

Abschlussbericht für die Friede Springer Stiftung

Fördervertrag: Nr. 156-09/2013

(Förderzeitraum: 01.07.2014 bis 30.06.2018)

Projekt: Evaluation eines interdisziplinären Curriculums im Versorgungsnetz Jugendhilfeträger, Jugendamt und Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Dresden (VJU Dresden-Curriculum)

Alle Formulierungen beziehen sich ausdrücklich immer auf Frauen und Männer gleichermaßen. Mit dem Begriff „Kinder“ sind sowohl Kinder als auch Jugendliche gemeint und schließt die gesamte, betrachtete Altersgruppe (6-18 Jahre) mit ein.

1. Projektanliegen und Design

Die Jugendhilfeträger, das Jugendamt (JA) und die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJP) der Technischen Universität Dresden sehen seit langem in einer gemeinsamen und engen Zusammenarbeit die einzige Möglichkeit, eine optimale psychosoziale Entwicklung, Erziehung und Förderung von Kindern mit psychischen Störungen in der (stationären) Jugendhilfe (JH) zu gewährleisten. Aus diesem Grund besteht eine intensive Kooperation zwischen JH-Trägern, dem JA und der KJP Dresden: das innovative „Versorgungsnetz Jugendhilfeträger, Jugendamt und Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dresden (VJU Dresden)“ (Abbildung 1).

Als übergeordnetes Ziel des VJU Dresden werden die Umsetzung und Effekte der sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern mit komplexem psychosozialen Hilfebedarf im Gesamten wie auch für verschiedene Kooperationsbausteine evaluiert (vgl. Mack et al., 2017). Dies ist dringend notwendig, da die Fraktionierung der Hilfsangebote durch unterschiedliche Leistungserbringer und Kostenträger zu ineffizienter Ressourcennutzung bis hin zu vermeidbarer Chronifizierung psychischer Störungen bei Kindern führt (Fegert & Besier, 2009; Schmid, 2007; Schomaker, 2009; Scott, Knapp, Henderson, & Maughan, 2001).

Da gerade das VJU Dresden-Curriculum (siehe Kap. 2.) ein lange gefordertes, innovatives und erstmals angewandtes Element des Versorgungsnetzes darstellt, sollte analysiert werden, welche Effekte es erzielt. Dabei galt es einerseits, das VJU Dresden-Curriculum durch die teilnehmenden Mitarbeiter evaluieren zu lassen, andererseits die psychosoziale Entwicklung von Kindern, die in teilnehmenden stationären JH-Einrichtungen leben, über die Zeit zu erheben und eventuelle Einflüsse des Curriculums zu erfassen.

Im Folgenden wird zunächst auf das VJU Dresden-Curriculum an sich (Kap. 2), dessen Evaluierung (Kap. 0) und im Anschluss auf die Befragung der Kinder, Eltern und Bezugsbetreuer (Kap. 5) eingegangen.

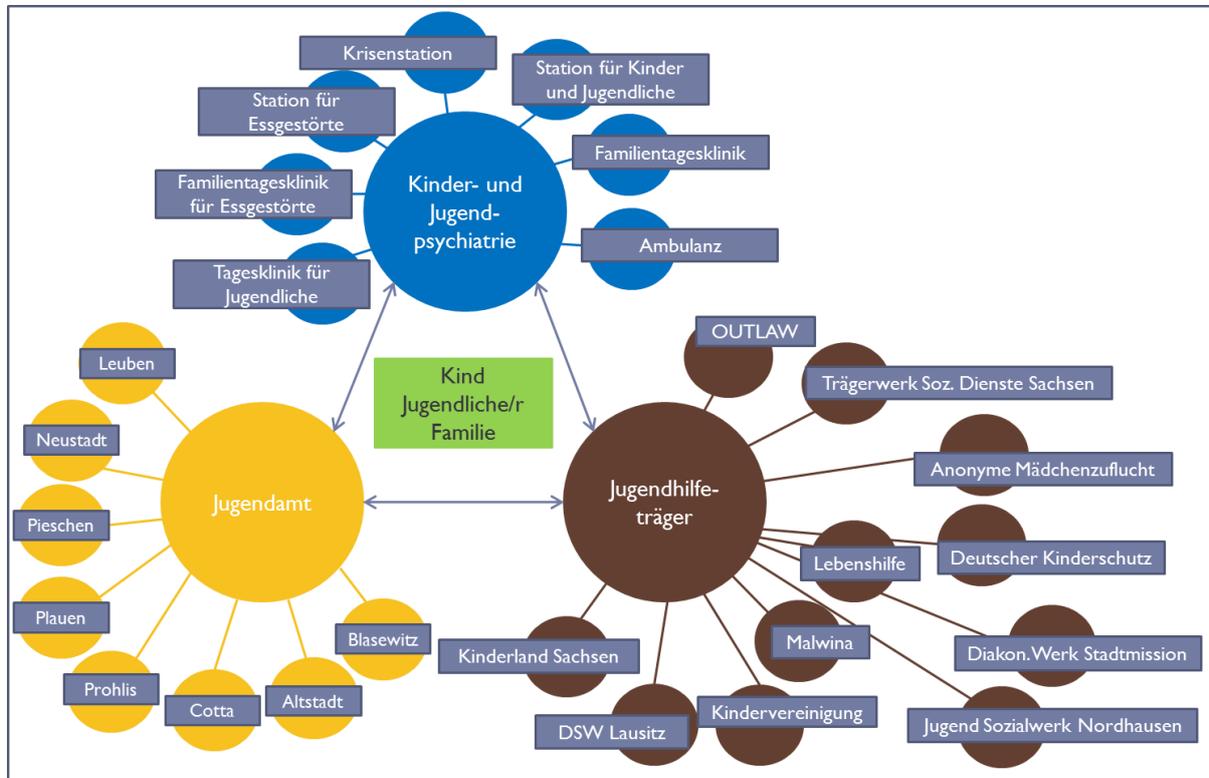


Abbildung 1. Versorgungsnetz Jugendamt, Jugendhilfeträger und Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dresden (VJU Dresden)

2. VJU Dresden-Curriculum

Ziel des interdisziplinären Curriculums war es, die Zusammenarbeit und das Wissen zwischen stationärer JH und KJP zu verbessern. Der Schwerpunkt lag auf der Vermittlung kinder- und jugendpsychiatrischen Wissens an die Mitarbeiter der stationären JH, um diese im Alltag und in Krisensituationen zu befähigen, besser mit Verhaltensbesonderheiten bis hin zu psychiatrischen Störungen von Kindern umgehen zu können. Zudem galt es, Wissen über Alltag, Möglichkeiten und Grenzen der (stationären) JH an KJP-Mitarbeiter weiterzugeben. Die Wissensvermittlung fand anhand von Seminaren statt (siehe Tabelle 1; Anhang A). Zusätzlich wurden in gemeinsamen Terminen (*Fallbesprechung*) konkrete Fälle von Kindern an der Schnittstelle von stationärer JH und KJP anonym besprochen sowie fallunabhängige Schnittstellenthemen diskutiert, um gemeinsame professionelle Handlungsmöglichkeiten zu finden.

Tabelle 1. Monatlicher Umfang des VJU Dresden-Curriculum

Bausteine	Zeit/ Umfang
Lehrveranstaltung der KJP für Mitarbeiter der stationären JH sowie des JA	2x pro Monat Mittwochs 8:00 – 12:30 Uhr Veranstaltungsort: Hygienemuseum Dresden
Lehrveranstaltung der JH für Mitarbeiter der KJP	1x pro Monat Mittwochs 9:00 – 11:00 Uhr Veranstaltungsort: Uniklinikum Dresden, Haus 25, Gruppentherapieaum der Station 4 (KJP)
Anonyme Fallbesprechung (für Mitarbeiter der stationären JH, JA und KJP, begrenzt auf n=20 TN)	1x pro Monat Mittwochs 8:00 – 11:00 Uhr Veranstaltungsort: Hygienemuseum Dresden

Abbildung 2 stellt das durchgeführte Projektdesign dar. Dabei wurden die teilnehmenden stationären JH-Einrichtungen zwei Gruppen randomisiert zugewiesen und das VJU Dresden-Curriculum zweimal durchgeführt: Die Mitarbeiter der Gruppe 1 nahmen am ersten Durchgang des Curriculums teil; die sich zunächst in der Wartegruppe befindenden Mitarbeiter (Gruppe 2) partizipierten dann am zweiten Durchgang des Curriculums. Die thematische sowie zeitliche Gestaltung war in beiden Durchgängen gleich.

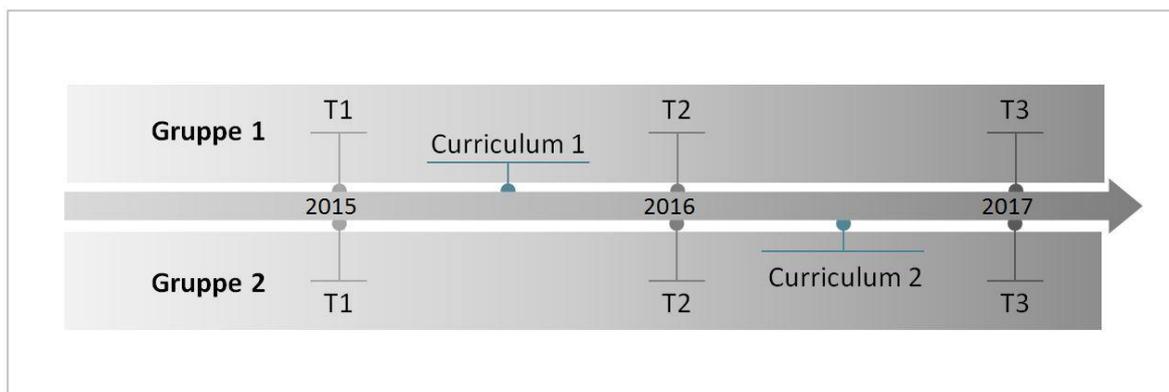


Abbildung 2. Grafische Darstellung des Projektdesigns VJU Dresden-Curriculum. (Anmerkung: T1-T3=Erhebungszeitpunkte in den stationären JH-Einrichtungen)

Zeitraum Durchgang 1: Aug. 2015 bis Jan. 2016

Zeitraum Durchgang 2: Aug. 2016 bis Jan. 2017

Jeweiliger Stundenumfang: insgesamt 78h, verteilt auf wöchentliche Termine über sechs Monate, eine Themenliste (exemplarisch für den zweiten Durchgang) findet sich im Anhang (S. I).

Referenten: Mitarbeiter der stationären JH, JA und KJP

Teilnehmer: Mitarbeiter der stationären JH und KJP

Im Verlauf wurden zusätzlich zu drei Zeitpunkten (T1-T3; vor dem ersten Durchgang des VJU Dresden-Curriculums, nach dem ersten und damit vor dem zweiten Durchgang sowie nach dem zweiten Durchgang) umfangreiche Parameter zur Erfassung der psychosozialen Entwicklung der Kinder in den stationären JH-Einrichtungen durch verschiedene Beurteiler (Kind selbst, Kindeseltern und Bezugsbetreuer in der stationären JH-Einrichtung; vgl. Tabelle 4) erhoben (siehe Kap. 5).

3. Kooperation mit den am Projekt beteiligten, stationären JH-Trägern

Am Projekt waren elf freie JH-Träger, die stationäre JH-Einrichtungen unterhalten, beteiligt mit insgesamt n=41 stationären JH-Einrichtungen. Dabei waren die konzeptuellen Ausrichtungen der stationären JH-Einrichtungen unterschiedlich (z. B. Intensivwohngruppen, heilpädagogischen Wohngruppen, Jugendwohngruppen, Geschwisterwohnen). Um mit allen Beteiligten gut im Austausch bleiben zu können, hatten wir einerseits einen Ansprechpartner pro JH-Träger sowie einen Verantwortlichen pro stationäre JH-Einrichtung.

Begleitend zur Durchführung des Projektes (VJU Dresden-Curriculum und Befragung der Kinder und Bezugsbetreuer) fanden circa alle sechs Monate „Träger-Treffen“ zwischen Vertretern der beteiligten, stationären JH-Träger und des Projektteams statt. Inhalte der Treffen waren:

- Feinabstimmungen für die Umsetzung der einzelnen Bausteine des Projektes,
- Rückmeldungen von Zwischenergebnissen aus dem Projekt,
- Klärung offener Fragen,
- Austausch zu Abläufen in den stationären JH-Einrichtungen und der KJP.

Zudem wurden die Treffen genutzt um inhaltliche Fortschreibungen nach Ende der Projektlaufzeit zu treffen.

Zu Beginn des Projektes, und vor Beginn der Erhebungen, waren wir zudem in jeder einzelnen stationären JH-Einrichtung, um das Team und das Projekt bei den Mitarbeitern als auch bei den zu diesem Zeitpunkt dort wohnenden Kindern vorzustellen. Dazu brachten wir schriftliche Informationsmaterialien mit. Jeweils direkt nach den Erhebungen fand zudem bei jedem einzelnen JH-Träger eine Rückmeldung der Ergebnisse statt.

Parallel zu dem von der Friede-Springer-Stiftung geförderten Projekt fand eine Überarbeitung der bestehenden Kooperationsvereinbarung zwischen JA Dresden und der KJP Dresden statt. Ebenfalls mit dem Ziel weitere Prozesse zur Förderungen von Kindern und ihren Familien zu optimieren. Da das JA

Dresden auch „Auftrag- und Geldgeber“ der (stationären) JH ist, wurden diese in der Überarbeitung mit bedacht.

Knackpunkte im Austausch, sowohl mit der stationären JH als auch mit dem JA Dresden, waren insbesondere die stationäre Akut- und Krisenbehandlungen von Kindern aus JH-Einrichtungen sowie dem Kinder- und Jugendnotdienst des JA Dresden in der KJP und der gegenseitige Einbezug und Informationsfluss zwischen JH und KJP.

In den regelmäßigen Träger-Treffen, Fallbesprechungen im Rahmen des VJU Dresden-Curriculums sowie in den Überarbeitungstreffen mit dem JA konnte insbesondere der Punkt „stationäre Akut- und Krisenbehandlung in der KJP“ zufriedenstellend aufgearbeitet werden. Es wurde deutlich, dass beide Institutionen (KJP und stationäre JH) organisatorischen, rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen unterliegen, die auch perspektivisch einen völlig reibungslosen Umgang schwer machen. Jedoch konnte durch den Austausch das gegenseitige Verständnis für die jeweiligen Rahmenbedingungen geschaffen und somit Vorbehalte und Vorurteile abgebaut werden. Auch wurden Absprachen getroffen, die den Informationsfluss insbesondere in einer akuten Situation verbessert. Zum Beispiel, dass aus einer stationären JH-Einrichtung heraus das Kind nicht unbegleitet mit dem Notarzt zur KJP gefahren wird, sondern eine Begleitperson mitfährt. Sollte dies aus personellen Gründen nicht möglich sein (z.B. nachts befindet sich meist nur ein Betreuer in einer stationären JH-Einrichtung und kann die verbleibenden Kinder nicht in der Einrichtung allein lassen), so sollte zumindest eine telefonische Übergabe erfolgen. Bestenfalls sollte dann ein „Springer“ (ein Mitarbeiter in Rufbereitschaft) geschickt werden.

4. Evaluation des VJU Dresden-Curriculums

Methode

Stichprobe

Die Stichprobe setzte sich zusammen aus Mitarbeitern der stationären JH, des JA und der KJP Dresden, die an Veranstaltungen des VJU Dresden-Curriculum teilgenommen haben. Jeder Teilnehmer besuchte ausschließlich Veranstaltungen eines der beiden Durchgänge.

Am ersten Durchgang des Curriculums nahmen insgesamt $n=82$ Mitarbeiter der JH teil, 43.0% ($n=36$) waren an mehr als sechs Veranstaltungen anwesend (von möglichen 12 Seminaren und 6 Fallbesprechungen). Des Weiteren nahmen am ersten Durchgang des Curriculums $n=21$ Mitarbeiter der KJP teil, 57.0% ($n=12$) waren an mehr als drei Veranstaltungen anwesend (von möglichen 6 Seminaren und 6 Fallbesprechungen).

Am zweiten Durchgang des Curriculums nahmen insgesamt $n=126$ Mitarbeiter der JH, 17.0% ($n=21$) waren an mehr als sechs Veranstaltungen anwesend (von möglichen 12 Seminaren und 6 Fallbesprechungen). Des Weiteren nahmen am zweiten Durchgang des Curriculums $n=15$ Mitarbeiter der KJP teil, 60.0% ($n=9$) waren an mehr als drei Veranstaltungen anwesend (von möglichen 6 Seminaren und 6 Fallbesprechungen). Im zweiten Durchgang fand damit deutlich mehr Teilnehmerfluktuation statt, was in den Analysen berücksichtigt wurde.

Messinstrumente

Um beide Durchgänge des VJU Dresden-Curriculums und deren einzelne Veranstaltungen zu evaluieren, wurden verschiedene Evaluationsfragebögen (auf Grundlage von (Groen & Jörns-Presentati, 2015; Pöhlmann & Brunstein, 1997) entwickelt.

Anhand des *Prä-Evaluationsbogen* (31 Items) wurden jeweils vor der ersten Veranstaltung stationäre JH- und KJP-Mitarbeiter zur eigenen Person, beruflichen Situation sowie zur interdisziplinären Zusammenarbeit von stationärer JH und KJP befragt.

Für die Evaluation der einzelnen Veranstaltungen wurde der *Evaluationsbogen-Lehrveranstaltung* (24 Items) sowie der *Evaluationsbogen-Fallbesprechung* (22 Items) entwickelt. In beiden Fragebögen wurden Interesse/Vorkenntnisse, Relevanz und Praxisbezug des jeweiligen Themas, Einschätzung des Konzepts der jeweiligen Semindurchführung sowie Zufriedenheit der teilnehmenden Mitarbeiter erhoben. Des Weiteren gab es Freitextmöglichkeiten, in denen die Teilnehmer Wünsche und Anregungen angeben konnten.

Nach der Abschlussveranstaltung des jeweiligen Durchgangs des Curriculums beantworteten die teilnehmenden Mitarbeiter den *Post-Evaluationsbogen* (56 Items). Dieser enthielt Fragen zu Rahmenbedingungen, Praxisbezug und Relevanz des gesamten Curriculums, Anregungen, Wünsche und Motivation der Teilnehmer sowie erneut Fragen über die interdisziplinäre Zusammenarbeit von stationärer JH und KJP. Alle Fragebögen wurden pseudonymisiert beantwortet, d. h. die Teilnehmer generierten anhand vorgegebener Regeln eine persönliche Chiffre, welche sie auf den Evaluationsfragebögen angaben.

Statistische Analysen

Zur Beschreibung der Evaluation des Curriculums wurden prozentuale Verteilungen, t -Tests für unabhängige und abhängige Stichproben sowie bei mangelnder Varianzhomogenität der Welch-Test verwendet. Alle Analysen basierten auf einem Signifikanzniveau von 5% und erfolgten mittels IBM SPSS Statistics Version 25. Aufgrund von Drop-Outs und fehlenden Antworten in den Fragebögen, variierte die Stichprobenanzahl je nach betrachteter Variable.

Ergebnisse

Prä-Evaluation

Bevor das VJU Dresden-Curriculum startete, wurden Erwartungen/Wünsche an die Zusammenarbeit und das Curriculum erfragt. Hier sind in beiden Institutionen hauptsächlich Kommunikation und regelmäßiger Kontakt (bessere Erreichbarkeit, mehr Vernetzung, kürzerer/schnellerer Zugang, intensiver Austausch etc.) genannt worden. Auch die Transparenz der jeweils anderen Institution bzw. die gegenseitige Transparenz wurde als ein großer gemeinsamer Wunsch deutlich.

Evaluationsbogen-Lehrveranstaltung sowie Evaluationsbogen-Fallbesprechung

Ziel beider Evaluationsbogen war es einen Eindruck der Zufriedenheit mit der jeweiligen Einzelveranstaltung zu erhalten. Da das Curriculum mit seinen zwei Durchgängen in ein Studiendesign eingebettet war, wurden nur leichte Anpassungen entsprechend der Anmerkungen durchgeführt. In Bezug auf die einzelnen *Lehrveranstaltungen* bedeutete dies zum Beispiel:

- Zu Beginn einer jeden Lehrveranstaltung wurden in der Regel konkrete Fragen und Anliegen der Teilnehmer bzgl. des Themas der Lehrveranstaltung gesammelt und im Verlauf der Lehrveranstaltung berücksichtigt.
- Auch wurde bei den Lehrveranstaltungen mehr auf den aktiven Einbezug der Teilnehmer geachtet. Dies war jedoch manchmal erschwert durch die Größe und Zusammensetzung der Teilnehmer:
 - o In der Regel waren n=35 bis 50 Teilnehmer in den Lehrveranstaltungen für Mitarbeiter der stationären JH.
 - o Die Mitarbeiter arbeiteten, wie bereits beschrieben, in verschiedenen stationären JH-Einrichtungen von verschiedenen freien Trägern. Es bestand der Eindruck, dass manche Teilnehmer sich nicht trauten vor den anderen Teilnehmern (selbst-)kritische Fragen zu stellen um nicht versehentlich Interna Preis zu geben.

Tabelle 2 zeigt in einer Aufteilung nach Lehrveranstaltungen und Fallbesprechungen relevante, deskriptive Daten aus den Evaluationsbögen. Dabei findet sich hier ein Überblick über die Einschätzungen je Format (Lehrveranstaltung oder Fallbesprechung) über beide Durchgänge des Curriculums sowie über alle Teilnehmer (KJP und JH).

Sowohl die Lehrveranstaltung als auch die Fallbesprechungen wurden von den Teilnehmern überwiegend positiv bewertet. Bei den Lehrveranstaltungen gaben 91,5% der Teilnehmer an, insgesamt *zufrieden bis sehr zufrieden* zu sein, bei den Fallbesprechungen wurden sogar 100% erreicht. Bezogen auf Relevanz und Praxisbezug schnitten die Fallbesprechungen deskriptiv betrachtet besser ab als die

Lehrveranstaltungen (Relevanz: 92,6% resp. 79,3%, Anwendbarkeit: 86,5% resp. 72,8% sowie prakt. Hinweise: 82,2% resp. 66,6%).

Tabelle 2. Deskriptive Darstellung der prozentualen Anteile guter Bewertungen (nach Mediansplit) nach jeder Einzelveranstaltung über alle Veranstaltungen – unterteilt nach Lehrveranstaltung und Fallbesprechung (aus Evaluationsbogen-Lehrveranstaltung und Evaluationsbogen-Fallbesprechung)

		Lehrveranstaltung		Fallbesprechung	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Interesse und Vorkenntnisse ^a	Wie groß war Ihr Interesse am heutigen Thema?	486	93,8	136	97,1
	Wie groß waren Ihre Vorkenntnisse zum heutigen Thema?	487	75,6	135	74,1
Zufriedenheit ^b	Wie zufrieden waren Sie mit dem Informationsgehalt?	488	94,3	135	97,8
	Wie zufrieden waren Sie mit dem/der Referent*in/Moderator*in?	484	95,2	134	97,8
	Wie zufrieden waren Sie mit Ihrem eigenen Engagement in der heutigen Veranstaltung?	482	79,9	134	92,5
	Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der heutigen Veranstaltung?	485	91,5	119	100,0
Relevanz und Praxisbezug ^b	Wie relevant sind die vermittelten Inhalte für Ihre tägliche Berufspraxis?	487	79,3	136	92,6
	Wie anwendbar sind die vermittelten Inhalte auf Ihre tägliche Berufspraxis?	481	72,8	133	86,5
	Haben Sie praktische Hinweise erhalten, die Sie in der alltäglichen Arbeit anwenden können?	485	66,6	135	82,2

Anmerkung. ^a Wertebereich: 1=sehr groß bis 6=sehr gering. ^b Wertebereich: 1=sehr (zufrieden) bis 4=gar nicht (sehr unzufrieden).

Post-Evaluationsbogen

Zur Bewertung des gesamten Curriculums wurde an der jeweils letzten Veranstaltung der beiden Durchgänge des Curriculums der Post-Evaluationsfragebogen von den anwesenden Teilnehmern ausgefüllt. Für die Berechnungen der Endevaluation wurden die Bewertungen des ersten und des zweiten Durchgangs des Curriculums zusammengenommen. Insgesamt wurden *n*=79 Bögen ausgefüllt, *n*=62 von JH-Mitarbeitern und *n*=17 von KJP-Mitarbeitern. Die Mitarbeiter der JH nahmen im Durchschnitt an *M*=7.5 (*SD*=±3.7) Veranstaltungen teil, die Mitarbeiter der KJP an *M*=5.5 (*SD*=±2.2). 37.1% der JH-Mitarbeiter haben im letzten halben Jahr in einem oder mehreren Fällen mit einem Mitarbeiter der KJP zusammengearbeitet, umgekehrt waren es 70.6% der KJP-Mitarbeiter, die in

diesem Zeitraum mit der stationären JH kooperiert haben. Dieser Unterschied in der Häufigkeit der Zusammenarbeit zwischen JH- und KJP-Mitarbeitern ergibt sich daraus, dass neben der KJP Dresden selbstverständlich noch ein Netz aus niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und – psychotherapeuten besteht, auch gibt es in Dresden noch eine weitere Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zudem sind die stationären JH-Mitarbeiter im Schnitt für deutlich weniger Kinder zuständig als es die KJP-Mitarbeiter über ein halbes Jahr betrachtet sind. Damit haben die JH-Mitarbeiter eine entsprechend kleinere Schnittmenge mit der am Projekt beteiligten KJP als umgekehrt.

Relevanz und Praxisbezug: Wie in Des Weiteren würden laut Post-Evaluation 74.2% der $n=62$ JH-Mitarbeiter rückblickend noch einmal am Curriculum teilnehmen und 87.9% würden es Kollegen weiterempfehlen. 91.7% der JH-Mitarbeiter empfanden das Curriculum als eine sinnvolle Möglichkeit, Austausch zu gewährleisten. Gründe für die genannten Angaben waren u.a. die Möglichkeit des interdisziplinären Austausches, die seminarbedingte Auffrischung und Erweiterung des psychiatrischen Wissens sowie die Fallbesprechungen. Die stationären JH-Mitarbeiter würden sich für die Zukunft allerdings deutlich mehr Praxisbezug wünschen, noch mehr Fokus auf die Schnittstelle und Austausch bzw. Gruppenarbeit/-diskussion setzen. In den Angaben wurde die anonyme Fallbesprechung immer wieder positiv in den Vordergrund gehoben, welche prinzipiell die genannten Wünsche betreffend praktischer Anknüpfungspunkte, konkreter Alltagsbezüge, kleinerer Gruppen und erhöhte Austauschmöglichkeiten bedient.

Tabelle 3. Mittelwertsvergleich der Evaluation des VJU Dresden-Curriculums von Jugendhilfe und KJP zu sehen ist, zeigten sich zwischen den Einschätzungen der JH- und denen der KJP-Mitarbeiter keine signifikanten Unterschiede (alle $p>.419$) bzgl. der Relevanz und des Praxisbezugs des Curriculums. Beide erachteten das Curriculum im Durchschnitt als „ziemlich“ relevant.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Die interdisziplinäre Zusammenarbeit erachteten beide Institutionen als „sehr wichtig“, die KJP jedoch statistisch signifikant wichtiger ($p=.017$); Des Weiteren würden laut Post-Evaluation 74.2% der $n=62$ JH-Mitarbeiter rückblickend noch einmal am Curriculum teilnehmen und 87.9% würden es Kollegen weiterempfehlen. 91.7% der JH-Mitarbeiter empfanden das Curriculum als eine sinnvolle Möglichkeit, Austausch zu gewährleisten. Gründe für die genannten Angaben waren u.a. die Möglichkeit des interdisziplinären Austausches, die seminarbedingte Auffrischung und Erweiterung des psychiatrischen Wissens sowie die Fallbesprechungen. Die stationären JH-Mitarbeiter würden sich für die Zukunft allerdings deutlich mehr Praxisbezug wünschen, noch mehr Fokus auf die Schnittstelle und Austausch bzw. Gruppenarbeit/-diskussion setzen. In den Angaben wurde die anonyme Fallbesprechung immer wieder positiv in den Vordergrund gehoben,

welche prinzipiell die genannten Wünsche betreffend praktischer Anknüpfungspunkte, konkreter Alltagsbezüge, kleinerer Gruppen und erhöhte Austauschmöglichkeiten bedient.

Tabelle 3. Mittelwertsvergleich der Evaluation des VJU Dresden-Curriculums von Jugendhilfe und KJP

). Daneben haben die KJP-Mitarbeiter dem Curriculum signifikant mehr Anregungen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern, entnehmen können ($p=.028$; Des Weiteren würden laut Post-Evaluation 74.2% der $n=62$ JH-Mitarbeiter rückblickend noch einmal am Curriculum teilnehmen und 87.9% würden es Kollegen weiterempfehlen. 91.7% der JH-Mitarbeiter empfanden das Curriculum als eine sinnvolle Möglichkeit, Austausch zu gewährleisten. Gründe für die genannten Angaben waren u.a. die Möglichkeit des interdisziplinären Austausches, die seminarbedingte Auffrischung und Erweiterung des psychiatrischen Wissens sowie die Fallbesprechungen. Die stationären JH-Mitarbeiter würden sich für die Zukunft allerdings deutlich mehr Praxisbezug wünschen, noch mehr Fokus auf die Schnittstelle und Austausch bzw. Gruppenarbeit/-diskussion setzen. In den Angaben wurde die anonyme Fallbesprechung immer wieder positiv in den Vordergrund gehoben, welche prinzipiell die genannten Wünsche betreffend praktischer Anknüpfungspunkte, konkreter Alltagsbezüge, kleinerer Gruppen und erhöhte Austauschmöglichkeiten bedient.

Tabelle 3. Mittelwertsvergleich der Evaluation des VJU Dresden-Curriculums von Jugendhilfe und KJP

).

Erwartungen und Wünsche: Auf die Fragen, wie hoch die Erwartungen an das Curriculum waren und wie diese letztlich erfüllt wurden, antworteten die JH-Mitarbeiter im Durchschnitt mit „hoch“ ($M=1.98$ ($SD=\pm.69$; $n=62$; 1=sehr hoch bis 4=sehr niedrig) und resp. $M=2.13$ ($SD=\pm.59$; 1=sehr bis 4=gar nicht)); die KJP-Mitarbeiter antworteten im Durchschnitt ebenfalls mit „hoch“ ($M=2.29$ ($SD=\pm.47$; $n=17$; 1=sehr hoch bis 4=sehr niedrig) resp. $M=2.00$ ($SD=\pm.50$; 1=sehr bis 4=gar nicht)). Es gab dabei keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Institutionen (alle $p>.09$).

Des Weiteren würden laut Post-Evaluation 74.2% der $n=62$ JH-Mitarbeiter rückblickend noch einmal am Curriculum teilnehmen und 87.9% würden es Kollegen weiterempfehlen. 91.7% der JH-Mitarbeiter empfanden das Curriculum als eine sinnvolle Möglichkeit, Austausch zu gewährleisten. Gründe für die genannten Angaben waren u.a. die Möglichkeit des interdisziplinären Austausches, die seminarbedingte Auffrischung und Erweiterung des psychiatrischen Wissens sowie die Fallbesprechungen. Die stationären JH-Mitarbeiter würden sich für die Zukunft allerdings deutlich mehr Praxisbezug wünschen, noch mehr Fokus auf die Schnittstelle und Austausch bzw. Gruppenarbeit/-diskussion setzen. In den Angaben wurde die anonyme Fallbesprechung immer wieder

positiv in den Vordergrund gehoben, welche prinzipiell die genannten Wünsche betreffend praktischer Anknüpfungspunkte, konkreter Alltagsbezüge, kleinerer Gruppen und erhöhte Austauschmöglichkeiten bedient.

Tabelle 3. Mittelwertsvergleich der Evaluation des VJU Dresden-Curriculums von Jugendhilfe und KJP

		JH/JA		KJP		<i>t</i>
		<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	
Relevanz und Praxisbezug	Wie relevant sind die vermittelten Inhalte für Ihre tägliche Berufspraxis?	62	1.95 (.53)	17	2.00 (.50)	-.340
	Wie anwendbar sind die vermittelten Inhalte auf Ihre tägliche Berufspraxis?	61	2.16 (.58)	17	2.29 (.59)	-.813
	Haben Sie praktische Hinweise erhalten, die Sie in der alltäglichen Arbeit anwenden können?	59	2.27 (.61)	17	2.35 (.61)	-.487
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Können Sie Ihre professionelle Rolle in der interdisziplinären Zusammenarbeit besser bestimmen?	59	2.31 (.62)	17	2.24 (.44)	.523
	Haben Sie Ihr Wissen erweitern können, wie sich die unterschiedlichen Regeln und Rahmenbedingungen der einzelnen Arbeitsfelder auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit auswirken?	58	2.28 (.52)	16	2.13 (.62)	.981
	Wie wichtig erachten Sie die interdisziplinäre Zusammenarbeit?	61	1.38 (.52)	17	1.12 (.33)	2.479*
	Hat sich Ihr Verständnis für die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit durch das Curriculum erweitert?	61	2.00 (.71)	17	2.00 (.35)	.000
	Haben Sie durch das Curriculum Anregungen erhalten, wie Sie die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern können?	60	2.52 (.73)	17	2.12 (.60)	2.306*

Anmerkung. JH= Jugendhilfe; JA=Jugendamt; KJP=Kinder- und Jugendpsychiatrie; * $p < .05$; Wertebereich: 1=sehr bis 4=gar nicht.

Alle befragten KJP-Mitarbeiter ($n=17$) würden rückblickend noch einmal teilnehmen und es ebenfalls an Kollegen weiterempfehlen. 94.1% der KJP-Mitarbeiter empfanden das Curriculum als eine sinnvolle

Möglichkeit, Austausch zu gewährleisten. Begründet wurde dies anhand des interessanten Austauschs und der Einblicke in die stationäre JH und das JA sowie der beginnenden Transparenz zwischen den Institutionen. Auch sie wünschen sich von den JH-Referenten mehr Praxisnähe, z.B. anhand konkreter Fallbeispiele, und weitere Austauschmöglichkeiten zwischen den Institutionen, z.B. durch die Weiterführung gemeinsamer Fallbesprechungen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das VJU Dresden-Curriculum gut bis sehr gut von den Mitarbeitern der stationären JH und der KJP eingeschätzt wurde. Gleichzeitig sollte jedoch für zukünftige Veranstaltungsreihen der Umfang angepasst werden. Insbesondere die stationäre JH meldete zurück, dass es schwierig war die vielen Termine zu gewährleisten. Dies spiegelte auch die erhöhte Teilnehmerfluktuation (zu erkennen in der niedrigeren Anzahl an teilgenommenen Veranstaltungen je Mitarbeiter) wieder. So erlebte die JH im Verlauf Engpässe in der Personalbesetzung, wodurch die Teilnahme am Curriculum nicht immer von den gleichen Personen gewährleistet werden konnte.

Alle Beteiligten halten den gegenseitigen Austausch sowie auch die Wissensvermittlung für einen wichtigen Beitrag um die Kooperation zwischen den Institutionen weiter voranzutreiben. Dabei wurden in den abschließenden projektbezogenen Träger-Treffen Ideen entwickelt, wie eine leichtere Form eines Curriculums aussehen könnte:

- Alle zwei Monate sollte eine Veranstaltung im Umfang von 3 Stunden mit einem Wissensinput von circa 30 Minuten zu einem relevanten Verhalten (wie Selbstverletzendes Verhalten), einer psychischen Störung (wie Störung des Sozialverhaltens) oder einer Methode/Gesetzesänderung/-auffrischung (wie Umgang mit Tokenplänen, Hilfe zur Erziehung nach SGB VIII) gefolgt von einem anonymen Fallaustausch, bestenfalls passend zum Impulsvortrag, erfolgen.
- Die Teilnehmerzahl der Veranstaltung sollte dann eher kleiner gehalten werden mit bis zu n=15 Teilnehmern, damit ein ausreichender Austausch unter den Teilnehmern gewährleistet werden kann.
- Die Teilnehmer sollten aus allen drei Institutionen, JH, JA und KJP, kommen.

Alle drei Monate treffen sich seit Anfang 2017 Vertreter der Leitung von JA und KJP um auch auf Leitungsebene einen regelmäßigen Austausch zu planungs- und abspracherelevanten Themen zu gewährleisten. Seit Anfang 2018 ist bei diesem Treffen zudem eine gewählte Vertretung der JH mit anwesend um auch die Belange der JH-Träger einbringen zu können. Eine Rückmeldung und Übergabe der Ergebnisse aus dem VJU Dresden-Curriculum ist erfolgt. Im Rahmen dieser Treffen soll die

Fortschreibung eines Curriculum-ähnlichen Formates als Plattform für Austausch und gegenseitiges Wissen erfolgen.

5. Befragung von Kindern und Bezugsbetreuern in stationären JH-Einrichtungen Dresdens

Methode

Stichprobe

Wie in Abbildung 2 zu erkennen ist, fanden im gesamten Projekt drei Erhebungen statt (pro Jahr eine: 2015=T1, 2016=T2, 2017=T3), bei denen Kinder aus der stationären JH (Alter 6-18 Jahre) per Fragebogen und Interview befragt wurden. Für Kinder, die sich erst zwischen T1 und T2 zu einer Teilnahme entschlossen haben oder in die JH-Einrichtung eingezogen sind, gab es die Möglichkeit, zu T2 neu in die Studie einzusteigen. In der dritten Erhebung wurden nur noch Kinder eingeschlossen, die bereits einmal an der Befragung partizipiert hatten. Kinder, die während des Projektes aus der stationären JH-Einrichtung auszogen, wurden, wenn möglich, kontaktiert und zu den folgenden Terminen ebenfalls interviewt. Die entsprechenden Teilnehmerstatistiken und –charakteristiken werden in den Ergebnissen berichtet (S. 14 ff.).

Messinstrumente

In allen Erhebungen wurden unter anderem die psychische Gesundheit (via Child Behavior Checklist/Youth Self Report, Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen für Störung des Sozialverhaltens), Intelligenz (via Kurzform der Wechsler Intelligenztests für Kinder bis 16;11 Jahre sowie für Erwachsene ab 17;0 Jahre), Lebensqualität (via Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern) sowie die Einschätzung von Zufriedenheit mit der stationären JH-Einrichtung und dem jeweiligen Bezugsbetreuer der Kinder (via strukturierter Interviews) erhoben. Neben den fallspezifischen Gründen der Fremdunterbringung sowie den familiären Beziehungen der Kinder, wurde ebenfalls ein Augenmerk auf die Arbeitssituation (Zufriedenheit, Belastung, Selbstwirksamkeit) der Bezugsbetreuer gelegt. Dabei kamen neben etablierten klinischen Messinstrumenten auch selbstentwickelte Fragebögen und strukturierte Interviews zum Einsatz (siehe Tabelle 4). In Anhang B findet sich eine Beschreibung der verwendeten Instrumente.

Ablauf

Bevor die Befragungen beginnen konnten, wurden die Kinder sowie deren Bezugsbetreuer in den teilnehmenden stationären JH-Einrichtungen ausführlich und persönlich über das Projekt informiert. Zudem wurden Informationsmaterialien in Form von Flyern verteilt.

Die Sorgeberechtigten sowie die Kinder, die sich entschlossen hatten teilzunehmen, stimmten einer Teilnahme, dem Datenschutz sowie der notwendigen Schweigepflichtentbindung schriftlich zu. Daraufhin wurden in jeder der drei Erhebungsphasen mit den stationären JH-Einrichtungen

Erhebungstermine vereinbart, zu denen die Projektmitarbeiter die Kinder an ihrem derzeitigen Wohnort interviewten. Vor dem jeweiligen Erhebungstermin bekamen sowohl Kinder als auch ihre Bezugsbetreuer ca. zwei Wochen Zeit, die oben beschriebenen Fragebögen auszufüllen. Wer welche Fragebögen beantwortet hat, ist zudem in Tabelle 4 beschrieben. Falls Eltern erreichbar waren und sich bereit erklärt haben, wurden auch diese gebeten ihre Einschätzung mittels Fragebögen abzugeben. Für Kinder, deren Sorgeberechtigte nicht erreichbar waren, gab es die Möglichkeit **anonym** an der Studie teilzunehmen, d. h. diese Kinder und deren Bezugsbetreuer bekamen Fragebögen/ Materialien zum Ausfüllen zugesendet, der Face-to-Face Termin und damit auch die IQ-Testung entfielen. Die meisten Teile des Interviews wurden den Kindern in Fragebogenform ausgehändigt um einen zu großen Datenverlust zu verhindern.

Als Aufwandsentschädigung bekamen die Kinder für die erste Teilnahme 10€, für die zweite und dritte jeweils 15€.

Tabelle 4. Fragebögen und Beurteiler

	YSR / CBCL	FBB-/ SBB-SSV	ILK	CRAFFT	ETI	WISC/WAIS	Interview	Veränderungen	Ziele	Betreuer allgemein	Betreuer fallspezifisch	Elternbogen
Kinder Alter < 11 Jahre			✓			✓	✓	✓	✓			
Kinder Alter ≥ 11 Jahre	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Anonyme Teilnahme	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓			
Bezugs- betreuer	✓	✓	✓					✓	✓	✓	✓	
Eltern	✓	✓	✓									✓

Anmerkung: CBCL=Child Behavior Checklist; YSR=Youth Self Report; FBB-/SBB-SSV=Fremd-/Selbstbewertungsbogen zu Störung des Sozialverhaltens; ILK=Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern; CRAFFT=Screening für substanzbezogene Risiken und Probleme bei Jugendlichen; ETI=Essener Trauma Inventar; WISC=Wechsler Intelligence Scale for Children; WAIS=Wechsler Adult Intelligence Scale; Betreuer allgemein = Arbeitssituation und Teilnahme am Curriculum des Betreuers (selbstentwickelt); Betreuer fallspezifisch=Fragebogen rund um das jeweilige Kind (selbstentwickelt); die Kurzversionen des WISC/WAIS wurden ausschließlich bei erster Teilnahme durchgeführt; Veränderungen wurden erst ab T2 abgefragt.

Statistische Analysen

Zur Beschreibung der Stichproben wurden prozentuale Verteilungen, *t*-Tests für unabhängige und abhängige Stichproben sowie bei mangelnder Varianzhomogenität der Welch-Test verwendet. Des Weiteren wurden ANOVAs mit Messwiederholung durchgeführt, um die Veränderungen der Psychopathologie (CBCL, YSR, FBB-/SBB-SSV) und der Lebensqualität (ILK) über die Zeit zu testen.

Um Effekte der Teilnahme der Mitarbeiter der stationären JH auf die psychische Gesundheit der Kinder festzustellen, wurden ebenfalls ANOVAs mit Messwiederholung durchgeführt. In den Analysen wurde der Innersubjektfaktor Zeit (T1-T3) und der Zwischensubjektfaktor Gruppe (Curriculum 1 vs. Curriculum 2) verwendet. Als abhängige Variablen wurden die Maße der Psychopathologie-Fragebögen verwendet. Effektstärken wurden anhand des partiellen η^2 angegeben. Die statistischen Voraussetzungen wurden geprüft und bestätigt. Alle Analysen basierten auf einem Signifikanzniveau von 5% und erfolgten mittels IBM SPSS Statistics Version 25. Aufgrund von Drop-Outs und fehlenden Antworten in den Fragebögen, variierte die Stichprobenanzahl je nach betrachteter Variable.

Ergebnisse

In den Ergebnissen wird zunächst auf die Kinder der teilnehmenden stationären JH-Einrichtungen in Dresden und deren Bezugsbetreuer eingegangen, danach auf die Einflüsse des VJU Dresden-Curriculums auf die psychosoziale Entwicklung.

Kinder der stationären Jugendhilfe Dresden

Teilnehmerstatistik

Insgesamt nahmen $n=207$ Kinder (Alter in Jahren bei erster Teilnahme: $M(SD)=13.09(3.28)$; 55.0% weiblich) an mindestens einem Erhebungszeitpunkt teil. Von $n=182$ Kindern¹ wurde der IQ getestet, welcher im Durchschnitt bei $M=88.30$ ($SD=14.78$) lag, was einer intellektuellen Fähigkeit im unteren Durchschnittsbereich entspricht. In Tabelle 5 ist die Teilnehmerstatistik im Querschnitt pro Erhebungszeitpunkt dargestellt. Zu T1 ($n=163$) lebten 66.0% bereits über ein Jahr in der stationären JH-Einrichtung.

Insgesamt haben $n=113$ (54.6%) Kinder an allen drei Erhebungen teilgenommen, $n=57$ (27.5%) zweimal und $n=37$ (17.9%) Kinder haben sich nur an einem Erhebungszeitpunkt beteiligt. Zwischen T1 und T2 lagen durchschnittlich 9;7 Monate, zwischen T2 und T3 11;6 Monate.

¹ Bei manchen Kindern konnte aufgrund kognitiver Schwierigkeiten, Sprache oder anonymer Teilnahme die Kurzversion des WISC/WAIS nicht durchgeführt werden.

Tabelle 5. Teilnehmerstatistik im Querschnitt pro Erhebungszeitpunkt

		T1	T2	T3
Stichprobenanzahl	<i>N</i>	163	185	146
Alter	<i>M (SD)</i>	13.10 (3.25)	13.48 (3.16)	14.18 (3.18)
Geschlecht	<i>m/w</i>	45% / 55%	45% / 55%	48% / 52%

Anmerkung: *N*=Stichprobenanzahl; *M*=Mittelwert; *SD*=Standardabweichung; T1-T3=Erhebungszeitpunkte; Alter in Jahren; m/w=männlich/weiblich

Im Verlauf verließen $n=61$ Kinder die Studie vor Beendigung. Der Hauptgrund dafür bestand darin, dass uns nach einem Auszug des Kindes aus einer stationären JH-Einrichtung weder die neuen Kontaktdaten vorlagen, noch weiterer Kontakt zwischen Kind und „ehemaliger“ stationärer JH-Einrichtung bestand. Damit war es uns nicht möglich, die Kinder für eine abschließende Teilnahme zu kontaktieren. Insgesamt sind im Laufe des Projekts $n=83$ Kinder aus den stationären JH-Einrichtungen ausgezogen (Abbildung 3), von denen jedoch $n=24$ Kinder weiterhin am Projekt teilnahmen.

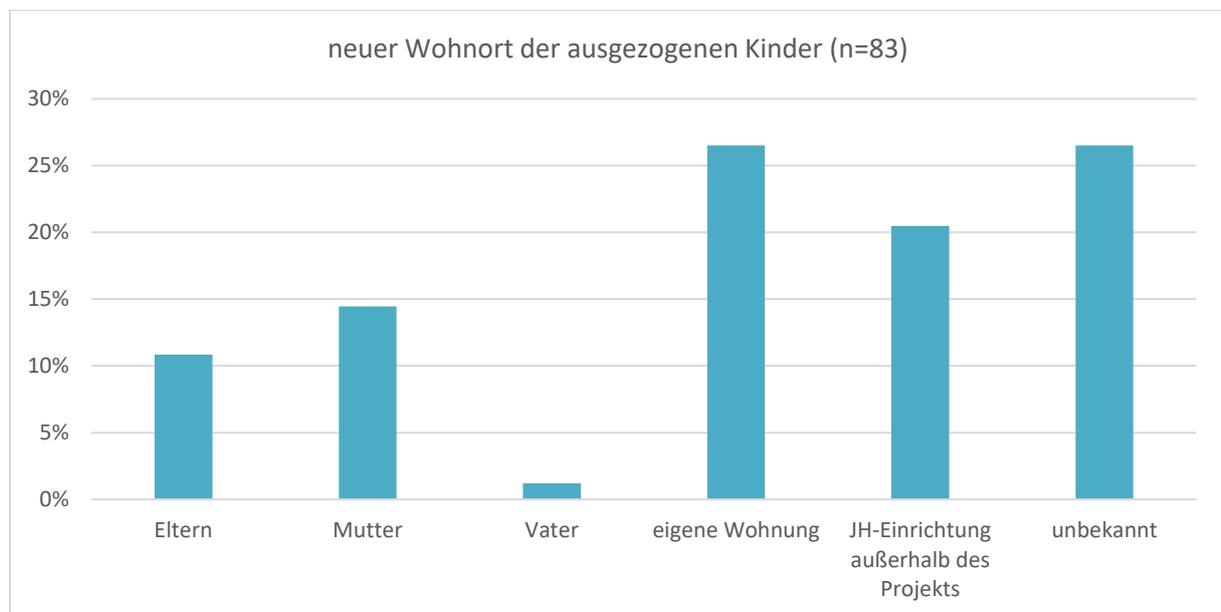


Abbildung 3. Wohnort nach Auszug aus JH-Einrichtung.

Um auch die Daten der Kinder einfließen zu lassen, die nicht an allen drei Erhebungen teilgenommen haben, werden im Folgenden die (kategorialen) Ergebnisse verschiedener Skalen der standardisierten Fragebögen (CBCL, YSR, FBB-/SBB-SSV, ILK) deskriptiv pro Erhebungszeitpunkt, d.h. im Querschnitt, dargestellt (Abbildungen 4-8). Die abgebildete Stichprobe variiert damit pro Erhebungszeitpunkt und stellt keinen zeitlichen Verlauf, sondern lediglich einen Querschnitt dar.

Weiterhin wird jeweils der zeitliche Verlauf der verschiedenen Skalen der standardisierten Fragebögen, d.h. im Längsschnitt berichtet. Dabei wurden nur die Ergebnisse der Kinder verwendet, von denen zu allen drei Erhebungszeitpunkten Daten vorliegen (Tabelle 8).

Child Behavior Checklist - CBCL

Abbildung 4 zeigt für die drei Erhebungszeitpunkte die prozentuale Verteilung der Kinder, die im CBCL-*Gesamtproblemwert* von den Bezugsbetreuern als auffällig ($T > 60$) oder unauffällig ($T \leq 60$) beschrieben wurden. Auf deskriptiver Ebene ist zu sehen, dass die Betreuer zu T1 bei mehr Kindern einen auffälligen CBCL-Gesamtproblemwert angeben, im Vergleich zu T2 und T3.

Im Längsschnitt, mittels messwiederholter ANOVA analysiert, zeigte sich, dass die Werte der Globalskalen der CBCL, *Internalisierendes Verhalten* und *Gesamtproblemwert*, ausgefüllt von den jeweiligen Bezugsbetreuern zu allen Erhebungszeitpunkten, signifikant sanken (siehe Tabelle 8). Die Bonferroni-korrigierten Post-Hoc Tests ergaben, dass die Werte der Skala *Internalisierendes Verhalten* von T1 zu T3 signifikant sanken (*mittlere Differenz* (T1-T3)=2.83; $p=.011$; 95%-KI[.52, 5.13]). Der *Gesamtproblemwert* zeigte im Post-Hoc Test lediglich eine Tendenz zur Besserung zwischen T1 und T3 (*mittlere Differenz* (T1-T3)=2.04; $p=.063$; 95%-KI[-.08, 4.16]). Bei beiden Skalen zeigten sich keine signifikanten Veränderungen zwischen T1 und T2 sowie zwischen T2 und T3 (alle $p > .248$).

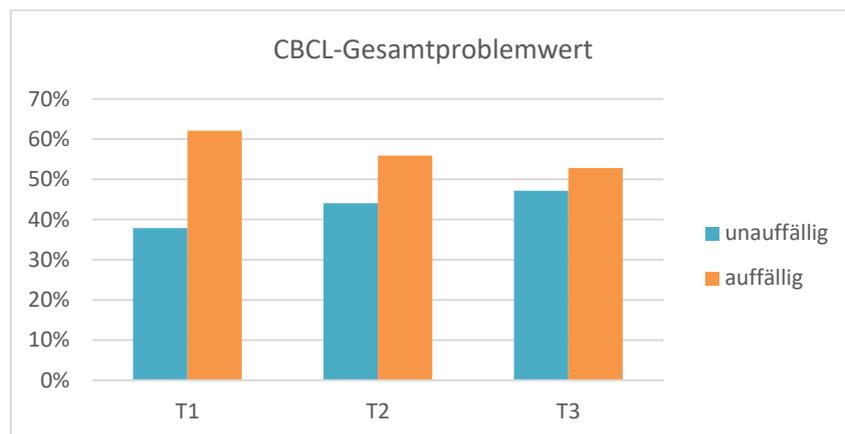


Abbildung 4. Prozentuale Verteilung von un-/auffälligen CBCL T-Werten im *Gesamtproblemwert*. (Anmerkung: $n(T1)=161$; $n(T2)=170$; $n(T3)=127$)

Youth Self Report - YSR

Abbildung 5 stellt, für die drei Erhebungszeitpunkte, die prozentuale Verteilung von Kindern dar, die in der Selbstbewertung auf der Skala *Gesamtproblemwert* des YSR einen unauffälligen ($T \leq 60$) oder auffälligen ($T > 60$) T-Wert erzielten. Dabei ist auf deskriptiver Ebene zu sehen, dass die Kinder zu T3 häufiger einen unauffälligen CBCL-Gesamtproblemwert angeben im Vergleich zu T1 und T2. Im Längsschnitt, mittels messwiederholter ANOVA gerechnet, zeigt sich über alle drei Erhebungszeitpunkte keine signifikanten Veränderungen in den Globalskalen des YSR (siehe Tabelle 8).

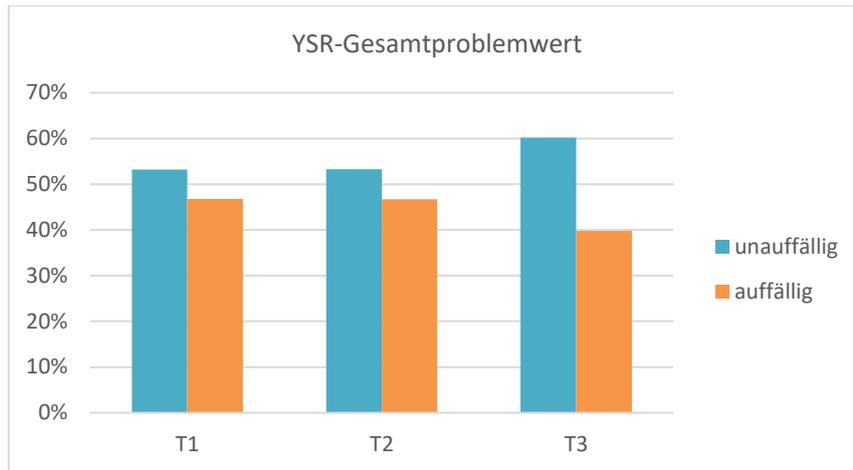


Abbildung 5. Prozentuale Verteilung von un-/auffälligen YSR T-Werten im *Gesamtproblemwert*. (Anmerkung: $n(T1)=109$; $n(T2)=120$; $n(T3)=109$)

Fremdbeurteilungs- und Selbstbeurteilungsbogen zu Störung des Sozialverhaltens - FBB-/SBB-SSV

Abbildung 6 zeigt, für die drei Erhebungszeitpunkte, die prozentuale Verteilung der Kinder, die in den Skalen des FBB-SSV von den jeweiligen Bezugsbetreuern im unauffälligen, leicht auffälligen oder auffälligen Bereich beschrieben wurden. Gleiches gilt für Abbildung 7, nur, dass hier die Bewertung mittels Selbsteurteil der Kinder im SBB-SSV vorgenommen wurde. Dabei zeigt sich auf deskriptiver Ebene, dass zu T2 und T3 Betreuer (

Abbildung 6) häufiger unauffällige Werte in der Gesamtskala des FBB-SSV angeben als zu T1. Bei den Angaben im Selbsteurteil zeigen sich auf deskriptiver Ebene kaum Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten.

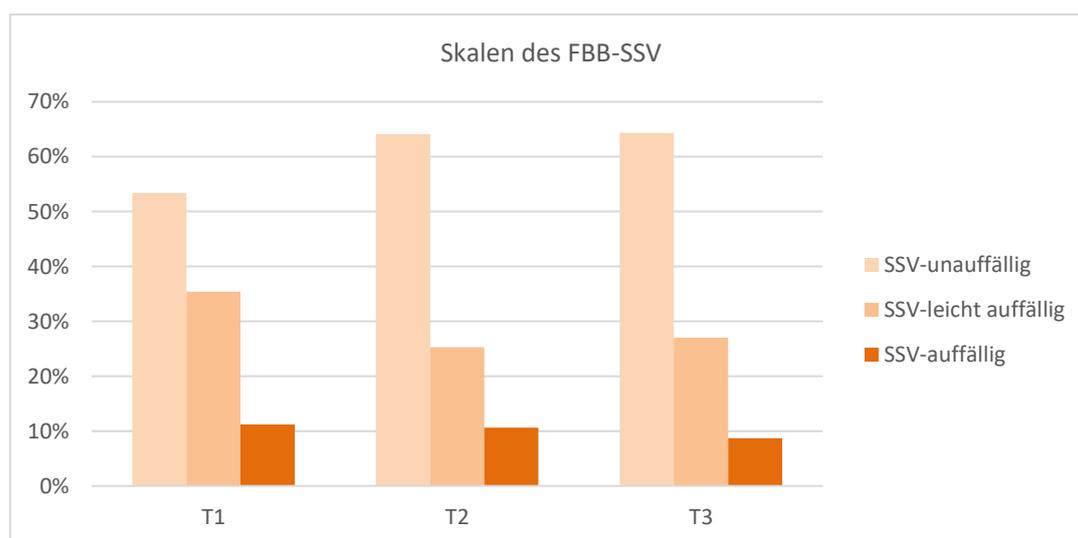


Abbildung 6. Prozentuale Verteilung von unauffälligen, leicht auffälligen und auffälligen Werten der Gesamtskala „Störung des Sozialverhaltens“ des FBB-SSV. (Anmerkung: SSV=Störung des Sozialverhaltens; $n(T1)=161$; $n(T2)=170$; $n(T3)=126$)

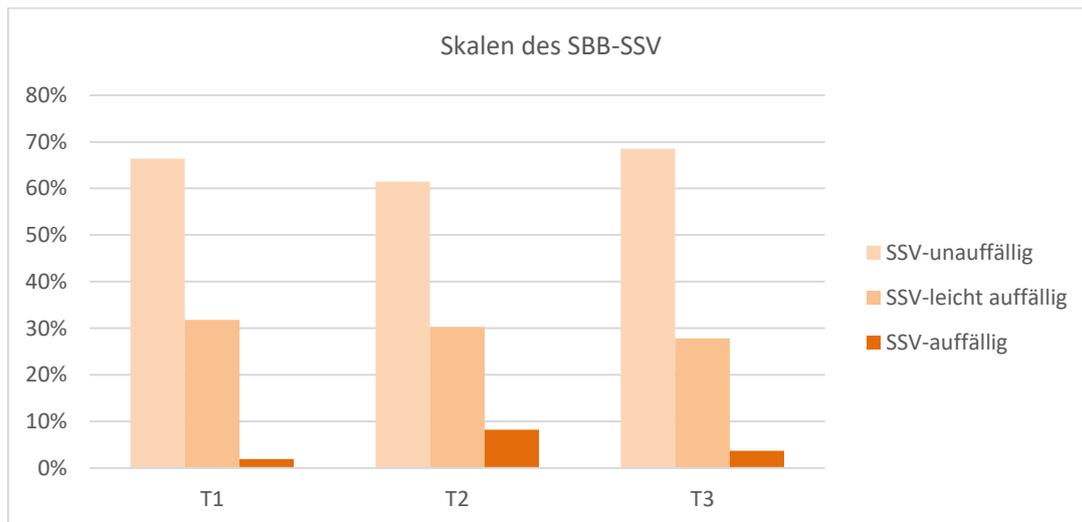


Abbildung 7. Prozentuale Verteilung von unauffälligen, leicht auffälligen und auffälligen Werten der Gesamtskala „Störung des Sozialverhaltens“ des SBB-SSV. (Anmerkung: SSV=Störung des Sozialverhaltens; $n(T1)=107$; $n(T2)=122$; $n(T3)=108$)

Im Längsschnitt, mittels messwiederholter ANOVA analysiert, zeigten sich sowohl in den Skalen des FBB-SSV als auch in denen des SBB-SSV keine signifikanten Veränderungen über die Zeit (siehe Tabelle 8).

Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen - ILK

Die Lebensqualität der Kinder wurde sowohl von dem jeweiligen Bezugsbetreuer als auch vom Kind selbst bewertet. Abbildung 8 stellt, für alle drei Erhebungszeitpunkte, die Mittelwerte des Lebensqualitätscores im Fremd- (nach Angabe des Bezugsbetreibers) als auch im Selbsturteil dar. Bei den Angaben (jeweils im Selbst- und Fremdurteil) zeigen sich auf deskriptiver Ebene kaum Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten. Es zeigt sich jedoch, dass Kinder ihre eigene Lebensqualität höher angeben als die Bezugsbetreuer sie einschätzen. Dies erreicht für alle drei Erhebungszeitpunkte in t -Tests für abhängige Stichproben signifikante Unterschiede (Tabelle 6).

Tabelle 6. Bewertung der Lebensqualität

	Betreuer	Kind	
n	$M(SD)$	$M(SD)$	t

T1	160	18.08 (3.51)	19.77 (3.95)	-4.679***
T2	163	18.23 (3.49)	20.33 (4.31)	-5.446***
T3	122	18.41 (3.02)	20.60 (4.32)	-5.135***

Anmerkung: n=Stichprobenanzahl; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; *** $p < .001$; T1-T3=Erhebungszeitpunkte; Wertebereich=0-28 (je höher, desto höher die Lebensqualität)

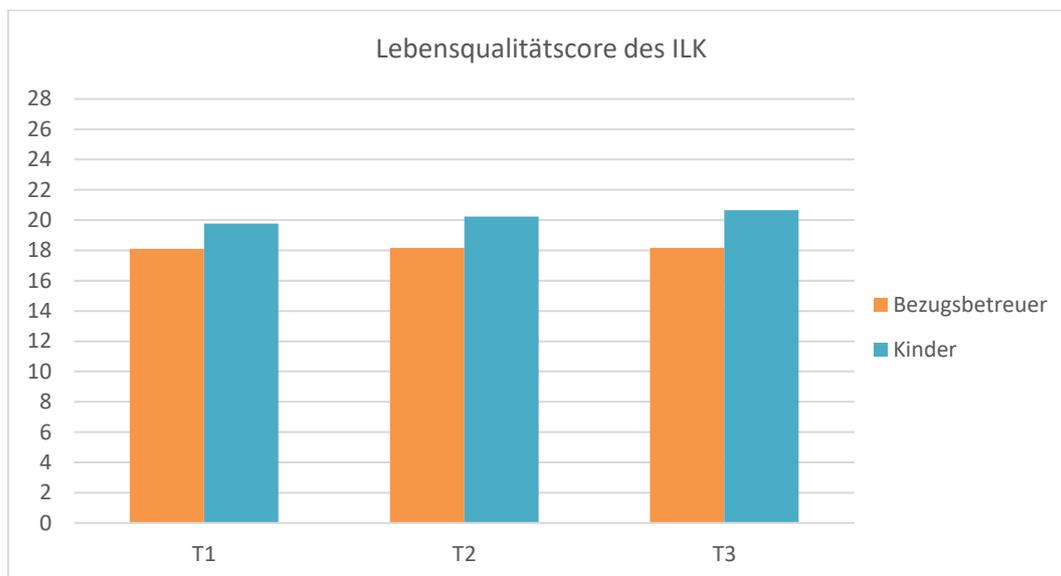


Abbildung 8. Lebensqualität der Kinder in Selbst- und Fremdbewertung. (Anmerkung: Wertebereich= 0-28, je höher, desto höher die Lebensqualität; $n(T1)=160-162$; $n(T2)=169-173$; $n(T3)=128-140$)

Im Längsschnitt, mittels messwiederholter ANOVA, zeigte sich, dass sich die Lebensqualität im Betreuerurteil über die Zeit nicht verändert hat, im Selbsturteil der Kinder hingegen signifikant anstieg (siehe Tabelle 8). Die Bonferroni-korrigierten Post-Hoc Tests zeigten, dass die Lebensqualität im Selbsturteil von T1 zu T3 signifikant höher angegeben wurde (*mittlere Differenz*(T1-T3)=-1.14; $p=.040$; 95%-KI[-2.25, -.039]). Es zeigten sich keine signifikanten Veränderungen zwischen T1 und T2 sowie zwischen T2 und T3 (alle $p > .132$).

Andere Angaben

Im Interview mit den Kindern haben wir unter anderem gefragt, aus welchem Grund sie ihrer Meinung nach in der stationären JH-Einrichtung wohnen. Die Gründe haben wir in 13 Kategorien (plus Restkategorie *anderes*) eingeteilt und zugeordnet. Die prozentuale Verteilung ist in Abbildung 9 dargestellt. Sechshundsechzig Kinder gaben zwei verschiedene Gründe an. Der am häufigsten genannte Grund war *familiäre Probleme oder Konflikte* mit 24.6%, gefolgt von *Überforderung bei Versorgung des Kindes* mit 14.0% und *familiäre körperliche Gewalt gegenüber dem Kind* mit 12.6%. 7.7% der Kinder gaben an, den Grund nicht zu kennen.

Im Interview sowie im Fragebogen *Betreuer-fallspezifisch* haben wir die Beziehung zwischen Kind und Betreuer näher evaluiert. Im Querschnitt zeigte sich, dass 60.0% der Kinder ($n=205$) mindestens einen Betreuerwechsel durchliefen (vor oder während der Projektzeit). Die Kinder gaben im Querschnitt zu jedem Zeitpunkt eine gute bis sehr gute Beziehung zu ihrem Bezugsbetreuer an (T1: $n=161$; $M(SD)=5.39(.90)$; T2: $n=173$; $M(SD)=5.24(.99)$; T3: $n=131$; $M(SD)=5.25(.96)$; Werte: 1=sehr schlecht bis 6=sehr gut). Im Längsschnitt betrachtet, änderte sich diese über die drei Erhebungszeitpunkte nicht ($n=98$; $F(df)=.745(2, 194)$; $p=.476$; $\eta^2=.008$).

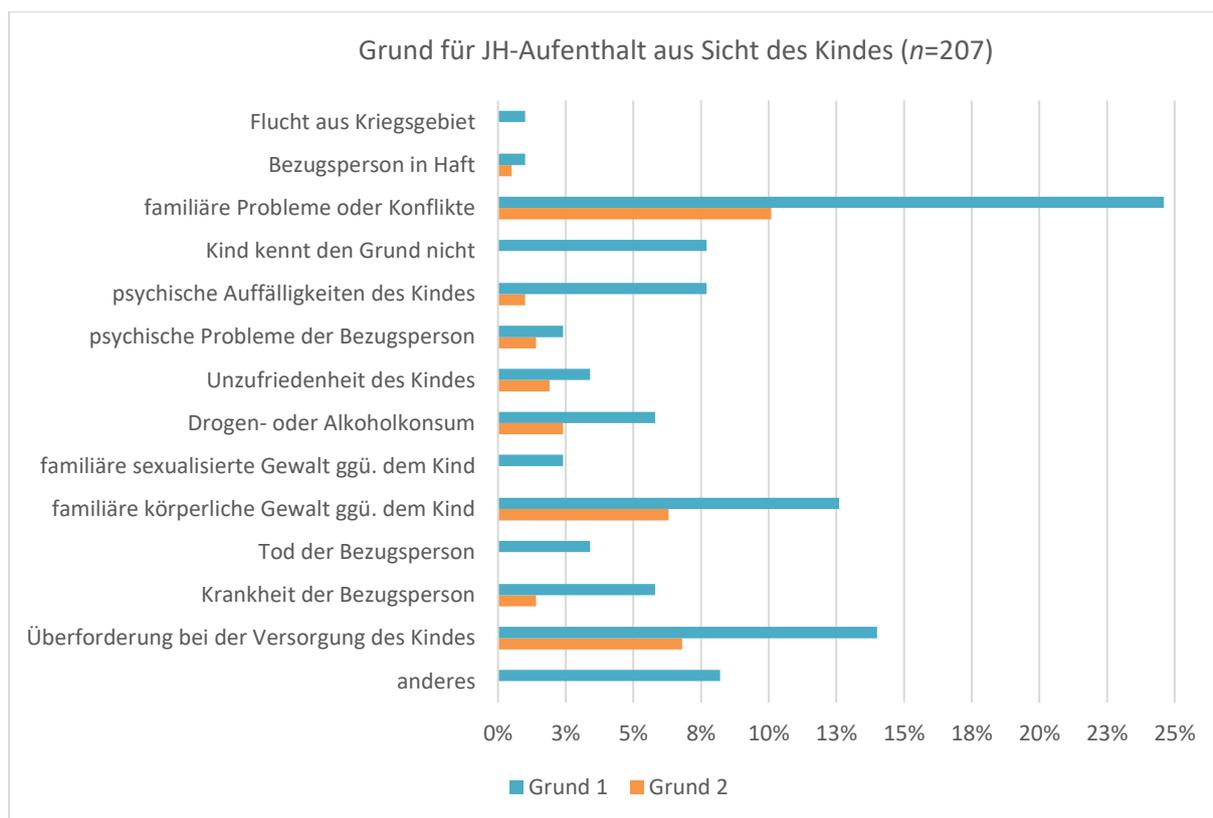


Abbildung 9. Grund für den stationären JH-Aufenthalt aus Sicht des Kindes. ($n=207$)

Die Bezugsbetreuer gaben im Querschnitt jeweils eine eher gute bis gute Beziehung zum Kind an (T1: $n=160$; $M(SD)=4.96(.76)$; T2: $n=172$; $M(SD)=4.85(.79)$; T3: $n=130$; $M(SD)=4.94(.71)$; Werte: 1=sehr schlecht bis 6=sehr gut). Im Längsschnitt änderte sich diese Einschätzung ebenfalls nicht ($n=96$; $F(df)=.388(2, 190)$; $p=.679$; $\eta^2=.004$). Im direkten Vergleich zeigte sich, dass die Betreuer die Beziehung zu allen Zeitpunkten signifikant schlechter einschätzten als die Kinder (Tabelle 7).

Tabelle 7. Bewertung der Beziehung zwischen Kind und Betreuer

	<i>n</i>	Betreuer <i>M(SD)</i>	Kind <i>M(SD)</i>	<i>t</i>
T1	158	4.94 (.75)	5.40 (.90)	5.688***

T2	167	4.85 (.80)	5.26 (1.00)	4.790***
T3	125	4.98 (.69)	5.25 (.96)	2.961**

Anmerkung: n=Stichprobenanzahl; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; T1-T3=Erhebungszeitpunkte; **p<.01; ***p<.001; Werte: 1=sehr schlecht bis 6=sehr gut.

Des Weiteren gaben die Kinder zu allen Erhebungszeitpunkten an, im Mittel eher zufrieden bis zufrieden mit ihrer Wohngruppe zu sein (T1: $n=161$; $M(SD)=4.55(1.22)$; T2: $n=168$; $M(SD)=4.65(1.03)$; T3: $n=127$; $M(SD)=4.64(1.19)$; Werte: 1=sehr unzufrieden bis 6=sehr zufrieden). Dies änderte sich im Längsschnitt betrachtet nicht ($n=95$; $F(df)=2.089(1.82, 170.94)$; $p=.131$; $\eta^2=.022$).

Mit ihren Mitbewohnern kamen die Kinder im Mittel zu jedem Zeitpunkt eher gut bis gut klar (T1: $n=160$; $M(SD)=4.47(1.17)$; T2: $n=171$; $M(SD)=4.44(1.13)$; T3: $n=141$; $M(SD)=4.60(1.21)$; Werte: 1=sehr schlecht bis 6=sehr gut). Im Längsschnitt ergaben sich auch hier keine signifikanten Veränderungen ($n=105$; $F(df)=1.247(2, 208)$; $p=.290$; $\eta^2=.012$).

Betreuer der stationären Jugendhilfe Dresden

Der *Betreuerfragebogen-allgemein* wurde zu jedem Erhebungszeitpunkt von den jeweiligen Bezugsbetreuern beantwortet. Insgesamt haben $n=204$ Betreuer mindestens einmal eine Bewertung ihrer derzeitigen Arbeitssituation zwischen T1 und T3 abgegeben.

Beim Betrachten der Variablen über die Zeit fiel auf, dass lediglich $n=45$ Bezugsbetreuer an allen drei Erhebungszeitpunkten teilgenommen haben. Dies spiegelt, unter anderem, die hohe Fluktuation des Personals in der stationären JH wieder.

Um zunächst die Situation möglichst vieler Betreuer darzustellen, geben wir in Tabelle 9 die Daten wieder, die sich zusammensetzen aus der jeweils ersten Bewertung der Betreuer unabhängig davon, ob diese zu T1, T2 oder T3 gegeben wurde. Dabei zeigten sich in allen betrachteten Bereichen (Selbstwirksamkeit, Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit sowie Teamunterstützung) Bewertungen im mittleren zufriedenstellenden Bereich.

Analysen zu den Bezugsbetreuern, die zu allen drei Erhebungszeitpunkten einen Fragebogen ausfüllten ($n=45$), zeigten im Längsschnitt von T1 zu T3 hinsichtlich Selbstwirksamkeit, Arbeitsbelastung und –zufriedenheit, Teamunterstützung und Häufigkeit der WG-Krisen keine signifikanten Veränderungen (in Tabelle 9, alle $p>.166$).

Tabelle 8. Veränderungen der Psychopathologie (CBCL, YSR, FBB-/SBB-SSV) und der Lebensqualität (ILK) (messwiederholte ANOVA)

			T1	T2	T3		
		<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>F (df)</i>	<i>p / η²</i>
CBCL	Internalisierend	97	60.84 (9.62)	59.53 (10.19)	58.01 (9.81)	4.531 (2)	.012 / .045
	Externalisierend	97	62.42 (10.59)	61.29 (11.35)	61.01 (10.78)	1.372 (2)	.256 / .014
	Gesamtproblemwert	96	63.39 (9.28)	61.96 (10.06)	61.34 (9.62)	3.127 (2)	.046 / .032
YSR	Internalisierend	59	58.61 (10.27)	57.75 (11.78)	56.24 (10.09)	2.010 (2)	.139 / .033
	Externalisierend	59	54.34(8.03)	54.03 (8.55)	53.90 (9.07)	.082 (2)	.921 / .001
	Gesamtproblemwert	58	58.52 (9.27)	57.22 (10.04)	56.26 (9.16)	1.832 (2)	.165 / .031
FBB-SSV	Oppositionelles Verhalten	97	.99 (.68)	.91 (.73)	.87 (.69)	2.299 (2)	.103 / .023
	Dissoziales Verhalten	93	.26 (.23)	.24 (.27)	.25 (.29)	.098 (2)	.907 / .001
	Störung des Sozialverhaltens	93	.51 (.36)	.48 (.42)	.47 (.40)	1.034 (2)	.358 / .011
	Kompetenzskala	94	1.83 (.50)	1.86 (.53)	1.83 (.55)	.141 (1.83)	.851 / .002
SBB-SSV	Oppositionelles Verhalten	64	.82 (.45)	.75 (.56)	.70 (.60)	1.690 (2)	.189 / .026
	Dissoziales Verhalten	61	.15 (.16)	.17 (.25)	.16 (.37)	.175 (1.59)	.790 / .003
	Störung des Sozialverhaltens	61	.39 (.22)	.38 (.31)	.36 (.39)	.283 (1.79)	.730 / .005
	Kompetenzskala	63	2.08 (.60)	2.14 (.58)	2.23 (.57)	1.789 (2)	.171 / .028
ILK	Betreuerangabe	97	18.31 (3.42)	18.47 (3.59)	18.36 (3.50)	.110 (2)	.896 / .001
	Kinderangabe	104	20.09 (4.12)	21.02 (4.25)	21.23 (3.96)	3.678 (2)	.027 / .034

Anmerkung: CBCL=Child Behavior Checklist; YSR=Youth Self Reports; FBB-SSV=Fremdbeurteilung Störung des Sozialverhaltens; SBB-SSV=Selbstbeurteilung Störung des Sozialverhaltens; ILK=Inventar zur Erfassung der Lebensqualität; T1-T3=erster bis dritter Erhebungszeitpunkt; n=Stichprobenanzahl; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; η²=partielles Eta²

Tabelle 9: Arbeitssituation der beteiligten Bezugsbetreuer

	Angabe bei erster Teilnahme der jeweiligen Betreuer		Wertinterpretation
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	
Vorbereitung durch Studium/Ausbildung	195	4.29 (.98)	sehr schlecht=1 bis sehr gut=6
Selbstwirksamkeit	203	4.21 (.50)	Je höher, desto mehr Selbstwirksamkeitsempfinden (1-5)
Anzahl Bezugskinder	202	1.94 (1.50)	<i>min</i> =1; <i>max</i> =9
Angemessenheit Anzahl Bezugskinder	203	2.37 (.59)	nicht angemessen=1 bis sehr angemessen=3
Angemessenheit Anzahl WG-Kinder	204	2.12 (.66)	nicht angemessen=1 bis sehr angemessen=3
Arbeitsbelastung gesamt	204	4.28 (.87)	sehr gering=1 bis sehr hoch=6
emotionale Arbeitsbelastung	204	3.73 (1.08)	sehr belastet=1 bis nicht belastet=6
körperliche Arbeitsbelastung	204	4.11 (1.10)	sehr belastet=1 bis nicht belastet=6
Teamunterstützung	196	5.22 (.81)	sehr schlecht=1 bis sehr gut=6
Arbeitszufriedenheit	203	4.58 (.95)	sehr unzufrieden=1 bis sehr zufrieden=6

Anmerkung: n=Stichprobenanzahl; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung

Tabelle 10: Betreuerangaben im Zeitverlauf (messwiederholte ANOVA)

	<i>n</i>	T1 <i>M (SD)</i>	T2 <i>M (SD)</i>	T3 <i>M (SD)</i>	<i>F (df)</i>	<i>p / η²</i>
Selbstwirksamkeit	45	4.30 (.52)	4.29 (.40)	4.30 (.38)	.008 (2)	.992/ .000
Arbeitsbelastung gesamt	45	4.49 (.66)	4.42 (.84)	4.36 (.71)	.595 (2)	.554/ .013
emotionale Arbeitsbelastung	45	3.93 (.92)	3.91 (1.16)	3.76 (.83)	.874 (2)	.421/ .019
körperliche Arbeitsbelastung	45	4.02 (1.18)	4.29 (1.01)	4.09 (1.04)	1.625 (1.58)	.208/ .036
Arbeitszufriedenheit	45	4.49 (.97)	4.58 (1.01)	4.40 (.84)	.712 (2)	.494/ .016
Teamunterstützung	39	5.08 (.84)	5.31 (.83)	5.15 (.63)	1.839 (2)	.166/ .046
Häufigkeit WG-Krisen	44	3.18 (.76)	3.09 (.86)	3.02 (.76)	.680 (2)	.509/ .016

Anmerkung: n=Stichprobenanzahl; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; η^2 = partielles Eta²; T1-T3=Erhebungszeitpunkte; Wertinterpretationen siehe Tabelle 9; Werte zur Variable Häufigkeit WG-Krisen: nie=1 bis immer=5

Einflüsse des VJU Dresden-Curriculums

Für folgende Analysen wurden nur Kinder einbezogen, die bei allen drei Erhebungszeitpunkten mitgemacht haben und während des Projektes nicht aus den stationären JH-Einrichtungen ausgezogen sind. Da die Fluktuation bei den Kindern und Bezugsbetreuern über die Erhebungszeit von zwei Jahren hoch war, gingen in die folgenden Analysen Daten von $n=85$ Kinder ein.

Die Kinder in den Gruppen Curriculum 1 und Curriculum 2 unterschieden sich nicht hinsichtlich Alter, Geschlecht, IQ oder Wohndauer (alle $p>.083$). Ebenfalls gab es keine Unterschiede hinsichtlich des CBCL Gesamtwerts ($p=.905$) sowie des YSR Gesamtwerts ($p=.442$) zu T1.

Die ANOVA mit Messwiederholung und dem Innersubjektfaktor Zeit (T1-T3), dem Zwischensubjektfaktor Gruppe (Curriculum 1 ($n=43$) vs. Curriculum 2 ($n=42$)) sowie der abhängigen Variable CBCL Gesamtwert zeigte einen Haupteffekt des Faktors Zeit ($F(2, 166)=3.652$; $p=.028$; $\eta^2=.042$). Weder der Faktor Gruppe noch die Interaktion Zeit*Gruppe wurden signifikant (alle $p>.377$; vgl. Tabelle 11).

Die ANOVA mit Messwiederholung und dem Innersubjektfaktor Zeit (T1-T3), dem Zwischensubjektfaktor Gruppe (Curriculum 1 ($n=26$) vs. Curriculum 2 ($n=23$)) sowie der abhängigen Variable YSR Gesamtwert zeigte keine signifikanten Effekte (Innersubjekteffekt: $p=.080$; Interaktionseffekt: $p=.199$; Zwischensubjekteffekt: $p=.052$; vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Durchschnittliche T-Werte der Gruppen über die Zeit

		T1	T2	T3
		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
CBCL Gesamtwert	Curr1 ($n=43$)	64.28 (9.81)	62.86 (9.95)	62.77 (9.54)
	Curr2 ($n=42$)	63.50 (7.68)	61.67 (9.65)	60.21 (8.29)
YSR Gesamtwert	Curr1 ($n=26$)	60.35 (11.50)	60.00 (11.24)	59.73 (9.65)
	Curr2 ($n=23$)	58.30 (6.48)	55.70 (8.08)	52.91 (7.38)

Anmerkung: Curr1=Gruppe der Kinder, deren stationäre JH-Einrichtung am ersten Durchgang des Curriculums teilgenommen haben; Curr2=Gruppe der Kinder, deren stationäre JH-Einrichtung am zweiten Durchgang des Curriculums teilgenommen haben; CBCL=Child Behavior Checklist ausgefüllt von den Bezugsbetreuern; YSR=Youth Self Reports; T1-T3=erster bis dritter Erhebungszeitpunkt.

Die ANOVAs mit Messwiederholung mit der jeweiligen Gesamtskala des FBB-SSV und SBB-SSV als abhängige Variablen zeigen weder Innersubjekt-, Zwischensubjekt- noch Interaktionseffekte (FBB-SSV: $n=40-45$; Innersubjekteffekt: $p=.456$; Interaktionseffekt: $p=.601$; Zwischensubjekteffekt: $p=.277$; SBB-SSV: $n=25-26$; Innersubjekteffekt: $p=.864$; Interaktionseffekt: $p=.783$; Zwischensubjekteffekt: $p=.464$).

Auch auf die Lebensqualität als abhängige Variable, gemessen mittels ILK, zeigen sich keine signifikanten Effekte des Curriculums (Fremdurteil: $n=44-46$; Innersubjekteffekt: $p=.941$; Interaktionseffekt: $p=.767$; Zwischensubjekteffekt: $p=.984$; Selbsturteil: $n=43-43$; Innersubjekteffekt: $p=.087$; Interaktionseffekt: $p=.243$; Zwischensubjekteffekt: $p=.378$).

In den Analysen findet sich somit kein Zusammenhang zwischen Teilnahme der stationären JH-Einrichtung am VJU Dresden-Curriculum und der Psychopathologie der Kinder, die in den stationären JH-Einrichtungen leben.

6. Diskussion und Ausblick

Innerhalb des von der Friede Springer Stiftung geförderten Projektes wurde das VJU Dresden-Curriculum zweimal erfolgreich durchgeführt. Der Großteil der Mitarbeiter aus JH und KJP, die an den Durchgängen des Curriculums teilgenommen haben, äußerten sich zufriedenstellend in den Evaluationbögen. Die unterschiedliche Verteilung der Teilnehmerzahlen aus JH und KJP ergaben sich daher, dass der Bereich der stationären JH viel mehr Mitarbeiter umfasst als die KJP Dresden. Unterschiede in den Zufriedenheiten zwischen JH und KJP Mitarbeitern ergaben sich mitunter auch dadurch, dass durch Schichtdienst und Betreuungsengpässe in der stationären JH eine höhere Mitarbeiterfluktuation innerhalb eines Durchgangs des Curriculums vorhielt als in der KJP.

Diese erhöhte Fluktuation, einerseits der Mitarbeiter der stationären JH als auch andererseits bei den Kindern, die in den stationären JH-Einrichtungen lebten und an den Erhebungen teilnahmen, spiegelte sich auch in Erschwernissen der Erhebungen im Zeitverlauf wider. So nahmen zwar in Summe zufriedenstellend viele Kinder an mindestens einer Erhebung teil, jedoch ein deutlich geringerer Anteil an allen drei Erhebungen. Zudem wechselten in dieser Zeit teilweise auch die Bezugsbetreuer, die Fragebögen für die Kinder ausfüllten.

Insgesamt zeigte sich, dass bei 60% der Kinder Bezugsbetreuer auffällige Gesamtscores in der Psychopathologie (gemessen mittels CBCL) angaben. Dies ist vergleichbar mit Angaben aus früheren Studien (Engel, Pätow, & Häßler, 2009). Hingegen zeigten sich jedoch weniger Auffälligkeiten in Bezug auf das Sozialverhalten der Kinder als erwartet. Da wir selbstverständlich ethische als auch Datenschutzbestimmungen eingehalten haben, ist nicht auszuschließen, dass die Daten nur eingeschränkt repräsentativ für Kinder der stationären JH in Dresden sind. Einerseits haben hauptsächlich Kinder teilgenommen, deren Sorgeberechtigte ebenfalls der Teilnahme zugestimmt haben. Aufgrund der Population gestaltete sich dies jedoch zum Teil schwierig, da sorgeberechtigte Eltern zum Beispiel

schwer erreichbar waren oder Kindern einen Vormund hatten. In Fällen, wo die Sorgeberechtigten nicht erreichbar waren, konnten motivierte Kinder auch anonym an den Erhebungen teilnehmen. Hier bestand jedoch die Schwierigkeit, dass nicht alle Daten erhoben werden konnten um die Anonymität zu wahren. Zudem war die Studie sehr von der Motivation und Teilnahmebereitschaft der Kinder abhängig. Hier waren die Projektmitarbeiter sehr bemüht: Sie waren vor Start der jährlichen Erhebungen jedes Mal persönlich in jeder stationären JH-Einrichtung, um allgemein über die Studie zu berichten und Kinder persönlich zu motivieren (wieder) teilzunehmen. In den Erhebungsterminen genossen so gut wie alle Kinder die persönliche Zeit und ungeteilte Aufmerksamkeit der Projektmitarbeiter.

Um einen Teilnahmebias in zukünftigen Projekten mit Kindern der stationären JH vorzubeugen und auch um eine gute Vernetzung für und Versorgung von beeinträchtigten Kindern gewährleisten zu können, sollten zum Beispiel Fragebögen zur Psychopathologie ganz regulär im Rahmen der stationären Betreuung von Kindern in der JH ausgefüllt und anonym ausgewertet werden. Damit können frühzeitig Auffälligkeiten entdeckt und adäquat behandelt werden.

Die KJP Dresden geht diesbezüglich mit kooperierenden Kinderärzten bereits innovative Wege und unterstützt die Einschätzung von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten durch die Auswertung pseudonymisierter Psychopathologiefragebögen. Sollten bei der Auswertung Auffälligkeiten entdeckt werden, so werden diese an die Kinderärzte pseudonymisiert zurückgemeldet und die Kinderärzte können eine Empfehlung zur Diagnostik, Beratung und Behandlung gegenüber den Sorgeberechtigten aussprechen. Ein vergleichbares Vorgehen auch für stationäre JH-Einrichtungen zu etablieren wird aktuell beraten.

Bei dem geförderten Projekt handelte es sich um eine naturalistische Erhebung, d.h. dass es bis auf den Altersbereich der Kinder und die Bedingung, dass diese in einer stationären JH-Einrichtung leben, keine weiteren Ein- oder Ausschlusskriterien gab. Dadurch war die betrachtete Stichprobe von Kindern sehr heterogen. In zukünftigen Projekten sollte hier eine engere Auswahl getroffen werden um die Aussagekraft zu erhöhen, indem z.B. nur Kinder mit einer bestimmten psychischen Auffälligkeit oder nur aus stationären JH-Einrichtungen mit gleichem Betreuungsschlüssel und gleicher Wohngruppengröße an der Erhebung teilnehmen lassen. Auch wenn dies wiederum die Repräsentativität schmälert.

Auch, wenn die Ergebnisse keinen Zusammenhang zwischen dem VJU Dresden-Curriculum und der Entwicklung der Psychopathologie der Kinder ergeben haben, so zeigten die Rückmeldungen der Teilnehmer, wie bereits berichtet, großen Anklang.

Das geförderte Projekt hat bedeutend zu einem regelmäßigeren und intensiveren Austausch zwischen den Institutionen und dadurch zu mehr gegenseitigem Verständnis und Wissen beigetragen. In einer aktuell, regelmäßig stattfindenden Leitungsrunde aus JH, JA und KJP wird die Fortführung eines gemeinsamen Curriculums, in weniger zeitintensiver Form, beraten.

Zudem wird die konzipierte Kooperationsvereinbarung zwischen JA und KJP aktuell auf weitere Jugendämter und Kinder- und Jugendpsychiatrien im Umland von Dresden ausgeweitet, wodurch ein weiterer Mehrwert für die Region und die Versorgung von Kindern in besonderen Lebenslagen geschaffen wird.

7. Veröffentlichungen

Wissenschaftliche Poster

Wanderer, S., Keitel, J., Herrmann, E., Mack, J., & Roessner, V. (2015). Evaluation eines interdisziplinären Curriculums der Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationären Jugendhilfe Dresden – Erste Ergebnisse. Berlin: DGPPN-Kongress.

Mack, J., Keitel, J., Wanderer, S., Herrmann, E., & Roessner, V. (2017). Evaluation eines interdisziplinären Curriculums der Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationären Jugendhilfe Dresden – Psychosoziale Entwicklung im Prä-Post-Vergleich. Ulm: DGKJP-Kongress

Publikationen

Wanderer, S., & Roessner, V. (2015). Psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe. *Public Health Forum*, 23(4).
<https://doi.org/10.1515/pubhef-2015-0084>

Mack, J., Wanderer, S., & Roessner, V. (in Bearbeitung). Evaluation eines interdisziplinären Curriculums zwischen stationärer Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

8. Referenzen

- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for Child Behavior Checklist 4-18, 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont/Dept. of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for Youth Self Report, 4-18, 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Dept. of Psychiatry.
- Donnell, A. J., Pliskin, N., Holdnack, J., Axelrod, B., & Randolph, C. (2007). Rapidly-administered short forms of the Wechsler Adult Intelligence Scale-3rd edition. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 22(8), 917–924. <https://doi.org/10.1016/j.acn.2007.06.007>
- Döpfner, M., Görtz-Dorten, A., & Lehmkuhl, G. (2008). *Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV*. Bern: Huber.
- Döpfner, M., Berner, W., & Lehmkuhl, G. (1994). Handbuch: Fragebogen für Jugendliche. Forschungsergebnisse der deutschen Fassung des Youth Self-Report (YSR) der Child Behavior Checklist. Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Döpfner, M., Berner, W., & Lehmkuhl, G. (1995). Reliabilität und faktorielle Validität des Youth Self-Report bei einer klinischen Stichprobe. *Diagnostica*, 41, 221–244.
- Döpfner, M., Schmeck, K., & Berner, W. (1994). Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Döpfner, M., Schmeck, K., Berner, W., Lehmkuhl, G., & Poustka, F. (1994). Zur Reliabilität und faktoriellen Validität der Child Behavior Checklist - eine Analyse in einer klinischen und einer Feldstichprobe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 22, 189–205.
- Engel, C., Pätow, C., & Häßler, F. (2009). Psychische Belastung und Geschlechtsunterschiede einer Stichprobe der stationären Jugendhilfe. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 58(9), 702–715.
- Fegert, J. M., & Besier, T. (2009). *Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform* (Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung) (p. 133). Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts.

- Groen, G., & Jörns-Presentati, A. (2015). On The Borders Between Residential Child Care And Mental Health Care: Evaluation Of The RESME Pilot-Course., 136–155.
- Mack, J., Wanderer, S., Keitel, J., Bittner, J., Herrmann, E., Ehrlich, S., & Roessner, V. (2017). Better together? Cooperation between youth welfare office and child and adolescent psychiatry: A methodological approach. *Children and Youth Services Review*, 79, 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.05.019>
- Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Nölkel, P., Schaff, C., ... Remschmidt, H. (1998). [An inventory for assessing the quality of life of children and adolescents--a pilot study]. *Zeitschrift Fur Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 26(3), 174–182.
- Mattejat, F., König, U., Barchewitz, C., Felbel, D., Herpertz-Dahlmann, B., Hoehne, D., ... Remschmidt, H. (2005). Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern: Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit der Elternversion des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Kindheit und Entwicklung*, 14(1), 39–47. <https://doi.org/10.1026/0942-5403.14.1.39>
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2006). *ILK - Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Ratingbogen für Kinder, Jugendliche und Eltern*. Bern: Huber.
- Petermann, F., Petermann, U., & Petermann, U. (Eds.). (2011). *Wechsler intelligence scale for children - fourth edition: Manual 1: Grundlagen, Testauswertung und Interpretation: Übersetzung und Adaptation der WISC-IV® von David Wechsler (2., ergänzte Auflage)*. Frankfurt/M: Pearson Assessment.
- Petermann, F., & Wechsler, D. (Eds.). (2012). *Wechsler Adult Intelligence Scale - fourth edition (WAIS-IV): Grundlagen, Testauswertung und Interpretation. Deutschsprachige Adaptation der WAIS-IV® von D. Wechsler (2., erw. Aufl)*. Frankfurt M: Pearson.
- Pöhlmann, K., & Brunstein, J. C. (1997). GOALS: Ein Fragebogen zur Messung von Lebenszielen. *Diagnostica*, (43), 63–79.
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern: Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Schomaker, W. (2009). Wie teilen sich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe die praktische Versorgung?, (4), 50–61.

Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., & Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *323*(7306), 191.

Waldmann, H.-C. (2008). Kurzformen des HAWIK-IV: Statistische Bewertung in verschiedenen Anwendungsszenarien. *Diagnostica*, *54*(4), 202–210. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.54.4.202>

9. Anhang

A Ablaufplan des zweiten VJU Dresden-Curriculums als Beispiel

Themen und Inhalt	Datum, Uhrzeit, Ort	Referent
Tag 1: Vorstellung der KJP und ihre Strukturen	10.08.2016	
<ul style="list-style-type: none"> - Diskussionsrunde (Erwartungen an das Curriculum, Was sind Reibungspunkte/Schwierigkeiten/Wünsche in der Zusammenarbeit mit der KJP?) - Welche Bereiche gibt es? (Ambulanz, Station, TK) - Ablauf Diagnostik - Ab wann ist was indiziert? - Therapiemöglichkeiten (VT, Trauma-Therapie, Familientherapie) - Verfahren bei Krisenintervention/ Umgang mit Notfällen 	8.00-12.30 Uhr (inkl. Pause und Diskussion) Hygienemuseum	
Tag 2: Rechtliche Grundlagen der Kinder- und Jugendhilfe (1)	17.08.2016	
<ul style="list-style-type: none"> - Jugendhilferechtliches Dreiecksverhältnis - Hilfe zur Erziehung: - Ambulant, teilstationär und, <u>stationär</u> - Hilfen nach § 35 a SGB VIII - Leistungen und andere Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe (Überblick), vor allem: - Inhabutnahme, Mitwirkung in Verfahren des Familiengerichtes, Mitwirkung nach Jugendgerichtsgesetz 	9.00 – 11.00 Uhr (inkl. Pause und Diskussion) Uniklinikum	
Tag 3: Entwicklung	24.08.2016	
<ul style="list-style-type: none"> - Was ist normal? (Entwicklungsschritte/ -psychologie) - Folgestörungen in Schwangerschaft/ Geburt - Einnässen/Einkoten - Geistige Behinderung und ihre Auswirkungen (emotionale und Verhaltensauffälligkeiten) - Tiefgreifende Entwicklungsstörung (Autismus) 	8.00-12.30 Uhr (inkl. Pause und Diskussion) Hygienemuseum	
FALLBESPRECHUNG/AUSTAUSCH 31.08.2016 (Hygienemuseum)		

Tag 4: Bindung	07.09.2016	
<ul style="list-style-type: none"> - Was ist (gesunde) Bindung? Formen von Bindung - Wann spricht man von einer Bindungsstörung? - Wirkung von Vernachlässigung, Missbrauch, psych. Störung der Eltern – Was braucht das Kind? - Sexualisiertes und distanzgemindertes Verhalten 	8.00-12.30 Uhr (inkl. Pause und Diskussion) Hygienemuseum	
Tag 5: Rechtliche Grundlagen der Kinder- und Jugendhilfe (2)	14.09.2016	
<ul style="list-style-type: none"> - Theorien und Leitsätze der Kinder und Jugendhilfe - Kinderrecht: Erziehung in Freiheit, Wunsch- und Wahlrecht, Beteiligungsrecht usw. - WG-Landschaft (Aufbau - welche (teil-) stationären Jugendhilfeformen gibt es?), Welches Kind ist für welche WG "geeignet"? evtl. Zusammensetzung der Teams, Welche WG-Typen gibt es? Unterschiede IWG/HWG usw. - Warum gibt es in Sachsen keine geschlossene Unterbringung? 	9.00 – 11.00 Uhr (inkl. Pause und Diskussion) Uniklinikum	
Tag 6: Verhaltensauffälligkeiten/ Störungen aufgrund von traumatischen Erlebnissen	21.09.2016	
<ul style="list-style-type: none"> - Belastungsreaktion/ Posttraumatische Belastungsstörung - Umgang im WG-Alltag - expansive Störungen (Was brauchen diese Kinder?) - ADHS 	8.00-12.30 Uhr (inkl. Pause und Diskussion) Hygienemuseum	
FALLBESPRECHUNG/AUSTAUSCH 28.09.2016 (Hygienemuseum)		
Tag 7: expansive Störungen	05.10.2016	
<ul style="list-style-type: none"> - Störung des Sozialverhaltens - Aggressives Verhalten/ Verweigerung/ Regelwidersetzungen - Verstärkerplan/ Lob/ gemeinsame Zeit 	8.00-12.30 Uhr (inkl. Pause und Diskussion) Hygienemuseum	

Tag 8: Jugendamt	12.10.2016	
<ul style="list-style-type: none"> - Sozialpädagogische Diagnostik und Hilfeplanverfahren (Wie kommen Kinder in Hilfen zur Erziehung?) - Helferkonferenz - Hilfeplanverfahren (notwendige und geeignete Hilfen) - Verfahren bei KWG (§ 8a SGB VIII) - Strukturen/ Aufbau Jugendamt (Verwaltung, JH-Ausschuss; Abteilungen) 	9.00 – 11.00 Uhr (inkl. Pause und Diskussion) Uniklinikum	
Tag 9: Sucht, Psychose, Pubertät	19.10.2016	
<ul style="list-style-type: none"> - Süchte/Umgang mit – Alkohol, Drogen, Medien (Regelfindung/-einhaltung) - Psychose (prodromale Zeichen) - Pubertät 	8.00-12.30 Uhr (inkl. Pause und Diskussion) Hygienemuseum	
FALLBESPRECHUNG/AUSTAUSCH 26.10.2016 (Hygienemuseum)		
Tag 10: affektive Störungen 1	02.11.2016	
<ul style="list-style-type: none"> - Depression - Selbstwert – dysfunktionale Gedanken - Selbstverletzung vs. Suizidalität 	8.00-12.30 Uhr (inkl. Pause und Diskussion) ACHTUNG IM UNIKLINIKUM!	
Tag 11: Alltag in stationären Einrichtungen	09.11.2016	
<ul style="list-style-type: none"> - Wie läuft der WG-Alltag ab? (Tagesstruktur, Aufgaben, BezugsbetreuerInnen) - Sozialpädagogische, psychologische und therapeutische Arbeit mit den Kindern - Arbeitsprinzipien: Lebenswelt, Alltag ... - methodische Ansätze: z.B. Beziehungs- und Biografiearbeit 	9.00 – 11.00 Uhr (inkl. Pause und Diskussion) Uniklinikum	

Tag 12: Somatisierung, Zwang, Tic	ACHTUNG DIENSTAG! 15.11.2016	
<ul style="list-style-type: none"> - Somatisierungsstörungen – Bauchschmerzen – Kopfweh – wann ist es eine psychische Krankheit? - Zwangsstörung - Tic-Störung 	8.00-12.30 Uhr (inkl. Pause und Diskussion) Hygienemuseum	
FALLBESPRECHUNG/AUSTAUSCH 23.11.2016 (Hygienemuseum)		
Tag 13: affektive Störungen 2	30.11.2016	
<ul style="list-style-type: none"> - Stimmungsschwankungen - bipolare Störung - Persönlichkeitsmerkmale (Borderline, Histrionisch, Narzisstisch) 	8.00-12.30 Uhr (inkl. Pause und Diskussion) Hygienemuseum	
Tag 14: Elternarbeit	07.12.2016	
<ul style="list-style-type: none"> - Elternarbeit in der WG, Wochenendbeurlaubungen - Gibt es Vorbereitungen und Nachbesprechungen? - Elterngruppen o.ä. 	9.00 – 11.00 Uhr (inkl. Pause und Diskussion) Uniklinikum	
Tag 15: Ängste	14.12.2016	
<ul style="list-style-type: none"> - Trennungsangst - Schulangst/ -phobie – Weigerung in Schule zu gehen/ Schuleschwänzen - Soziale Phobie - Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Frustessen) 	8.00-12.30 Uhr (inkl. Pause und Diskussion) Hygienemuseum	
FALLBESPRECHUNG/AUSTAUSCH 21.12.2016 (Hygienemuseum)		

Tag 16: Elternarbeit	04.01.2017	
<ul style="list-style-type: none"> - Einfluss psychisch kranker Eltern auf die Entwicklung der Kinder - Einbezug von Eltern – strittige Eltern - Rückführung nach Hause - Kleine systemische Techniken 	<p>8.00-12.30 Uhr (inkl. Pause und Diskussion)</p> <p>Hygienemuseum</p>	
Tag 17: Beendigung von Hilfen	11.01.2017	
<ul style="list-style-type: none"> - Verfahren bei Problemsituationen, - Beendigung von Hilfen - (Vorbereitung) Rückführungen zu Familien - Verfahren bei Abbruch - ggf. Raum für Vertiefung v. Themen 	<p>9.00 – 11.00 Uhr (inkl. Pause und Diskussion)</p> <p>Uniklinikum</p>	
Tag 18: Besonderheiten WG-Kinder	18.01.2017	
<ul style="list-style-type: none"> - aktuelle Studienlage - Knifflige WG-Situationen – Umgang damit - Umgang mit Konkurrenzsituation 	<p>8.00-12.30 Uhr (inkl. Pause und Diskussion)</p> <p>Hygienemuseum</p>	
FALLBESPRECHUNG/AUSTAUSCH & ABSCHLUSS 25.01.2017 (Hygienemuseum)		

B Erläuterung der verwendeten Fragebogen- und Interviewinstrumente in der Befragung der Kinder und Bezugsbetreuer in stationären JH-Einrichtungen Dresdens

Standardisierte Fragebogeninstrumente

Die **Child Behavior Checklist** (CBCL; Achenbach, 1991a) ist einer der meistgenutzten, standardisierten Fragebögen zur Erfassung eines breiten Spektrums der Psychopathologie (Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten, somatische Beschwerden und sozialen Kompetenzen) von Kindern im Alter von 4 bis 18 Jahren aus Sicht der Bezugsperson. Anhand von 113 Items beurteilt die Bezugsperson das Erleben und Verhalten des Kindes innerhalb der letzten sechs Monate auf einer 3-stufigen Antwortskala (*nicht zutreffend=0; etwas zutreffend=1; genau zutreffend=2*). Die 113 Problemitems werden in acht Syndromskalen (*Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden, Ängstlichkeit/Depressivität, Dissoziales Verhalten, Aggressives Verhalten, Soziale Probleme, Schizoid/Zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme*) zusammengefasst. Die Auswertung erfolgt nach alters- und geschlechtsspezifischen Normen. T-Werte von ≥ 70 werden als klinisch auffällig betrachtet, T-Werte zwischen 67 und 70 liegen im Grenzbereich zwischen unauffälligem und auffälligem Verhalten. Aus den Syndromskalen werden Skalen zu *Internalisierendem* und *Externalisierendem Verhalten* sowie ein *Gesamtproblemwert* gebildet. Auch für diese Skalen erfolgt eine Auswertung anhand standardisierter Normen, wobei hier ein T-Wert von >63 als klinisch auffällig gilt und T-Werte zwischen 60 und 63 als im Grenzbereich zwischen unauffälligem und auffälligem Verhalten gelten. Die Reliabilität der Syndromskalen konnte in deutschen Stichproben weitgehend bestätigt werden. Klinische Studien zur Validität stützen die zugrundeliegende theoretische Struktur des Fragebogens (Döpfner, Schmeck, & Berner, 1994; Döpfner, Schmeck, Berner, Lehmkuhl, & Poustka, 1994).

Der **Youth Self Report** (YSR; Achenbach, 1991b) ist analog zur eben beschriebenen CBCL aufgebaut und kann von Kindern im Alter von 11 bis 18 Jahren in Form einer Selbstbeurteilung ausgefüllt werden. Wie beim Elternfragebogen CBCL werden aus den 112 Items des Fragebogens die identischen acht Syndromskalen (*Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden, Ängstlichkeit/Depressivität, Dissoziales Verhalten, Aggressives Verhalten, Soziale Probleme, Schizoid/Zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme*) gebildet, aus denen wiederum die Skalen zu *Internalisierendem* und *Externalisierendem Verhalten* sowie der *Gesamtproblemwert* berechnet werden. Hierzu liegen geschlechtsspezifische Normen vor, anhand derer eine Klassifizierung in unauffällig, grenzwertig und auffällig analog zur CBCL erfolgt. Der YSR zeichnet sich ebenfalls durch gute Testgütekriterien aus (Döpfner, Berner, & Lehmkuhl, 1994, 1995). Der gleichartige Aufbau der Fragebögen für Bezugspersonen und Kinder ermöglicht einen Vergleich der Einschätzung der verschiedenen Perspektiven.

Der **Fremdbeurteilungs-** und **Selbstbeurteilungsbogen zu Störung des Sozialverhaltens** (FBB- und SBB-SSV) sind Teil des Diagnostik-Systems für psychiatrische Störungen für Kinder (Döpfner, Görtz-Dorten, & Lehmkuhl, 2008) und dienen der Erfassung von Störungen des Sozialverhaltens. Der FBB-SSV wird von Bezugspersonen ausgefüllt, der SBB-SSV von Kindern ab einem Alter von 11 Jahren. Beide Fragebögen bestehen aus jeweils 25 Symptomitems (9 Items zu *Oppositionell-aggressivem Verhalten*, 16 Items zu *Dissozial-aggressivem Verhalten*), welche die 23 Symptomkriterien zur Diagnose nach DSM-IV und ICD-10 erfassen. Zusätzlich wird prosoziales Verhalten auf einer Kompetenzskala anhand von zwölf Items erfasst. Die Items werden auf einer 4-stufigen Antwortskala (*gar nicht zutreffend*=0 bis *besonders zutreffend*=3) für die letzten sechs Monate beurteilt. Aus den 25 Symptomitems werden die beiden Skalen *Oppositionell-aggressives Verhalten* und *Dissozial-aggressives Verhalten* sowie ein *Gesamtwert Störung des Sozialverhaltens* gebildet. Die Auswertung erfolgt nach alters- und geschlechtsspezifischen Normen. Für die Skalen werden Werte zwischen 0.00 und 0.49 als unauffällig, Werte von 0.50 bis 0.99 als leicht auffällig und Werte von 1.00 bis 1.49 als auffällig klassifiziert. Werte über 1.49 gelten als sehr auffällig. Die standardisierten Fragebögen zeichnen sich durch eine hohe Reliabilität und Validität aus (Döpfner et al., 2008).

Das **Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen** (ILK; Matthejat & Remschmidt, 2006) ist ein Instrument zur Erfassung der Lebensqualität von gesunden sowie Kindern mit psychiatrischen Störungen oder körperlichen Erkrankung im Alter von 6 bis 18 Jahren. Die Bewertung auf einer 5-stufigen Antwortskala (*sehr gut*=1 bis *sehr schlecht*=5) kann aus Sicht der Kinder, Bezugspersonen oder Therapeuten erfolgen, wobei Werte von 1 und 2 als *unauffällig*, Werte zwischen 3 und 5 hingegen als auffällig angesehen werden. Entsprechend den Items gliedert sich der Fragebogen in folgende Bereiche: Schule, Familie, soziale Kontakte zu Gleichaltrigen, Interessen und Freizeitgestaltung, körperliche Gesundheit, psychische Gesundheit und Gesamtbeurteilung der Lebensqualität. Aus den einzelnen Items lässt sich ein Lebensqualitätsscore (LQ28) ermitteln, der die Lebensqualität über alle abgefragten Bereiche hinweg widerspiegelt, wobei ein höherer Wert eine höhere Lebensqualität bedeutet (Min=0, Max=28). Der Test liefert sowohl alters-, als auch geschlechtsspezifische Normen für eine repräsentative Schulstichprobe sowie für eine klinische Stichprobe. Angaben zur Reliabilität liegen im zufriedenstellenden Bereich, bezüglich der Validität zeigen sich hohe Korrelationen einzelner Items mit einem anderen Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern (Matthejat et al., 1998; Matthejat et al., 2005).

Des Weiteren wurde der Intelligenzquotient (IQ) der Kinder erfasst. Aus ökonomischen Gründen wurde auf Grundlage von Waldmann (2008) mit Kindern zwischen 6;0 und 16;11 Jahren eine Kurzversion der deutschen **Wechsler Intelligence Scale for Children** (WISC-IV; Petermann & Petermann, 2011) durchgeführt und somit deren IQ geschätzt. Dabei kamen die Untertests Wortschatztest, Matrizenest,

Buchstaben-Zahlen-Folgen und Symbolsuche zur Anwendung. Bei den Jugendlichen ab 17 Jahren wurde eine Kurzversion der deutschen **Wechsler Adult Intelligence Scale** (WAIS-IV; Petermann & Wechsler, 2012) angewandt mit den Untertests Gemeinsamkeitenfinden, Zahlen-Symbol-Test, Rechnerisches Denken und Bilder-Ergänzen, in Analogie zu der empfohlenen Kurzversion des WAIS-III von Donnell, Pliskin, Holdnack, Axelrod und Randolph (2007). Die IQ-Skala folgt einer Normalverteilungskurve mit $M=100$ und $SD=15$, sodass ein Gesamt-IQ zwischen 85 und 114 als durchschnittlich gilt.

Selbstentwickelte Fragebogeninstrumente und Interview

Das **Interview** besteht aus 53 Items, hauptsächlich geschlossenen Fragen mit 3- bis 6-stufigen Antwortskalen. Es werden verschiedene Bereiche thematisiert, wie z.B. die aktuelle Situation und Wohnlage (z.B. Seit wann lebst du in der Wohngruppe und warum?), Zufriedenheit mit der Wohngruppe, Beziehung mit Mitbewohner und Bezugsbetreuer (z.B. Wie kommst du mit deinem Betreuer klar? 1=sehr schlecht bis 6=sehr gut). Das Interview wurde stets unter vier Augen (Projektmitarbeiterin und Kind) in einem zur Verfügung stehenden Raum der jeweiligen JH-Einrichtung mit dem Kind geführt. Selbstverständlich wurde dem Kind vorher angeboten, bei Unsicherheitsempfinden, eine Bezugsperson zum Interview hinzuzunehmen. Dies wurde jedoch nie von den Kindern genutzt.

Der **Betreuerfragebogen-fallspezifisch** wurde jeweils von den zuständigen Bezugsbetreuern der Kinder ausgefüllt. Der Fragebogen besteht aus 70 Items, meist geschlossene Einfachantwort- oder Multiple-Choice-Fragen. Mit diesem wurden fallspezifische Daten, wie Aufenthaltsdauer, Beziehung zum Kind (z.B. Wie schätzen Sie Ihre Beziehung zum Kind ein? 1=sehr schlecht bis 6=sehr gut) oder die Einschätzung des psychosozialen Hilfebedarfs (z.B. Wie hoch schätzen Sie den psychosozialen Hilfebedarf des Kindes ein? 1=sehr gering bis 6=sehr hoch) erhoben.

Der **Betreuerfragebogen-allgemein** wurde ebenfalls von allen teilnehmenden Bezugsbetreuern ausgefüllt. Dieser Fragebogen bezog sich auf die Arbeitssituation der Bezugsbetreuer. Mit 20 Items wurden u.a. das Selbstwirksamkeitsempfinden, die Arbeitsbelastung (z.B. Wie hoch schätzen Sie insgesamt Ihre Arbeitsbelastung ein? 1=sehr gering bis 6=sehr hoch), die Arbeitszufriedenheit und die Teamunterstützung (z.B. Wie unterstützend erleben Sie Ihr Team bezogen auf Ihre Tätigkeit? 1=sehr schlecht bis 6=sehr gut) mittels 3- bis 6-stufigen Antwortskalen abgefragt.