektiven Werten



gezogen werden, d. h. ob hier die Ergebnisse der retrospektiven Werte durch die Tendenzen der prospektiven Auswertung bestätigt werden.

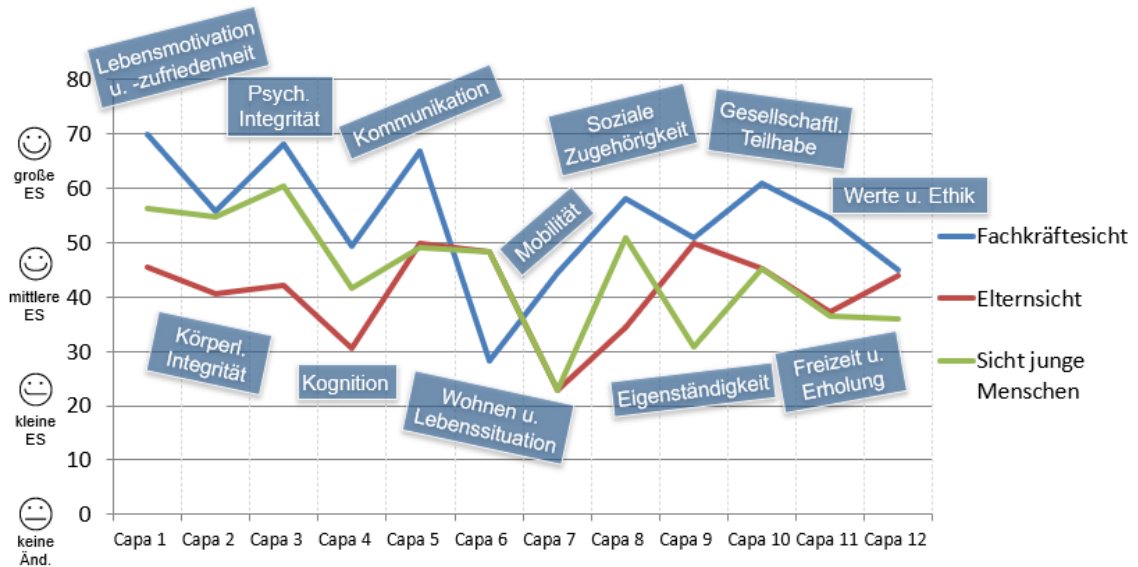


**Abbildung 26: Prospektive Wirkungsindikatoren**

Beim Blick auf die Kurvenverläufe wird deutlich, dass die retrospektive Betrachtung den Wirkungsgrad punktuell höher bewertet. Dies deckt sich mit Analysen im Rahmen anderer Studien, in denen auch schon deutlich wurde, dass die rückblickende Betrachtung 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 familiensystembezogenen Capability-Dimensionen „Wohlbefinden“ und „Vertrauen und Bindung“ sowie bei den kindbezogenen Capability-Dimensionen „Kommunikation“ sowie „Werte und Ethik“ höhere Wirksamkeitseinschätzungen als bei prospektiv-längsschnittlicher Analyse in Relation zu den übrigen Dimensionen der Wirksamkeit. Gleichzeitig bestätigen sich aber auch die positiven Tendenzen hinsichtlich der Kategorien „Lebensmotivation“, „Psychische Integrität und Resilienz“, „Freizeit und Erholung“ sowie „Zusammenleben und Beziehungen“.

Entsprechend liefern die vorliegenden Daten im Gros keine stichhaltigen und gravierenden Argumente dagegen, die deutlich umfangreichere und repräsentativere Stichprobe der rückblickenden Veränderungskennwerte im Rahmen der vorliegenden Studie für die Bewertung der Wirksamkeit heranzuziehen. Grundsätzlich sollte, soweit praktisch umsetzbar, immer eine längsschnittlich-prospektive Veränderungsbestimmung gegenüber den retrospektiven

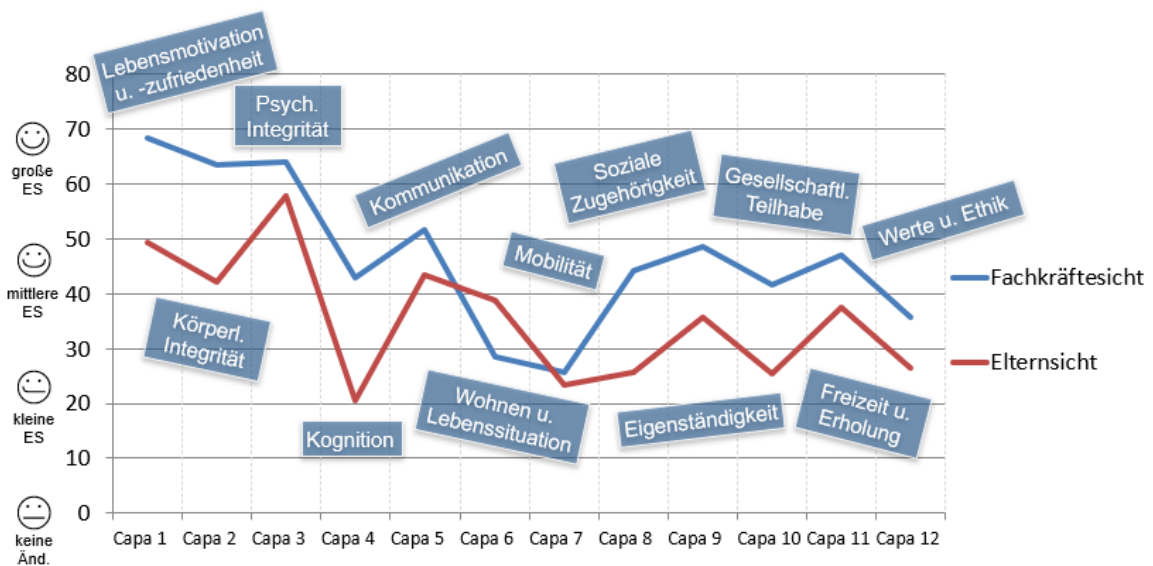
Einschätzungen präferiert werden. Wenn auch die Ergebnisse im Rahmen der Evaluation zum Stand der Berichtslegung eine hinreichende Validität nahelegen, könnte es zur Absicherung durchaus ratsam sein, die Ergebnisse mit weiteren in der Zukunft liegenden Messzeitpunkten erneut anhand einer deutlich größeren prospektiv erhobenen Stichprobe zu überprüfen.



... bei den jungen Menschen

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

Abbildung 27: Individuelle Wirkungswahrnehmungen in Bezug auf die jungen Menschen aus Sicht der Beteiligten



... bei den Eltern/Bezugspersonen

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

Abbildung 28: Individuelle Wirkungswahrnehmungen in Bezug auf die Eltern aus Sicht der Beteiligten

Des Weiteren zeigen sich bei differenzierter Betrachtung der Einschätzungen von Fachkräften, Eltern und jungen Menschen sowohl mit Blick auf die Eltern als auch auf die jungen Menschen, dass die Fachkräfte die Wirkungen der Hilfen in den meisten Dimensionen positiver einschätzen als die jungen Menschen und die Eltern selbst. Auch wenn die Kurvenverläufe recht analog sind, gibt es vor allem Diskrepanzen hinsichtlich der Dimensionen „Lebensmotivation und -zufriedenheit“, „Kognition“ (kindbezogen) „Kommunikation“ (elternbezogen), „Soziale Zugehörigkeit und Interaktion“ und „Teilhabe an Gesellschaft und Gemeinschaft“. Die einzige Kategorie, die die Fachkräfte negativer bewerten als die Hilfeadressatinnen und -adressaten, betrifft den Aspekt „Wohnen“.

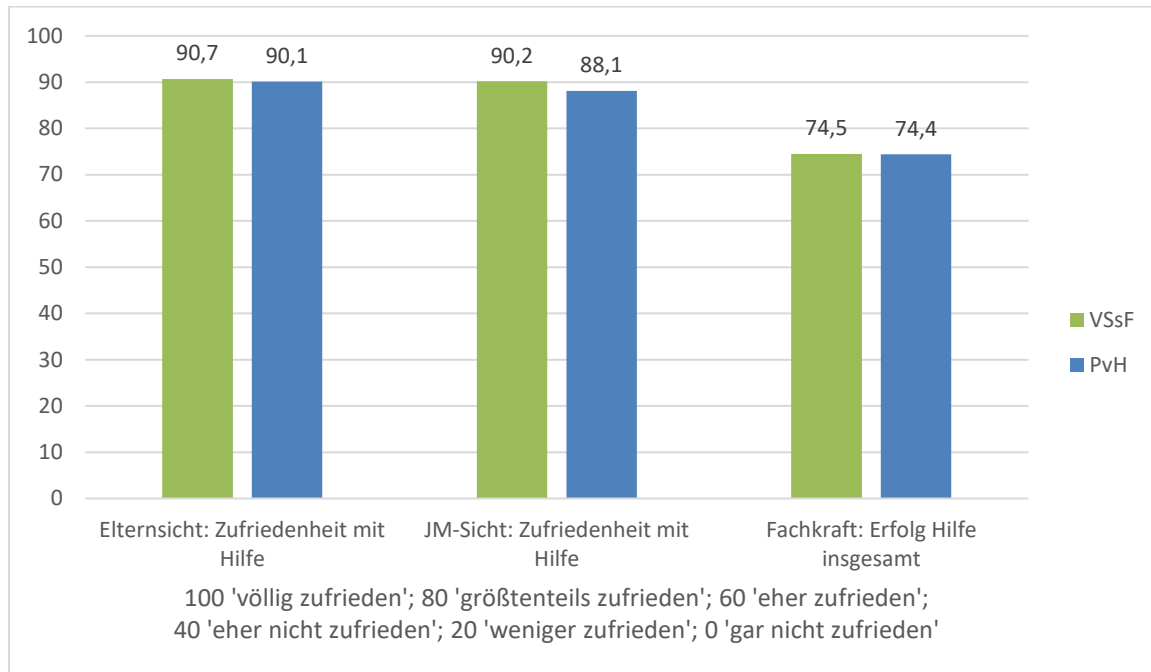
#### **4.4. Zufriedenheit der Klientinnen bzw. Klienten und Prozessqualität der Hilfen**

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 den Hilfen im VSsF-Projekt mit den Forschungsergebnissen zu den Zufriedenheiten der Klientinnen bzw. Klienten abgerundet werden. Diese wurden sowohl in Form von übergreifenden Globalbeurteilungen als auch anhand eines umfangreichen Katalogs spezifischer Fragen an die Hilfeadressatinnen und -adressaten erfasst, mit denen die Besonderheiten des Projekts identifiziert werden sollten. Zusätzlich zur Wirkungsevaluation wurde im Rahmen der Befragung junger Menschen ebenfalls ein Fragebogen nach demselben Schema, mit jedoch teilweise abweichenden Fragen, eingesetzt.

Bei letztgenannten Fragenkomplexen ging es insbesondere um die Konkretisierung von spezifischen Veränderungen durch die Hilfe 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 Hilfeadressatinnen und -adressaten 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 Hilfeadressatinnen und -adressaten (Eltern und junge Menschen) bewegen sich auf einer standardisierten Skala von 0 bis 100 im Bereich von ca. > 90 und damit über alle Fälle hinweg in einem äußerst positiven Bereich nahezu völliger Zufriedenheit. Die Ergebnisse belegen eine exzellente fachliche Qualität der Hilfedurchführung und decken sich mit den Ergebnissen aus der Befragung PvH. Dies deckt sich zudem mit vielen anderen Studien aus den betreffenden Arbeitsfeldern, die sich mit der Zufriedenheit der Klientinnen bzw. Klienten und den Weiterempfehlungsraten beschäftigt haben (vgl.

Roesler, 2017). Mit einem Mittelwert von 74,5 fällt die globale Erfolgseinschätzung der Fachkräfte niedriger als die Zufriedenheitseinschätzungen der Klientinnen und Klienten aus. Der entscheidende Unterschied liegt hier darin, dass in der Frage nach dem Erfolg der Hilfe gefragt wurde und damit der Fokus stärker auf der Ergebnisqualität liegt als in den Fragen der Klientinnen und Klienten.



**Abbildung 29: Globale Zufriedenheit und wahrgenommener Hilfeerfolg im Projektvergleich**

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den inhaltlichen Items der Befragung junger Menschen in spezialisierten und/oder kooperativ erbrachten Hilfen dargestellt. Die Ergebnisse lassen sich in zwei Gruppen unterteilen. Zunächst werden die Items vorgestellt, in denen die Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit hatten, 15 Äußerungen zur erlebten **Veränderungswirkung durch die Hilfe** zu beschreiben. Im Anschluss konnten noch **fünf Aussagen auf das Erleben der Hilfe** bewertet werden. Den Ausfüllenden stand zur Bewertung eine sechsstufige Skala zur Verfügung, die von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt völlig“ reichte. Die Werte wurden auf eine metrische Skala angepasst, bei der 0 keiner Zustimmung zur Aussage und 100 einer absoluten Zustimmung entspräche.

### **Veränderungswirkung durch die Hilfe aus Sicht der jungen Menschen**

Am positivsten wurde die Veränderungswirkung in Bezug auf die Aussage *„Ich weiß jetzt, wem ich Bescheid sagen kann, wenn ich Hilfe brauche oder es mir nicht so gut geht“* mit einem Mittelwert von ~80 beschrieben. Die Hilfen etablieren damit Ansprechpartnerinnen und -partner für die Kinder und Jugendlichen, auf die sie in Krisenzeiten zurückgreifen können. Wenn man die Ergebnisse nach Art des Angebots aufschlüsselt, wird deutlich, dass Teilnehmende an Einzelangeboten dieser Aussage stärker zustimmen als Teilnehmende an

Gruppenangeboten und Angeboten für die gesamte Familie. Außerdem steigt die Zustimmung zu dieser Aussage sowohl mit zunehmender Hilfedauer als auch mit höherer durchschnittlicher Helfefrequenz in der Woche an. Diese Ergebnisse lassen den Rückschluss zu, dass der Vertrauensaufbau zum Angebot bzw. den Mitarbeitenden positiv mit Kontaktfrequenz und -dauer korreliert. Dies gilt jedoch nicht für die Kinder und Jugendlichen in stationären Angeboten, die den Fragebogen ausgefüllt haben. Diese weisen zwar logischerweise eine hohe Kontaktfrequenz mit Mitarbeitenden der Hilfe auf, dennoch ist hier eine deutlich geringere Zustimmung zur Aussage zu verzeichnen. Dies lässt sich ggf. damit erklären, dass die stationären Angebote in der Regel nicht im Sozialraum der Familien aktiv sind, da eine Belegung dieser Angebote meist überregional erfolgt und dadurch eine Kontaktaufnahme nach Behandlungsende für die Befragten weniger naheliegend ist. Hierdurch wird deutlich, dass sozialraumnahe Angebote für die Zielgruppe wichtig sind, um die Funktion als vertrauensvolle Ansprechpartnerinnen und -partner zu übernehmen.

Mit einem Mittelwert von mehr als 75 stimmen die Befragten auch stark der Aussage *„Ich weiß jetzt, dass ich nichts für die Gefühle und Probleme meiner Eltern kann und ihnen als Kind auch nicht helfen kann“* sowie der Aussage *„Ich weiß jetzt: Es ist nicht meine Schuld, wenn meine Eltern Probleme haben“* zu. Dabei stimmen Mädchen diesen Aussagen etwas stärker zu als Jungen. Außerdem wird diese Aussage von den Kindern und Jugendlichen stärker positiv bewertet, die in Angeboten für die gesamte Familie eingebunden sind, als denjenigen, die an Einzel- oder Gruppenangeboten für Kinder und Jugendliche teilnehmen.

Vor allem die Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen (MW 80) macht durch die Angebote die Erfahrung, *mehr Dinge zu machen, die ihnen Spaß machen*. Vor allem die 16- bis 21-Jährigen stimmen dieser Aussage in einem signifikant geringeren Maße zu (MW ~67). Dies gilt ebenfalls für Teilnehmende an Einzelangeboten (MW 81) gegenüber Gruppenangeboten (MW 71). Hierzu lässt sich die Hypothese aufstellen, dass den Kindern und Jugendlichen der stärkere Fokus auf die eigenen Bedürfnisse guttut bzw. mit positiven Erfahrungen in Zusammenhang steht.

Auch hinsichtlich der Aussage *„Ich habe das Gefühl, dass meine Eltern mehr für mich da sind“*, gibt es altersspezifische Unterschiede im Antwortmuster. Die jüngste Altersgruppe stimmt der Aussage signifikant stärker zu als die Gruppe der 11- bis 15-Jährigen, die den Angeboten hinsichtlich dieser Aussage mit einem MW 55 nur eine sehr geringe positive Veränderungswirkung zuschreiben. Auch die Befragten, die sich in stationären Angeboten befinden, stimmen dieser Aussage in einem deutlichen Maße stärker zu als die anderen Befragten (MW 80 gegenüber ~61 bei aufsuchenden Angeboten und ~64 bei Angeboten, die in den Räumen des Angebots stattfinden).

Die Auswirkungen der Hilfen auf die Leistungen in der Schule nehmen nach dem Empfinden der Kinder und Jugendlichen mit zunehmendem Alter ab. So stimmen die jüngeren Kinder zwischen sechs und zehn der Aussage *„Ich komme jetzt besser in der Schule mit“* stärker zu als die älteren Befragten, wobei die älteste Gruppe die Aussage am negativsten bewertet.

Es gibt angebotsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Fähigkeit, Hilfe anzunehmen. Die Befragten, die in stationären Angeboten angebunden sind, stimmen signifikant weniger der Aussage zu, es *okay zu finden, Hilfe von anderen anzunehmen* (MW 40 gegenüber ~74 bei Einzelangeboten und ~71 Gruppenangeboten).

Interessante Ergebnisse gibt es hinsichtlich der Auswirkungen der Hilfedauer und der Aussage *„Ich habe durch die Hilfe Freunde und/oder Freundinnen gefunden“*. So nimmt die Zustimmung zu der Aussage mit zunehmender Hilfedauer leicht zu, bleibt aber auf einem stabilen Niveau. Im Gegensatz dazu wird der Aussage insbesondere bei den langen Hilfeverläufen (< 5 Jahre) nicht zugestimmt (MW 10). Hier kann es zu einer Verzerrung aufgrund der niedrigen Zahl an Antworten aus dieser Gruppe gekommen sein (n = 3). Gegebenenfalls lässt die lange Hilfedauer aber auch Rückschlüsse auf den Schweregrad der familiären Problemlagen zu, die den Aufbau sozialer Beziehungen erschweren.

Einander ähnliche Zustimmungswerte (MW ~73) gab es hinsichtlich der drei Aussagen *„Ich verstehe jetzt besser, wie es meinen Eltern geht“*, *„Ich kann jetzt besser über die Probleme meiner Eltern sprechen“* und *„Ich merke jetzt besser, wie ich mich fühle und was ich brauche und kann darüber mit meinen Eltern oder anderen Menschen sprechen“* zu verzeichnen. Hierbei ließen sich auch nach Aufschlüsselung anhand der Moderatorvariablen recht homogene Antwortmuster verzeichnen. Lediglich die Befragten, die an Angeboten für die ganze Familie teilnehmen, gaben in einem höheren Maße an, jetzt besser zu verstehen, wie es den eigenen Eltern geht. Darüber lässt sich rückschließen, dass ein gemeinsamer, begleiteter Gesprächsrahmen zum gegenseitigen Verständnis beiträgt.

Weniger stark ist die Zustimmung zur Aussage, dass *die Eltern durch Hilfe besser verstehen würden, wie es den Kindern gehe* (MW ~63). Auch hier scheint jedoch das Setting der Hilfe einen Einfluss auf die wahrgenommene Veränderungswirkung der Befragten zu haben. Wieder stimmen Personen, die ein Familienangebot nutzen, der Aussage stärker zu (MW ~77 gegenüber ~62 bei Gruppenangeboten und 53 bei Einzelangeboten). So scheint der direkte Austausch mit den Eltern das Verständnis am positivsten zu beeinflussen, aber auch der Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen Kindern und Jugendlichen trägt dazu bei, dass gegenüber den Eltern die eigene Situation besser dargelegt werden kann, als es im Rahmen eines Einzelangebotes der Fall ist. Zusätzlich wirkt sich die Dauer in einer Hilfe positiv auf die Zustimmung der Kinder und Jugendlichen zu dieser Aussage aus.

Einen deutlichen Effekt der Hilfe auf das gesundheitliche Wohlbefinden scheint die Hilfefrequenz zu haben. Die Befragten, die die Mitarbeitenden des Hilfsangebotes weniger als einmal in der Woche sehen, stimmen mit einem Mittelwert < 50 der Aussage *„Ich fühle mich seltener krank, seit ich hier bin, habe zum Beispiel weniger Bauchschmerzen“* überwiegend nicht zu. Demgegenüber stehen Zustimmungswerte von 68 bei Hilfefrequenz = einmal pro Woche, ~72 = zwei- bis dreimal pro Woche sowie 80 = jeden Tag.

Am geringsten wurde die Veränderungswirkung in Bezug auf die Aussage *„Wenn es meinen Eltern schlecht geht, reden sie mit anderen Erwachsenen darüber und nicht mehr so viel mit mir“* mit einem Mittelwert von 54 rückgemeldet. Interessant ist dabei, dass die Zustimmung zu dieser Aussage mit zunehmender Hilfedauer zunimmt.

Hilfedauer					
	1 Jahr	2–3 Jahre	4–5 Jahre	> 5 Jahre	GESAMT
MW	48,9	51,4	60,0	80,0	54,1

**Tabelle 6:** *Wenn es meinen Eltern schlecht geht, reden sie mit anderen Erwachsenen darüber und nicht mehr so viel mit mir*

Hierzu lassen sich zwei Vermutungen anstellen: Zum einen liegt der Schluss nahe, dass die Hilfen im Laufe der Zeit den Kindern die Kompetenz vermitteln, sich besser abzugrenzen bzw. ihre Grenzen gegenüber den Eltern besser zu benennen. Zum anderen kann man vermuten, dass eine langfristige Teilnahme an den Angeboten auch dadurch begünstigt wird, dass die Hilfeannahme grundsätzlich durch die Eltern mitgetragen wird. Ggf. lässt sich hieraus ableiten, dass grundlegend eine Offenheit zur Auseinandersetzung mit den Auswirkungen der eigenen Erkrankung besteht.

Wenn man nun die Fragen zur Veränderungswirkung der Hilfe an die jungen Menschen mit den Gesamtveränderungswirkungen der jungen Menschen, Eltern sowie des Familien- und Bezugssystems korreliert, zeigen sich interessante Ergebnisse. Hier wird deutlich, dass umso höher der Grad der Zustimmung zu der Aussage ist, dass sie selbst jetzt besser verstünden, wie es den Eltern geht, ein höherer Effekt der Hilfen im Mittel über alle zwölf Dimensionen zu verzeichnen ist. Das gilt analog für den Grad der Zustimmung zu der Aussage *„Ich mache jetzt mehr Dinge, die mir selbst Spaß machen“*.

In den Freitextfeldern hatten die Kinder und Jugendlichen die Gelegenheit, eigene Aspekte zu benennen, die die Hilfe bei ihnen geändert hat. Diese Möglichkeit wurde insgesamt fünf Mal genutzt; dabei wurden ausschließlich positive Aspekte benannt.

- die Gruppe ist toll 😊

• Fußball ☺
• Ich fühle mich gesünder
• Ich lache wieder mehr
• im Sommer gehe ich zum Gymnasium und freue mich sehr darauf

### Veränderungswirkung durch die Hilfe aus Sicht der Eltern

Auch die Eltern wurden nach ihrer Veränderungseinschätzung in Form von zehn Aussagen gefragt. Wie in der Tabelle zu sehen ist, werden auch umfassend positive Veränderungen konstatiert. Am geringsten wird die Zustimmung zu den Aussagen 5 und 6 bewertet, dass sie jetzt *besser über die Dinge sprechen können, die sie belasten* oder *diese besser verstehen* (vgl. Tabelle 7).

1. ...ich finde es entlastend, hier offen über meine Belastungen und Erziehungsfragen sprechen zu können	87,2
2. ...ich habe den Eindruck, dass die Fachkräfte hier ein besonderes Verständnis für meine Situation haben	91,4
3. ...ich habe mich hier gut aufgehoben gefühlt	91,1
4. ...mir wurden Vorschläge für weitere Unterstützungsleistungen/Hilfen gemacht, die ich mir vorstellen kann, in Anspruch zu nehmen	85,6
5. ...ich verstehe die Dinge, die mich belasten, jetzt besser	79,0
6. ...ich kann jetzt besser über Dinge sprechen, die mich belasten	79,3
7. ...ich kann jetzt besser mit meinem Kind bzw. meinen Kindern sprechen	80,8
8. ...ich verstehe jetzt besser, wie es meinem Kind bzw. meinen Kindern geht	81,4
9. ...ich kann jetzt mehr für mein Kind bzw. meine Kinder da sein	78,9
10. ...mein Kind bzw. meine Kinder haben mehr Raum für die Dinge, die sie selber gerne machen	80,6
11. ...mein Kind bzw. meine Kinder übernehmen nur altersangemessene Aufgaben im Haushalt bzw. in der Familie u. keine Erwachsenenpflichten	85,0
12. ...wenn es mir schlecht geht, suche ich mir erwachsene Ansprechpartnerinnen bzw. -partner und wende mich nicht in erster Linie an meine Kinder	87,5
13. ...ich weiß, an wen ich mich wenden kann, wenn ich Hilfe brauche oder es mir nicht so gut geht	92,0
14. ...ich lasse mir jetzt eher auch mal von anderen helfen	82,6

**Tabelle 7: Zustimmung zu Aussagen über Veränderungen durch die Hilfen**



Besonders hoch fallen die Zustimmungen zu den Aussagen 2, 3 und 13 aus, die Aufschluss über das Hilfeerleben, die pädagogische Qualität und unterstützende Wirkung der Hilfen geben.

Auch diese Ergebnisse wurden mit den Veränderungswirkungen korreliert. Eine positive Korrelation bedeutet, dass je höher der Grad der Zustimmung zu einer Aussage ist, desto höher ist auch die Veränderungswirkung der Hilfen gemittelt in Bezug auf die jungen Menschen, die Eltern oder das Familien- und Bezugssystem. Eindeutig signifikant war dieser Zusammenhang zwischen der Aussage, dass die Eltern jetzt besser mit ihren Kindern sprechen können und den Gesamtbefähigungen des Familien- und Bezugssystems. Ebenfalls deutliche Zusammenhänge bestehen zwischen der Tatsache, dass die Kinder nun *mehr Raum haben für die Dinge, die sie selber gerne machen* sowie der Aussage *Ich kann jetzt mehr für meine Kinder da sein* und den Grundbefähigungen der Eltern sowie der Kinder.

### **Erleben der Hilfe aus Sicht der jungen Menschen**

Die ersten vier Aussagen zum Erleben der Hilfe erhalten sehr positive Zuschreibungen mit Mittelwerten knapp unter 90. Es wird deutlich, dass hier unabhängig von Helfedauer, -frequenz oder Geschlecht die Hilfen sehr positiv erlebt wurden und eine vertrauensvolle, geschützte und sicherheitsstiftende Atmosphäre vorgefunden wird, in denen sich die Befragten sehr wohlfühlen und die sie als hilfreich empfinden. Besonders stark ist die Zustimmung der jüngsten Altersgruppe in Bezug auf die erste Aussage und somit auch zu der Aussage, dass die Unterstützung als hilfreich erlebt wird.

Aussagen	Mittelwerte
<i>erlebnisse_1 Hier kann ich offen über unsere Probleme zuhause sprechen. Das hilft mir.</i>	88,1
<i>erlebnisse_2 Hier habe ich Menschen, die gut verstehen, warum es in unserer Familie manchmal schwierig ist.</i>	87,7
<i>erlebnisse_3 Ich fühle mich hier wohl/habe mich hier wohl gefühlt.</i>	89,7
<i>erlebnisse_4 Ich weiß jetzt, wo ich hingehen kann oder wen ich anrufen kann, wenn ich Hilfe brauche.</i>	88,7
<i>erlebnisse_5 Meine Eltern bekommen jetzt mehr Hilfe, damit es ihnen besser geht und es zuhause wieder besser läuft.</i>	64,5

**Tabelle 8: Zustimmung zum Erleben der Hilfe aus Sicht der jungen Menschen**

Lediglich der letzten Aussagen stimmen die Befragten in einem signifikant geringeren Maße zu. Insbesondere die Altersgruppe der 16- bis 21-Jährigen beschreibt die Aussage mit einem MW von 55 als schwach positiv.

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

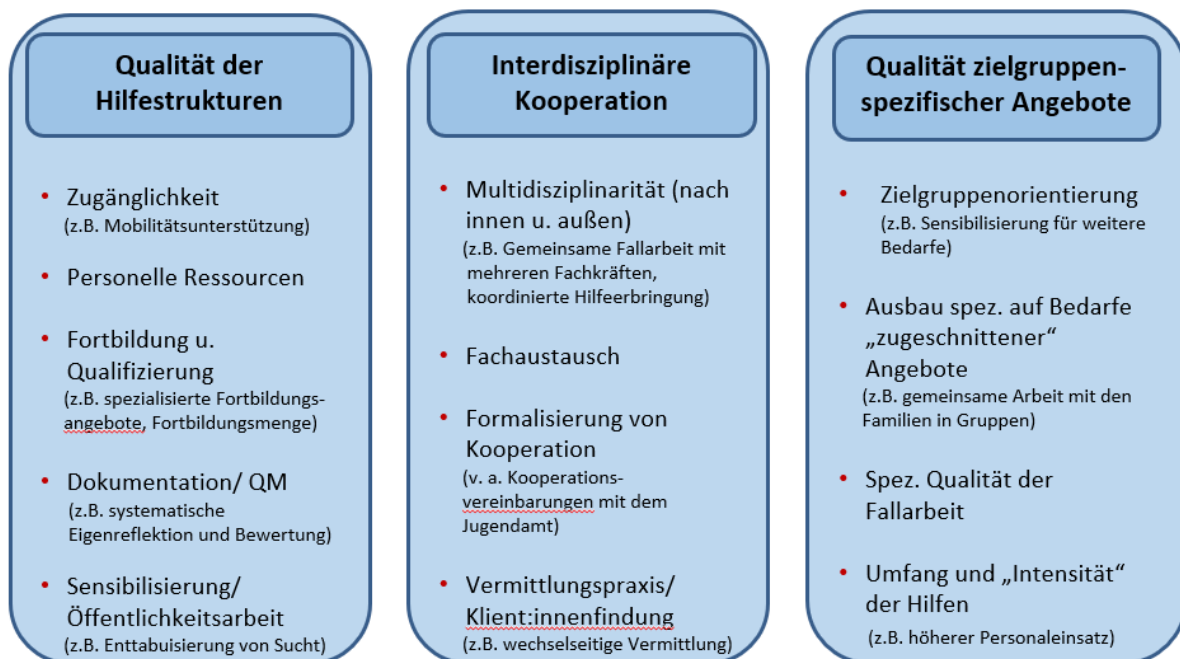
Die in den vorherigen Kapiteln dargestellten Ergebnisse zur Wirksamkeit sind für die „Außenwahrnehmung“ des Arbeitsfeldes von größerer Relevanz. Zwar geben die Daten auch in der Innenperspektive den teilnehmenden Einrichtungen ein Feedback über den Erfolg bzw. Misserfolg ihres fachlichen Handelns und 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 Hilfeadressatinnen und -adressaten als mündigen „Verbraucherinnen“ bzw. „Verbraucher“, 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, 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 teilnehmenden Einrichtungen 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 beschriebenen Effekten bzw. Wirksamkeiten der Hilfen in Zusammenhang stehen und diese sozusagen „moderierend“ beeinflussen (siehe auch Macsenaere & Esser, 2015). Die Evaluation orientiert sich dabei 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. Die unter Kapitel 3 bereits herausgearbeiteten Ergebnisse zu den Strukturbedingungen gelingender Hilfen werden hier nochmal auf Grundlage der Daten kontextualisiert.

Im vorliegenden Kapitel wird ein Überblick über die Quintessenzen der im Rahmen von VSsF durchgeführten Wirkfaktorenanalysen gegeben. Zum besseren Verständnis sind an dieser Stelle noch einige Erläuterungen vorangestellt. Zu beachten ist hier insbesondere, dass in die Wirkfaktorenbetrachtungen, entsprechend dem beschriebenen Triangulationsansatz, 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 zudem immer 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. Dazu gehören z. B. Faktoren wie die allgemeine Versorgungs- und Finanzierungssituation, gesetzliche Rahmenbedingungen und weitestgehend ebenso die Grundkonzeption des Projekts selbst, die für alle teilnehmenden Einrichtungen 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, substanzielle 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 teilnehmenden Einrichtungen anstoßen zu können, muss jeweils die Situation vor Ort im Rahmen einer individuellen Auswertung analysiert und reflektiert werden. Daraufhin 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 30: Übersicht der zentralen Wirkfaktorendimensionen**

Vor dem Hintergrund der für alle teilnehmenden Standorte analogen extrainstitutionellen Rahmenbedingungen, die den Handlungsrahmen für die Durchführung des Projekts abstecken, konnten im Rahmen der Evaluation VSsF zahlreiche spezifische Faktoren ermittelt werden, mit denen die Wirkungen des Projekts erklärt werden können. Diese können drei Säulen bzw. Ebenen zugeordnet werden: Zum einen Faktoren bzw. Merkmale, die die Qualität der Hilfestrukturen 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 Hilfeprozesse beziehen (dritte

Wirkfaktorendimension, s. Abbildung 30). 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 30 mittig zwischen den beiden erstgenannten Bereichen angeordnet. Theoretisch hätten ihre Einzelkomponenten gleichfalls auf die Dimensionen „Qualität der Hilfestrukturen“ sowie „Qualität der Hilfeprozesse“ verteilt werden können. In den nachfolgenden Abschnitten werden die drei zentralen und die ihnen konkret zugrundeliegenden Merkmale näher beschrieben.

## **5.1. Wirkfaktorendimension Qualität der Hilfestrukturen**

Innerhalb der ersten zentralen Wirkfaktorendimension, die die Qualität der Hilfestrukturen beschreibt, konnten mehrere spezifische Merkmalsbereiche als wirkungsrelevante Faktoren identifiziert werden. Die strukturellen Rahmenbedingungen stellen außerdem die Besonderheiten dar, anhand derer die hohen Wirksamkeiten der Hilfen 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, wenn Mobilitätsunterstützung für die Adressatinnen und Adressaten angeboten wird, die es ihnen ermöglicht, zu den Hilfen zu gelangen. Es wurde deutlich, dass sich dieser Faktor besonders in ländlicheren Angeboten auszahlt.

Des Weiteren kann gezeigt werden, dass sich offene Gesprächs- und Kontaktangebote in anderen Institutionen bezahlt machen. Insbesondere Angebote bei (anderen) Jugendhilfeträgern, bspw. in Beratungsstellen, oder bei anderen Suchthilfeträgern, um Angebote bekannt zu machen, haben einen positiven Effekt auf die Capabilities aller Beteiligten. Neben den allgemeinen Wirkungszusammenhängen gilt dies auch für die spezifischen Grundbefähigungsdimensionen der Kinder, wenn die Vor-Ort-Gespräche beim Jugendamt zunahmten und etwas schwächer beim Ausbau von offenen Kontaktangeboten im Rahmen der Frühen Hilfen.

Die Eltern profitierten insbesondere davon, wenn Kontakt zu den Angeboten über Selbsthilfekontexte hergestellt wurde.

Voraussetzungen für den Erfolg der offenen Angebote sind eine gute Planung und zielgruppenspezifische Ausrichtung. Einrichtungen, die die *Zugangswege zielgruppenspezifisch diskutier[en] und optimier[en]* erzielen im Mittel höhere Wirkungen in Bezug auf die Grundbefähigungen der Kinder und des zugehörigen Systems.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich eine Öffnung in sozialraumnahe Angebotsstrukturen in Form offener Angebote sowie Mobilitätsunterstützung im Hinblick auf die Wirksamkeit der Angebote nachweislich ausgezahlt haben. Hierbei ist allerdings essenziell, dass eine Öffnung in den Sozialraum in Form niedrigschwelliger Kontakt- und Informationsangebote nur mit einem gewissen finanziellen und/oder personellen Ressourceneinsatz möglich ist.

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

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

- Besserer Abdeckungsgrad der Hilfe- bzw. Beratungsbedarfe durch eine höhere Bandbreite von bei den Fachkräften vorhandenen Zusatzqualifikationen sowie in quantitativer Hinsicht
- Stärkerer Ausbaugrad bzgl. der Sensibilisierung und Qualifizierung der Fachkräfte des Projektstandorts für die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe
- Höhere Anzahl an Fortbildungstagen pro Fachkraft und damit einhergehend höherer Auslastungsgrad der (internen) Fortbildungsangebote

Daneben konnten spezifische Wirkungszusammenhänge ermittelt werden. So zeigte sich etwa eine positive Korrelation zwischen dem Umfang spezialisierter Fortbildungsangebote für externe Fachkräfte (z. B. von Kitas, Schulen o. ä.) und dem im Zuge der Hilfen erreichten Ausmaß der Förderung von kind- bzw. junge Menschen-spezifischen Grundbefähigungen. Insgesamt kann im Sinne eines kurzen Zwischenfazit festgehalten werden, dass Qualifikation, Fortbildung, Supervision und insbesondere eine zielgruppenspezifische Sensibilisierung externer Fachkräfte wichtige Faktoren für den Erfolg der Hilfen darstellen.

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

Bei den im Rahmen des VSsF-Projekts 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:

- Systematisierte Durchführung einer kritischen Reflexion und Bewertung der eigenen Arbeit
- Systematische und umfassende Diagnostik

In Teilbereichen waren zudem noch höhere Erfolgswahrscheinlichkeiten nachweisbar, wenn regelmäßig eine Zufriedenheitsbestimmung bei den Mitarbeitenden der teilnehmenden Standorte durchgeführt wurde.

#### **5.1.4. Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung**

Als weiterer Baustein für effektive Hilfen bei Familien mit Kindern suchtbelasteter Eltern(teile) hat sich im Zuge der Evaluation eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit herauskristallisiert. Vor dem Hintergrund der weit verbreiteten Scham, über eigene Suchtbelastung und ggf. einhergehende psychische Erkrankungen zu sprechen, kommt der Öffentlichkeitsarbeit hier aus zwei Gründen eine wichtige Rolle zu. Zum einen müssen die Angebote natürlich bei den Familien und Fachkräften an möglicherweise vermittelnden Stellen bekannt gemacht werden. Zusätzlich bedarf es immer noch einer Sensibilisierung und vor allem Enttabuisierung hinsichtlich des Themenfeldes Suchterkrankung. Entsprechend konnte eine allgemein höhere Erfolgswahrscheinlichkeit in Bezug auf den Gesamteffekt in den teilnehmenden Standorten festgestellt werden, in denen folgende strukturelle Rahmenbedingungen in höherem Umfang umgesetzt werden konnten:

- Höheres Ausmaß gemeinsamer Formen der Öffentlichkeitsarbeit zwischen den professionellen Akteurinnen und 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
- Bereitstellung von Informationsmaterialien
- Informationsvermittlung im Internet/in den neuen Medien
- Informationsvermittlung in "klassischen" Medien
- Informationsveranstaltungen für Eltern
- Informationsveranstaltungen für junge Menschen
- Informationsveranstaltungen für Fachkräfte

In einem weiteren Schritt wurde nach der Zunahme von Öffentlichkeitsarbeit über die Projektlaufzeit hinweg gefragt. Auch hier wurde deutlich, dass die Zunahme von Öffentlichkeitsarbeit

mit einer Zunahme der Hilfeauswirkungen, v. a. im Befähigungsprofil der jungen Menschen, einhergeht.

## 5.2. Wirkfaktorendimension interdisziplinäre Kooperation

Ein zentrales Erkenntnisinteresse des Projekts liegt darin, Wissen über die Bedeutung von Netzwerkarbeiten für suchtbelastete Familien zu sammeln. Auch hinsichtlich der Wirksamkeit des Projekts konnte nachgewiesen werden, dass die interdisziplinäre Kooperation einen Wirkfaktor darstellt. In diesem Zusammenhang zeigten sich insbesondere die Multidisziplinarität innerhalb der teilnehmenden Standorte 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 Klientinnen und Klienten 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** bezeichnet multidisziplinär ausgerichtete Teams, in denen Fachkräfte mit unterschiedlichen Professionen und/oder (Zusatz-)Qualifikationen in die Hilfen eingebunden werden. Durch den Fachaustausch im Team und die Erfahrungshintergründe sowie das Fachwissen der verschiedenen Fachrichtungen wird eine zielführende Bedarfsanalyse und passgenaue Planung der Hilfen 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 teilnehmenden Standorte 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 Hilfebedarfen mit verschiedenen Methoden und Arbeitsformen
- Höherer Anteil von Fällen mit gemeinsamer Arbeit von mehreren Fachkräften

Im Rahmen der Projektstandorte des VSsF-Projekts stellt nicht nur die Multidisziplinarität nach innen, sondern ebenfalls die **nach außen auf die Versorgungssystemebene gerichtete**

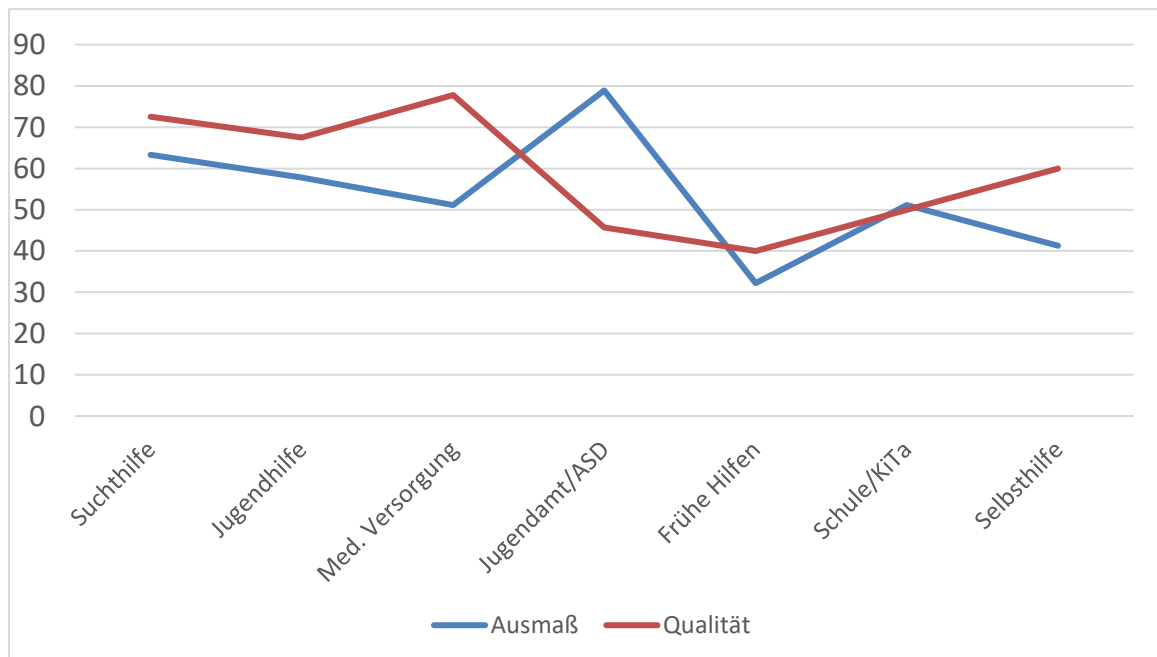


**Multidisziplinarität**, im Sinne von arbeitsfeldübergreifenden Kooperationen mit anderen Einrichtungen, Diensten, Institutionen und Akteurinnen bzw. Akteuren, einen wesentlichen Gelingensfaktor dar. Die Vernetzung mit Strukturen und Partnern außerhalb der eigenen Einrichtungen bezieht sich dabei sowohl 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 Klientinnen bzw. Klienten 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 medizinischen Versorgung
- Jugendamt/Allgemeiner Sozialer Dienst
- Selbsthilfe

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, wenn mehr in gelingender Form mit dem Netzwerk frühe Hilfen und dem Bereich Schule und Kitas zusammengearbeitet wird.

Darüber hinaus zeigen sich weitere positive Wirkungskorrelationen, wenn eine formalisierte Kooperationsvereinbarung mit dem Jugendamt vorliegt.



**Abbildung 31: Kooperationsumfang & -qualität**

Der Blick auf die Kooperationsumfänge zeigt, 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 etwa 30 in einem mittleren Bereich. Ein ähnlich niedriger Kooperationsumfang zeigt sich in der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe. Hier liegen maximal punktuelle bzw. wenige Kooperationen vor. Mit Blick auf die Kooperationsqualität zeigt sich ein analoger Kurvenverlauf für alle Akteure abgesehen vom Jugendamt. Das heißt, die Kooperationsqualität scheint i. d. R. zuzunehmen, wenn eine gemeinsame Zusammenarbeit besteht. Hinsichtlich des Jugendamtes können hier Herausforderungen aufgrund der Doppelrolle als Kooperationspartner in Hilfeebringung und Planung und gleichzeitig Leistungsträgerschaft vermutet werden.

Umgekehrt ist es im Falle des medizinischen Systems, hier wird die Kooperationsqualität als positiv beschrieben, jedoch bleibt das Ausmaß der Kooperation vergleichsweise gering. An dieser Stelle zeigt sich das große Potenzial, die Zusammenarbeit mit diesem Sektor zu stärken.

Grundsätzlich gilt hier, dass im Projekt die Zunahme von Kooperationsqualität und -umfang auch mit einer Zunahme der system- und kindbezogenen Befähigungsdimensionen einhergeht.

### **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 suchtbelastete Familien eingegangen. Dabei wird 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 teilnehmenden Standorte, die in einem höheren Maße die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt 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. Offenbar ist insbesondere die Formalisierung mit dem Jugendamt eine Unterstützung dabei, die Kooperationsstrukturen in den einzelnen Regionen vom Engagement einzelner Akteurinnen und

Akteure 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.

### **Spezifische Kennzeichen gelingender Kooperationen**

Im Rahmen der Strukturhebung wurde ebenfalls ermittelt, welche spezifischen Kennzeichen im Rahmen der Kooperation mit den professionellen Einrichtungen und Akteurinnen bzw. Akteuren bei den Hilfen für suchtbelastete Familien vorliegen. Dabei wurde deutlich, dass durch die spezifischen Kooperationen insbesondere neue Familien erreicht werden, mehr Verweiseberatungen zu anderen Einrichtungen und Netzwerkpartnern stattfinden und insgesamt eine frühere sowie besser abgestimmte Unterstützung für die Zielgruppe ermöglicht wird. Auch das Vorliegen einer lokalen Angebotsplanung wurde als wichtiger Faktor beschrieben. Die genannten Kennzeichen wurden von den teilnehmenden Standorten als mehr als größtenteils zutreffend beschrieben. Dass durch die Kooperationen neue Familien erreicht werden, die vorher eher nicht den Weg in das Hilfeangebot 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.

### **5.2.3. Vermittlung und Findung von Klientinnen und Klienten**

Wie bereits bei den spezifischen Kennzeichen der interdisziplinären Kooperationen deutlich wurde, ist die Vermittlung und Weiterverweisung von Klientinnen und Klienten an andere Institutionen und Akteurinnen bzw. Akteure im Kooperationsnetzwerk ein wesentlicher Gelingensfaktor für erfolgreiche Hilfen bei der Zielgruppe des Projekts. Auch aus empirischer Sicht kann im Zuge der Wirkfaktorenanalysen bestätigt werden, dass für eine erfolgreiche Findung von Klientinnen und Klienten weniger die „Eigenakquise“ der einzelnen Standorte relevant ist, sondern mehr die „kooperative Vermittlung“ im Fokus steht. Erfolgsrelevante Wirkungszusammenhänge sind hinsichtlich vieler Einrichtungen, Institutionen und Akteurinnen bzw. Akteure in den regionalen Kooperationsnetzwerken nachweisbar, insbesondere bei der Vermittlung bzw. der Findung von Klientinnen und Klienten Einrichtungen und Dienste der Suchthilfe, der freien Jugendhilfe, aber ebenso der medizinischen Versorgung, der frühen Hilfen und Schulen und Kitas. Daher kann festhalten werden, dass die Findung von Klientinnen und Klienten stark von möglichst vielfältigen Kooperationen und funktionalen „Vermittlungsstrukturen“ mit den regionalen Akteurinnen und Akteuren abhängt.

### **5.3. Wirkfaktorendimension Qualität(en) der zielgruppenspezifischen Angebote**

Die dritte zentrale Wirkfaktorendimension, die sich im Zuge der Evaluation herauskristallisiert hat, beschreibt vorrangig die Charakteristika der Prozessqualität, die für die gelingenden Hilfen für suchtbelastete Familien, die im Rahmen des Projekts beobachtet werden konnten, wesentlich sind. Den Rahmen dafür bildet, selbst wenn es sich hier mehr um ein auf der Strukturebene angesiedeltes Merkmal handelt, die konkrete Ausgestaltung der 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. Zielgruppenorientierung**

Es lassen sich positive Wirkungszusammenhänge zwischen der zielgruppenspezifischen Ausrichtung der Einrichtungen und den Gesamteffekten der Hilfen zeigen. Insbesondere gilt dies für Angebote, die sich neben der familiären Suchterkrankung noch auf die Bedarfe von *Menschen mit Migrationshintergrund* sowie Problemlagen spezialisiert hatten, die sich aus *materieller Armut* der Familien ergeben. Besonders gut wirken die Hilfen auf die Grundbefähigungen der Eltern in Familien, in denen vor Hilfebeginn der spezialisierten Hilfe hoheitliche Maßnahmen ergriffen wurden und dabei insbesondere Inobhutnahmen nach § 42 SGB VIII sowie eine Anrufung des Familiengerichts erfolgte. Hier kann also der Schluss gezogen werden, dass besonders die Familien, die stark durch die Suchterkrankung beeinträchtigt sind, von den Hilfen profitieren.

Wenig überraschend wirkt sich das Konsumverhalten der Eltern während der Hilfe negativ auf die Wirkung desselbigen aus. Hier lassen sich Indizien für substanzspezifische Unterschiede festmachen. Insbesondere der Konsum von Amphetaminen, Kokain und Medikamentenmissbrauch scheinen sich besonders negativ auf den Hilfeerfolg auszuwirken.

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

Insgesamt zeigen 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 Gruppensetting
- Gemeinsame Arbeit mit den Familien insbesondere in Gruppen

- Clearing- und Screeningangebote
- Erlebnispädagogische Ansätze

Darüber hinaus war eindeutig zu sehen, dass die Wirksamkeit der Angebote in einem starken Zusammenhang zum Grad der zielgruppenspezifischen Ausgestaltung steht. Insbesondere Angebote, die sich speziell mit den Entwicklungsanforderungen von Kindern in bestimmten Altersstufen befassen, konnten hohe Wirkungen erzielen. Dies betrifft zum einen Angebote für die Kinder selbst, aber auch Angebote, die entwicklungsspezifische Themen bei den Eltern adressieren. Besonders stark betroffen sind die Grundbefähigungsdimensionen bei den Kindern und des Familien- und Bezugssystems:

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

Bilanzierend betrachtet lässt sich aus den vorliegenden Befunden schlussfolgern, dass spezifische Angebote, die auf die individuellen Bedarfe der Zielgruppe zugeschnitten sind, den insgesamt größten Erfolg versprechen, also am wirksamsten sind.

### **5.3.3. 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 VSsF durchgeführten Hilfen. Diese lässt sich durch verschiedene Einzelparameter 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
- Eine längere Behandlungsdauer
- Höhere Interventionsfrequenz
- Höherer Einsatz an Personalstunden

Wie zu sehen ist, hängt die beschriebene Qualität der Fallarbeit insbesondere mit Intensität und Zeitumfang zusammen und setzt 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 im Rahmen dieses Projekts 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 hier vor, sondern sind gleichsam bei Hilfen zur Erziehung im Allgemeinen und in anderen Bereichen des Sozialwesens zu beobachten (vgl. Macsenaere & Esser, 2015). Ein weiterer maßgeblicher Faktor für den Hilfeerfolg scheint ein hoher Einsatz an Personalstunden pro Fall zu sein. Dies lässt Rückschlüsse auf die Bedeutung von Beziehungsarbeit in der Versorgung suchtbelasteter Familien zu und stellt die Notwendigkeit adäquater Personalressourcen heraus.

## 6. Ergebnisbilanz und abschließendes Fazit

Die in den vorherigen Kapiteln dargestellten Ergebnisse werden im Folgenden hinsichtlich der beiden interessensleitenden Forschungsfragen diskutiert.

In Kapitel 3 wurden im Wesentlichen auf Grundlage der Fokusgruppendifkussionen und der standardisierten Befragung der Fachkräfte verschiedene Strukturmerkmale und Gelingensbedingungen identifiziert, die dazu beitragen, dass (v. a. lokale) Versorgungsnetzwerke für suchtbelastete Familien wirksam arbeiten können.

Politik und Verwaltung können auf Bundes- und Landesebene durch **Themensetzung und Förderinitiativen** zu erfolgreichem Netzwerkarbeiten beitragen. Hierunter sind verschiedene Dinge zu verstehen. Bspw. wurden die Themensetzung der Bundesdrogenbeauftragten a. D. Marlene Mortler, die Initiierung und Arbeit der interministeriellen AG KipKE oder die Fokussierung der Zielgruppe (psychisch und) suchtbelasteter Familien in den Koalitionsverträgen aktueller und zurückliegender Bundesregierungen als wichtige Meilensteine identifiziert. Nach wie vor ist das mangelnde Bewusstsein für die besondere Notwendigkeit einer strukturierten Zusammenarbeit ein Hauptgrund für das Scheitern von Bemühungen, nachhaltige Netzwerke aufzubauen. Die beschriebene hohe politische Aufhängung erleichtert dabei das Werben für Kooperationen mit anderen Akteurinnen und Akteuren vor Ort, aber auch die **Ansprache und Überzeugung kommunaler Entscheidungsträger**. Des Weiteren ist eine Unterstützung in Form von entsprechender **Budgetierung für den Aufbau und den Erhalt kommunaler Netzwerke** eine Forderung an die Bundes- und Landesebene. Die finanziellen Voraussetzungen der Kommunen sind sehr heterogen. Daher wäre es für einen flächendeckend vergleichbaren Aufbau von Versorgungsnetzwerken hilfreich, wenn Bund und Länder, einhergehend mit Vorgaben zur Implementierung von Versorgungsnetzwerken, auch gezielt Mittel bereitstellen würden, um die präventiv wirkenden Zusammenschlüsse zu fördern und nachhaltig zu ermöglichen.

Auf Ebene der Kommunen wird die entscheidende Aufgabe der Exekutive ebenfalls darin gesehen, politische Unterstützung zu gewährleisten. Dabei geht es zum einen um die ideelle Unterstützung im Sinne **politischer Bekenntnisse**, bspw. im Rat idealerweise formalisiert in Form eines Beschlusses. Das Erklären politischer Handlungsziele für einen Organisationsraum bietet Handlungsorientierung für Entscheidungsträger der zugeordneten Exekutivorgane in der Kommune (Jugendamt, Gesundheitsamt, Schulamt etc.) sowie Praxisakteurinnen und -akteure. Zum zweiten wurden konkrete Maßnahmen gefordert, die dazu beitragen, die **Ver-säulung des Hilfesystems zu überwinden**. Praktische Beispiele dafür sind die Entwicklung von **spezialisierten Angeboten**, wie bspw. Familienhilfeangeboten, die gemeinsam durch Träger verschiedener Leistungsbereiche konzipiert und umgesetzt und in die bestehende

Trägerlandschaft vor Ort integriert werden, um Familien mit einer Suchtbelastung besonders zu unterstützen. Eine weitere Maßnahme ist die **Initiierung einer Netzwerkkoordination/-stelle** analog zu der Systematik der Frühen Hilfen, welche Angebote aufeinander abstimmt, fachliche Beratung anbietet sowie Fallaustausch ermöglicht. Letzteres kann durch die **Etablierung von Austauschformaten** gelingen, aber nicht zuletzt durch das Hinwirken auf die Nutzung gemeinsamer Hilfeplanung. Insbesondere durch das BTHG sowie das neue Kinder- und Jugendstärkungsgesetz wurde der Stellenwert einer **gemeinsamen Teilhabe- bzw. Hilfeplanung** gestärkt und die multiprofessionelle Planung als regelhafter Standard vorgegeben. Inwieweit dieses umgesetzt wird, liegt letztlich an der Bereitschaft der Praxisakteurinnen und -akteure sowie der Unterstützung der örtlich zuständigen Exekutive, **tradierte lokale Handlungspraxen aufzubrechen** und eine Neuausrichtung vorzunehmen. Damit dieser Veränderungsprozess gelingen kann, geht es nicht zuletzt um sogenannte weiche Kategorien wie die Übernahme von Verantwortung für ein Thema, aber auch den **Mut zur Disruption überkommener, dysfunktionaler Strukturen**. An dieser Stelle sei der Hinweis erlaubt, dass im Rahmen der Fokusgruppen mehrfach angeführt wurde, dass dieser Mut insbesondere in Kommunen aufgebracht wird, in denen es zuvor öffentlichkeitswirksame Kinderschutzfälle (bspw. der Fall Kevin in Bremen) gegeben hat. Es wäre wünschenswert, wenn diese wichtigen Lernprozesse der öffentlichen Strukturen nicht innerhalb von Verwaltungsgrenzen verblieben, sondern gestärkt durch die neue Bundesgesetzgebung zur kooperativen Hilfeplanung und dem **multi-professionellen Kinderschutz** einen neuen Standard in der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Hilfesystemen befördern. Insbesondere die Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen birgt ein großes Potenzial für effektive Unterstützungsleistungen betroffener Familien und den wirksamen Schutz von Kindern. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass hier die Qualität der Zusammenarbeit von den Akteurinnen und Akteuren als überdurchschnittlich gut bewertet wird, der Umfang der Kooperation aber noch vergleichsweise gering ist. Auch im vertiefenden Forschungsmodul zu hochproblematischen Kinderschutzverläufen, das im Rahmen der Begleitforschung zum Dialogprozess „Mitreten – Mitgestalten: Die Zukunft der Kinder- und Jugendhilfe“ im Auftrag des BMFSFJ durchgeführt wurde (vgl. Feist-Ortmanns & Macsenaere, 2020), zeigte sich, dass Betroffene insbesondere eine gute Zusammenarbeit mit Akteurinnen und Akteuren aus dem Gesundheitswesen hervorgehoben haben; diese können also auch in schwierigen Kinderschutzfällen eine Vertrauensbrücke in das Hilfesystem bilden, wenn sie in den Versorgungsnetzwerken für belastete Familien verankert sind.

Des Weiteren wurde mit der **Neugestaltung des § 20 SGB VIII** eine gesetzliche Grundlage geschaffen, um **niedrigschwellige Angebote/Hilfestrukturen zur kurzfristigen Unterstützung für suchtbelastete Familien** zu ermöglichen. Die im Gesetz intendierte Konstruktion, welche den Beratungsstellen vor Ort (v. a. den Erziehungsberatungsstellen) eine mittelbare



und unmittelbare Leistungsträgerfunktion zuschreibt, die die Unterstützungsleistung entweder selbst erbringen oder andere Dienste mit der Versorgung der Familien beauftragen kann, hat durchaus ein Potenzial, die kommunale Zusammenarbeit von Trägern für die Zielgruppe zu stärken, insbesondere **Einzelfallhilfen besser mit sozialräumlichen Hilfestrukturen zu verbinden** und vor allem auch die Zugänglichkeit ins Hilfenetz zu vereinfachen. Bisher gibt es jedoch noch kaum Kommunen, die sich für die praktische Ausgestaltung dieser Konstruktionen als Beispiel heranziehen lassen. Hier kann mit Spannung erwartet werden, wie die Umsetzung gelingt und welche Praxismodelle sich durchsetzen. Insbesondere die notwendige Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfeplanung, Beratungsstellen und weiteren Diensten zur Leistungserbringung, bspw. der Familienpflege oder ehrenamtlichen Patenorganisationen, stellt aktuell eine große Herausforderung dar, bietet perspektivisch aber die Chance, ein wichtiger Knotenpunkt in den örtlichen Versorgungsnetzwerken zu werden. Auch die Verortung der Verantwortung für eine bedarfsgerechte Ausgestaltung und das fachliche Qualitätsmonitoring bei der Jugendhilfeplanung könnten wegweisend für die thematische Verankerung von Versorgungsnetzwerken für suchtbelastete Familien in der kommunalen Landschaft sein. Betrachtet man die Zahlen zur personellen Ausstattung der Jugendhilfeplanung, die das ISA Münster (2010) bereitstellt, wird jedoch deutlich, dass die Jugendhilfeplanung sich dieser Aufgabe nur sachgerecht annehmen kann, wenn deren Ressourcen bedarfsgerecht aufgestockt werden.

Weiterhin konnten einige legislative Regelungsbereiche herausgearbeitet werden, die zu einem Gelingen der Netzwerke beitragen würden. Zusammenarbeit kostet (Arbeits-)Zeit. Dies ist in der Regel in den Kostensätzen nicht ausreichend refinanziert. Insbesondere Mitarbeitenden des medizinischen Systems fehlt laut eigenen Aussagen die Refinanzierung der Beteiligung an Netzwerkarbeit. Hier müssen Möglichkeiten zur **Abrechnung geschaffen werden, die bspw. Verweisberatung finanziell geltend** machen.

Eine Empfehlung der AG KipkE beinhaltet die Schaffung von gesetzlichen Regelungen im Rahmen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung, die **SGB-übergreifende einheitliche Komplexeleistungen mit auf Landesebene vertraglich definierten Finanzierungsbeteiligungen der zuständigen Leistungsträger** ermöglichen. Diese Notwendigkeit konnte als kritischer Punkt auf Fachkräfteebene bestätigt werden. Der gesetzliche Rahmen und Zuständigkeitsfragen dürfen nicht die Entwicklung wirksamer Leistungskonzepte verhindern.

Auf Ebene der Träger und Leistungserbringer, die sich an der Arbeit mit suchtbelasteten Familien beteiligen, wurden ebenfalls erfolgskritische strukturelle und prozessuale Faktoren für das Gelingen von Zusammenarbeit identifiziert. In diesem Zusammenhang wird die Klärung folgender Fragestellungen an das lokale Netzwerk als notwendige Voraussetzung für eine gelingende Zusammenarbeit erachtet: Wer hat welche Aufgabe und Zuständigkeit im Netzwerk? Wie verhalten sich die Beteiligten in welcher Situation? Die Antworten auf diese Fragen sind

eng miteinander verknüpft und beinhalten diverse Unterfragestellungen, die zuvor dargestellt wurden. Entscheidend ist jedoch, wie es gelingen kann, dass die Beteiligten eine **gemeinsam getragene Handlungsorientierung erlangen**, Kompetenzen und Zuständigkeiten ausloten und dabei auch Aspekte wie Konkurrenz und inhaltlichen Dissens nicht aussparen. Es wurde deutlich, dass Zusammenarbeit nur funktionieren kann, wenn alle einbezogenen Strukturen im Rahmen der Ausgestaltung beteiligt werden und dadurch auch die Vorteile der Mitwirkung an der Kooperation bewerten.

Auf die Frage, welcher Weg zum Erreichen dieses Ziels am besten geeignet ist, lässt sich keine eindeutige Antwort geben. Jedoch lassen sich Indizien und Hinweise finden, die zu einem Gelingen beitragen können. Ein Schlüsselfaktor hierbei kann die zuvor erwähnte kooperative Hilfeplanung sein. Es braucht aber auch **über die Hilfeplanung hinaus Austauschräume und -formate**, um gemeinsam regelhaft Antworten auf die angesprochenen Fragen entwickeln zu können, sich kennenzulernen und Vertrauensbrücken zwischen verschiedenen Professionen zu schlagen. Damit diese Zusammenkünfte angeboten und organisiert werden, braucht es Personen/Strukturen/Stellen, die Verantwortung für die Organisation des Austausches, das lokale Wissensmanagement und die Öffentlichkeitsarbeit des Netzwerkes übernehmen. Die Prävalenz ist so drastisch, dass bundesweit verbindliche Strukturen analog zum Netzwerk Frühe Hilfen geboten erscheinen.

Eine gute Ergänzung zu den Austauschformaten sind ebenfalls **gemeinsame Qualifizierungsformate**, die wechselseitig durchgeführt werden und so Kenntnisse der jeweiligen Professionen steigern. Es wurde deutlich, dass die Fachbereiche enorme Qualifizierungsbedarfe hinsichtlich der anderen Professionen konstatieren. Wenngleich es wichtig ist, dass nicht „alle alles“ beherrschen müssen, scheint ein Grundlagenverständnis der verschiedenen Handlungslogiken und Denkweisen unabdingbar.

Gegenstand dieser Evaluation war es nicht, Aussagen zu konkreten pädagogischen Interventionen treffen zu können, spezifische Methoden und fachliche Ansätze wurden nicht systematisch und vertiefend erforscht. Der Fokus lag eher darauf, Themenfelder für Qualifizierung aus Perspektive der Praktikerinnen und Praktiker zu identifizieren. In welchen fachlichen Ansatz diese Themen auf welche Weise integriert werden, ist ein Gegenstand, zu dem weitere Forschung wünschenswert wäre. Letztlich muss eine Zielsetzung der handelnden Akteurinnen und Akteure neben dem Einsatz für den Strukturausbau sein, auch hier fachliche Standards zu definieren und damit den Weg in die grundständige Ausbildung von pädagogischen und therapeutischen Fachkräften aller Couleur zu finden. Es ist also auch in Forschung und Lehre von großer Bedeutung, dass die Versorgung suchtbelasteter Familien stärker in den Fokus genommen wird.

Immer wieder wurde das Fehlen von Ressourcen als Problem für die Beteiligung an Netzwerkstrukturen benannt. Dieses Argument ist nicht von der Hand zu weisen, jedoch wurde auch deutlich, dass **abgestimmtes Handeln und klare Zuständigkeiten** auch für Entlastung im Arbeitsalltag sorgen können.

Nach dem Blick auf die Strukturebene für den Aufbau von effektiven Netzwerken werden im Folgenden die Ergebnisse zur Ausgestaltung und den Wirkungen kooperativer Hilfen in den Blick genommen.

Die Angebotsstruktur sollte entsprechend der Bedarfe der Familien ausgestaltet sein. Da die Erkrankung das gesamte Familiensystem betrifft, ist es wichtig, **spezifische Angebote** vorzuhalten, die sich an die Familienmitglieder im Einzelnen (also an junge Menschen, Erziehungsberechtigte und Angehörige) richten, aber auch das Familiensystem im Gesamten miteinzu beziehen. Sehr deutlich wird dieser Umstand im Rahmen stationärer Hilfen, in denen Kinder in der Regel nur als Begleitkinder mitgeführt werden können und keine spezifische pädagogische Arbeit mit den Kindern refinanziert wird. Es gibt in der Bundesrepublik mittlerweile einige Angebote, denen es über kreative Lösungen und Vereinbarungen gelungen ist, bspw. Heilpädagogische Arbeit mit den Kindern parallel zur elterlichen Entwöhnungsbehandlung zu refinanzieren. Weiterhin gibt es hier aber enorme strukturelle Defizite und Ausbaumöglichkeiten.

Es konnte gezeigt werden, dass die untersuchten kooperativen bzw. spezialisierten Hilfen stark positive Effekte bei jungen Menschen und Eltern erzielen und insbesondere die Dimensionen des Familiensystems stärken. Dabei wurde deutlich, dass die Hilfen insbesondere die **Psychische Integrität und Resilienz** stärken. Auch wenn im zeitlichen Rahmen und Umfang dieser Studie nicht gezeigt werden konnte, inwieweit die Stärkung zu einer Reduktion des Risikos führt, selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln, kann vor dem Hintergrund des Transmissionsrisikos zumindest geschlossen werden, dass durch die Hilfen **die zentrale Zieldimension der Resilienzförderung** erreicht wird. Neben der Resilienz nehmen auf individueller Ebene die **Lebenszufriedenheit** und der Bereich des **Freizeiterlebens und der Erholung** am stärksten zu. Diese Aussagen werden auch durch die Interviews gestützt, die die entlastende Dimension von Hilfsangeboten als einen wichtigen Faktor herausstellen.

Mit Blick auf das gemeinsame Leben der Familie verbessert sich vor allem das **familiäre Zusammenleben** durch die Hilfen. Diese Dimension sticht gegenüber allen anderen Dimensionen, aber auch gegenüber den Vergleichsgruppen am deutlichsten hervor. Ein zentrales Thema im Rahmen der Versorgung suchtbelasteter Familien betreffen **Kinderschutzfragestellungen**. Es wurde deutlich, dass der Umgang mit elterlicher Suchterkrankung hinsichtlich der Sicherstellung des Kinderschutzes ein diffiziler Gegenstand ist, der nach Ansicht der Fachkräfte viel Klärung bedarf, bspw. über Eingriffsschwellen, Umgang mit elterlichem Konsum und weiteren Fragestellungen, um eine gemeinsam getragene Handlungsorientierung für die

verschiedenen Institutionen zu schaffen. Durch die Änderungen in § 4 KKG, der den Einbezug von sog. Berufsgeheimnisträgerinnen bzw. -trägern regelt, sowie die korrespondierenden Änderungen in § 8a SGB VIII wurde mehr Handlungssicherheit für den **multiprofessionellen Kinderschutz** geschaffen. Außerdem wurde ermöglicht, dass auch die Fachkräfte im Gesundheitswesen durch eine verbindliche Rückmeldung im Falle der Meldung gewichtiger Anhaltspunkte für eine Gefährdungslage mehr Verantwortung im Kinderschutz übernehmen und ihre Expertise in die Einschätzung von Gefährdungslagen einfließen lassen können. Dies erscheint insbesondere geboten und unabdingbar, wenn eine Erkrankung die Ursache für eine Gefährdungslage setzt. Hinsichtlich der Wirksamkeit der kooperativen Hilfen im Projekt konnte gezeigt werden, dass diese sich ebenfalls deutlich positiv auf die Dimension **Schutz und Versorgung**, damit also vermutlich **präventiv** auf Kinderschutzfragen auswirken.

Analog zu den Kindern wirken die Hilfen bei den Eltern, wenngleich in einem geringeren Ausmaß hinsichtlich der psychischen Integrität und Resilienz der Eltern sowie hinsichtlich der Kommunikationsfähigkeit.

Die hier zusammengefassten Wirkungen sind sowohl alleinstehend als auch im Kontrast zu den beiden Vergleichsgruppen sehr deutlich positiv zu beschreiben und sprechen somit empirisch fundiert für den flächendeckenden Ausbau spezialisierter Hilfen als Teil der Regelversorgung. Ebenfalls wird deutlich, dass die Hilfen durch die Adressatinnen und Adressaten deutlich positiv beschrieben werden. So geht aus den Darstellungen hervor, dass die jungen Menschen selbst in den meisten Bereichen die Auswirkungen der Hilfen als stark positiv bewerten. Hervorzuheben ist, dass insbesondere die **Frühzeitigkeit der Hilfen** und die **Hilfedauer** Aspekte sind, die positiv mit der Auswirkung der Hilfen korrelieren, was die Bedeutung regelhafter Versorgungsstrukturen im Gegensatz zu modellhaften Strukturen verdeutlicht.

Abschließend werden die Wirkfaktoren der untersuchten Hilfen in den Fokus der Betrachtung gerückt, die zentrale Hinweise darauf geben, welche Stellschrauben bei der Ausgestaltung von Angeboten in den Fokus genommen werden sollten:

Hinsichtlich der Hilfestrukturen wurde deutlich, dass Angebote, die besonders **niedrigschwellige Zugangswege** vorhalten, gute Wirkungen erzielen. **Zugänge und Öffentlichkeitsarbeit** über **offene Strukturen** sowie zugänglichkeitsfördernde Maßnahmen, wie Hol- und Bringdienste oder eine gute sozialräumliche Einbettung, tragen hier besonders zum Erfolg der Hilfe bei. Kooperation zählt sich auch innerhalb der Angebote aus: Zwei weitere zentrale Wirkfaktoren betreffen das Spektrum der angebotenen Methoden und beteiligten Professionen. So waren zum einen der gegenseitige Fallaustausch unter Beteiligung verschiedener Professionen als auch die Fallarbeit mit mehr als einer Fachkraft deutliche Wirkfaktoren. Deutlich wurde hier, dass insbesondere das Vorhalten von medizinischem Personal einen positiven Effekt auf die elterlichen Lebensbereiche hatte.

Aber auch die Bedeutung von **Kooperation nach außen** konnte als Wirkfaktor bestätigt werden. Zum einen hinsichtlich der Erreichung der Zielgruppe, aber auch hinsichtlich der Auswirkung gemeinsamer **koordinierter Fallarbeit**. Neben den Kernbereichen der Suchthilfe, (v. a. öffentlicher) Jugendhilfe und der medizinischen Versorgung korrelierte hier die Qualität der Zusammenarbeit mit den Bereichen **Schule und Kita, den Frühen Hilfen sowie der Selbsthilfe** positiv mit dem Hilfeerfolg. Vor allem die Selbsthilfe ist ein Bereich, der sich als sehr förderlich für die Wirksamkeit der Hilfe darstellt, bisher aber vergleichsweise wenig im Zentrum von Kooperationsbemühungen stand. Selbsthilfegruppen repräsentieren in der Regel Schutzräume, in denen weitestgehend frei von Stigmatisierung und vertraulich über die eigene Erkrankung oder die der Angehörigen gesprochen werden kann. In den Interviews mit den Elternteilen wurde immer wieder deutlich, dass der Zugang in weitere Hilfen nur aus Settings erfolgen kann, in denen sich die angesprochenen Personen angenommen und aufgehoben fühlen. Entsprechend sollten die Selbsthilfegruppen gerade hinsichtlich der Erreichbarkeit der Eltern in den Blick genommen werden. Ähnliches gilt für den Zugang über das Gesundheitssystem, wo ein ähnliches Vertrauensverhältnis der Betroffenen zu den (medizinischen) Fachkräften besteht.

Häufig bestehen neben den Suchterkrankungen weitere Gegebenheiten, die den Hilfeerfolg beeinflussen können. Dazu zählen bspw. Komorbiditäten, wie begleitende psychische Erkrankungen, aber auch soziale Problemlagen, die sich aus der Suchterkrankung ergeben haben. Hierzu gehören insbesondere Schuldenlasten und damit einhergehende Bedrohungen wie Inhaftierung, drohender Wohnungsverlust etc. sowie zusätzlich schlicht finanzielle und materielle Armut. Aber auch sprachliche Barrieren zwischen Hilfesuchenden und Beratenden können ein Hindernis sein. Die untersuchten Hilfsangebote, die für die beschriebenen Problemlagen ergänzend zu den regulären Arbeitsschwerpunkten **spezifische Unterstützung** anboten, erzielen ebenfalls höhere Hilfeerfolge. An dieser Stelle zeigt sich, dass es sinnvoll ist, die ergänzenden Problemlagen der Zielgruppe in der Implementierung von Versorgungsnetzwerken und in der Leistungserbringung zu berücksichtigen, um gezielt die Problemlast lindern und wirksame, ganzheitliche Unterstützung leisten zu können.

Durch die vorliegende Forschung konnte nachgewiesen werden, dass **spezialisierte und kooperative Hilfeleistungen für suchtbelastete Familien wirksam sind**, und zwar deutlich mehr als nichtspezialisierte Jugendhilfeleistungen innerhalb der Regelversorgung. Dies gilt insbesondere für Hilfeleistungen, an denen Fachkräfte des medizinischen Systems und der Suchthilfe beteiligt sind. Sowohl die Gesundheit als auch die Lebenssituation der Eltern mit Suchtproblematik verbessern sich deutlich; die größten Effekte werden aber im Hinblick auf das Wohlbefinden, die Resilienz sowie Schutz und Versorgung der Kinder im betroffenen Familiensystem erreicht und das Zusammenleben in der Familie stabilisiert. Vor diesem Hintergrund lässt sich empirisch fundiert konstatieren, dass der flächendeckende Ausbau

spezialisierten und kooperativen Versorgungsnetzwerke für suchtbelastete Familien zum einen ethisch und fachlich geboten ist, um bedarfsgerechte Hilfen leisten und Kinder wirksam schützen zu können, zum anderen aber auch **aus einer volkswirtschaftlichen Perspektive sinnvoll** ist. Durch die effektive Förderung der körperlichen und psychischen Integrität der jungen Menschen kann von einer Senkung des Transmissionsrisikos ausgegangen werden und die nachweislichen Verbesserungen in den Bereichen Schutz und Versorgung sowie im familiären Zusammenleben tragen dazu bei, eine **Herausnahme der Kinder aus dem familiären System zu vermeiden**. Auch wenn der Auf- und Ausbau von Versorgungsnetzwerken für die Zielgruppe nicht kostenneutral zu bewerkstelligen sein wird, sind hier auch auf kommunaler Ebene **deutliche Einsparungen** durch wirksame bedarfsgerechte Hilfen im präventiven Bereich im Vergleich möglich.

Im Sinne der Zielgruppe ist nun eine **Umsetzung der Forschungsergebnisse in einen gelingenden Praxistransfer** geboten. Die Ergebnisse bilden, zusammen mit den Empfehlungen der AG KipkE und den zu begrüßenden Gesetzesänderungen durch das Kinder- und Jugendstärkungsgesetz, eine einzigartige Chance, einen Paradigmenwechsel in den Hilfen für suchtbelastete Familien herbeizuführen und von einer Landschaft mit Leuchttürmen den Change zu einer flächendeckenden spezialisierten und kooperativen Regelversorgung zu vollziehen. Hierfür braucht es den politischen Willen, eine agile Verwaltung, engagierte Praxisakteurinnen und -akteure sowie den Einbezug der Betroffenen selbst als Expertinnen und Experten für ihre Situation.

Um diesen Praxistransfer zu fördern, werden die Forschungsergebnisse für die Anwendung in der Praxis aufbereitet und in Form eines Handlungsleitfadens für die Implementierung von Versorgungsnetzwerken sowie eines Praxismanuals für die kooperative, spezialisierte Leistungserbringung veröffentlicht. Der Handlungsleitfaden richtet sich vorrangig an die öffentliche Verwaltung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene und widmet sich den Strukturbedingungen von Versorgungsnetzwerken. Das Praxismanual richtet sich an Leistungserbringer und soll diese in der kooperativen und spezialisierten Weiterentwicklung ihrer Hilfeleistungen für suchtbelastete Familien unterstützen.

Die Verwertung der Ergebnisse der Studie für eine Weiterentwicklung der Praxis ist ein besonderes Anliegen unseres Instituts und aller beteiligten Projektmitarbeitenden. Wir danken insbesondere dem Projektbeirat aus engagierten und fachlich versierten Vertreterinnen und Vertretern aus Praxis, Verwaltung, Verbänden und Forschung, ohne deren herausragende Expertise und Unterstützung über den gesamten Projektverlauf die fachliche, politische und strategische Bewertung der vorliegenden Ergebnisse nicht in der dargestellten Form denkbar gewesen wäre.

## 7. Literaturverzeichnis

- AFET – Bundesverband für Erziehungshilfe e. V. (2020). *Abschlussbericht Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern*. Verfügbar unter <https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2020/02/Abschlussbericht-der-AG-Kinder-psychisch-krank-Eltern.pdf>
- Albus, S. (2015). Welche Wirkung zählt? *Forum Jugendhilfe*, 3, 19–25.
- Arenz-Greiving, I. & Kober, M. (2007). *Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern. Metastudie*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- 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.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6 Aufl.). Berlin: Springer.
- Bundesagentur für Arbeit (2021). *Hartz IV: Anteil der Kinder unter 18 Jahren in Bedarfsgemeinschaften mit SGB-II-Bezug an allen Kindern in Deutschland nach Bundesländern im Juni 2021*. Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/218386/umfrage/hartz-iv-kinder-in-bedarfsgemeinschaften-in-deutschland-nach-bundeslaendern>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] (2013). *14. Kinder- und Jugendbericht*. Berlin: BMFSFJ.
- Chen, S.Y., Feng, Z. & Yi, X. (2017). A general introduction to adjustment for multiple comparisons. *Journal of thoracic disease*, 9 (6), 1725–1729. Verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5506159/>
- DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e. V. (2016). *Standards für Evaluation. Erste Revision auf Basis der Fassung 2002*. Mainz: DeGEval. 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 (1), 35–42.
- Feist-Ortmanns, M. & Macsenaere, M. (2020). *Ergebnisbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Dialogprozess „Mitreden – Mitgestalten: Die Zukunft der Kinder- und Jugendhilfe“*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Referat Öffentlichkeitsarbeit.

- 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. Verfügbar unter [http://komsd.de/fileadmin/uploads/komsd/wojh\\_schriften\\_heft\\_10.pdf](http://komsd.de/fileadmin/uploads/komsd/wojh_schriften_heft_10.pdf)
- Klein, M. (2018). Im Dunkelfeld von Versorgung, Bildung und Qualifizierung? Kinder von Suchtkranken. *Sozial Extra*, 01, 31–35.
- Klein, M., Ferrari, T., Kürschner, K. (2003). *Kinder unbehandelter suchtkranker Eltern - Eine Situationsanalyse und mögliche Hilfen*. Köln: Unveröffentlichter Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Klein, M., Moesgen, D., Bröning, S. & Thomasius, R. (2013). *Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken. Das „Trampolin“-Programm*. Göttingen: Hogrefe.
- Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, Bella Donna (Hrsg.). (2015). *Arbeitshilfe – Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und medizinischer Versorgung*. Verfügbar unter [https://www.belladonna-essen.de/fileadmin/user\\_upload/documents/Publikationen/Arbeitshilfe\\_Entwicklung\\_einer\\_Kooperationsvereinbarung.pdf](https://www.belladonna-essen.de/fileadmin/user_upload/documents/Publikationen/Arbeitshilfe_Entwicklung_einer_Kooperationsvereinbarung.pdf)
- Macsenaere, M. & Esser, K. (2015). *Was wirkt in der Erziehungshilfe? Wirkfaktoren in Heimerziehung und anderen Hilfearten* (2. aktualisierte Aufl.). München: Reinhardt.
- Macsenaere, M. & Knab, E. (2004). *Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS). Eine Einführung in Theorie und Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Macsenaere, M., Paries, G. & Arnold, J. (2009). *EST! Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen – Abschlussbericht*. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. Verfügbar unter <https://www.blja.bayern.de/imperia/md/content/blvf/bayerlandesjugendamt/familie/abschlussbericht.pdf>
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz Pädagogik.
- 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.
- Münder, J., Mutke, B. & Schone, R. (2000). *Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren*. Münster: Votum.



- Otto, H.-U. & Ziegler, H. (Hrsg.). (2010). *Capabilities - Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S. & Jakob, L. (2013). *Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends. Drogensituation 2012/2013*. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.
- 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. 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.
- Sen, A. & Nussbaum, M. (Hrsg.). (1993). *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press.
- Vossler, A. (2003). *Perspektiven der Erziehungsberatung. Kompetenzförderung aus Sicht von Jugendlichen, Eltern und Beratern*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Walsh, C., MacMillan, H. & Jamieson, E. (2002). The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings from the Ontario health supplement. *Child Abuse & Neglect* 26 (1), 11–22.