

# ABSCHLUSSBERICHT FÜR DAS PROJEKT UNTERSUCHUNG ZUR BESTIMMUNG STEUERUNGSRELEVANTER WIR- KUNGSFAKTOREN IM HILFEPLANPROZESS IM RAHMEN DES GESAMTSTÄD- TISCHEN FACHCONTROLLINGS HILFEN ZUR ERZIEHUNG IN BERLIN

Dr. Harald Tornow  
10.2.2012

## 1 Vorwort

Das Abgeordnetenhaus hat die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft mit Beschluss vom 11.06.2009 beauftragt, ein gesamtstädtisches Fachcontrolling für die Hilfen zur Erziehung (HzE) einzurichten (vgl. Drs. 16/2474). Ziele eines gesamtstädtisch standardisierten Fachcontrollings sind die Herstellung von Transparenz über die Fall- und Ausgabenentwicklung, die Analyse der Rahmenbedingungen und Zusammenhänge und die weitere Qualifizierung der Hilfeplanung.

Gemeinsam mit den Bezirken werden in sieben Arbeitspaketen die steuerungsrelevanten inhaltlichen, strukturellen und finanziellen Aspekte eines integrierten Fach- und Finanzcontrollings im Bereich Hilfe zur Erziehung erarbeitet bzw. fortentwickelt. Die extern begleitete Untersuchung der Hilfeplanung und Hilfgewährung unter dem Aspekt des Ziel-Wirkungszusammenhanges in fünf Jugendämtern ist ein zentrales Arbeitspaket.

Durch die systematische Untersuchung der Fallverläufe anhand der zentralen Zieldimensionen sollen Wirkungshinweise im Hilfeplanprozess zugeordnet und weiter ausgewertet werden. Die Untersuchung zielt auf konkrete fachliche Verbesserungen in der alltäglichen Fallarbeit und auf die Qualifizierungsmöglichkeiten bei der Entscheidung und Zielformulierung in der Hilfeplanung aufgrund gesicherter Erkenntnisse über die Wirkdimensionen von Hilfen.

Die vorgelegten ersten Ergebnisse können das Fundament für eine vertiefte regionale bzw. sozialraumbezogene Analyse und Bewertung sowie für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Hilfen zur Erziehung in Berlin sein.

## 2 Projekt

In dem Pilotprojekt (2010 / 2011) der Berliner Senatsverwaltung werden Methoden und Verfahren erprobt, mit denen Kennzahlen zur fachlichen Steuerung von Hilfen zur Erziehung erhoben werden. Wirkungsindikatoren sollen zum einen das Fach- und Finanzcontrolling in den Organisationen mit Fakten und Daten untermauern, um Bedarfen mit effektiven und effizienten Hilfen begegnen zu können. Zum anderen soll die konkrete Fallsteuerung im Einzelfall wirkungsorientiert ausgestaltet werden. Es geht also um den Nachweis von Effektivität oder ihrer Verbesserungsnotwendigkeit und um eine Optimierung der Effizienz sozialer Dienstleistungen mit einem hohen Nutzwert für die Klienten.

Zur wissenschaftlichen Fundierung eines an Wirkungsindikatoren ausgerichteten Fachcontrollings der Hilfen zur Erziehung wurden vom 1.1.2011 in fünf Bezirken (Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg, Pankow, Marzahn-Hellersdorf, Steglitz-Zehlendorf) Daten zur Wirksamkeit von Hilfen zur Erziehung nach §§ 27 ff SGB VIII erhoben. Ausgeschlossen sind Hilfen nach § 28 (Erziehungsberatung) und nach § 33 (Familienpflege). Clearing- und Krisenmanagementleistungen wurden ebenfalls evaluiert. Sie werden aber gesondert ausgewertet, genauso wie Hilfen für Mutter-Kind nach § 19, die nicht Gegenstand dieses Berichtes sind.

Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse des Projektes zusammen. Dazu werden alle Daten aus den fünf Bezirken aggregiert. Details aus den Bezirken werden nicht dargestellt, allenfalls als Hinweise auf den Grad der Unterschiedlichkeit zwischen den Bezirken. Die Ergebnisse auf der Bezirks- und soweit es möglich war, auf der Regionalebene sind in Auswertungen, Berichten und Präsentationen den Leitungskräften und MitarbeiterInnen in den jeweiligen Bezirken zurückgemeldet worden. Zum Teil sind die Ergebnisse aus örtlichen Leistungserbringern dargestellt worden. In den Auswertungen und den Bezirksberichten sind die Gesamtergebnisse der 5 Bezirke als Berlin interner Benchmark genutzt worden, so dass die Akteure in den Bezirken ihre Ergebnisse in Relation zu Berlin (natürlich nur in dem Ausschnitt der 5 Bezirke) einordnen und bewerten können. Außerdem sind Vergleichszahlen zu der Effektivität in dem bundesweiten Gesamtdatensatz der Einrichtungen und Kommunen, die WIMES einsetzen, zur Verfügung gestellt worden.

In dem hier vorliegenden Gesamtbericht werden ebenfalls Vergleichsdaten (Benchmark) der bundesweiten Stichprobe gegenüber gestellt. Es wurden nur Daten berücksichtigt, die in dem gleichen Zeitraum erhoben wurden, um eine größtmögliche Aktualität der Indikatoren zu gewährleisten. Es muss allerdings bei den Vergleichen darauf geachtet werden, dass der bundesweite Benchmark auch Daten aus Landkreisen und kleineren Kommunen enthält. Die erhobenen Fälle kommen aus ganz Deutschland, wobei der Süden und Westen Deutschlands überrepräsentiert sind. Rahmenbedingungen, Problemlagen und Angebotsstrukturen sind nur eingeschränkt vergleichbar. Dennoch mag sich aus den Vergleichen eine Möglichkeit der Bewertung der Berliner Ergebnisse eröffnen.

Bei der Zusammenstellung des Berichtes wurde darauf geachtet, dass der Umfang nicht zu groß ist und dass er auch von statistischen „Laien“ verstanden werden kann. Bei der Bewertung der Ergebnisse und bei den Empfehlungen sind wir vorsichtig. Erstens muss beachtet werden, dass die Datenqualität oder der Datenumfang zum Teil noch nicht ausreichen. Zweitens müssten andere Erkenntnisse hinzugezogen werden, wie zum Beispiel zur Sozialstruktur, zur Sozialraumorientierung und Aspekte aus dem Bildungs- und Gesundheitsbereich. Dennoch weisen einige Ergebnisse des Evaluationsprojektes auf Steuerungs- und Entwicklungsnotwendigkeiten hin, die in der Fülle des Materials nicht untergehen sollten. Diese werden von uns besonders hervorgehoben

Das gesamte statistische Material liegt der Senatsverwaltung vor, auch in der Differenzierung nach Leistungstypen und Rechtsgrundlagen.

### 3 Ablauf

Der erste Durchlauf für eine Wirkungsevaluation wurde auf den Zeitraum vom 1.7.2010 bis zum 31.12.2011 festgelegt. Da die Sommerferien in die Anlaufphase fielen, stand dem Projekt de facto nur der Zeitraum vom 1.9.2010 bis Ende 2011 zur Verfügung.

Folgende Projektschritte wurden wie geplant durchgeführt:

Zeitraum	Projektziel und Vorgehen
Juli bis September 2010	Aufbau der Projektstruktur; Festlegung der Bezirke, die teilnehmen; Festlegung der Koordinatoren in den Bezirken; technisch-methodische Vorbereitung; Vorbereitung der Informationsveranstaltungen und Schulungen in den Bezirken; Anpassung an die Berliner Dokumentationsstruktur (Leistungstypen, Sonderabfragen)
September bis Dezember 2010	Schulung der MitarbeiterInnen und Probelauf der Dokumentation (in Marzahn-Hellersdorf begann die Echt-Dokumentation bereits am 1.10.2010)
Januar bis November 2011	Echtdokumentation in den Bezirken; Einzelberatung und Nachschulung; erste Probeauswertung und deren Darstellung in den Bezirken; erste Zwischenauswertung auf dem Fachtag am 14.6.2011; Information der Träger in den Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg, Pankow und Marzahn-Hellersdorf; Schulung der Träger und Einrichten der Zugänge zum Dokumentationssystem (nicht Teil des geplanten Projektes)
November 2011 bis Januar 2012	Auswertung des vorläufigen Datensatzes (Stichtag 10.11.2011); Präsentation der Ergebnisse und Workshops in den Bezirken in Gruppen unterschiedlicher Zusammensetzung; Aushändigen der Auswertungen als Dateien und in kommentierender Berichtsform; Information von Gremien auf der bezirksübergreifender Ebene; Abschlussbericht der ersten Phase.

Üblicherweise braucht es eine Vorbereitungszeit von mindestens einem halben Jahr, bevor alle organisatorischen und technisch-materiellen Voraussetzungen geschaffen sind und bevor die Mitarbeiter, die später die Dokumentationsaufgaben haben, auf das Projekt eingestimmt sind und die nötigen Informationen und Hilfsmittel haben. Außerdem braucht es dann noch etwa 3-6 Monate, bis sich Routinen einspielen und die Dokumentation „rund läuft“. Danach braucht es ein Jahr Dokumentation, um eine ausreichend große und differenzierte Stichprobe zu bekommen für eine hinreichend zuverlässige Analyse.

Insgesamt fehlte also mehr als ein halbes Jahr. Das hat sich zu Beginn des Jahres 2011 zunächst einmal dahingehend ausgewirkt, dass sich eine ausreichende Datenqualität (Vollständigkeit und Genauigkeit) erst nach Ostern allmählich einstellte. Außerdem konnte nicht ein volles Kalenderjahr dokumentiert werden, weil die Ergebnisse im Dezember bereits vorliegen sollten.

Trotz dieser engen Zeitvorgabe ist es gelungen, einen ersten Evaluationszyklus durchzuführen. Das ist unter anderem darauf zurückzuführen,

- dass dieses Projekt bis in die oberste Leitungsebene spürbar und sichtbar gewollt wurde,
- auf der mittleren Leitungsebene alle organisatorischen Vorkehrungen zügig umgesetzt wurden und die Kommunikation hervorragend lief,
- viele MitarbeiterInnen interessiert daran waren, ein fachlich herausforderndes Projekt mit zu gestalten.

Nicht zuletzt war es wohl die Praxisnähe und die Zusage an alle Beteiligten, dass sie über den Verlauf und das Ergebnis des Projektes informiert werden, die zu einer guten Akzeptanz des Projektes geführt haben. Trotzdem war die zusätzliche zeitliche Belastung, so klein sie auch sein mochte, ein Hindernis.

Nicht zu erwarten war das große Interesse der Leistungserbringer an dem Projekt. Inzwischen sind über 40 Träger mit vielen hundert Mitarbeitern in eine kooperative Evaluation eingestiegen, was der Datenqualität und der Nutzung der Wirkungsevaluation nur zu Gute kommen kann.

Die Daten wurden von den fallverantwortlichen SozialarbeiterInnen in den RSD zu drei Zeitpunkten erhoben, und zwar bei allen Neufällen bei der Bedarfserhebung vor Hilfebeginn und bei der Überprüfung der Eingangsdiagnostik nach ca. 6 Wochen. Alle in dem Zeitraum beendeten Hilfen wurden hinsichtlich der zu dem Zeitpunkt feststellbaren Ressourcen/Kompetenzen versus Problembelastungen/Risiken eingeschätzt. Zu einem bisher geringen Teil wurden die Einschätzungen mit den Leistungserbringern zusammen vorgenommen. Dass die Klienten sowohl bei der Bedarfsfeststellung und Zielsetzung der Hilfe als auch bei der Abschlussbewertung beteiligt wurden, setzen wir als selbstverständlichen fachlichen Standard voraus. Eine gesonderte Nutzerbefragung wurde (noch) nicht durchgeführt.

## 4 Methode

Für die Untersuchung der Wirksamkeit wird das WIMES-Verfahren<sup>1</sup> eingesetzt, das Wirksamkeit folgendermaßen operationalisiert:

1.

Wirkung wird definiert als eine erwünschte Veränderung problematischer Zustände oder Entwicklungen, die mit hinreichender Plausibilität auf eine Intervention (hier: HzE) zurückzuführen ist. Bei Hilfen zur Erziehung geht es um erzieherische Bedarfe, Gefährdungen, Kinderrechte und Teilhabechancen. Wirkungen sind der Gewinn an Kompetenzen, Ressourcen, Chancengerechtigkeit und Teilhabe.

---

<sup>1</sup> Dieses Verfahren ist seit 2006 in ca. 150 Einrichtungen und einigen Kommunen im Einsatz. Zurzeit liegt eine Datenbank mit ca. 50.000 Datensätzen vor.

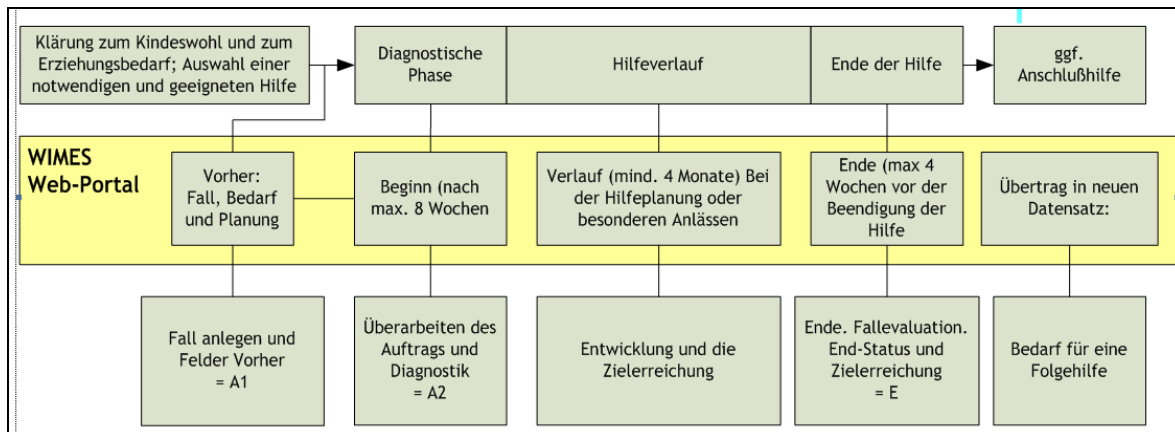
2.

Wirksamkeit (Effektivität) ist das Ausmaß erzielter Wirkungen, gemessen an definierten Maßstäben (Vereinbarungen, Benchmarks, Zeitreihen usw.). Kennzahlen für die Effektivität sind die Mittelwertunterschiede zwischen Anfang und Ende oder die relative Häufigkeit der positiv verlaufenen Fälle.

3.

Es gibt drei Messzeitpunkte<sup>2</sup>:

- A1: Vor Beginn der Hilfe werden der erzieherische Bedarf, die Grundsatzziele und die Richtungsziele dokumentiert.
- A2: nach ungefähr 6 bis 10 Wochen werden die diagnostischen Einschätzungen und die Grundsatz- und Richtungsziele überprüft und dokumentiert.
- E: Am Ende der Hilfe werden - wie am Anfang - Einschätzungen der Ressourcen / Kompetenzen versus Problembelastungen und Risiken vorgenommen. Die Hilfe wird retrospektiv subjektiv bewertet. Eventuelle Folgehilfen werden angegeben und neu angelegt.



4-1 Dokumentationzeitpunkte

4.

Die Einschätzung der Bedarfe und andere Bewertungen erfolgen nach definierten Standards. Dafür liegen den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in den sozialen Diensten Werkzeuge vor. Alle Mitarbeiterinnen sind in dem Verfahren geschult worden und werden durch den Support des e/l/s-Instituts unterstützt. Für die Koordination vor Ort sind Personen benannt.

5.

Die neun WIMES-Dimensionen beziehen sich auf die Familie, den jungen Menschen und sein Umfeld. Die Bedarfsausprägungen werden anhand sogenannter „Ankerbeschreibungen“ skaliert.

Da immer wieder nach dem Verhältnis von Bedarfseinschätzungen und Zielvereinbarungen gefragt wird, hier dazu folgende Erklärung:

Hilfen zur Erziehung sind Sozialleistungen, die einen erzieherischen Bedarf und einen Willen der Erziehungsberechtigten voraussetzen. Insofern ist zu Beginn einer Hilfe zunächst einmal der Hilfebedarf festzustellen. Dieses geht nicht ohne ein normatives Vorgehen. In der Regel muss erkennbar sein, dass eine Problembelastung wesentlich und andauernd ist und dass sie aus eigener Kraft nicht zu bewältigen ist. Mit WIMES wird

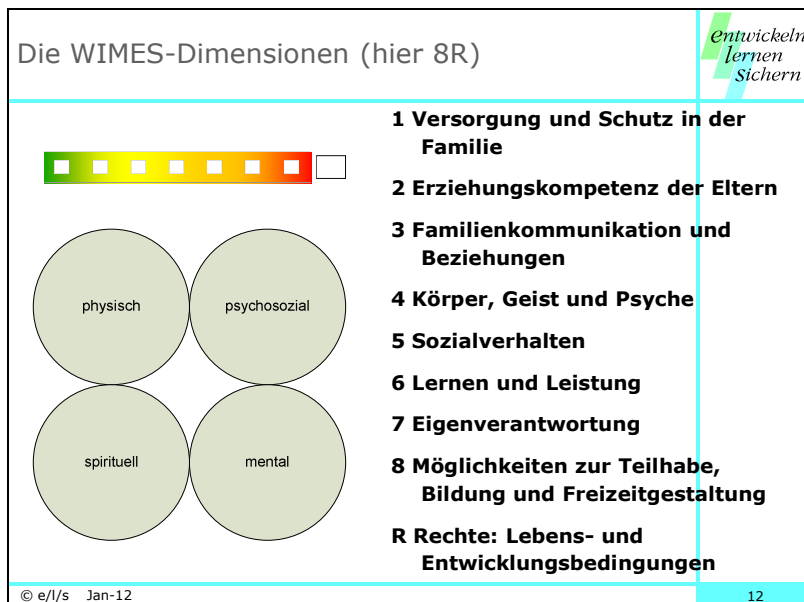
<sup>2</sup> Der Verlauf und die Handlungsziele werden bisher nicht erfasst. Dieses würde die Integration in eine wirkungsorientierte Hilfeplanung erfordern.

versucht, hierzu Definitionen und Grade der Beeinträchtigung, Gefährdungen, Störungen, Auffälligkeiten zu definieren. Dieses widerspricht nicht einer Lösungs- und Ressourcenorientierung in der Kommunikation mit den Klienten. Das Ziel einer Hilfe ist, Bedarfe methodisch so zu beantworten, dass Bedarfe abnehmen, oder eben Kompetenzen, Chancen, Selbstwirksamkeit, Gerechtigkeit, Teilhabe usw. zunehmen.

Zielvereinbarungen dagegen sind das Ergebnis einer Kommunikation mit Anspruchsberechtigten, die konkretisieren, was im Einzelnen angestrebt wird und welche Vorgehensweisen und Verantwortlichkeiten sich daraus ergeben. Zielformulierungen können per se nicht standardisiert werden.

Der Zusammenhang zwischen Bedarf und einer Zielvereinbarung besteht darin, dass der Bedarf die Voraussetzung und die grobe Richtung der gewünschten Veränderung aufzeigt (also am ehesten mit Richtungsziel oder Zieldimension benannt werden kann), während die Zielvereinbarung eine Übersetzung des allgemeinen Wunsches, dass alles besser werden soll, in das alltägliche Erleben und Handeln ist.

Da Zielformulierungen nicht standardisierbar und sehr privat sind, eignen sie sich für eine vergleichende Wirkungsevaluation nicht. Die Generalaussage „Wir erreichen die smarten Ziele zu gefühlten 66%“ besagt nichts. Sie hängt zu sehr davon ab, was mit welcher Genauigkeit und welchem Anspruchsniveau vereinbart wurde. Alle diese Einzelheiten zu analysieren, würde zu einem Informations-Overkill führen.



### 4-2 Bedarfsdimensionen nach WIMES

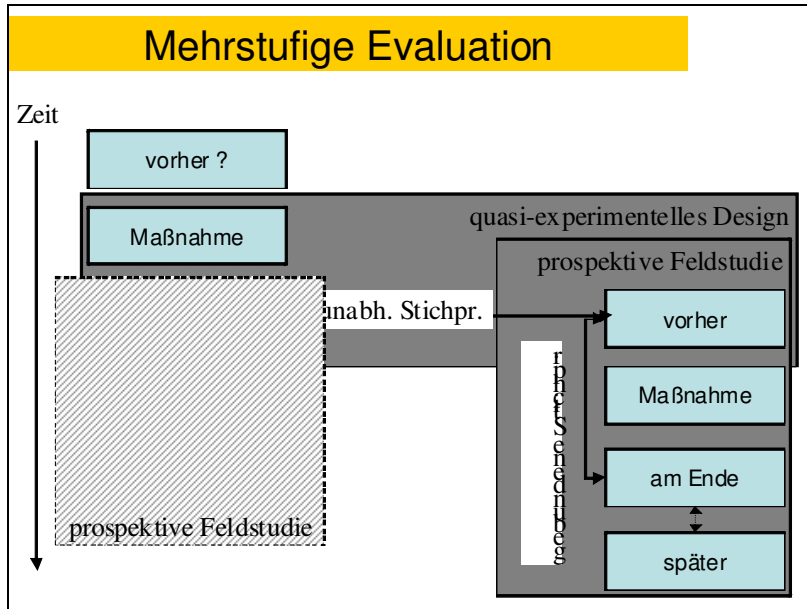
Die Auswahl der 9 verwendeten Dimensionen basiert auf den gesetzlichen Vorgaben (was sind Bedarfe im Sinne des SGB VIII?), der Hilfeplanpraxis (die weitaus meisten Hilfeziele sind zuzuordnen) und auf dem Vergleich zu anderen Katalogen (z.B. Capability-Approach). Die einzelnen Dimensionen sind nicht ohne Überschneidungen und Zusammenhänge, sie sind also keine unkorrelierten Faktoren. Dieses liegt in der Natur der Sache. Künstlich geschaffene neue, sich ausschließende Begriffe würden in der Praxis nicht wiedererkannt und Ergebnisse könnten nicht übertragen werden.

6.

Als Untersuchungsdesign wurde eine quasi-experimentelle Querschnittuntersuchung gewählt. Diese hat gegenüber einer Längsschnittuntersuchung den Vorteil, dass relativ zeitnah Wirksamkeitsschätzungen vorgenommen werden können. Längsschnittuntersuchungen brauchen mindestens zwei bis drei Jahre, um genug abgeschlossene Fälle in der Stichprobe zu haben. Kürzere Untersuchungszeiträume im Längsschnitt führen zur Negativ-Verfälschung, weil nur Hilfen mit kurzer Dauer erfasst werden, die durchschnittlich weniger erfolgreich sind.

Aus diesem Grund werden in dem definierten Zeitraum alle Neufälle (für A1 und A2) und alle Beendigungen (E) erfasst. Die Berechnung der Effekte ergibt sich aus dem Vergleich der Bedarfe am Anfang mit den

(verbleibenden) Bedarfen am Ende. Solche Berechnungen unterscheiden sich nach bisherigen Erfahrungen kaum von den Ergebnissen von Längsschnittstudien. Man kann allerdings nur Mittelwertvergleiche anstellen und nicht im Einzelnen erkennen, in wie vielen Fällen es Verschlechterungen oder Verbesserungen gegeben hat.



4-3 Evaluationsdesign

7.

Außer deskriptiven Statistiken werden die Effektstärke nach COHEN und einige Zusammenhänge berechnet.

Inwieweit multivariate Verfahren zur Erklärungen von Wirkfaktoren (Wirkursachen) herausgearbeitet werden können, muss abgewartet werden. Hier sollten die Erwartungen nicht zu hoch angesetzt werden, weil es sich bei dem Projekt nicht um „Wirkungsforschung“ handelt, sondern um eine Evaluation der Wirksamkeit. Die Erforschung der Frage, warum eine Intervention wirksam oder unwirksam ist, setzt Hypothesen und Modelle und eine differenzierte Fragestellung sowie eine umfangreichere Datenerhebung voraus. In dem Projekt geht es vorerst nur um die Frage, ob und in welchem Ausmaß Wirkungen erzielt werden und ob sich daraus ein Steuerungsbedarf ergibt.

Ein Vorteil der WIMES-Methode liegt u.a. darin, dass Vergleiche mit andere Systemen und Regionen in Deutschland möglich sind. Alle Befunde werden mit Vergleichsdaten hinterlegt.

### Glossar:

**Wirkung (Effekt)** = gewünschte beobachtete Veränderung im Einzelfall, die mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine Intervention zurückzuführen ist.

**Wirksamkeit (Effektivität)** = Ausmaß der Wirkungen einer Interventionsart oder eines Interventionssystems.

**Wirkfaktor** = einzelne Ursache innerhalb als Teil der Intervention, die einen Effekt hervorruft

**wirkungsorientiert ...** = Beschäftigung mit der Wirkung / Wirksamkeit einen hohen Stellenwert geben.

**Wirkungsevaluation** = wissenschaftliche Erforschung der Wirksamkeit vorgefundener Praxis mit dem Ziel einer Praxisverbesserung.

**Wirkungsforschung** = wissenschaftliche Erforschung (auch experimentell) von Kausalbeziehungen und Erklärungsmodellen mit dem Ziel, allgemeine Erkenntnis zu erlangen.



### 5 Stichprobe

#### 5.1 Die Stichprobenumfänge.

<b>Berlin</b>					
<i>Gesamt</i>					
Zeitraum: 01.01.2011 - 10.11.2011, Kriterien: ohne therapeutische Hilfen					
<b>Verteilung der Fälle nach Art der Maßnahme und Erhebungszeitpunkt</b>					
		stationär	teilstationär	ambulant	Gesamt
Beginn	Anzahl	700	157	1240	2097
	Anzahl (%)	33,4%	7,5%	59,1%	100,0%
Ende	Anzahl	487	125	898	1510
	Anzahl (%)	32,3%	8,3%	59,5%	100,0%
Gesamt	Anzahl	1187	282	2138	3607
	Anzahl (%)	32,9%	7,8%	59,3%	100,0%

#### 5-1 Hilfearten in Berlin

Insgesamt<sup>3</sup> liegen 3607 Datensätze vor. Dabei handelt es sich um 2097 begonnene Hilfen und 1510 beendete Hilfen. Es kann nicht von einer Vollerhebung ausgegangen werden. Da keine Hinweise vorliegen, dass bestimmte Hilfearten oder Hilfeverläufe gezielt ausgelassen wurden, gehen wir davon aus, dass die Fälle eine Zufallsstichprobe darstellen und die Ergebnisse als einigermaßen repräsentativ angesehen werden können. Die Mengenangaben (Absolutzahlen dürfen aber nicht als Jugendhilfestatistik missverstanden werden).

Auffällig ist der Unterschied zwischen der Anzahl der Hilfen, die in dem Zeitraum begonnen wurden, im Vergleich zu der Anzahl der Hilfen, die im Zeitraum beendet wurden. Wir gehen davon aus, dass in einem höheren Maße Beendigungen ausgelassen wurden. In zwei Bezirken sind die Stichproben der Neufälle und der Beendigungen annähernd gleich groß.

**Hypothese:** Möglicherweise ist nicht von allen Mitarbeitern verstanden worden, dass auch diejenigen Hilfen am Ende eingeschätzt werden sollten, die vor dem Projektzeitraum begonnen wurden. Die zweite begründete Vermutung liegt darin, dass die Steuerungsaufmerksamkeit und die Prozesssicherung am Anfang einer Hilfe höher sind als bei der Beendigung. Nur eine gute Dokumentation am Ende sichert eine verlässliche Wirkungsevaluation und eine Lernende Organisation.

**Empfehlung:** Der Prozess der Beendigung muss eine größere Verbindlichkeit bekommen. Zu einer ordnungsgemäßen Beendigung gehören die gemeinsame „Manöverkritik“, die Verständigung über den Stand der Dinge (weiter bestehende Probleme, erreichte Lösungen), die Bewertung der Wirksamkeit und die Beratung in Hinblick auf die Zukunft (evtl. Folgehilfen oder Verweis auf andere Unterstützungsmöglichkeiten). In kritischen Fällen muss bei Abbrüchen auch eine erneute Gefährdungseinschätzung vorgenommen werden. Keine Hilfe sollte ohne einen gestalteten Abschluss enden.

#### 5.2 Die Verteilung der Hilfearten.

Die Hilfearten verteilen sich in Berlin auffällig zugunsten der ambulanten Hilfen, wobei festzustellen ist, dass es hier große Unterschiede zwischen den Bezirken gibt. Bitte darauf achten, dass bei dieser Darstellung die therapeutischen Hilfen nicht ausgeblendet sind, wohl aber die KCD-Fälle (Krisenintervention, Clearing, Diagnose) und die Hilfen für Mutter und Kind.

<sup>3</sup> Kriseninterventionen, Clearingaufträge und Mutter-Kind-Hilfen werden gesondert betrachtet. Die ambulanten therapeutischen Hilfen wurden ebenfalls nicht berücksichtigt. Diese werden an anderer Stelle gesondert evaluiert.

Begonnene Hilfen <sup>4</sup> N = 2695	stationär	teilstationär	ambulant
Berlin 5 Bezirke gesamt	27,6%	6,3%	66,1%
5 Bezirke im Einzelnen	20,9% bis 41,3%	4,0% - 8,3%	50,5% - 75%
Deutschland-Vergleich	33 %	8 %	59 %

Der hohe Anteil der ambulanten Hilfen geht mit auf die große Anzahl therapeutischen Hilfen nach den Leistungstypen 1 bis 3 zurück (Psychotherapie, Lerntherapie, Familientherapie), die sich in der deutschlandweiten Benchmarking-Stichprobe nicht finden. Da die Leistungstypen 1 bis 3 nicht in allen Bezirken auf gleiche Weise dokumentiert wurden, müssen die Unterschiede zwischen den Bezirken mit Vorsicht interpretiert werden. Weil die therapeutischen Hilfen in vielerlei Hinsicht eine Sonderstellung einnehmen, werden wir sie bei den Gesamtauswertungen zunächst auslassen und später gesondert betrachten.

Wenn man die therapeutischen Hilfen (Leistungstypen 1-3) nicht berücksichtigt, verteilen sich die Hilfearten bei den begonnenen Hilfen folgendermaßen

Begonnene Hilfen (ohne therapeutische Hilfen) (N = 2170)	stationär	teilstationär	ambulant
Berlin 5 Bezirke gesamt	33,4%	7,5%	59,1%
5 Bezirke im Einzelnen	27,2% - 42,6%	4,5% - 8,3%	49,2% - 68,2%
Deutschland-Vergleich	33 %	8 %	59 %

Die Werte gleichen sich an den deutschlandweiten Benchmark an. Die Quote der stationären Unterbringungen ist fast gleich. Es bleibt dabei, dass die Unterschiede zwischen den Bezirken beträchtlich sind. Eine diesbezügliche Bewertung kann aus der Wirkungsevaluation nicht abgeleitet werden. Die unterschiedliche Verteilung der Hilfearten mag ihre guten Gründe haben oder vielleicht auch fachlich nicht nachvollziehbar sein. Hier geht es um die Frage, ob die Hilfen wirksam sind. In den Bezirken ist es ratsam, besonders auf die Effektivität häufig gewählter Hilfeformen zu achten.

Nicht in allen begonnenen Hilfen wurde eine Dokumentation zum Zeitpunkt A2 (Ende der diagnostischen Phase beim Leistungserbringer) vorgenommen. Einige Fälle sind bereits in den ersten zwei Monaten wieder beendet worden (10%). Bei einer vollständigen Dokumentation hätte man also für 90% der Neufälle eine Überprüfung nach 6-8 Wochen erwarten dürfen. Tatsächlich sind in den Bezirken nur 37% bis 61% Fälle überprüft worden. Damit ist der Zeitpunkt A2 nicht auswertbar.

Alle bisherigen Wirksamkeitsuntersuchungen betonen die Bedeutung einer fundierten diagnostischen Einschätzung, einer Problem angemessenen Zielvereinbarung und eines abgestimmten Arbeitsbündnisses zwischen Klienten, Leistungserbringer und Leistungsträger. Ein genaues Fallverstehen und eine genaue Verständigung über die Ziele sind sehr starke Wirkungsfaktoren.

**Empfehlung: Die Überprüfung der sozialpädagogischen Diagnose, der Zielsetzung und des Arbeitsbündnisses sollte fester Bestandteil der Hilfestellung und -dokumentation sein. Am besten gelingt dieses, wenn der Leistungserbringer seine Einschätzungen aus der diagnostischen Phase mitteilt und wenn bei Abweichungen oder neuen Erkenntnissen die Hilfeplanung angepasst wird.**

<sup>4</sup> Einschließlich der therapeutischen Hilfen der Leistungstypen 1-3

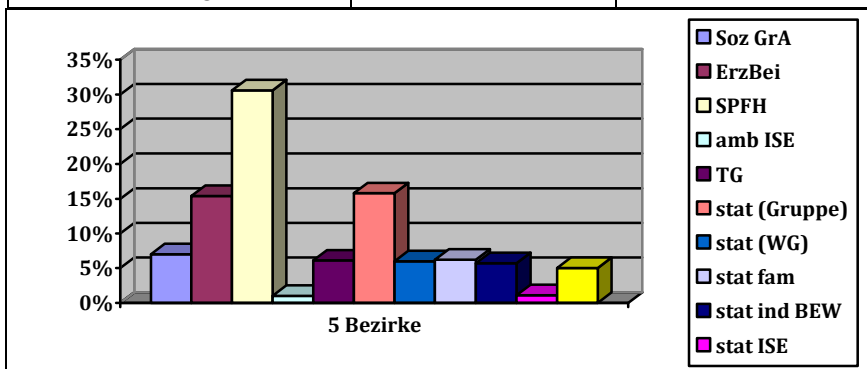


### 6 Ergebnisse

#### 6.1 Leistungstypen

Die Verteilung der Inanspruchnahme von Leistungstypen unterscheidet sich zwischen den Bezirken signifikant. Hier stellen wir lediglich einen Vergleich mit den Durchschnittshäufigkeiten an, wobei auch hier die ambulanten therapeutischen Hilfen ausgelassen werden, weil nicht alle Bezirke die Leistungstypen 1 bis 3 dokumentierten haben.

Relative Häufigkeit der Leistungstypen	Bezirke im Einzelnen	5 Bezirke
Soz GrA	2,6 % - 7,6 %	7,0 %
ErzBei	12 % - 21,5 %	15,4 %
SPFH	24,6 % - 39,5 %	30,6 %
amb ISE	0,3 % - 1,1 %	1,0 %
TG	3,0 % - 7,8 %	6,1 %
stat (Gruppe)	10,9 % - 22,8 %	15,8 %
stat (WG)	4,9 % - 6,9 %	6,0 %
stat fam	2,3 % - 8,7 %	6,2 %
stat ind BEW	4,4 % - 7,3 %	5,7 %
stat ISE	0,5 % - 1,3%	1,1 %
Sonstige	3,4 % - 6,5 %	5 %



#### 6.2 Stationäre Hilfen

Die stationären Hilfen werden hier besonders detailliert betrachtet, weil

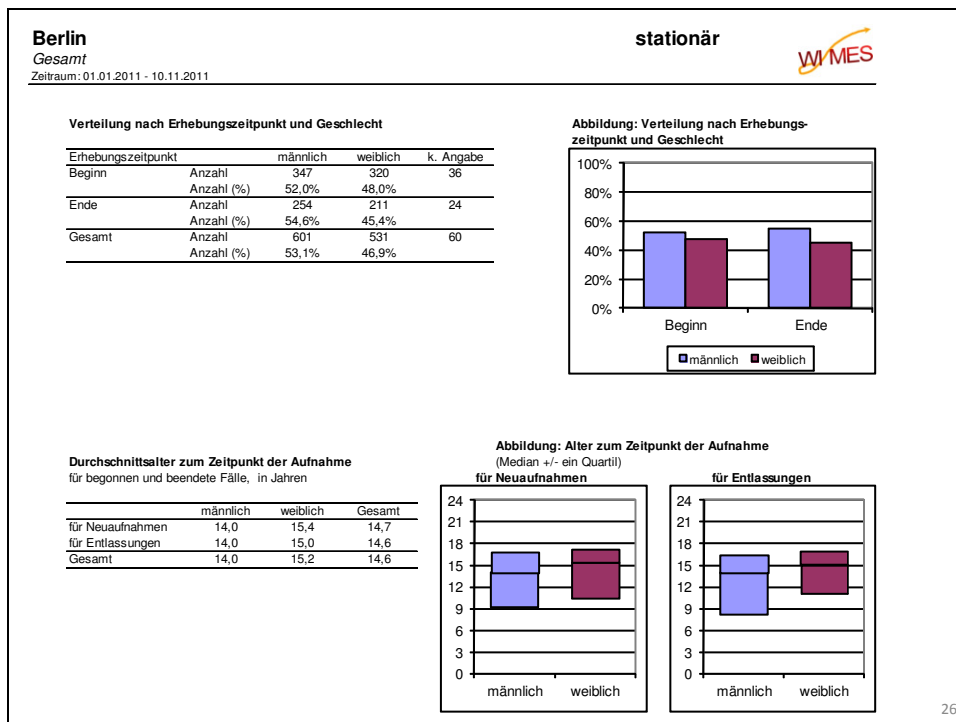
- sie die intensivsten Eingriffe in die Biografie eines jungen Menschen und seiner Familie sind,
- die Zielgruppen am gefährdetsten sind, langfristig und möglicherweise über Generationen auffällig zu sein und
- sie die teuersten Hilfen sind.

Die Strategie, diese Hilfen zu vermeiden und allein auf präventive und sozialräumliche Alternativen zu setzen, greift zu kurz. Die Anzahl der stationären Hilfen ist seit Jahrzehnten relativ konstant und es wird diese Hilfeform auf absehbare Zeit geben müssen. Umso wichtiger sind die Bemühungen, diese Hilfen möglichst effektiv und effizient zu machen. Niedrige Entgelte und kurze Hilfedauer als Kostenstrategien greifen ebenfalls zu kurz, weil die Angebote möglicherweise qualitativ nicht ausreichen und nicht gelingende Hilfen zu Langzeitfolgen mit hohen Gemeinschaftskosten führen (wenngleich oft außerhalb der Jugendhilfe). Es geht kein Weg vorbei an einer Strategie in Form einer Effektivierung der Hilfen bei leistungsgerechten Kosten.

In den 5 Berliner Bezirken werden ungefähr 28% der begonnenen Hilfen stationär durchgeführt, wenn man die therapeutischen Hilfen mitzählt. Das liegt weit unter dem Bundesdurchschnitt. Ohne Berücksichtigung der therapeutischen Hilfen liegt der Anteil bei 33%. Das entspricht dem bundesdeutschen Durchschnitt. In 27 % der Hilfen werden intensive Settings durchgeführt. Dieser Anteil variiert zwischen den Bezirken zwischen 21% und 44%.

Das Aufnahmealter liegt im Median bei 14,7 Jahren. Das entspricht ungefähr dem Bundesdurchschnitt. Es werden ungefähr gleich viel Jungen wie Mädchen stationär untergebracht, wobei das Aufnahmealter bei Mädchen im Durchschnitt (Median) eineinhalb Jahre über dem der männlichen Klienten liegt. Diese bundesweit anzutreffende Disparität wird unterschiedlich bewertet und erklärt. Zum einen zeigen Mädchen ihre Probleme auf andere Weise, weniger „acting-out“ und mehr auf eine stille, möglicherweise selbstschädigende Art - dieses scheint sich aber in den letzten Jahren zu ändern, weil Gewalt und heftige Brutalität zunehmend bei Mädchen vorkommen. Ein anderer Grund liegt wohl darin, dass Mädchen besser mit den schulischen Anforderungen klarkommen, aber in der Pubertät sehr viel emotionaler in der Familie an ihrer Ablösung arbeiten. So können Mädchen mitunter jahrelang unauffällig sein, um plötzlich in kurzer Zeit in heftige Konflikte mit ihren Eltern und generell mit Erwachsenen zu geraten. Auch ist die Morbidität psychischer Erkrankungen bei Mädchen in der Pubertät sehr hoch.

Wie dem auch sei: stationäre Hilfe zur Erziehung bei Mädchen im Alter von 14 bis 18 ist eine schwierige Herausforderung an die Heimerziehung. Dennoch stellt in Berlin die Gruppe der 12 bis 17jährigen Jungen die eigentliche Problemgruppe bei den stationären Hilfen dar, wie später noch gezeigt wird.



**6-1 Geschlecht und Aufnahmealter bei den stationären Hilfen**

Die stärksten Bedarfe zeigen sich bei der stationären Klientel in den Dimensionen Erziehungskompetenz / Familiensystem (ungefähr 70 % erhebliche bis extreme Problembelastungen) und bei den psychischen Auffälligkeiten (60 %). In 60% der Fälle sind die Versorgung und der Schutz in der Familie in erheblicher Weise nicht gewährleistet. Vergleichsweise weniger extrem problematisch sind das Sozialverhalten und die Integration (45 %).

1 Versorgung und Schutz i. d. Familie	68	102	107	118	99	64
2 Erziehungskompetenz der Eltern	24	80	136	134	131	67
3 Fam.-kommunikation und Beziehungen	92	101	131	177	122	37
4 Körper, Geist und Psyche	53	127	168	161	102	34
5 Sozialverhalten	83	127	142	121	120	21
6 Lernen und Leistung	33	133	98	89	112	43
7 Eigenverantwortung	33	91	143	131	96	25
8 Teilhabe, Bildung und Freizeit	13	140	129	102	99	13
12 Lebens- und Entw.-bedingungen	50	51	130	110	113	16

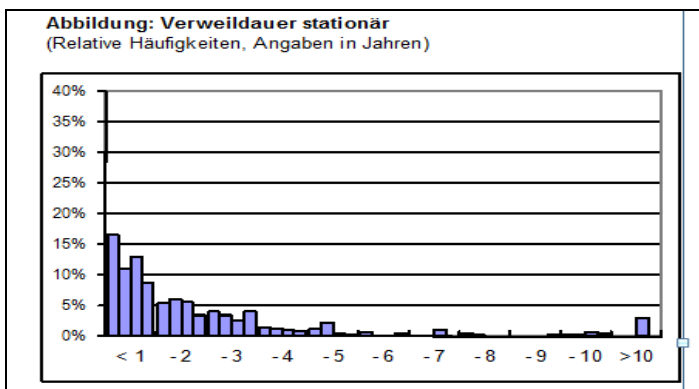
### 6-2 Erzieherische Bedarfe bei stationären Hilfen zur Erziehung

Die meisten stationären Hilfen zielen auf die Verselbständigung junger Menschen ab (42%), haben also nicht mehr das Ziel einer Reintegration in die Herkunftsfamilie. Dieses wird nur bei 27% der jungen Menschen angestrebt. Lediglich in einem Bezirk ist der Anteil der jungen Menschen größer, die nach einer stationären Hilfe wieder in die Familien zurück sollen. Entsprechend jünger sind dort die Kinder bei der Aufnahme.

In 32% der begonnenen Hilfen hat unmittelbar davor bereits eine andere stationäre Hilfe stattgefunden. Wir haben nicht erhoben, ob es in der Biographie junger Menschen früher schon einmal eine Heimunterbringung gab, sondern nur nach den unmittelbaren Hilfefolgen gefragt. Dieser Anteil entspricht der bundesweiten Statistik und weist auf ein Problem der Heimerziehung hin. Viele Kinder und Jugendlichen sind - manchmal unterbrochen durch Zwischenaufenthalte zu Hause, auf der Straße, in der Psychiatrie usw. - auf dem Weg durch Heime und sonstige Wohnformen. Wir werden in der Folge noch zeigen, dass Hilfen umso erfolgreicher sind, je früher sie einsetzen und je mehr die erste Hilfe durchgehalten wird. Übrigens wird bei manchen anderen Jugendhilfestatistiken die Häufigkeit der Wechsel der Träger und der Förderorte nicht deutlich, nämlich dann, wenn bei einem Hilfeempfänger durchdokumentiert wird, egal wie oft die Einrichtung gewechselt wird. WIMES definiert den Fall als einen Klienten in einer bestimmten Hilfeform bei einem bestimmten Leistungsanbieter.

Insofern ist die Durchschnittsdauer der stationären Hilfen ein nicht eindeutiger Qualitätsindikator. Eine kurze Dauer kann bedeuten, dass Ziele relativ schnell erreicht wurden, dass der Hilfeort oder die Hilfeform früh gewechselt wurden oder dass die Hilfe abgebrochen wurde. Genauso wenig kann eine lange Hilfedauer nicht als Qualitätsmerkmal genutzt werden, beispielsweise dann nicht, wenn eine Hilfe zur Reintegration in die Familie gedacht war. In jedem Fall muss man die Zielsetzung und das Ergebnis zur Dauer in Beziehung setzen.

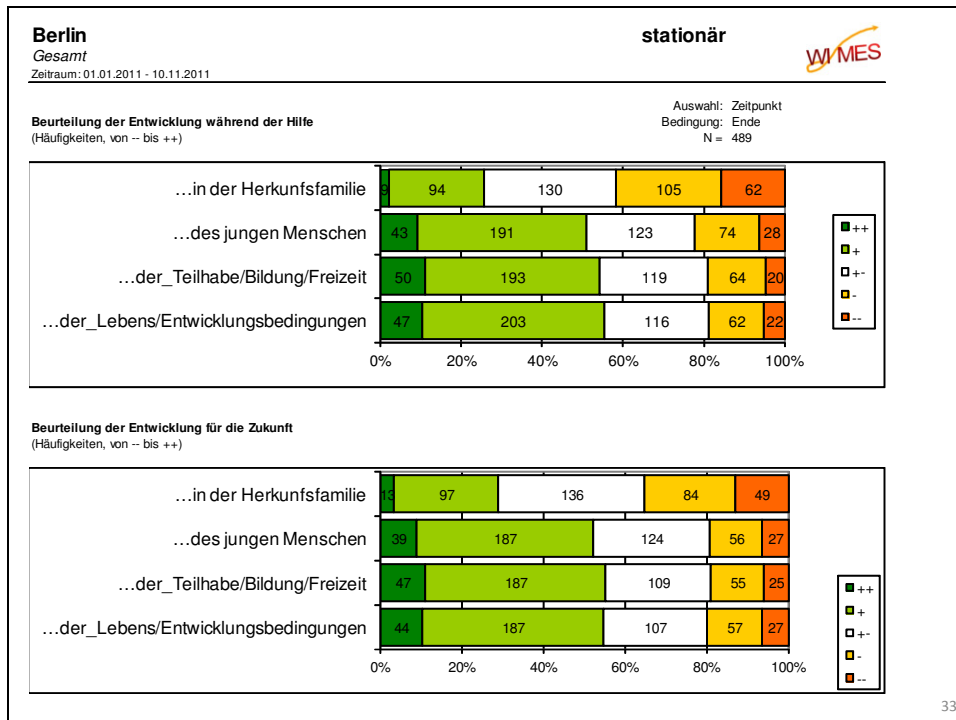
In den 5 Bezirken liegt der Median<sup>5</sup> der Hilfedauer bei 12 Monaten. 50% der Hilfen enden im ersten Jahr. Die Differenzierung nach Zielsetzungen und Art der Beendigung wird weiter unten ausgeführt.



6-3 Jede Säule steht für die Hilfe-Beendigungen innerhalb eines Quartals.

<sup>5</sup> Der arithmetische Mittelwert sollte nicht als Indikator verwendet werden, weil die Verteilung linksschief ist und bereits wenige Langzeitfälle den Mittelwert nach oben ziehen.

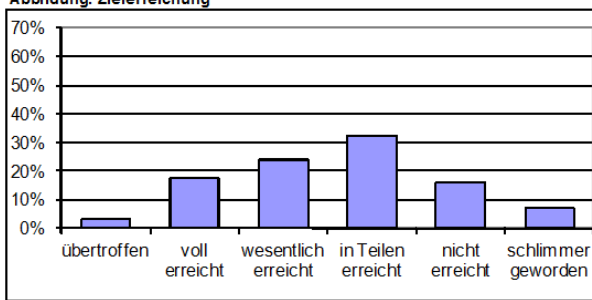
Insgesamt sind stationäre Hilfen durchschnittlich zwar erfolgreich, aber nicht in einem hohen Ausmaß. In ungefähr 50% bis 60% der Fälle gibt es rückblickend positive Entwicklungen in der Entwicklung junger Menschen, in ihrer Inklusion und der Qualität ihrer Lebens- und Entwicklungsbedingungen. Entsprechend fallen die Prognosen aus. Dagegen stehen nur in 25% der Fälle positive Entwicklungen in der Familie - dort gibt es Verschlechterungen in über 40%.



**6-4 Retrospektive Einschätzungen der Entwicklungen während der stationären Hilfen (unten: Prognosen)**

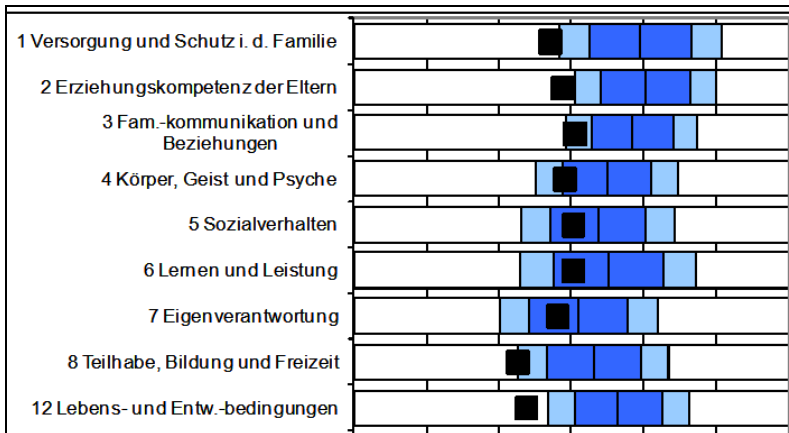
Die Gesamteinschätzung der Zielerreichung ist in 23% der Fälle eindeutig negativ und in 47% der Fälle eindeutig positiv. Dazwischen liegt ein großer Anteil von Hilfen, die mit „teils-teils“ bewertet werden.

**Abbildung: Zielerreichung**



**6-5 Subjektive Einschätzung der Zielerreichung (des Nutzens) stationärer Hilfen durch fallverantwortliche Sozialarbeiter**

Die Zunahme von Kompetenzen, Ressourcen und Teilhabechancen errechnen wir aus dem Vergleich der Eingangsbedarfe und der Einschätzungen am Ende der Hilfe. Als Maß gilt die Effektivitätsstärke nach COHEN, die wir hier grafisch wiedergeben. Wenn das schwarze Quadrat links im dunkelblauen Feld steht, zeigt das eine leicht positive Wirkung an (= Abnahme von Bedarfen). Steht der Punkt im hellblauen Feld, ist die Wirkung mittelgroß, liegt der Punkt links im weißen Bereich, ist die Wirkung groß. Schwarze Punkte im rechten Bereich weisen auf Negativ-Wirkungen hin. Wir beschränken uns hier auf die Einschätzungen in den Dimensionen, die im Hilfeplan als Zieldimensionen ausgewiesen wurden. Einschränkend muss allerdings gesagt werden, dass die Wirkung sich positiver darstellen wird, wenn in einem längeren Evaluationszeitraum der Anteil der länger dauernden abgeschlossenen Hilfen steigen wird. Insofern haben wir hier möglicherweise eine leichte Unterschätzung der Wirksamkeit.



**6-6 Effektstärken in den einzelnen Zieldimensionen stationärer Erziehungshilfen**

Am höchsten sind die Verbesserungen im Bereich der Lebens- und Entwicklungsbedingungen und der Inklusion. Das ist insoweit ein positives Ergebnis, als in der Vergangenheit das Heim ein eher unguter Ort für das Aufwachsen junger Menschen war - ich denke hier an die Aufarbeitung der Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren. Heute ist das Heim in der Regel ein förderlicher inkludierender Ort als die oft prekäre Lebenssituation vor der stationären Unterbringung.

Auffällig ist die positive Veränderung in den Familien, die im Gegensatz zu den skeptischen retrospektiven Einschätzungen der Entwicklung in den Familien steht. Möglicherweise sind die Bedarfe am Anfang zu negativ bewertet worden. Andererseits ist auch denkbar, dass Familien an Kompetenz und Stärke gewinnen, wenn einmal das kräftezehrende Problem im Zusammenhang mit den Entwicklungs- und Verhaltensstörungen der Kinder nicht mehr den Alltag bestimmt. Möglicherweise zeigt aber auch die Arbeit mit Familien Erfolge.

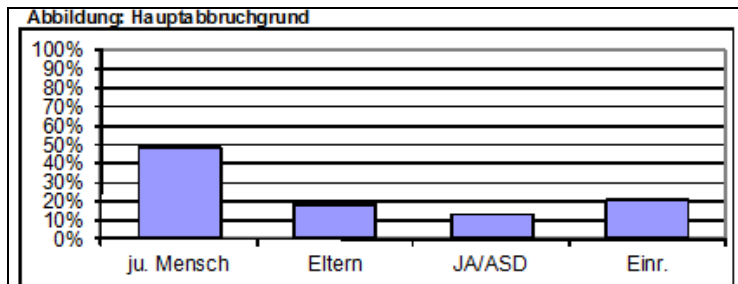
Gering sind allerdings die Effekte in der Entwicklung der jungen Menschen selbst. In allen Zieldimensionen sind hier nur gering positive Effekte zu finden. Dieser Befund hängt allerdings stark mit der Art der Beendigung und der Dauer der Hilfe zusammen.

### 6.3 Abbrüche in stationärer Heimerziehung.

Die vorzeitige Beendigung einer Hilfe im Dissens zwischen den Hilfebeteiligten bezeichnen wir als „Abbruch“. Diese Definition weicht etwas von der Bundesstatistik ab, die danach fragt, ob es eine vorzeitige Beendigung ohne Zielerreichung gibt. Letztere Definition halten wir für problematisch, weil oft die Ziele nicht so klar operationalisiert sind, dass die Erreichung der Ziele eindeutig feststellbar ist. Außerdem ist eine ja/nein-Abfrage oft nicht klar zu beantworten, siehe zum Beispiel den großen Bereich der teils-teils-Einschätzung der Zielerreichung. Auch die Dauer ist selten so genau festgelegt, dass die „Vorzeitigkeit“ bestimmt werden kann. Vielmehr werden Hilfen nicht selten bis zum nächsten Hilfeplangespräch geplant.

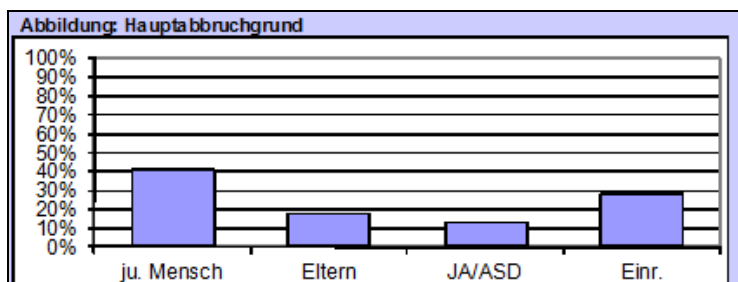
Die Abbruchdefinition als einseitige Beendigungen der Hilfe durch mindestens einen der Hilfeakteure hat sich bisher bewährt. Es gibt eine hohe Übereinstimmung in der Einschätzung, ob es einen Abbruch gab oder ob eine konsensuelle vorzeitige Verlegung oder Beendigung erfolgte. Diese beiden Beendigungsarten wären nach der Bundesstatistik ebenfalls Abbrüche, in unserem Sinne aber nicht. Deswegen liegen die Abbruchquoten der Bundesstatistik auch über unseren Werten.

Dennoch: Die Abbruchquote stationärer Hilfen in den 5 Bezirken - und damit wahrscheinlich in ganz Berlin - liegt mit 43% bis 45% relativ hoch. Fast jede zweite begonnene Hilfe wird nicht zu dem geplanten Ende und damit nicht zum erhofften Ergebnis geführt. In der bundesweiten Vergleichsstichprobe liegt der Wert bei 35%.



6-7 Wer bricht die Hilfe hauptsächlich ab? (Berlin, 5 Bezirke)

In Berlin brechen zu 66% die Klienten ab. Die Verteilung entspricht in etwa der Benchmark-Stichprobe, wobei die Einrichtung deutlich weniger abbricht als deutschlandweit.



6-8 Wer bricht die Hilfe hauptsächlich ab (Benchmark, Deutschland)

Betrachten wir die Abbruchquote etwas genauer: Die Abbruchwahrscheinlichkeit hängt stark vom Eintrittsalter zu Beginn der Hilfe ab:

Abbruchquote bei stationären Hilfen	Unter 12 Jahren	12 bis 17 Jahre	Über 17 Jahren	Gesamt
5 Bezirke gesamt	26,2%	57,2%	38,5%	43,5%
5 Bezirke im Einzelnen	16,9% - 38,5%	43,8% - 63,8%	30,8% - 50%	39,7% - 47,4%

Der Zusammenhang zwischen Aufnahmealter und Abbruchrisiko ist nicht linear: ab 16,6 Jahren Aufnahmealter fällt die Abbruchwahrscheinlichkeit wieder ab. Die Abhängigkeit der Abbruchquote vom Eintrittsalter ist übrigens noch ausgeprägter, wenn man das Geschlecht des Klienten berücksichtigt: in der kritischen Altersgruppe von 12- bis 17-Jährigen ist die Abbruchquote bei Jungen 61,7%(!).

Interessant dürfte noch die Dauer der stationären Hilfen sein. Da diese stark mit der Abbruchquote zusammenhängt, differenzieren wir die Auswertung nach diesen beiden Gruppen. Hilfen, die abbrechen, dauern durchschnittlich (Median) 8 Monate. Der Umstand, dass Hilfen früher abbrechen, ist eher positiv zu bewerten. Problematisch ist es, wenn Abbrüche sich erst nach Jahresfrist oder noch später ergeben.

Median der stationären Hilfedauer in Monaten	5 Bezirke im einzelnen	Berlin 5 Bezirke insgesamt
Bei geplanten Beendigungen	11-18	13
Bei Abbrüchen	5-10	8
Gesamt	10-15	11-12

Unabhängig von der Durchschnittsdauer wäre es wünschenswert, dass, wenn es schon zu Abbrüchen kommt, diese so früh wie möglich stattfinden. Insofern ist es Indikator für die Qualität der Hilfestellung, wenn die Differenz zwischen der Hilfedauer bei geplanten Beendigungen und bei Abbrüchen hoch ist. Dieses ist in der Betrachtung der Gesamtstichprobe der Fall. Dennoch ist die durchschnittliche Dauer der abgebrochenen Hilfen mit 8 Monaten hoch, bedeutet es doch, dass sich 50% der Abbrüche nach einem Dreivierteljahr und mehr ereignen.



Wir vergleichen die Hilfedauer noch einmal in Abhängigkeit von dem Grundsatzziel:

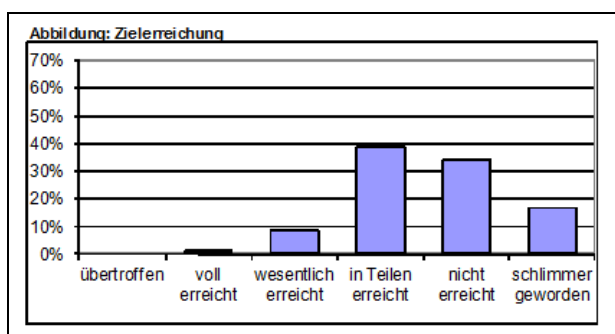
Stationäre Hilfedauer (Median, Monate) in Abhängigkeit von der Grundsatzausrichtung	Reintegration	Beheimatung	Verselbständigung
5 Bezirke insgesamt	8	11	10
5 Bezirke im Einzelnen	3 - 16	geringe Fallzahlen	7 - 14
Vergleich bundesweit	11	13	12

Im Vergleich zum bundesweiten Benchmark sind alle Hilfen, insbesondere Reintegrationshilfen kürzer, wobei die Werte in den Bezirken sehr unterschiedlich sind. Wegen der hohen Abbruchquote sollte man die Dauer allerdings differenziert nach der Beendigungsart betrachten. Die folgenden Tabellen zeigen, dass bei den wie geplant durchlaufenden stationären Hilfen die Hilfedauer von den Vergleichswerten abweicht, bis auf die Verselbständigungshilfen.

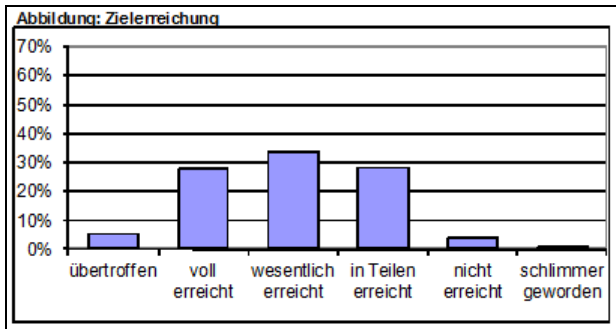
Stationäre Hilfedauer (Median, Monate) in Abhängigkeit von der Grundsatzausrichtung		Reintegration	Beheimatung	Verselbständigung
nur geplante Beendigungen	Berlin 5 Bezirke insgesamt	11	34	16
	5 Bezirke im Einzelnen	2 - 16	Geringe Fallzahlen	9 - 33
	Vergleich bundesweit	14	18	15
nur Abbrüche	Berlin 5 Bezirke insgesamt	7	6	7
	5 Bezirke im Einzelnen	3 - 16	Geringe Fallzahlen	3 - 13
	Vergleich bundesweit	8	9	7

Was als angemessene Hilfedauer angesehen werden kann, sollte grundsätzlich nach dem Grundsatzziel der Hilfe bewertet werden. Bei Integrationshilfen geht man in der Regel davon aus, dass eine Rückführung in die Familie in einem bis anderthalb Jahren erfolgt sein sollte. Wenn die Hilfen länger dauern, besteht die Gefahr, dass sich die Beteiligten in der Hilfe „einrichten“. Wenn die Hilfe kürzer dauert, könnte es sein, dass die Hilfeziele nicht nachhaltig genug erreicht werden. Bei der Beheimatung sollte eine möglichst lange Verweildauer erreicht werden, um den schädlichen „Wechselbiographien“ der jungen Menschen entgegen zu wirken. Bei der Verselbständigung geht man in der Regel davon aus, dass in ein bis zwei Jahren eine solche Verselbständigung zu schaffen sein müsste. Die Durchschnittswerte bei den wie geplant durchgeführten Hilfen folgen diesen Erwartungen, bis auf die Reintegrationshilfen mit 11 Monaten. Die einzelnen Bezirke variieren in ihren Durchschnittswerten übrigens sehr stark. Diese Varianz könnte aber noch auf Zufallseffekte zurückzuführen sein, da die Stichproben mitunter sehr klein sind.

Abgebrochene Hilfen sind erfolglose Hilfen. In den fünf Bezirken stufen die Fallverantwortlichen die abgebrochenen Hilfen zu 51 % als nicht zielerreichend und zu 39 % teilweise zielerreichend ein. Dagegen stehen bei den planmäßig beendeten Hilfen 5 % nicht erfolgreich, 28 % teilweise erfolgreich und 66 % eindeutig erfolgreich.

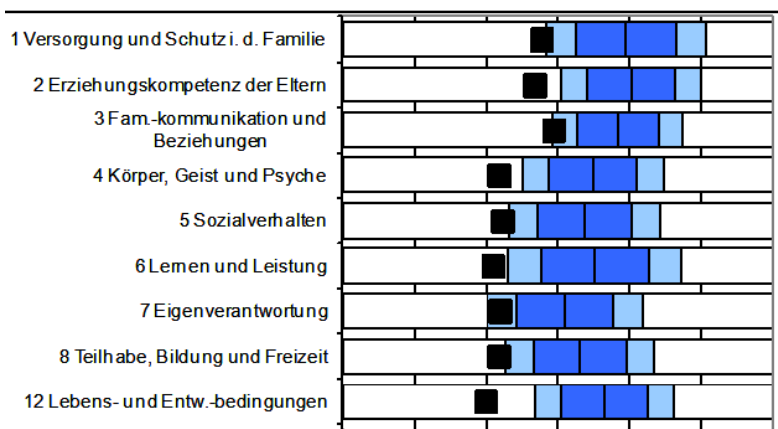


6-9 Retrospektive Bewertung der Zielerreichung abgebrochener stationärer Hilfen.



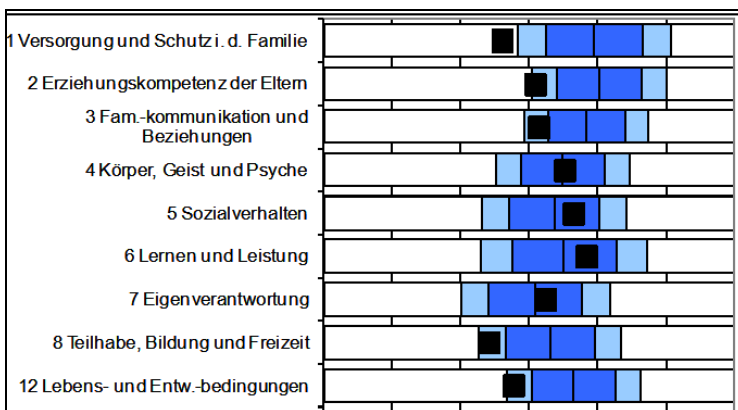
**6-10 Retrospektive Bewertung der Zielerreichung nicht abgebrochener stationärer Hilfen.**

Die Effektstärken liegen in den Zieldimensionen bei den planmäßig beendeten Hilfen hoch bis sehr hoch.



**6-11 Effektstärken bei den planmäßig beendeten stationären Hilfen.**

Betrachtet man dagegen die abgebrochenen Hilfen, so zeigen sich Negativänderungen in fast allen Dimensionen, die sich auf die Entwicklung des jungen Menschen beziehen. Die Effekte in den Familien und in den Lebenssituationen sind dennoch positiv. Es zeigt sich übrigens, dass es besonders diese Dimensionen sind, an denen die fallverantwortlichen SozialarbeiterInnen die allgemeine Bewertung der Hilfe festmachen.



**6-12 Effektstärken bei abgebrochenen stationären Hilfen.**

Ich würde empfehlen, sich bei der Weiterentwicklung der Hilfen zur Erziehung in Berlin hauptsächlich auf die Reduktion von Abbrüchen zu konzentrieren bzw. die Hilfe dann nach einer diagnostischen Phase abzubrechen, wenn alle Zeichen dafür sprechen, dass es weder einen Kontrakt gibt, noch die Hilfe sich als passend für die Problemlagen darstellt. Dabei muss natürlich eine eventuell vorliegende Kindeswohlgefährdung berücksichtigt werden.

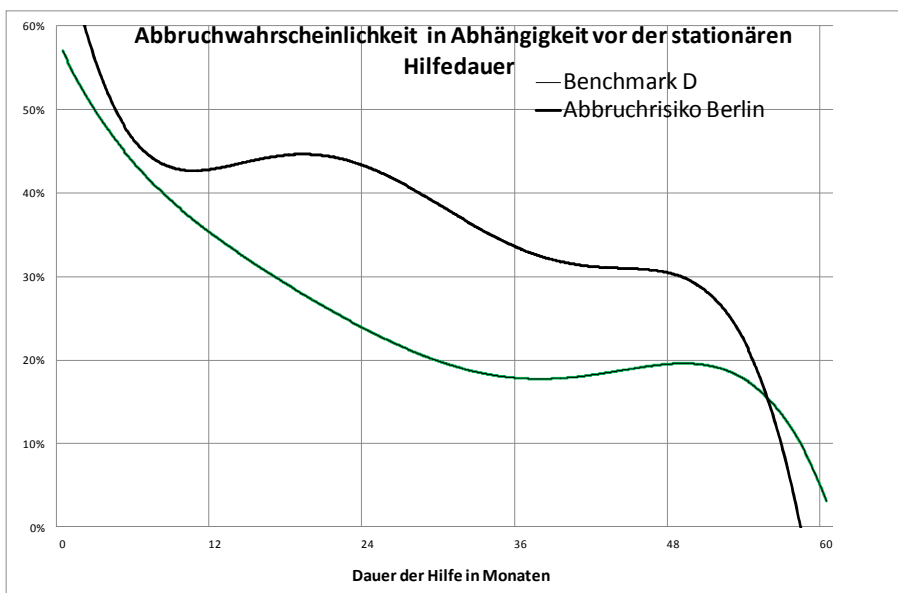
Wir können bisher drei Arten von Abbruch ausmachen, die sich nach dem Zeitpunkt im Hilfeverlauf unterscheiden:

1. Abbrüche in der diagnostischen oder Kontrakt-Phase innerhalb der ersten 2-3 Monate. Hier stellen entweder die professionellen Helfer fest, dass die Hilfe nicht geeignet ist und nicht trägt. Oder die jungen Menschen und oder ihre Familien entscheiden sich gegen die Hilfe, aus welchen Gründen auch immer.

2. Abbrüche im Zeitraum zwischen 3 Monaten und 3 Jahren. Es sind meistens die Klienten, die sich aus der Hilfe verabschieden, wobei wir zwischen zwei Motivgruppen unterscheiden: Entweder zieht es den jungen Menschen nach draußen (pull-Faktoren) oder er fühlt sich nicht wohl in der Einrichtung, sieht keinen Grund und keinen Sinn im weiteren Verbleib oder er wird hinausgedrängt (push-Faktoren). Oft ist es eine nicht konstruktiv bewältigte Krise, die bei einer dünn gewordenen Arbeitsbasis den Ausschlag für eine Trennung gibt.

3 Abbrüche bei ermatteten Hilfen im Zeitraum von 3 bis 5 Jahren. Aus der Hilfe ist die Kraft heraus. Junge Menschen wollen ihr eigenes Leben leben und wollen sich auf keine weiteren Ziele mehr einlassen. Wenn dieses nicht in den Hilfeplanungen zur Sprache kommt, entziehen sich die jungen Menschen auf andere Weise.

Zahlenmäßig fällt die dritte Abbruchsart nicht sehr stark ins Gewicht, findet sich aber als ansteigendes Abbruchrisiko insbesondere in Berlin. In der folgenden Grafik wird die Beendigungs- und die Abbruchwahrscheinlichkeit in Abhängigkeit von der bisherigen Dauer angezeigt. Es wird deutlich, dass die Form 1 die höchste Wahrscheinlichkeit hat, dass sie sich aber weit über den Diagnosezeitraum bis zu 6 Monaten ausdehnt. Im zweiten Jahr steigt die Abbruchwahrscheinlichkeit wieder an und bleibt lange auf hohem Niveau, während in der Vergleichsgruppe der deutschlandweiten Hilfen kontinuierlich abfällt.



Es ist schwer, die gesamten stationären Befunde in Empfehlungen umzusetzen, weil Verlauf und Ergebnis einer Hilfe von viel mehr Faktoren abhängen, als unser Datensatz hergibt. Auch kommt es bei einer Strategie darauf an, Hebel zu wählen, auf die der Handelnde (in diesem Fall der Jugendhilfeträger und der jeweils Fallverantwortliche) überhaupt einen Einfluss hat. Folgende Veränderungen dürften aber einen positiven Einfluss auf die Wirksamkeit haben:

### **Empfehlung:**

*Zu der Bedarfsfeststellung und der Zielvereinbarung mit den Klienten zu Beginn der Hilfe sollte eine Phase der Überprüfung von Diagnose und Zielsetzung und der Grundlegung eines Arbeitsbündnisses treten. Die Durchführung und das Ergebnis dieser Phase sollte nach 6 Wochen durch den Fallverantwortlichen überprüft werden. Hierzu hat der Leistungserbringer eine Bringschuld. Die Optionen sind: weitermachen, Hilfe verändern, Hilfe beenden.*

*Eine besondere Aufmerksamkeit in der Steuerung braucht die Altersgruppe zwischen 12 und 17 Jahren.*

*Der Einfluss des Familiensystems auf die Hilfe muss beachtet werden. Insbesondere muss überprüft werden, ob die familienbezogenen Ziele überhaupt gewollt sind, realistisch sind und ob das Hilfesetting dafür methodisch etwas vorhält.*

*Krisenanzeichen müssen früh genug beachtet werden und in ein Krisenmanagement münden. Während des Krisenmanagements ist eine enge und partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer unabdingbar.*

*Eine Verlegung in angeblich geeignetere Hilfesettings ist selten eine Lösung. Besser ist es, eine Hilfe zu stabilisieren oder sich ganz neu zu orientieren. Hilfen nach Abbrüchen brechen ihrerseits wahrscheinlicher ab.*

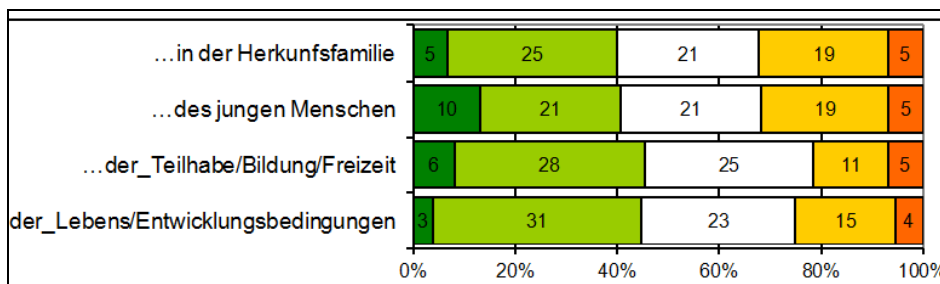
*Hilfen brauchen ihre Eigenzeit. Diese sollte von Anfang an ehrlich mit den Klienten kommuniziert und verbindlich vereinbart werden. Wenn ein Klient abbrechen will, soll er das im ersten Vierteljahr machen. Danach gilt die Hilfe als verbindlich vereinbart - auch wenn es einmal schwierig wird. Reintegrationshilfen sollten durchschnittlich zwischen einem und 1,5 Jahre dauern. Bei längeren Hilfen gewöhnen sich alle an den neuen Zustand, bis die Hilfe nach 3-4 Jahren „erlahmt“. Hilfen brauchen ein „mittleres Erregungsniveau“ (Tonus der Hilfe). Langweilige Hilfen nach dem Motto „schauen wir mal“ laufen sich tot. Gestresste Hilfen mit überzogenen Zielen und hohem Zeitdruck explodieren leicht.*

### 6.4 Teilstationäre Hilfen (Tagesgruppen)<sup>6</sup>

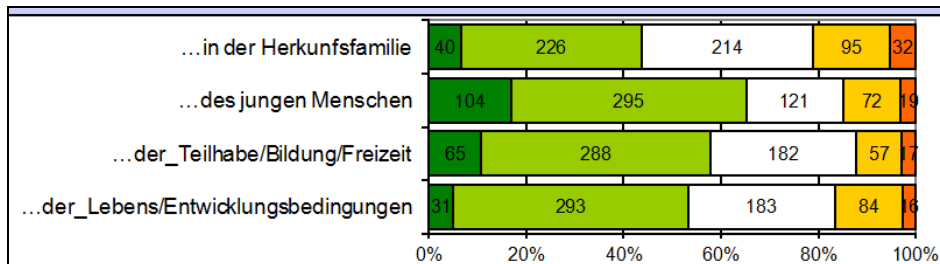
Es wurden 112 Aufnahmen und 81 Beendigungen dokumentiert. Das Aufnahmealter lag bei durchschnittlich 11 Jahren. Die Hilfe wurde durchschnittlich 21 Monate in Anspruch genommen (Deutschland: 22 Monate).

Auffällig ist die hohe Abbruchquote von 31%. Im Bundesvergleich liegt die Abbruchquote bei 25%. Ein Grund für die hohe Abbruchquote kann aus dem bestehenden Datensatz nicht ermittelt werden. Rückwirkend wurden 26% als nicht zielführend negativ eingestuft. 49% der Fälle wurden als eindeutig positiv bewertet. Der Rest ist unter „teils teils“ vermerkt worden. Insgesamt liegen diese Einschätzungen unter denen der Benchmarking-Stichprobe (14% negativ, 56% positiv, 30% teils-teils).

Auch die Gegenüberstellung der Entwicklungseinschätzungen in Berlin gegenüber denen der Benchmarking-Stichprobe zeigt eine schlechtere Einschätzung der Ergebnisse in Berlin. Das betrifft auch die Prognose.



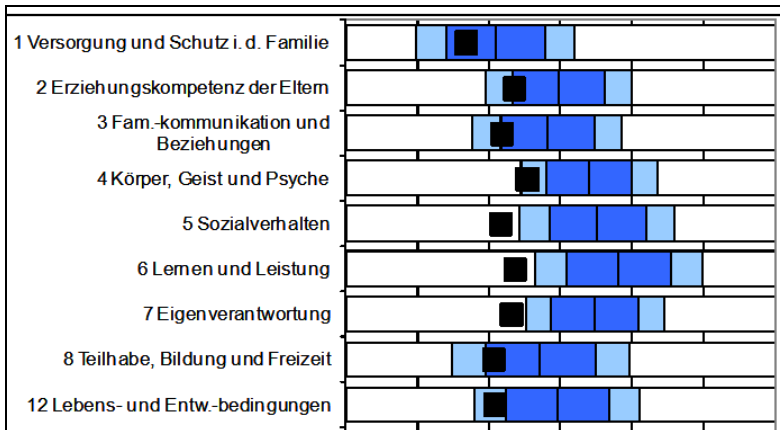
6-13 Entwicklungseinschätzung bei Tagesgruppen in Berlin.



6-14 Entwicklungseinschätzung bei Tagesgruppen in Deutschland.

Die genaueste Schätzung der Effektivität ist auch hier der Vergleich der Problembelastungen am Anfang und am Ende der Hilfen. Die Effektstärken sind allen Dimensionen positiv, insbesondere bei den Entwicklungen der jungen Menschen. Wenn auch positiv, fällt die Effektivität bei den Familiendimensionen dagegen etwas ab, was übrigens in der deutschlandweiten Benchmarking-Stichprobe auch nicht anders ist.

<sup>6</sup> In Berlin-Mitte wurde eine weitere teilstationäre Hilfe (schulisches und berufliches Integrationsprojekt) dokumentiert. Dieses Angebot ist hier nicht berücksichtigt worden.



**6-15 Effektstärken bei Tagesgruppen in Berlin**

Berliner Tagesgruppen arbeiten signifikant häufiger mit schulbezogenen Leistungsanteilen (46%), weniger häufig mit einer heilpädagogisch-therapeutischen Einzelförderung (8%) und weniger oft mit einer gezielten Familienarbeit (33%). Diese konzeptionelle Ausrichtung spiegelt sich auch in dem obigen Effektivitätsprofil wieder. Am besten sind die Ergebnisse im schulischen Bereich, gefolgt von dem psychischen Bereich und als Schlusslicht die Ergebnisse in den Familiendimensionen.

### **Empfehlung:**

*Die Ergebnisse in den Tagesgruppen sollten weiter beobachtet werden. Für eine genauere Analyse fehlen weitere abgeschlossene Fälle, vor allem die vollständige Erfassung aller Beendigungen.*

*Als Hypothese sollte dann untersucht werden, ob eine verstärkte Elternarbeit nicht Standard in der Tagesgruppenarbeit sein sollte. Jedenfalls erweisen sich diese Konzeptionen als am stärksten effektiv und nachhaltig. Die Abbruchquote liegt tiefer und die Wirksamkeit in Bezug auf Stärkung der Erziehungskompetenz und des Familiensystems ist höher.*

*Die gute Wirksamkeit im schulischen Bereich sollte gehalten werden, zumal in der nächsten Zeit im Zusammenhang mit der Inklusion dieser Kinder der schulische Bedarf bei der sozial und emotional auffälligen Jugendhilfeklientel steigen wird.*



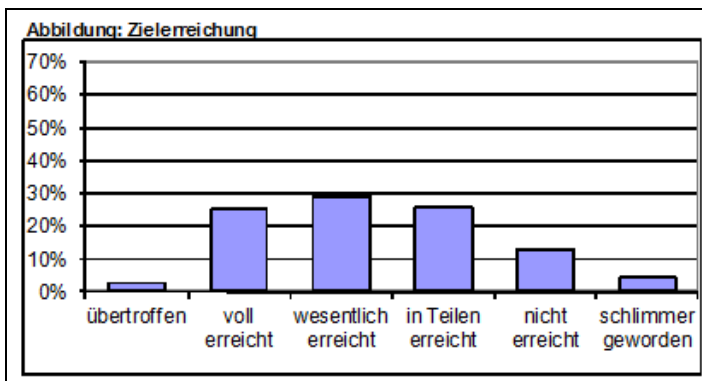
### 6.5 Ambulante Hilfen

Die ambulanten Hilfen bilden mit 66 % den größten Anteil der Hilfen zur Erziehung. Dieser Anteil liegt deutlich über dem Anteil in der Benchmarking-Stichprobe (58%). Hauptsächlich geht der Unterschied auf den hohen Anteil an therapeutischen Hilfen in Berlin zurück, der in anderen Kommunen keine Entsprechung hat. Zur besseren Vergleichbarkeit und weil die therapeutischen Hilfen in vielerlei Hinsicht eine Sonderrolle spielen, werden diese gesondert ausgewertet und bleiben zunächst einmal außer Acht.

### 6.6 Ambulante Hilfen ohne therapeutische Hilfen

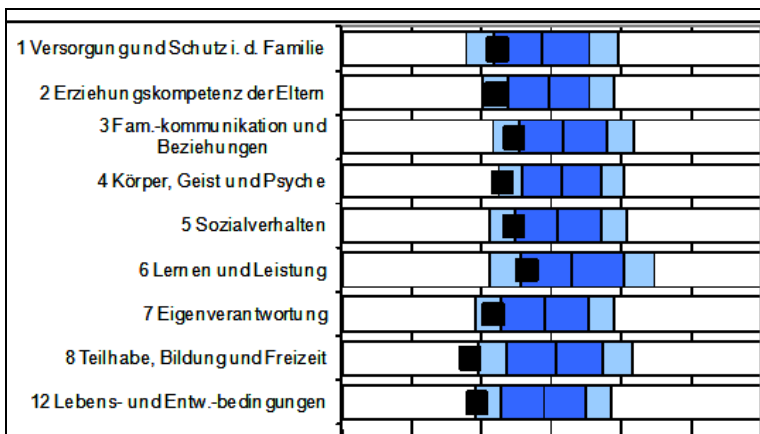
Mit 1240 begonnenen Hilfen und 898 beendeten Hilfen muss auch hier davon ausgegangen werden, dass nicht alle Beendigungen dokumentiert wurden. Das schränkt die Verlässlichkeit der Ergebnisse ein.

Insgesamt sind die Ergebnisse sehr positiv, sowohl im Vergleich zu anderen Hilfeformen, als auch im Vergleich zu den Benchmarking-Stichproben. Retrospektiv werden 58% % der Hilfen als eindeutig zielerreichend bewertet. In 18 % der Fälle werden die Ziele nicht erreicht.



6-16 Bewertung der ambulanten Hilfen in Berlin (ohne therapeutische Hilfen)

Die Effektstärken sind in allen Dimensionen befriedigend bis gut. Am größten sind die Integrationseffekte. Den geringsten Effekt haben die Hilfen bei der Erreichung schulbezogener Ziele und bei der Verbesserung des Sozialverhaltens. Hier beschränken wir uns auf die hilferlevanten Zieldimensionen.

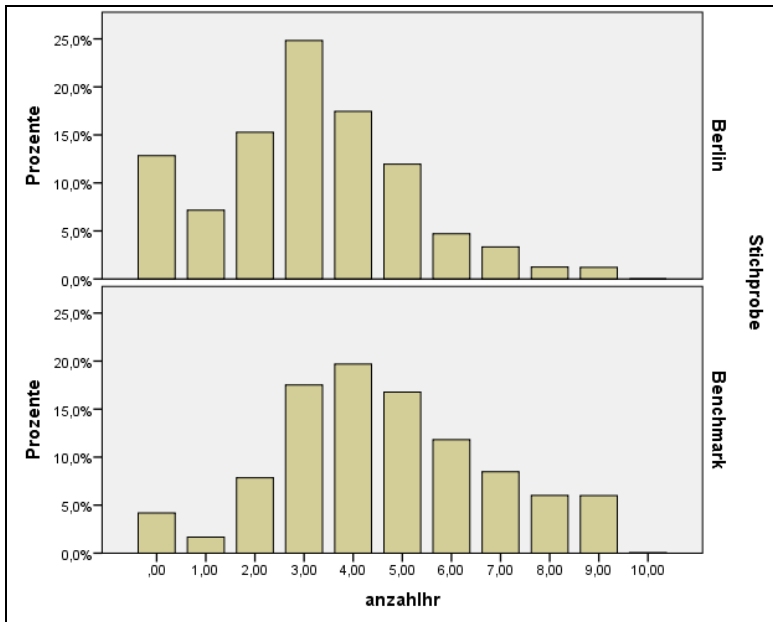


6-17 Effektstärken bei ambulanten Hilfen in Berlin (ohne therapeutische Hilfen)

Bei dieser Gelegenheit soll einmal ein Blick auf die Anzahl der Zieldimensionen geworfen werden, die als hilferlevant angegeben wurden. Besonders bei den ambulanten Hilfen ist es wichtig, den Fokus auf nur wenige, am besten nur eine Zieldimension zu lenken.

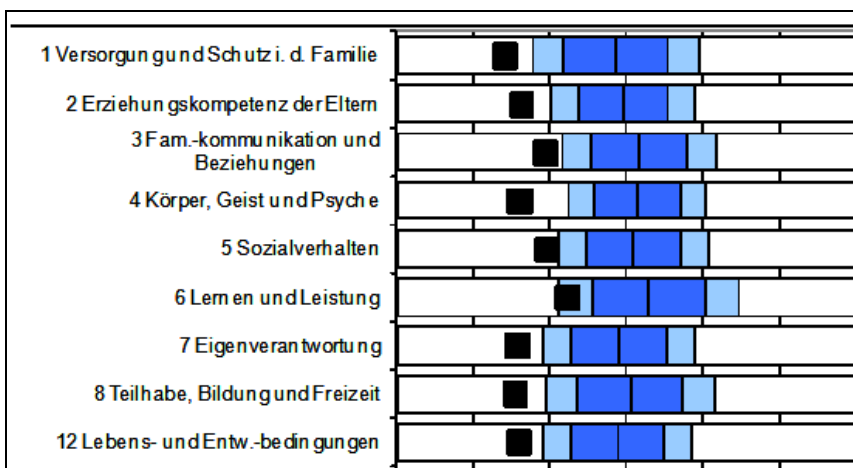
Im Vergleich zwischen Berlin und der Benchmark-Stichprobe fällt auf, dass man sich in Berlin auf deutlich weniger Zieldimensionen beschränkt. Der Modus liegt bei drei Zieldimensionen (Richtungszielen). Mehr als fünf Zieldimensionen kommen kaum vor. Auf der anderen Seite fällt auf, in wie vielen Fällen keine Zieldi-

mension genannt wurde, obwohl bei der Bearbeitung der Dokumentation bei dem Fehlen von Zielbezeichnungen ein Warnhinweis erscheint. Die Begrenzung der Hilfeplanung auf wenige Richtungsziele scheint in Berlin zwar besser zu sein als in anderen Kommunen, kann aber noch verbessert werden.



6-18 Anzahl der Zieldimensionen bei ambulanten Hilfen

28 % der ambulanten Hilfen brechen vorzeitig ab. Dieser Wert liegt etwas über dem Bundeswert (24 %). Die Abbruchquote ist zwar nicht besonders auffällig in den Abweichungen zu den Vergleichsgruppen. Auf der anderen Seite würde es nichts schaden, wenn man diese Abbruchquote weiter senken könnte. Dieses wird insbesondere dann deutlich, wenn man sich die Effektivität der geplant durchgeführten ambulanten Hilfen ansieht. In allen Zieldimensionen zeigen sich hohe Wirksamkeiten.



6-19 Wirksamkeit der wie geplant beendeten ambulanten Hilfen in Berlin.

Die wie geplant durchgeführten Hilfen dauern im Durchschnitt (Median) 12 Monate. Dieser Wert liegt ungefähr 4 Monate unter den Vergleichswerten im Bundesvergleich. Gemessen an den Ergebnissen und auch im Vergleich zu anderen Hilfen gibt es keine Notwendigkeiten, an der Durchschnittsverweildauer etwas zu ändern. Die durchschnittliche Verweildauer der abgebrochenen Hilfen liegt bei 6 Monaten. Dieses entspricht auch den Vergleichsgruppenwerten. Hier könnte natürlich noch einmal überlegt werden, ob nicht ein größerer Teil der Hilfen, die keine tragfähige Basis haben oder nicht passend angelegt sind, möglicherweise zu ei-

nem früheren Zeitpunkt zu identifizieren. Die sehr hohe Wirksamkeit bei der vergleichsweise kurzen Dauer kann insgesamt als ein Erfolg dieser Hilfeform gewertet werden.

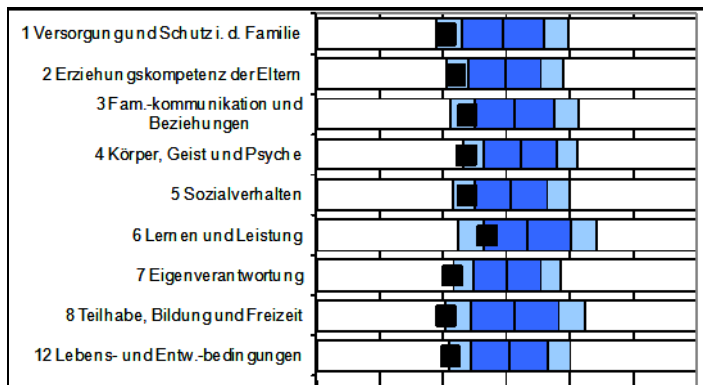
**Empfehlung: Die Strategie der „Ambulantisierung“ beibehalten.**

### 6.7 SPFH

Weil in Berlin im Sommer 2011 in einer öffentlichen Debatte die Effektivität von familienbezogenen Hilfen zur Erziehung (SPFH) in Frage gestellt worden ist, stellen wir hier die Evaluationsergebnisse des Leistungstyps 6 gesondert dar. Grundlage sind 644 begonnene und 471 beendete Hilfen. Auch hier sind nicht alle Beendigungen erfasst.

In 57 % werden retrospektiv die Hilfen als zielerreichend eingeschätzt. In 18 % werden die Ziele nicht erreicht. In 20 % der Fälle gibt es Negativentwicklungen. Die Abbruchquote ist mit 28 % nicht auffällig im Vergleich zu anderen Hilfeformen.

Insgesamt gibt es bei allen Zieldimensionen durchschnittlich gute Effekte. Übrigens unterscheiden sich die Bezirke hinsichtlich Effektivität der familienbezogenen Hilfen deutlich.

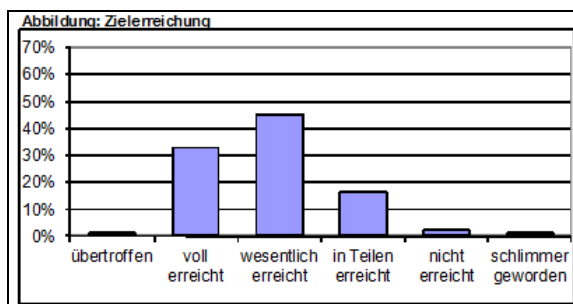


6-20 Effektivität der SPFH in Berlin

### 6.8 Sonderfall Therapeutische Hilfen

#### Leistungstyp 1: Ambulante Psychotherapie

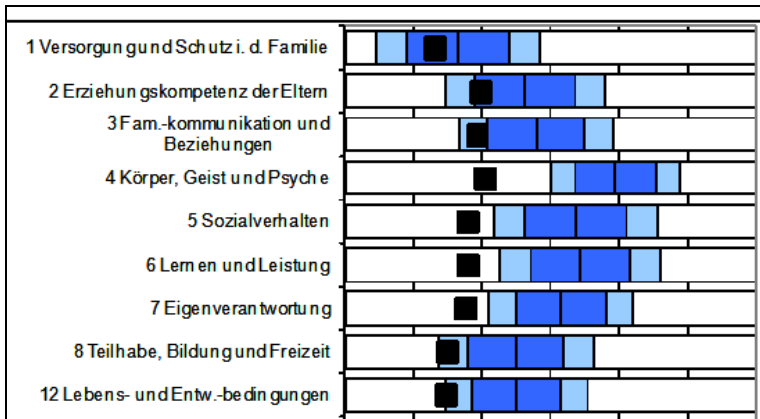
In der ambulanten Psychotherapie liegt die Fallzahl bei 165 begonnenen Hilfen und 134 beendeten Hilfen. Der Anteil der männlichen Klienten überwiegt. Im Durchschnitt sind die Klienten bei Hilfebeginn 11,5 Jahre alt. Die Abbruchquote ist mit 10 % extrem niedrig. Die Hilfe dauert im Mittel (Median) 24 Monate.



6-21 Zielerreichung bei ambulanten Psychotherapien in Berlin

Nur in fünf von 134 Fällen wurde eine Verschlechterung festgestellt. In 80 % der Fälle wird eindeutig von einer Zielerreichung gesprochen. Das ist im Arbeitsfeld Pädagogik/Therapie der positivste Wert, der erreicht werden kann.

Positive Effekte zeigen sich in allen Dimensionen, besonders stark bei der psychischen Stabilität und anderen Stärken und Kompetenzen der Kinder, aber auch in den Familiendimensionen und bei der Inklusion.



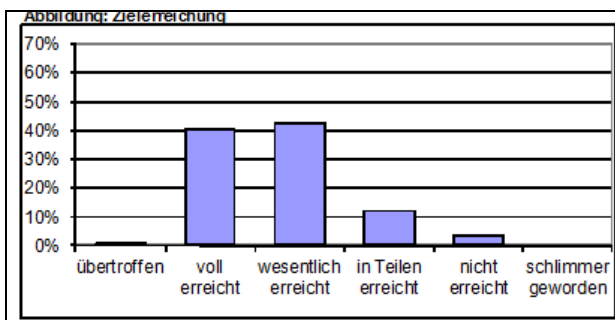
6-22 Effektivität bei den psychotherapeutischen Hilfen in Berlin

Offensichtlich wirken sich das junge Alter, die Stabilität der Hilfe (personale Kontinuität über zwei Jahre) sowie die Fokussierung auf die sozial-emotionale Stärke des Kindes positiv aus. Hier kommen alle bekannten Wirkfaktoren zusammen: Beziehung, Verlässlichkeit, ausreichende Dauer, Akzeptanz der Hilfe und methodisches Vorgehen.

Es wäre allerdings gut, die Selbstevaluation durch eine Befragung der Klienten (Eltern und Kind) zu ergänzen.

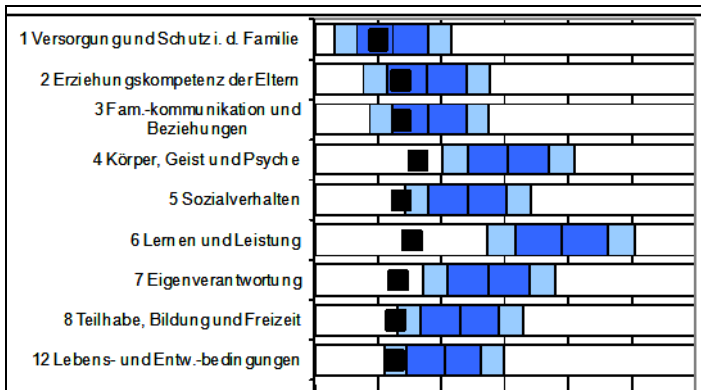
### Leistungstyp 2: Integrative Lerntherapie

Die integrative Lerntherapie wurde im Dokumentationszeitraum in 194 Fällen in Anspruch genommen und in 108 Fällen beendet. Das Durchschnittsalter liegt bei ungefähr 10,5 Jahren. Das Geschlechterverhältnis ist ausgeglichen. Die Abbruchquote liegt mit 9 % sehr niedrig. Die Verweildauer liegt bei 24 Monaten im Median. Die wenigsten Hilfen dauern weniger als ein Jahr. Also auch hier haben wir es mit einer sehr stabilen Hilfe zu tun.



6-23 Zielerreichung bei der integrativen Lerntherapie in Berlin.

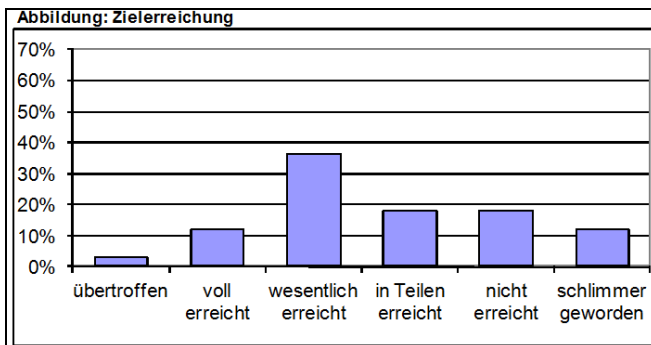
In nur vier Fällen wird die Hilfe als nicht zielerreichend eingeschätzt. In 84 % der Fälle wird eindeutig eine Zielerreichung festgestellt, in 12 % der Fälle wird das Ergebnis „teil teils“ eingeschätzt. Das ist ein extrem positives Ergebnis. Bei. Die wesentlichen Zielsetzungen liegen in dem Bereich der psychischen Stabilisierung und natürlich im Bereich der schulischen Kompetenzen. In beiden Zieldimensionen werden extrem hohe Wirksamkeiten erreicht.



6-24 Effektivität bei den integrativen Lerntherapien in Berlin.

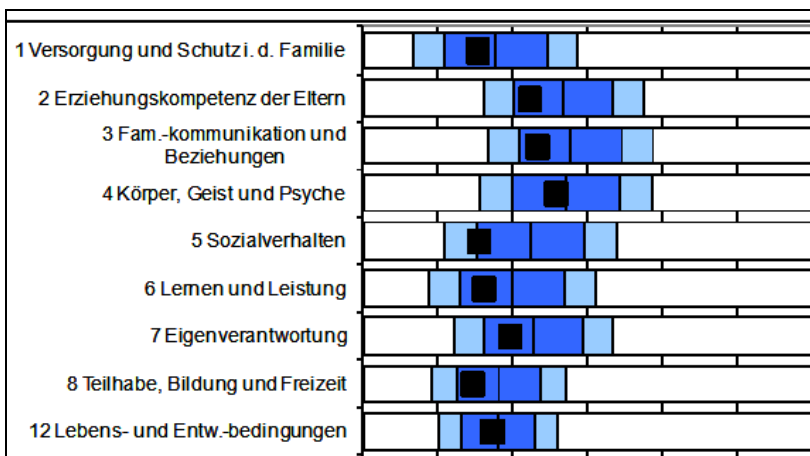
### Leistungstyp 3: Ambulante Familientherapie

Weniger positiv fallen die Ergebnisse bei der ambulanten Familientherapie aus. Als Stichprobe wurden 65 begonnene und 36 beendete Hilfen dokumentiert. Hier stellt sich die Frage, ob und warum zahlreiche Hilfen bei der Beendigung nicht erfasst wurden, was immer den Verdacht aufkommen lässt, dass möglicherweise noch mehr Hilfen abgebrochen wurden. Die Abbruchquote ist mit 34% für eine ambulante Hilfe ohnehin relativ hoch.



6-25 Einschätzung der Zielerreichung ambulanter Familientherapie in Berlin

In 30% der Fälle werden die Ziele nicht erreicht. In 52% werden die Ziele erreicht. Auch der Vergleich des Bedarfs am Ende mit dem pädagogischen Bedarf zu Beginn der Hilfen zeigt nur eine geringe Effektivität.



6-26 Wirksamkeit von ambulanter Familientherapie in Berlin

Für eine genauere Beurteilung der Effektivität sollte ein weiteres Jahr abgewartet werden, um im Längsschnitt die Verläufe und die Zielerreichung im Einzelnen analysieren zu können. Dazu ist es allerdings nötig, alle Beendigungen zu dokumentieren. Auch kommt der Überprüfung nach einer ersten Diagnose- und Kon-

traktphase eine hohe Bedeutung zu. Bei den therapeutischen Hilfen ist von einigen RSD angezweifelt worden, ob die Überprüfung zum Zeitpunkt A2 einen Sinn macht. Bei den Familientherapien würden wir das unbedingt empfehlen. Entscheidend für den Erfolg sind die gute therapeutische Beziehung und die Kooperation der Familie. Wenn diese in den ersten Sitzungen nicht erreicht werden, ist die Chance sehr gering, dass sich das später wendet. Ohnehin sollte einmal über lösungsorientierte Kurztherapien nachgedacht werden.

#### **Fazit und Empfehlungen zu den therapeutischen Hilfen insgesamt:**

*Die ambulanten therapeutischen Hilfen erweisen sich als sehr effektiv. Die Wirkfaktoren dieser Hilfen können in der Evaluation nicht extrahiert werden. Fakt ist, dass die Hilfen sehr stabil verlaufen und die Kompetenzen und Teilhabechancen der Kinder sich deutlich verbessern.*

*Die ambulanten Familientherapien bedürfen einer genaueren Betrachtung, die erst im Längsschnitt und mit genaueren Verlaufsdaten möglich ist. Insbesondere müsste der Einfluss der Mitarbeit der Familie beobachtet werden, die vielleicht über einen so langen Zeitraum nicht aufrecht zu erhalten ist. Möglichkeiten von lösungsorientierten Kurztherapien sollten erkundet werden. Bei diesen würde die Wirkung allerdings nicht - wie bei der WIMES-Messung - in einer direkten Verbesserung bestehen, sondern in der Zunahme an Lösungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit.*



### 6.9 Sonderfall Clearing, Diagnose, Krisenintervention (KCD)

Wegen der begrenzten Dauer der Kriseninterventionen und der Clearingaufträge kann sich die folgende Auswertung auf echte Längsschnittdaten beziehen, das heißt, dass hier nur Fälle berücksichtigt werden, die in dem definierten Zeitraum begonnen und abgeschlossen wurden (116 stationäre und 93 ambulante). Es muss beachtet werden, dass diese Fallzahl nicht dem gesamten Umfang der KCD-Fälle entspricht, weil viele Clearingaufträge noch nicht beendet wurden.

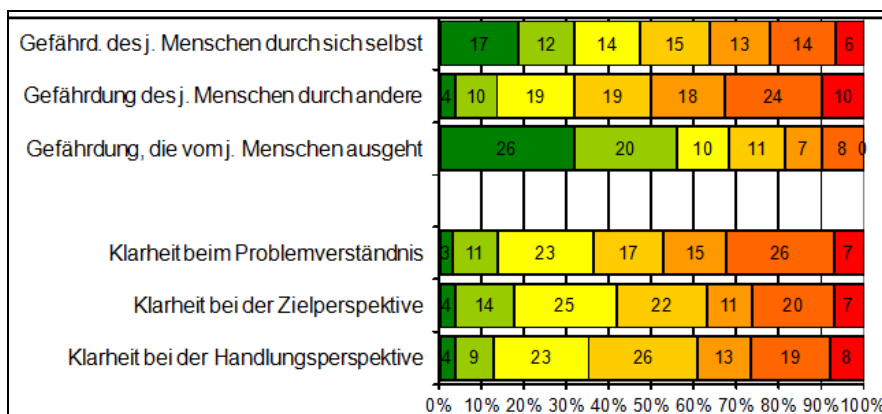
Als sogenannte KCD-Fälle werden in der Dokumentation solche Fälle gekennzeichnet, bei denen das Ziel vorerst nur darin besteht, sich Klarheit über die Situation zu verschaffen (Fallverstehen), um danach die Bedarfe festzustellen und ggf. notwendige und geeignete Hilfen anzubieten und einzuleiten.

Die Gründe dafür, dass das, was eigentlich Standard bei jeder Hilfe zur Erziehung ist, als eine gesonderte Intervention bei einem Leistungserbringer „in Auftrag gegeben wird“, sind vielfältig. Zwar wird in Evaluation nach den Ausgangsschwierigkeiten und Zielen der Clearingaufträge gefragt, es ist aber nicht in allen Fällen Klarheit zu gewinnen, warum die Fallverantwortlichen nicht selber an der sozialpädagogischen Diagnose gearbeitet haben. Die Zielerreichung bei den KCD-Aufträgen stellen wir weiter unten getrennt nach stationär und ambulant dar.

Hier noch einmal der Hinweis darauf, dass die Wirksamkeit der Intervention bei Clearingaufträgen grundsätzlich anders definiert werden muss als bei den regulären Hilfen zur Erziehung. Bei den Letzteren geht es um den Abbau von Bedarfen und den Zugewinn nach Chancen, Ressourcen, Kompetenzen seitens der Klienten. KCD-Aufträge sollen dagegen Krisen soweit managen, dass Gefährdungen unmittelbar abgebaut werden, Kommunikationsfähigkeit hergestellt wird und ein Zugewinn an gemeinsamer Problemeinordnung und -bewertung und damit die Planungsfähigkeit wächst. Auch bei der Beauftragung von freien Trägern zur Krisenintervention und zur Diagnostik bleibt die Steuerungsverantwortung beim Jugendamt. Aus diesem Grund ist die zeitliche Befristung und die anschließende Verwertung der Erkenntnisse für die Hilfeplanung ein absolutes Muss bei der Durchführung von Clearingaufträgen.

#### Stationäres Clearing

Die Ausgangslagen liegen in 85% der Fälle in der Unklarheit hinsichtlich des Problemverständnisses, der Zielperspektive und der geeigneten und notwendigen Hilfeangebote. Das steht oft in Kombination mit akuten Gefährdungen, insbesondere im Zusammenhang mit einer Kindeswohlgefährdung. Aber auch eine Selbstgefährdung hat in der Hälfte der Fälle offensichtlich nicht auszuschließen.



6-27 Ausgangslage bei stationären KCD-Fällen

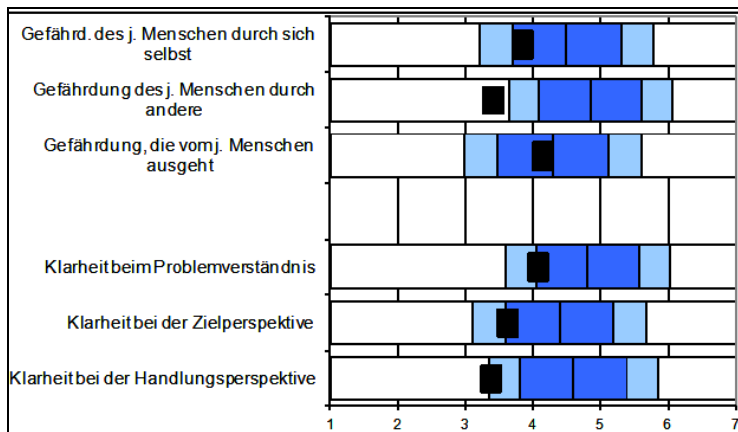
Bedenklich ist, dass 35% der Maßnahmen abgebrochen werden (zu 65% von den Klienten, zu 23% von den Einrichtungen). Im Zusammenhang mit den Gefährdungen müsste davon ausgegangen werden, dass das Kindeswohl danach weiterhin nicht gesichert ist.

Die KCD-Maßnahmen dauern in unserer Stichprobe durchschnittlich 1,6 Monate (Median). Wenn man die Dauer aller abgeschlossenen stationären KCD-Maßnahmen betrachtet, also nicht nur der im Erhebungszeitraum begonnen und abgeschlossenen, kommt man auf eine Dauer von 2,0 Monaten.

Die Zielerreichung in unserer Stichprobe ist nicht überzeugend (siehe Abbildung Effektivität der stationären KCD-Maßnahmen). Wir werten hier nur die Zieldimensionen aus, die bei der Auftragserteilung als relevant ausgewiesen wurden.

Zwar wird das Kindeswohl effektiv gesichert, die Selbstgefährdung wird aber nicht abgebaut. Besonders auffällig ist, dass das eigentliche Ziel der Maßnahme, nämlich, dass etwas „geklärt“ wird, nicht erreicht wird. Hier sollte man eigentlich erwarten können, dass durch ein vertieftes Fallverstehen und durch die Kommunikation mit dem jungen Menschen und seiner Familie Ziele und Handlungsperspektive deutlicher werden.

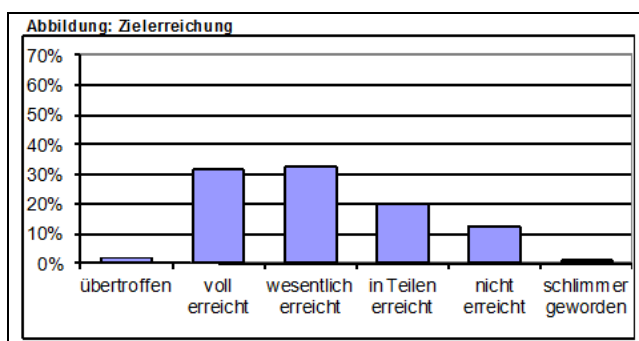
Hier sei noch angemerkt, dass die Effektivität der Clearingaufträge in den Bezirken sehr unterschiedlich ausfällt. Es kann angenommen werden, dass KCD-Maßnahmen von den Fallverantwortlichen unterschiedlich genutzt und von den Leistungserbringern in unterschiedlicher Qualität durchgeführt werden. Von nicht wenigen SozialarbeiterInnen ist geäußert worden, dass sie die Dokumentation nicht richtig verstanden haben. Das kann ein Hinweis auf Schwächen des Instrumentes sein, es kann aber auch bedeuten, dass denen, die solche Aufträge vergeben, die Zielsetzung von KCD selber nicht immer klar ist.



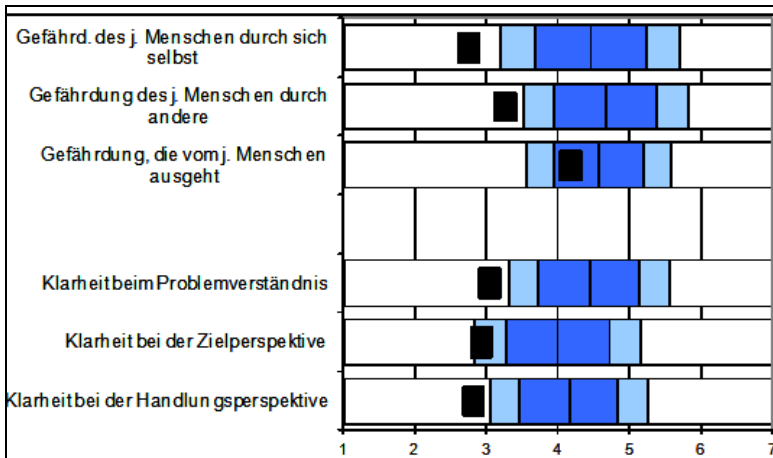
6-28 Effektivität von KCD-Maßnahmen in Berlin

### Ambulantes Clearing

Das ambulante Clearing, das sich im Gegensatz zu dem stationären Clearing eher auf jüngere Kinder bezieht, ist erfolgreicher. In 90 % der Aufträge werden diese wie geplant durchgeführt mit dem Ergebnis, dass Krisen erfolgreich aufgefangen werden mit einem erkennbaren Zugewinn an Fallverstehen und Perspektivklärung. In einem Viertel der Fälle bleiben die Dinge aber offensichtlich weiterhin unklar.



6-29 Zielerreichung bei ambulanten KCD-Maßnahmen in Berlin



6-30 Wirksamkeit bei ambulanten KCD-Maßnahmen in Berlin

Übrigens: In nur 10 % der Fälle kommt es zu einer stationären Aufnahme im Anschluss an das ambulante Clearing.

### Empfehlung zum Clearing:

Für eine differenzierte Empfehlung reicht die Datenlage nicht aus. Es steht der Vorwurf im Raum, Fallverantwortliche entledigen sich ihres Auftrages, Bedarfe festzustellen, Lebenslagen und Probleme zu verstehen und Lösungsmöglichkeiten zu erschließen durch die Delegation an einen freien Träger. Aufgrund der Datenlage kann nicht eindeutig festgestellt werden, wann und mit welchem Auftrag Clearingaufträge vergeben werden. Das betrifft insbesondere das stationäre Clearing. Es wäre auf alle Fälle hilfreich, wenn Clearingaufträge

zeitlich eng begrenzt sind,  
nicht nahtlos in andere Hilfen übergehen und  
Ergebnisse des Clearings eingefordert werden und eine Bewertung der Auftragserledigung stattfindet.

### 7 Zusammenstellung der Hinweise, Empfehlungen und Notwendigkeiten

Die Hilfen zur Erziehung in den fünf Bezirken, die an der ersten Projektphase teilgenommen haben, zeigen deutlich positive Wirkungen. In 56% % der Fälle werden eindeutig Verbesserungen erzielt. In 18 % werden die Ziele nicht erreicht. In 26 % der Fälle werden die Ziele teilweise erreicht. Insgesamt ist der Einfluss auf die Entwicklung junger Menschen genauso hoch wie auf das Familiensystem und die Erziehungskompetenz der Eltern.

Gemindert wird die Wirksamkeit in fast allen Hilfeformen durch eine relativ hohe Abbruchquote. Insgesamt gelangen 31 % der Hilfen nicht an ein geplantes Ende. Ohne die therapeutischen ambulanten Hilfen sind es 34% Abbrüche.

Die Hilfedauer liegt insgesamt deutlich unter der bundesweiten Vergleichsgruppe - auch wenn man die Abbruchquote heraus rechnet.

Die wesentlichen Verbesserungspotenziale liegen in der Prozessqualität der Steuerung. Insbesondere wäre es wichtig, alle Hilfen auch am Schluss sorgfältig zu beenden. Dadurch wird eine wirkungsorientierte Qualitätsentwicklung unterstützt, die mittelfristig zu einer Steigerung der Effektivität führt. Insbesondere könnte darüber das institutionelle Wissen gefördert werden, wie Hilfen so installiert werden können, dass ihre Erfolgswahrscheinlichkeit steigt und Abbrüche verhindert werden. Insbesondere sollte die Eingangsphase dazu genutzt werden, die Passung und Tragfähigkeit der Hilfen zu überprüfen und die Hilfeplanung gegebenenfalls anzupassen.

Die Effektivität der stationären Hilfen wird durch die hohe Abbruchquote in Berlin gemindert. Dieses betrifft insbesondere junge Menschen im Alter von 12 bis 17 Jahre. Die Absenkung der Abbruchquote und die frühere Identifizierung nicht tragfähiger stationärer Hilfen ist der stärkste Hebel zur Erhöhung von Effektivität und Effizienz stationärer Hilfen.

Auch die teilstationären Hilfen zeigen überproportional häufige Abbrüche, sind ansonsten aber effektiv.

Die ambulanten Hilfen sind wirksam. Insbesondere stellen sich die therapeutischen Hilfen als sehr effektiv dar, mit Ausnahme der ambulanten Familientherapie. Sowohl die einzelfallbezogenen als auch die familienbezogenen Hilfen zur Erziehung sind effektiv. Qualitätssteigerungen sind in einzelnen Bezirken und bei einzelnen Hilfeformen möglich. Dieses ist den Bezirken diskutiert und aufgenommen worden.

Eine wirkungsorientierte Steuerung und die Verstetigung eines fachlichen Wirkungscontrollings werden auf Dauer nur funktionieren, wenn die Evaluation in das Hilfeplanverfahren integriert ist und kooperativ mit den Leistungserbringern dokumentiert und ausgewertet wird. Auf diese Weise wird nicht nur die fachliche Steuerung qualifiziert, es würden sich dadurch auch Zeitressourcen erschließen lassen, die der sozialräumlichen und klientenbezogenen Arbeit sowie dem Kinderschutz zugute kommen würde. Gleichzeitig würde ein jeweils aktueller Datenbestand für das Fachcontrolling in den Bezirken und auf der Senatsebene entstehen.

Die Verfahren sollten vereinfacht und integriert werden. Integration bezieht sich dabei auf

- Sozialraumorientierung und Einzelfallsteuerung
- Bedarfseinschätzung und Zielvereinbarungen
- Standardisierung bei gleichzeitiger Flexibilität
- Hilfen zur Erziehung und Kinderschutz
- Bewertung im Einzelfall und Kennzahlen für das Fachcontrolling.
- Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung
- Leistungsträger, -erbringer und -empfänger

Hierfür seien einige Stichworte genannt:

- Vereinfachung (nicht Trivialisierung) der Prozesse vor dem Hilfebeginn, um Ressourcen für die Steuerung nach der diagnostischen Phase, bei Krisen im Hilfeverlauf und für die Beendigung zu gewinnen.
- Integration von Hilfeplanung und Wirkungsevaluation. Der Fokus auf die Wirkungen strukturiert die Hilfeplanung. Die Hilfeplanung liefert automatisch Daten für die Wirkungsevaluation.

- Einführung von **einfachen Werkzeugen guter Praxis** (praxistaugliche Heuristik). Auch wenn der Gegenstand komplex ist, müssen die Werkzeuge nicht kompliziert sein.
- Ausbildung von Routinen. Wenn immer wieder auf neue Verfahren umgestellt werden muss, oder wenn Mitarbeiter in jedem Einzelfall ein Maximum an Flexibilität erbringen müssen, ist schnell eine Belastungsgrenze erreicht. Routinen schaffen Sicherheit und Möglichkeiten zur Arbeitsökonomie. Sie schaffen Freiräume für Problemlösungen dort, wo Routinen auch einmal außer Kraft gesetzt werden müssen.
- Einbeziehung der Leistungserbringer und der Klienten in die Verantwortung für eine wirkungsorientierte Steuerung. Die **wirkungsorientierte Dokumentation des Trägers** = Bericht für das Fachcontrolling durch den Fallverantwortlichen. Bringschuld von Krisenanzeigen liegt bei Trägern und Klienten.
- **Dialogkultur zwischen öffentlichen und freien Trägern**. Diese Orientierung richtet sich ausdrücklich gegen jegliches Marktmodell von Beauftragung und Dienstleistung. Beide Parteien sind Dienstleister für die Klienten und die Gesellschaft als Ganze. Komplexe Probleme lassen sich nur auf hohem Vertrauensniveau und in herrschaftsfreien Diskursen lösen.
- Ausgangspunkt muss der **erzieherische Bedarf und das Kindeswohl** sein. Zielvereinbarungen sind methodische Instrumente, um die Kooperation zu strukturieren und der Hilfe eine Richtung zu geben.
- Eine falsch verstandene Sozialraumorientierung läuft Gefahr, Wunsch und Wille des Klienten als alleinigen Maßstab sozialarbeiterischen Handelns zu sehen. **Dienstleistungsorientierung** gegenüber dem Klienten **schließt auch ein, unrealistische Ziele abzulehnen und die Mitarbeit der Klienten einzufordern**.
- **Einbezug der Klienten** nicht nur bei der Zielsetzung, sondern auch bei der Bewertung von Verlauf und Ergebnis.
- Unterstützung durch **Leitung**. Diese muss durch klare Beauftragungen und Zielvereinbarungen Mitarbeiter orientieren, Verbindlichkeit durch die Überprüfung der Umsetzung schaffen und Problemlösungen unterstützen. Damit ist Führung zugleich ein Modell für das professionelle Verhalten, das von Mitarbeitern erwartet wird.

Dr. Harald Tornow  
e/l/s-Institut für Qualitätsentwicklung sozialer Dienstleistungen  
Diakonissenweg 44  
42489 Wülfrath  
[harald.tornow@els-institut.de](mailto:harald.tornow@els-institut.de)  
[www.els-institut.de](http://www.els-institut.de)