

# **Aufsuchende kurzzeitige Therapie in Familien mit zeitlich befristeter Vollzeitpflege (AkTiF mit ZbV)**

## **Zum Geleit**

Die folgenden Seiten beschreiben ein Projekt, welches in Hamburg in den Jahren 2005 bis 2007 durchgeführt wurde. Sie besitzen den Charakter eines Praxisberichtes, d.h. sie geben wesentliche Grundzüge des Projekts und Erkenntnisse aus gut zwei Jahren praktischem Einsatz einer neuen Hilfeform wieder. Die in diesem Zusammenhang stattgefundenene Forschung ist eine reine Begleitforschung, die Methoden der Datenerhebung hatten sich in jeder Hinsicht den Gegebenheiten der Praxis unterzuordnen.

Die Projektdurchführenden waren MitarbeiterInnen von PFIFF e.V. Hamburg, eines freien Trägers, der seit Beginn der 90er Jahre in Hamburg im Bereich des Pflegekinderwesens tätig ist.

Inhalt des Projektes war die Implementation und Erprobung einer neuen familienorientierten Hilfeform im Bereich der Hilfen zur Erziehung (HzE). Das Projekt wurde über die gesamte Laufzeit wissenschaftlich begleitet, sei es durch teilnehmende Beobachtungen, regelmäßige Gespräche mit AkteurInnen, Aktenanalysen, ganz wesentlich aber im Rahmen von nahezu 90 Interviews, die im Projektverlauf mit beteiligten (vorwiegend) SozialarbeiterInnen geführt wurden.

Die Familien selbst, also die KlientInnen, denen die Hilfeform zu Gute kommen sollte, wurden aufgrund einer Empfehlung eines wissenschaftlichen Beirates von Beginn an nicht in die Befragungen einbezogen. Man ging davon aus, dass sie im Rahmen der Hilfe bereits mit einer Vielzahl von neuen und fremden Personen „belastet“ würden, und schlug für die Begleitforschung vor, auf Interviews in den Familien gänzlich zu verzichten. Um nun doch ein Minimum an Informationen von den betroffenen KlientInnen zu erhalten, wurden jene zu verschiedenen Zeitpunkten im Hilfeverlauf in einem Kurzfragebogen befragt. Leider war der Rücklauf diesbezüglich so spärlich, dass umfassendere Einschätzungen über die Wirkungen und das Erleben der Hilfe nicht möglich waren. An einigen Stellen ließen sich vorhandene Ergebnisse dagegen zur qualitativen Hervorhebung von Sachverhalten verwenden, ohne dabei Rückschlüsse über Häufigkeiten und Verteilungen zu erlauben.

Sozialarbeit ist ein komplexes Forschungsfeld was die Anzahl der zu betrachtenden Parameter sowie deren Beobachtbarkeit betrifft. In der Sozialarbeit treffen

verschiedene soziale Systeme mit ihren eigenen Regeln und Funktionsweisen aufeinander. Innerhalb der Systeme interagieren deren RepräsentantInnen als soziale und individuelle Wesen, mit ihren eigenen Lebenswelten, Gefühlen und Bedürfnissen. Um sich im Dschungel einander bedingender Faktoren zu Recht zu finden, müssen die forschenden Personen einen roten Faden entwickeln, der sie durch das unübersichtliche Gelände leitet. Sie müssen im Sinne einer Komplexitätsreduktion eine Auswahl treffen, welche Beobachtungen im Prozess sie als relevant erachten, und welche für sie eine geringere Priorität aufweisen. Im Rahmen der damit einhergehenden Entscheidungsprozesse wird eine dem Forschungsprozess und seinen Personen eigene und subjektive Wirklichkeit konstruiert.

Die Reduktion von Komplexität durch Verallgemeinerung ist ein Grundbestandteil von Forschung, ohne den Weiterentwicklung als Folge des Lernens aus Erkenntnissen nicht möglich wäre. Im Forschungsprozess führt dies häufig zu Konflikten zwischen Forschenden und PraktikerInnen um die Frage, welche individuellen Aspekte des Einzelfalls noch abgebildet werden und welche der Verallgemeinerung zum Opfer fallen.

Die Gefahr der Abbildung zu vieler Einzelaspekte besteht in der Unübersichtlichkeit und mangelnden Aussagekraft der Forschungsergebnisse. Die Gefahr zu starker Verallgemeinerung besteht in der mangelnden Gültigkeit der Erkenntnisse, da der »idealtypische Fall« in der Praxis nicht mehr auffindbar ist.

Die Durchführung der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts oblag dem Verfasser dieses Artikels, insofern übernimmt er die volle Verantwortung für die im Folgenden stattgefundenen Komplexitätsreduktionen, Verallgemeinerungen und Wirklichkeitskonstruktionen.

## **1. Das Projekt**

### **1.1 Ausgangspunkt**

Ausgangspunkt bei der Konzeption der Hilfeform war eine als unbefriedigend erlebte Praxis im Bereich der *Bereitschaftspflege*: Man hatte bei PFIFF e.V. die Erfahrung gemacht, dass Kinder am Ende einer Hilfe zu ihren Eltern zurückkehrten, ohne dass gravierende Änderungen im elterlichen Umfeld stattgefunden hatten. Damit erschien eine erneute Fremdunterbringung in vielen Fällen mehr als wahrscheinlich, da die das Kindeswohl gefährdenden oder zumindest nicht kindgerechten Lebensbedingungen (welche zur Hilfebewilligung geführt hatten) weiterhin

bestanden, und niemand die Eltern dabei unterstützt hatte, Änderungen vorzunehmen.

Im Bereich der *Dauerpflege* gab der vielerorts beobachtete und als intransparent erlebte Umgang mit der *Rückkehroption* Anlass zur Kritik: In vielen Fällen blieb die Frage nach der Rückkehr der Kinder zu ihren Eltern über lange Zeit unbeantwortet, was zu einer hohen Perspektiv-Unsicherheit sowohl bei Eltern und Kindern aber auch bei Pflegeeltern führte.

Diese und weitere Beobachtungen aus der Praxis im Umgang mit und der Bewilligung von Pflegehilfen führten zur Suche nach einer Hilfe, die folgende Kriterien erfüllen sollte:

1. Gewährleistung einer befristeten Fremdunterbringung in Situationen, in denen Eltern vorübergehend nicht in der Lage sind, ihren Kindern ein angemessenes Lebensumfeld anzubieten.
2. Unterstützung der Eltern in der Zeit der Fremdunterbringung, ein dem Kindeswohl bzw. der Kindesentwicklung angemessenes Lebensumfeld (wieder) herzustellen.
3. Anstreben einer Perspektiv-Sicherheit für alle Beteiligten durch eine frühzeitige und transparente Auseinandersetzung mit der Frage der Rückkehr.

Allen Überlegungen lag die Überzeugung zu Grunde, dass der Erhalt bestehender Bindungen ein höheres Gut sei als der Versuch, den Kindern die besten Rahmenbedingungen für ein Aufwachsen zu schaffen mit der Konsequenz, Beziehungsabbrüche in Kauf zu nehmen. Insofern beginnt jede Hilfe mit dem Ziel der Rückkehr der Kinder zu den Eltern. Lediglich in Fällen, die im Verlauf erkennen lassen, dass die Herstellung einer kindgerechten Umgebung nicht gelingen kann, soll auf eine einvernehmlich Trennung hingearbeitet werden.

## 1.2 Die Hilfeform

Die *Grundkonzeption* der Hilfeform erwies sich bereits in den ersten Projektmonaten als tragfähig und blieb darüber hinaus im Projektzeitraum unverändert. Der *Hilfeverlauf* erfuhr dagegen eine wesentliche Änderung, die nach ca. zwei Dritteln der Projektlaufzeit beschlossen wurde und neben einer erhöhten Praxistauglichkeit zu einem Richtungswechsel in der Zusammenarbeit mit den fallzuständigen Fachkräften des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) führte.

Die Hilfeform besitzt grundsätzlich eine Laufzeit von bis zu einem Jahr und kombiniert zwei eng verzahnte Einzelhilfen miteinander:

1. *Eine auf bis zu sechs Monate befristete Vollzeitpflege.*

Die Kinder der Klientenfamilien werden von Hilfebeginn an in eigens für diese

Hilfeform ausgebildeten Pflegefamilien untergebracht. Dies sichert das bei Beginn gefährdete Kindeswohl, gewährt allen Familienmitgliedern eine Phase der Entspannung von Problemen (die zur Hilfebewilligung geführt haben) und erlaubt insbesondere den Eltern einen besseren Einstieg in eine Neuorientierung. Die Auswahl der Pflegestelle soll eine hohe Milieunähe gewährleisten, die Aufrechterhaltung der Eltern-Kind-Beziehung wird durch dicht gestaffelte Besuchskontakte sichergestellt.

## *2. Eine aufsuchende Familientherapie (AFT).*

Zwei systemische FamilientherapeutInnen begleiten die Familien über die gesamte Hilfedauer therapeutisch, mit dem Ziel, Veränderungen im Familiensystem zu initiieren, und die Eltern damit in der Herstellung kindgerechter Lebensbedingungen zu unterstützen.

Zeitlich unterteilt sich die Hilfeform in zwei Abschnitte:

### *1. Hilfefase*

Diese Phase beginnt mit dem Umzug der Kinder in die Pflegefamilie. Parallel beginnt bei den Eltern die AFT. Besuchskontakte finden zu Beginn bei den Pflegeeltern statt und werden teilweise begleitet. Mit zunehmender Dauer der Fremdunterbringung nehmen die Besuchskontakte bezüglich Frequenz und Intensität zu, d.h. die Kinder besuchen ihre Eltern außerhalb der Pflegestelle, möglicherweise auch über ein Wochenende. Ziel dieser Intensivierung ist es, Kinder und Eltern auf die bevorstehende Rückkehr der Kinder vorzubereiten.

An diesem Punkt beginnen sich ursprünglichen Hilfeform und modifizierte Version zu unterscheiden:

### *Ursprünglicher Verlauf*

Im »Idealfall« endet die erste Hilfefase mit einer Rückkehr der Kinder zu ihren Eltern, und die zweite Hilfefase beginnt. Sollte sich im Verlauf der ersten Hilfefase dagegen herausstellen, dass die Kinder nach derzeitigem Stand nicht ungefährdet bei ihren Eltern leben können und hinreichende Änderungen im Familienumfeld nicht möglich sind, so wird gegen eine Rückkehr entschieden. Seitens des Jugendamtes soll eine andere Unterbringung gesucht und mit den Eltern auf eine einvernehmliche Ablösung hingearbeitet werden. Die Entscheidung über die Rückkehr wird in einem sog. *Entscheidungs-Hilfeplangespräch* getroffen.

### *Modifizierter Hilfeverlauf*

Erfahrungen aus den ersten Hilfen des Projektes hatten gezeigt, dass die Entscheidung über eine Rückkehr *im Verlauf* der Hilfe verschiedene Nachteile mit sich brachte:

1. In einigen Fällen zeigten die Eltern extreme Ängste hinsichtlich der Ablehnung einer Rückkehr seitens des ASDs nach der ersten Hilfephase. Diese Ängste waren so stark, dass sie die Offenheit der Eltern in der Auseinandersetzung mit den AFT Therapeutinnen verhinderten und somit die Arbeit in der AFT gefährdeten.
2. Die Durchführenden befürchteten, sich durch eine Debatte um das Für und Wider einer Rückkehr nach der ersten Hilfephase in einen Widerspruch zur konzeptionell festgeschriebenen Rückkehrorientierung der Hilfe zu begeben - Eine Rückkehr-orientierte Hilfe sollte demgemäß bis zur Hilfebeendigung an einer Rückkehr arbeiten.
3. Nicht zuletzt baute das neue Verfahren einer in den vorausgegangenen Hilfen beobachteten »Motivationslücke« vor, dergemäß die Änderungsmotivation der Eltern nach Erreichen ihres vordringlichen Zieles (-> Rückkehr der Kinder) zu Beginn der zweiten Hilfephase deutlich nachließ.

Als Resultat mündet nun die erste Hilfephase auf jeden Fall in eine Rückkehr der Kinder, eine Entscheidung über den Lebensort ist im Rahmen der Hilfeleistung nicht mehr vorgesehen. Die erste Hilfephase dauert in der Ursprungsversion *bis zu sechs Monate*, in der Modifikation *genau sechs Monate* und endet mit dem Auszug der Kinder aus der Pflegefamilie.

## *2. Hilfephase*

Die zweite Hilfephase beginnt nun mit dem (Wieder-) Einzug der Kinder bei ihren Eltern. In der AFT wird darauf hingearbeitet, erzielte Veränderungen zu festigen und die Familie in einem langfristigen Zusammenleben zu unterstützen. Die AFT Sitzungen erstrecken sich über vier weitere Monate, dann erfolgt eine Beendigung der regelmäßigen Termine. Nun erhalten die Familien im Zeitraum von zwei Monaten die Möglichkeit, die Therapeutinnen bei Bedarf im Rahmen von Kriseninterventionen zu konsultieren.

Wesentliche Neuerung gegenüber der Bereitschaftspflege ist die durch die AFT hinzugefügte *Interventionskomponente*, die eine Rückkehr-orientierte bzw. auf ein Zusammenleben der Familien gerichtete Arbeit erst ermöglicht.

Durchgeführt wird die Hilfe von drei PFIFF e.V. MitarbeiterInnen (zwei Therapeutinnen, eine Pflegefamilienberaterin) sowie den dort angesiedelten Pflegefamilien in Kooperation mit den fallzuständigen Fachkräften des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD).

Näheres zu Aufgaben und Rollen der HelferInnen und diesbezüglichen Erfahrungen aus dem Projekt findet sich weiter unten (Kapitel 3. - Die HelferInnen).

### **1.3 Vorbereitungen**

Das Projekt startete offiziell im Oktober 2005. Um diesen Termin zu ermöglichen, wurde bereits im Vorfeld viel Arbeitszeit an verschiedenen Stellen investiert. So bereitete anfangs die Aufstellung einer gesicherten Projektfinanzierung erhebliche Probleme. Hier führte unter anderem die Tatsache, dass PFIFF e.V. keine Leistungs-/Entgelt-Vereinbarung mit dem Hamburger Amt für Jugend für Hilfen nach Paragraph 31 KJHG besaß zu frühen Engpässen (AFT wird im Rahmen dieses Paragraphen bewilligt). Letztlich gelang es, unter Beteiligung der Stiftung Deutsche Jugendmarke e.V. und mit bestehenden Zuwendungen der Stadt Hamburg, einen tragfähigen Finanzplan zu erstellen.

Im nächsten Schritt wurden Pflegeeltern für die Hilfeform angeworben und im Anschluss in einer speziellen Ausbildung auf die Erfordernisse im Rahmen der neuen Hilfe vorbereitet. Dieser Schritt gestaltete sich weitgehend unproblematisch, da man auf bereits in der Bereitschaftspflege erfahrenen Familien zurückgreifen konnte. Letztlich startete PFIFF e.V. mit einem Pool aus acht Pflegefamilien mit insgesamt zwölf Plätzen, was eine weitgehende Abdeckung der Hamburger Bezirke gewährleistete. Eine gänzliche Vermeidung von Engpässen hinsichtlich einer milieunahen Unterbringung konnte dagegen von Beginn an nicht garantiert werden, da das Anfrageverhalten der Hamburger Jugendämter nicht abzuschätzen und die Möglichkeit der Vorhaltung geeigneter Pflegefamilien begrenzt war.

Parallel zur Anwerbung von Pflegefamilien wurde die Hilfeform im Rahmen von Veranstaltungen und in persönlichen Gesprächen in den Jugendämtern der Hamburger Bezirke vorgestellt.

### **1.4 Personelle Einbettung**

Ursprünglichen Planungen entsprechend, sollten zwei auf zwei Jahre (-> die Projektlaufzeit) befristeten AFT Stellen mit BewerberInnen besetzt werden, die über berufliche Erfahrungen im Bereich der Jugendhilfe *und* eine abgeschlossene systemisch-therapeutische Ausbildung verfügten. Die Reaktionen auf eine entsprechende Ausschreibung ließen dagegen relativ schnell erkennen, dass Personen mit diesem Profil in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht zu finden waren. So gelang es erst nach Abstrichen hinsichtlich der Qualifikation, aus verschiedenen BewerberInnen die späteren AFT Therapeutinnen auszuwählen. Jene

wiesen die geforderten Qualifikationen grundsätzlich auf, hatten ihre systemische Ausbildung allerdings noch nicht abgeschlossen.

Das Projektteam bei PFIFF e.V. wurde neben den Therapeutinnen und der Pflegefamilienberaterin durch die Geschäftsführerin ergänzt, die die wesentlichen konzeptionellen Grundlagen entwickelt hatte und als Projektleiterin fungierte.

In der Projektplanung wurde ursprünglich davon ausgegangen, dass das Team acht Fälle parallel würde bearbeiten können. Nach knapp einem Jahr Projektarbeit zeigte sich dagegen, dass dieses aus einer Kostenrechnung ermittelte Verhältnis schwer in die Praxis zu übertragen war. Bereits der Aufwand für Überprüfung und Neuaufnahme potentieller Fälle erwies sich als unerwartet hoch: Sobald ein Fall in der Sichtung als grundsätzlich geeignet erschien, wurden Vorgespräche mit der fallzuständigen Fachkraft beim ASD sowie den Familien selbst geführt. So kamen im ersten Projektjahr auf eine Aufnahme knapp fünf Anfragen, zu denen Vorgespräche mit den genannten Personen geführt wurden.

Konzeptbedingt arbeiteten die AFT Therapeutinnen in Sitzungen mit den Familien immer im (reflecting) Team. Bereits bei Abwesenheit einer der beiden im Rahmen von Urlaub oder Krankheit, war eine reguläre therapeutische Arbeit gefährdet. Ergänzend zu dieser grundsätzlichen Problematik entstand in Folge einer längeren Ausfallzeit einer der Therapeutinnen eine Lücke, welche sich schließlich nur durch den Einsatz von Honorarkräften schließen ließ.

## **1.5 Kooperation und Beteiligung**

Eine Bedingung der Stiftung Deutsche Jugendmarke e.V. im Rahmen der finanziellen Unterstützung des Projektes war der Einsatz eines wissenschaftlichen Beirates als begleitende Instanz. Für die Mitwirkung in diesem Gremium konnten verschiedene namenhafte Personen aus dem Bereich der Jugendhilfe und angrenzenden Disziplinen gewonnen werden. Der Beirat tagte quartalsweise und erwies sich als interessantes Forum für Diskussionen rund um das Projekt und dessen aktuelle Entwicklung, nahm aber auf die praktische Arbeit keinen direkten Einfluss.

Ebenfalls aus der Zusammenarbeit mit der Stiftung Deutsche Jugendmarke e.V. ergab sich die Durchführung zweier sog. »Impulse« Veranstaltungen, in deren Rahmen das Projekt, erste Ergebnisse und der Stand der aktuellen Diskussionen dargestellt werden sollte. Während die erste der beiden Veranstaltungen (nach einem Jahr Projektlaufzeit) gut besucht war und eine lebhaft Auseinandersetzung mit zum Teil auch weit gereistem Fachpublikum ermöglichte, musste die zweite Veranstaltung (zum Projektende) wegen zahlreicher Absagen und mangels weiterer Anmeldungen abgesagt werden.

## 1.6 Indikation und Bewilligung

Grundlage einer Hilfeübernahme war immer das Ziel des Zusammenlebens von Eltern und Kindern. Fälle mit reinem Klärungsauftrag wurden nicht übernommen. Spezifische Indikationsbedingungen wurden darüber hinaus konzeptseitig nicht definiert, wohl aber Ausschlusskriterien. In erster Linie waren dies die Verbindung von Drogensucht und Prostitution bei der/dem Sorgeberechtigten. Auch psychische Störungen oder Erkrankungen, die die Arbeit im Rahmen der AFT aufgrund einer verminderten Ansprechbarkeit/Erreichbarkeit verhindert hätten, galten als Ausschlusskriterien. Sämtliche potentiellen Aufnahmen wurden im gesamten Team diskutiert, häufig auch kontrovers.

So ergab sich die Hilfebewilligung in einem weitgehend freien Spiel von Aushandlung und Vereinbarung zwischen ASD Fachkräften und PFIFF e.V. Mitarbeiterinnen. Insbesondere in den ersten Projektmonaten, in denen die Akteurinnen ihre ersten Erfahrungen im Vertreten und Argumentieren des Hilfeangebotes im professionellen Kontext sammelten, kam es im Kontakt mit ASD Fachkräften zu Missverständnissen über Aufgaben und Rollen im Rahmen der neuen Hilfeform. In Interviews berichteten PFIFF e.V. MitarbeiterInnen, dass insbesondere in der Startphase der Druck, überhaupt bearbeitbare Fälle zu erhalten, so groß gewesen sei, dass eine möglicherweise notwendige Abgrenzung gegenüber Bedarfen der ASD Fachkräfte nicht ausreichend stattgefunden habe. Probleme dieser Art nahmen mit Fortschreiten der Projektlaufzeit ab.

## 1.7 Kontext

Betrachtet man das gesellschaftliche „Zeitfenster“, in dem die ersten dieser Hilfen bewilligt wurden, so war dies gekennzeichnet durch eine hohe mediale Aufmerksamkeit bezüglich der Thematik Jugendhilfe. Nicht zuletzt als Folge mehrerer in der Presse verhandelter Fälle von Kindesvernachlässigung (speziell in Norddeutschland) war die Arbeit der Jugendämter verstärkt ins Visier der öffentlichen Meinung gerückt. Politisch wurde relativ kurzfristig mit Etats für präventiv arbeitende „*Task Forces*“ reagiert, und die Schwelle für direkte Interventionen der Jugendämter schien deutlich gesunken. Nach Aussagen von ASD Fachkräften zeigte sich dieses Phänomen ebenfalls in deren eigener Bewilligungspraxis in Form einer erhöhten Bereitschaft zu Inobhutnahmen. Inwieweit es sich dabei um eine reine Einstellung oder einen Hamburger Trend handelt, ließ sich nicht ermitteln. Zumindest blieb die

Zahl der Inobhutnahmen im Bundestrend in den Jahren 2004 bis 2007 nahezu unverändert.

Neben diesem durch aktuelle Vorfälle gekennzeichnetem Klima befand sich die fachliche Diskussion um das Thema »Rückkehr« in vollem Gange. Auf der einen Seite hatte »Rückkehr« aus jugendpolitischer Sicht einen verstärkten Focus erfahren, auf der anderen Seiten mehrten sich die Gegner und Berichte über gescheiterte Rückkehrversuche.

In diesen Strudel hinein startete das Projekt und konnte sich zu Beginn dem in Diskussionen ausgetragenen Kampf um Rückkehrquoten kaum entziehen. Dagegen verlor diese Diskussion mit zunehmender Praxis ihre Relevanz, zumal sich die in der Fachöffentlichkeit geführte Debatte letztlich auf gänzlich verschiedene Fallkonstellationen bezog: Hier ging es um die Rückkehr aus Dauerpflegeverhältnissen nach oftmals mehrjährigen Unterbringungsauern. Dagegen wurde der Begriff »Rückkehr« im Projekt im Kontext einer kurzfristigen Unterbringung verwandt.

## **2. Die Fälle**

Im Projektzeitraum fand in insgesamt 18 Fällen eine Hilfeübernahme statt, wobei die letzten vier Fälle im letzten Monat vor Projektende aufgenommen wurden und in ihren Verläufen nicht mehr erfasst werden konnten. Von den verbleibenden 14 Fällen wurden 12 im Rahmen des Projektverlaufes beendet, die letzten beiden befanden sich in der Phase der Krisenintervention zum Hilfeende (siehe dazu: Kap. 1.2 Grundkonzeption der Hilfe – 2. Hilfephase).

Diese Fallzahl lag etwas unter der zu Beginn erhofften und ließ eine Auswertung mit Verfahren der Inferenzstatistik erwartungsgemäß nicht zu. Um überhaupt relevante Aussagen hinsichtlich des Hilfeinsatzes und der Effekte vornehmen zu können, wurden die Fälle gemäß ihrer Effekte in vier Kategorien unterteilt:

### **2.1 Fälle mit überdauernder Rückkehr**

Diese Fallgruppe umfasst *fünf Fälle*, in denen die Kinder im Hilfeverlauf wieder in ihre Familien zurückkehrten und zwei Monate nach Beendigung der Hilfe immer noch dort lebten. Anders ausgedrückt, in diesen fünf Fällen gelang es, im Rahmen der Hilfeleistung eine stabile familiäre Situation herzustellen, in der Eltern und Kindern ein Zusammenleben nach Einschätzung aller HelferInnen (wieder) möglich war. Was kennzeichnet nun diese Gruppe, in der das konzeptionell beschriebene Primärziel erreicht werden konnte?

Zum einen ist es die übereinstimmend hohe subjektive Erfolgsbewertung bei allen HelferInnen zu einem frühen Zeitpunkt. Bereits im Verlauf der Hilfe bewerteten sowohl die ASD Fachkräfte, die AFT Therapeutinnen wie auch die Pflegefamilienberaterin den Erfolg der Hilfe unabhängig voneinander als sehr hoch (im oberen Quartil einer zehnstufigen Skala).

Daneben ist diesen Fällen eine positive Bewertung der Zusammenarbeit seitens der ASD Fachkräfte gemein. Auch hier liegen die Bewertungen im oberen Quartil einer zehnstufigen Skala. Die ASD Fachkräfte bezeugten in den Interviews außerdem Vorerfahrungen bzw. eine hohe Aufgeschlossenheit gegenüber systemisch orientierter Arbeit und gaben an, jene als sehr wirksam einzuschätzen.

Weiterhin befinden sich in dieser Gruppe drei freiwillige Inpflegegaben, d.h. Fälle, in denen zu Beginn keine Situation vorlag, in der aus Sorge um das Kindeswohl auf eine Trennung gedrängt werden musste. Dies hatte für den Hilfeprozess zur Folge, dass die Rückkehr der Kinder ebenfalls an keinerlei Bedingungen geknüpft war.

Gegenüber den Gemeinsamkeiten muss dagegen auch erwähnt werden, dass sich die Fälle in wesentlichen Belangen deutlich voneinander unterschieden. So variierten sowohl die Problemlagen/-konstellationen als auch das Alter von Eltern oder Kindern oder gar die Belastung der Pflegephase/Pflegefamilie in der ersten Hilfephase.

## **2.2 Fälle ohne überdauernde Rückkehr**

Diese Gruppe umfasst *vier Fälle*, in denen eine umfassende Hilfeleistung erfolgte, eine überdauernde Rückkehr (Kriterium wiederum zwei Monate nach Hilfebeendigung) aber nicht zu erreichen war.

In einem der Fälle wurde nach Beendigung der ersten Hilfephase gegen eine Rückkehr des Kindes zur Mutter entschieden. In den drei anderen Fällen fand eine Rückkehr nach der ersten Hilfephase statt. In zwei dieser Fälle blieben die Kinder bis zum Hilfeende bei ihren Müttern, wurden aber kurz darauf als Folge suchtbedingter Rückfälle der Mütter und nach Entschluss der ASD Fachkräfte wieder getrennt.

Im vierten Fall wurde die Hilfe im Rahmen eines Umzugs von Mutter und Kind in eine Mutter-Kind-Einrichtung beendet. Kurze Zeit später entstand in der Einrichtung die Überzeugung, dass die Mutter nicht in der Lage wäre, ihr Kind angemessen zu versorgen (Kind litt unter behandlungsbedürftigen Frühschädigungen). In der Folge fand eine erneute Trennung von Mutter und Kind statt.

Gemeinsamkeiten dieser Fälle bestehen in erster Linie in den hoch belasteten Ausgangslagen (nach Einschätzung der ASD Fachkräfte). Alle Hilfen begannen aus einer Inobhutnahme heraus, alle Kinder wiesen Traumatisierungen verschiedener Herkunft auf und in drei der vier Familien lagen Alkohol-/Drogenprobleme bei den Eltern vor. Daneben waren drei dieser vier Familien waren Mehr-Kinder-Familien. Drei der in dieser Gruppe befindlichen Hilfeverläufe waren überschattet von Kooperationsproblemen, lediglich in einem Fall äußerten die HelferInnen das Gefühl einer gemeinsamen Problemsicht.

## **2.3 Abbrüche**

Diese Gruppe umfasst drei Fälle, in denen die Hilfe bereits in der Frühphase abgebrochen wurde, so dass eine Hilfeleistung nur sehr kurzfristig oder überhaupt nicht zustande kam.

In einem Fall erfolgte ein Abbruch seitens der ASD Fachkraft aufgrund einer als mangelhaft eingeschätzten Eignung der Pflegefamilie (verschiedene Vorfälle schienen darauf hinzudeuten) bereits in der zweiten Woche.

Im zweiten Fall dieser Gruppe erfolgte der Abbruch ebenfalls seitens der ASD Fachkraft nach knapp zwei Monaten, da sich die inzwischen getrennten Eltern nicht über einen Lebensort für die Kinder einigen konnten.

Im dritten Fall ließ sich die Mutter von Beginn an auf keine AFT Sitzung ein, obwohl sie vor Hilfebeginn ihre Bereitschaft bekundet hatte. Die Hilfe wurde daraufhin offiziell beendet, das Kind wohnte allerdings weiterhin so lange in der Pflegefamilie, bis ein neuer Lebensort gefunden werden konnte.

Systematische Gemeinsamkeiten lassen sich in diesen Fällen nicht feststellen.

## **2.4 Fälle mit uneinheitlicher Bewertung**

Hierbei handelt es sich um zwei grundverschiedene Fälle, in denen eine abschließende Bewertung aufgrund sich stark unterscheidender Einschätzungen der beteiligten HelferInnen nicht möglich ist.

Im ersten Fall kehrte das Kind nach Beendigung der ersten Hilfephase zur Mutter zurück, gegen Ende der Hilfe drängte die ASD Fachkraft aber auf eine erneute Fremdunterbringung, da sie die Bedingungen für eine dauerhafte Rückkehr nicht als erfüllt ansah. Dem entzog sich die Mutter durch einen Wohnortwechsel. Das AFT Team und die ASD Fachkraft unterschieden sich stark in ihren Einschätzungen hinsichtlich der Erziehungsfähigkeit der Mutter bzw. der Gefährdung des Kindeswohls.

Angemerkt werden muss, dass dieser der erste Fall im Projekt überhaupt war und insofern extrem im Fokus aller BetrachterInnen stand. Alle beteiligten HelferInnen gaben an, in diesem Fall unter enormen Druck gestanden zu haben.

Im zweiten Fall waren sich AFT Team und ASD Fachkraft darüber einig, dass eine Rückkehr des Kindes am Ende der ersten Hilfephase nicht sinnvoll sei. Letztlich fiel die Entscheidung für eine Rückkehr seitens der vorgesetzten Hierarchieebene im ASD - Die Mutter hatte bereits mit rechtlichen Schritten gedroht, sollte die Rückkehr infrage gestellt werden. Die Hilfe wurde offiziell noch kurze Zeit weitergeführt, dann aber beendet, da die Mutter zu AFT Terminen nicht mehr bereit war.

Gemeinsamkeiten lassen sich in beiden Fällen nicht feststellen, da es sich inhaltlich wie formal um völlig verschiedene Hilfe- bzw. Fallverläufe handelt.

## **2.5. Weitere Effekte der Hilfe**

Betrachtet man die Auswirkungen der Hilfe abseits von Kategorien, die auf eine Rückkehr Bezug nehmen, so lassen sich verschiedene Effekte festhalten, die hier kurz dargestellt werden.

### **2.5.1 Auswirkungen der befristeten Vollzeitpflege**

In fast allen Fällen besserten sich Verhaltensauffälligkeiten/Symptome, die die Pflegeeltern zu Beginn ihrer Arbeit bei ihren Pflegekindern dokumentierten, oder gingen ganz zurück. In einigen Fällen konnten angeblich ausgebliebene Entwicklungsschritte nachgeholt werden.

Ebenfalls in den meisten Fällen gelang es den Pflegeeltern nach eigenen Aussagen, einen guten und vor allen Dingen für die Eltern (-> die leiblichen) angstfreien Kontakt zu jenen aufzubauen. Dies war nicht zuletzt die Voraussetzung dafür, dass sich die Eltern auf eine mehrmonatige Abwesenheit Ihrer Kinder einlassen konnten, ohne die ständige Angst, die Pflegeeltern würden ihre Kinder für sich behalten wollen (eine Sorge, welche nach Aussagen von ASD Fachkräften grundsätzlich nicht unberechtigt wäre). Dieses Ergebnis wird zusätzlich gestützt durch Aussagen der Eltern aus dem zwar geringen aber vorhandenen Rücklauf der unter ihnen verteilten Fragebögen – Hier wird der Kontakt zu den Pflegeeltern anfänglich als Angst besetzt, später als vertrauensvoll beschrieben.

Insofern bewiesen die Pflegeeltern hier eine hohe Qualifikation und Integrität, was letztlich ebenfalls für einen sorgfältigen Auswahlprozess spricht.

## 2.5.2 Zielerreichung in der AFT

Unabhängig von globalen die Rückkehr betreffenden Effekten existierten Teilziele im Hilfeverlauf, die teils im Hilfeplan formuliert teils implizit im Hilfeprozess vorhanden waren. In den Interviews wurden sowohl die ASD Fachkräfte wie auch die AFT Therapeutinnen gebeten, ihre subjektive Einschätzung der Zielerreichung (-> Hilfeplanziele) auf einer zehnstufigen Skala zu benennen. Hier zeigte sich, dass beide Gruppen die „Fortschritte“ der ersten Hilfephase als deutlich höher erachteten als die der zweiten. Dafür zeichnen sich vermutlich verschiedene, u.a. motivationale Effekte verantwortlich, die teilweise auch BeurteilerInnen-abhängig sein mögen. Die Befragten selbst erklärten sich diesen Effekt mit der erhöhten Änderungsmotivation der Eltern, die Kinder zurückzuerhalten sowie mit der insgesamt verringerten Belastung durch deren Abwesenheit. Bei Beginn der zweiten Hilfephase würde die Belastung dagegen wieder ansteigen und ein Teil der Änderungsmotivation »verbraucht« sein, da die Kinder nun zurückgekehrt wären.

Mit zunehmender Projektdauer wurde deutlich, dass die ursprünglich im Hilfeplan formulierten Ziele im Verlauf mehr oder weniger an Bedeutung verloren (beispielsweise wurden sie in kaum einem Fall für die zweite Hilfephase aktualisiert). Was die Gründe für diesen Bedeutungsverlust auf Seiten der ASD Fachkräfte waren, bleibt unklar.

Nach Aussagen der Therapeutinnen legten viele der im Hilfeplan formulierten Ziele für die AFT jedoch nur eine Entwicklungsrichtung hinsichtlich des Verhaltens der Eltern fest. Familientherapeutische Arbeit bedeute im Wesentlichen eine Arbeit an Verhaltens- und Kommunikationsmustern. In diesem Sinne helfe sie den Eltern, die avisierten Ziele zu erreichen, arbeite dagegen nicht direkt an ihnen. Die im Hilfeplan formulierten Ziele sollten die Eltern im Falle erfolgreicher AFT selbst erfüllen können. Dies führte in zwei Fällen zu Missverständnissen bzw. Unzufriedenheit bei den ASD Fachkräften. Sie wünschten sich für die KlientInnen beispielsweise Unterstützung bei der Wohnungssuche, Besuchen von Ämtern und andere „originär sozialpädagogische“ Hilfeleistungen.

Zu Beginn und in den ersten Monaten der Evaluation bestand die Hoffnung, sich über die skalierte Einschätzung der Erreichung von Einzelzielen dem Thema des Hilfeerfolges nähern zu können. Im weiteren Verlauf zeigten sich dann die beschriebenen Diskrepanzen in der Bedeutung dieser Ziele, was deren Gültigkeit als Erfolgskriterium relativierte.

## 2.6 Weitere Merkmale der untersuchten Fälle

Der Vollständigkeit halber sollen hier noch einige Eckdaten zur Gesamtheit der übernommenen Hilfeleistungen im Projektzeitraum angemerkt werden.

Das Alter der sorgeberechtigten Eltern variierte zum Zeitpunkt der Hilfeleistung von 18 bis 46 Jahre, das der Kinder von drei Monaten bis 14 Jahre.

Mit einer Ausnahme wurde in allen Fällen mit den Müttern der Kinder gearbeitet. Zwar existierten in einigen Fällen Lebenspartner, die teilweise einbezogen werden konnten, doch Dreh- und Angelpunkt der Familientherapie waren in erster Linie Mütter.

In diesem Zusammenhang muss angemerkt werden, dass ebenfalls das gesamte Spektrum der Hilfeleistung eine hochgradige Männerarmut aufwies. So traten ASD-seitig nur in zwei Fällen Männer als Helfer auf, sämtliche seitens PFIFF e.V. beteiligte Personen waren Frauen. Lediglich bei den Pflegefamilien war das Verhältnis etwas ausgeglichener: Hier leisteten zwar in der Mehrheit der Fälle die Pflegemütter den wesentlichen Teil der Hilfe, aber es existierten zumindest immer männliche Ansprechpartner für die Kinder.

Die Hilfen dauerten zwischen neun und 376 Tage, der Aufenthalt der Kinder in den Pflegefamilien zwischen neun und 253 Tage. Die in einem Fall extrem lange Pflegedauer von 253 Tagen kam durch eine langwierige Suche nach einem geeigneten Unterbringungsort für das Kind zustande, nachdem klar war, dass eine Rückkehr zur Mutter nicht in Frage kam. In diesem Fall wurde eine entsprechende Übereinkunft mit der Pflegefamilie getroffen, um dem Kind einen weiteren Wechsel der Bezugspersonen zu ersparen.

In zwei Fällen wurden zwei Geschwisterkinder bei Pflegeeltern untergebracht, ansonsten jeweils nur ein Kind. In etwa der Hälfte der Fälle hatten es die HelferInnen mit Ein-Kind-Familien zu tun, bei den übrigen Familien handelte es sich mit einer Ausnahme (vier Kinder) um Zwei-Kind-Familien.

Bei Hilfebeginn ließen sich drei Ausgangslagen unterscheiden: Vier Fälle starteten zu einem Zeitpunkt, in dem die Kinder in Folge einer Inobhutnahme fremd untergebracht waren. Vier weitere Fälle begannen in einer Situation, in der die ASD Fachkräfte auf einer (vorübergehenden) Trennung von Eltern und Kindern bestanden. In sechs Fällen erfolgte die Fremdunterbringung im Rahmen der befristeten Vollzeitpflege freiwillig, d.h. die Eltern stimmten einem Vorschlag der ASD Fachkräfte zu.

Allen Fällen gemeinsam war eine Überforderungssituation der Eltern. Darüber hinaus fanden sich fast alle in diesem Arbeitsfeld bekannten Problemlagen in den verschiedenen Kombinationen. Lediglich schwere psychische Erkrankungen, dokumentierte sexuelle Misshandlungen der Kinder sowie Drogensucht in Verbindung mit Prostitution waren nicht vertreten, da jene Faktoren als Ausschlusskriterien eine Hilfeübernahme verhindert hätten.

In der Hälfte der Fälle waren Beziehungsprobleme der Eltern ein Belastungsfaktor (mit einem anderen Elternteil oder LebenspartnerIn), in fünf Familien fanden sich Alkohol-/Drogenprobleme, in mindestens sechs Fällen hatten die Mütter als Kind/Jugendliche selbst (sexuelle) Misshandlungen erfahren. Akute Gewalt gegen Eltern/Kinder war einer Hilfe in mindestens vier Fällen vorausgegangen. In nahezu dreiviertel aller Fälle war die finanzielle Situation in den Familien extrem angespannt, d.h. die Eltern verfügten über kein eigenes Einkommen und waren auf staatliche Hilfen angewiesen, Unterhalt für Kinder wurde nicht gezahlt und in einigen Fällen wurde die Lage durch eine Verschuldung zusätzlich verschlechtert.

### **3. Die HelferInnen**

An der Gestaltung und Durchführung einer jeweiligen Hilfe war aufgrund der Kombination zweier Hilfeformen eine Vielzahl von HelferInnen beteiligt, die mehr oder minder stark miteinander zusammenarbeiteten, deren Einsatz aber zumindest einer Koordination bedurfte. Befragt wurden alle jene HelferInnen, die den Hilfeverlauf in allen Fällen *regelmäßig* mitgestalteten. Dies waren die ASD Fachkräfte, die AFT Therapeutinnen, die Pflegefamilienberatung sowie die Pflegefamilien. Während die Pflegefamilien jeweils nur einmal interviewt wurden (jeweils nach Beendigung der Pflegephase) wurden die AFT Therapeutinnen am häufigsten von allen HelferInnen befragt: Mit ihnen wurden Interviews zum Ende der ersten und zweiten Hilfephase geführt (wie in der Regel auch mit den ASD Fachkräften), daneben waren sie die Hauptinformationsquellen was neue Entwicklungen in den Fällen wie auch im Gesamtprojekt betraf (Aufnahme/Beendigung von Fällen etc.).

#### **3.1 Die ASD Fachkräfte**

Die Aufgabe der ASD Fachkräfte, das sog. Case-Management, ist weitgehend bekannt und wird deshalb an dieser Stelle nicht näher diskutiert. Die Fachkräfte besaßen im Hilfeverlauf die größte Macht und fungierten als AuftraggeberInnen gegenüber PFIFF e.V. und damit den AFT Therapeutinnen sowie der Pflegefamilienberatung (und letztlich auch der Pflegefamilien).

Grundsätzlich wurde die neue Hilfeform, die eine rückkehrorientierte Arbeit in den Vordergrund stellte, von den ASD Fachkräften sehr begrüßt. Insbesondere die Unterstützung der Eltern während der Abwesenheit der Kinder aber auch nach deren Rückkehr wurde als äußerst bedarfsgerecht hervorgehoben. Als Bewilligungs-

alternativen zur vorliegenden Hilfeform („Welche Hilfeform hätten Sie bewilligt, wenn das PFIFF Angebot nicht bestanden hätte?“) wurden bei den Fällen, in denen die Fremdunterbringung zwangsweise bzw. nach Inobhutnahme erfolgte, in erster Linie Maßnahmen im Sinne einer dauerhaften Fremdunterbringung genannt.

Als weiteren positiven Aspekt benannten die befragten Fachkräfte die Strukturgebung der Hilfe durch klare und Zeitplanungen und transparente Absprachen.

Interessant ist, dass selbst in Fällen, in denen Hilfeziele nicht oder nur in geringem Umfang erreicht werden konnten, ein damit einhergehender Klärungseffekt positiv erwähnt wurde: Erst im Rahmen der intensiven Auseinandersetzung in der AFT hätte beispielsweise festgestellt werden können, dass ein Zusammenleben in einigen Fällen nicht möglich war.

Neben der positiven Annahme der Hilfe in ihrer Grundkonzeption blieben auch Wünsche bei den ASD Fachkräften offen, welche sich hauptsächlich auf die praktische Ausgestaltung bezogen. So waren die Befragten bezüglich des Einsatzes der Pflegefamilien gespalten. Während drei Viertel von ihnen mit der dort geleisteten Arbeit sehr zufrieden waren, wurde jene von gut einem Viertel (grundsätzlich) in Frage gestellt. Geringe Flexibilität hinsichtlich der Unterbringungsdauer und erforderliche Rücksichtnahme auf Belange der Pflegefamilie waren die Aspekte, die in diesem Zusammenhang genannt wurden. Daneben wünschten sich einige Fachkräfte eine bessere Erreichbarkeit der PFIFF e.V. MitarbeiterInnen bzw. tragfähigere Vertretungsregelungen.

Von allen befragten HelferInnen waren die ASD Fachkräfte diejenigen, die mit der Zusammenarbeit an den Schnittstellen die höchsten Zufriedenheitswerte aufwiesen. Dies ist unter anderem auch deshalb bemerkenswert, weil die Hilfe nach Aussagen der Fachkräfte eine erhöhte Mehrarbeit erfordert (beispielsweise gegenüber SPFH oder anderen Pflegeformen). Zudem begannen zehn der vierzehn untersuchten Hilfen mit Hilfeplangesprächen im sechswöchigen Turnus (gegenüber einem sonst üblichen dreimonats-Turnus), dieser wurde erst bei späteren Hilfen weiter gestreckt.

### **3.2 Die Pflegefamilien**

Für die Betreuung der Kinder in der ersten Hilfephase standen insgesamt acht Pflegefamilien zur Verfügung, die Hälfte stellte jeweils einen Pflegeplatz, die andere Hälfte war in der Lage bis zu zwei Kinder aufzunehmen. Zwar deckten die Wohnorte dieser Familien den Großraum Hamburg gut ab, doch nicht in jedem neuen Fall konnte eine milieunahe Unterbringung garantiert werden, da immer ein Teil der Familien belegt war. Hier mussten letztlich Abstriche in Kauf genommen werden, da

Familien auch im Falle einer Nichtbelegung ein Bereitschaftsgeld erhielten und PFIFF e.V. dieses aus Projektmitteln zu finanzieren hatte – Die Möglichkeiten, Familien in allen Bezirken vorzuhalten, waren damit begrenzt.

Die Pflegefamilien wurden auf ihre spezielle Aufgabe in Schulungen vorbereitet und besaßen in der Regel bereits Vorerfahrungen aus der Bereitschaftspflege. Ihre schwierige Aufgabe bestand darin, auf der einen Seite dafür zu sorgen, dass ihre Pflegekinder „Zur Ruhe kommen“ (häufig benutzter Wortlaut in Interviews), auf der anderen Seite einen regelmäßigen Kontakt zwischen Eltern und Kinder zu unterstützen/gewährleisten - Gerade in der Anfangsphase einer Hilfe fanden Besuchskontakte häufig in den Räumen der Pflegefamilie statt. Dieses war die Aufgabe, die die meisten Pflegeeltern als am schwersten empfanden. Der Besuch der Eltern in den Pflegefamilien stellte nach deren Aussage immer einen Einbruch in den Tagesablauf dar, der sowohl im Vorfeld, währenddessen als auch in der Nachbereitung erhöhte Belastungen für alle Beteiligten mit sich brachte. Daneben gaben die Pflegeeltern in einigen Fällen an, dass es ihnen schwer fiel mit anzusehen, wie einige Eltern mit ihren Kindern umgingen.

Trotz aller beobachteten Probleme der Eltern mit ihren Kindern wurde das Ziel einer Rückkehr-orientierten Arbeit mit den Familien nach eigenen Angaben nicht in Frage gestellt. Der wesentliche Grund dafür war die Überzeugung, dass leibliche Eltern durch Nichts zu ersetzen wären.

Neben der praktischen Arbeit im Alltag mit Pflegekindern leisteten die Pflegefamilien einen zum Teil hohen Dokumentationsaufwand insbesondere in den Fällen, in denen bei ihren Schützlingen Hinweise auf vorher nicht bekannte Traumatisierungen deutlich wurden.

Die Pflegefamilien betreuten die Kinder über einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten (in zwei Fällen auch deutlich länger) und leisteten damit in Stunden gerechnet den größten Anteil an der Gesamthilfe. Gleichzeitig war ihre Rolle die schwächste im Hilfeprozess, da sie quasi als Sub-Delegierte (ASD delegiert an PFIFF e.V. delegiert an Pflegefamilien) am Ende der Hierarchie standen. Die relative Schwäche dieser Position erlebten viele Pflegeeltern in Form einer geringen Entscheidungskompetenz im Hilfeprozess („Man hört uns kaum“), in erster Linie aber in einem Informationsmangel. In den Interviews wurde vielerorts der Wunsch nach mehr Vorinformationen über die Pflegekinder und deren Familien geäußert.

### **3.3 Die Pflegefamilienberatung**

Mit Ausnahme eines Falles wurde die Funktion der Pflegefamilienberatung in allen Fällen von ein und derselben Person übernommen. Die Kernaufgabe bestand dabei

in der Beratung der Pflegefamilien in allen Belangen, die im Rahmen einer befristeten Vollzeitpflege zum Tragen kommen konnten. Sie gestaltete den gesamten Ablauf des Hilfebestands „Befristeten Vollzeitpflege“ organisatorisch wie pädagogisch, was von Behördenkontakten über die Organisation von diagnostischen und weiteren kompensatorischen Maßnahmen für die Pflegekinder bis hin zu Angeboten wie einem monatlichen „Elternabend“ für alle beteiligten Pflegefamilien reichte.

Weiterhin dokumentierte die Pflegefamilienberatung die Teilhilfe sowie entsprechende Effekte zum Ende der ersten Hilfephase in Berichtsform und war als Mitglied des Projektteams an allen Maßnahmen zur Projektentwicklung und -durchführung beteiligt. Dies betraf beispielsweise die Entscheidung über neu aufzunehmende Fälle oder auch grundsätzliche Änderungen im Hilfeformat.

Nach § 8a KJHG besitzt die Pflegefamilienberatung für die Zeit der Unterbringung bei der Pflegefamilie die sog. Garantenstellung für das Wohl des Kindes, was ihrer Rolle im Projekt noch einmal eine zusätzliche Bedeutung einräumte. Die an dieser Stelle juristisch niedergelegte Verantwortlichkeit erhöhte insgesamt die Sensibilität für mögliche Kindeswohlgefährdungen, was im Projektteam phasenweise zu Kontroversen insbesondere in der Auseinandersetzung mit den AFT Therapeutinnen führte.

Der hier angedeutete Konflikt war gekennzeichnet durch einen hohen Informationswunsch auf Seiten der Pflegefamilienberaterin und einer Abgrenzung aus Gründen zugesicherter Vertraulichkeit (gegenüber den Eltern in der AFT) auf Seiten der AFT Therapeutinnen. Zeigten nun einige Kinder zu Beginn der befristeten Vollzeitpflege Verhaltensweisen, die auf vorher nicht bekannte Traumatisierungen hinzuweisen schienen, so teilte die Pflegefamilienberaterin dies dem Projektteam mit. Hierdurch fühlten sich die AFT Therapeutinnen zu einer Reaktion verpflichtet, entweder Informationen preiszugeben, was eine Verletzung der Verschwiegenheit bedeutet hätte, oder den vermuteten Traumatisierungen im Rahmen der AFT nachzugehen. Dies aber hätte nach eigenen Aussagen gegen Grundlagen ihrer an Transparenz ausgerichteten Arbeit verstoßen (Verwendung von Dritt-Informationen und Annahme eines „externen Auftrages“).

Insbesondere in der Anfangsphase dieser sich abzeichnenden strukturellen Problematik führten die Auseinandersetzungen zur erhöhten Belastung des Arbeitsklimas.

### **3.4 Die AFT Therapeutinnen**

Der Schwerpunkt der Veränderungsarbeit liegt bei dieser Hilfeform im Bereich der AFT. Insbesondere in den Fällen, in denen die Rückkehr der Kinder zu ihren Familien an Bedingungen geknüpft war, sollten jene durch den Einsatz der AFT hergestellt werden.

Die beiden AFT Therapeutinnen begleiteten die Familien über die gesamte Projektlaufzeit. Der Schwerpunkt ihrer Arbeit lag in der Durchführung der Familientherapie, welche überwiegend in den Wohnungen der Familien stattfand. Ein beträchtlicher Teil der therapeutischen Arbeit wurde entgegen der therapeutischen Grundkonzeption (-> *Familientherapie*) nur mit Müttern durchgeführt. Einerseits waren in den Familien keine „kompletten“ Elternsysteme verfügbar: In fast allen Fällen hatten es die AFT Therapeutinnen mit allein erziehenden Müttern (einmal dem Vater) zu tun. Andererseits erforderten therapeutische Sitzungen unter Einbezug der Kinder in der ersten Hilfephase einen hohen Organisationsaufwand (aufgrund der verschiedenen Lebensorte), der zwar in einigen Fällen geleistet wurde, in einen wöchentlichen Turnus aber nicht zu integrieren war.

In diesem Zusammenhang äußerten die Therapeutinnen phasenweise den Eindruck, Familientherapie ohne Familien durchzuführen, was hinsichtlich der Tatsache, dass sie ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen und keinerlei berufliches Rollenverständnis als Familientherapeutin erworben hatten, zu Konflikten im beruflichen Selbstverständnis führte.

Als ein zusätzlicher Belastungsaspekt stellte sich nach eigenen Aussagen die Elternorientierte Arbeit der AFT bei einem Arbeitgeber im Bereich von Kindes- bzw. Pflegeeltern-orientierter Arbeit dar. In der alltäglichen Arbeit und Auseinandersetzung mit KollegInnen bei PFIFF e.V. wichen die Anschauungen und Denkgewohnheiten bezüglich der (-> leiblichen) Eltern stark voneinander ab: Für die einen waren sie die HauptklientInnen, für die anderen besaßen sie eher eine Nebenrolle in der Organisation von Pflegeabläufen.

Neben der eigentlichen therapeutischen Arbeit erforderte die Aufgabe flankierenden Tätigkeiten in hohem Umfang. Aufgrund der Neuartigkeit der Hilfeform musste bei PFIFF e.V. die gesamte organisatorische „Infrastruktur“ erst geschaffen werden: Entwicklung eines Aufnahmeverfahrens und Richtlinien/ Eckpunkte zur Hilfedurchführung, Herstellung von Kommunikationsstrukturen mit dem ASD, nicht zuletzt aber auch Dinge, wie die Gestaltung von Dokumenten und Formblättern etc. . Weiterhin waren organisatorische Maßnahmen und Vorgespräche im Rahmen von Neuaufnahmen (siehe dazu auch: 1.3.2 – Personelle Einbettung) zu leisten.

### **3.5 Grundorientierungen im System der HelferInnen**

Die Hilfeform führt zu einer Vielzahl von Schnittstellen, an denen die verschiedenen HelferInnen miteinander in Kontakt treten. Neben Fall-spezifischen Einflüssen, die naturgemäß stark variierten, zeigten sich andere, die *vermutlich* eher systematischer Natur waren. *Vermutlich* insofern, als die untersuchte Gesamtheit der Fälle zu klein war, um statistische belegbare Schlussfolgerungen zuzulassen. Trotzdem soll an dieser Stelle ein als *wesentlich erachteter* Einfluss kurz skizziert werden. Für weitere Informationen sei auf den Untersuchungsbericht zum Projekt verwiesen.

In den Interviews konnten die HelferInnen unter Anderem eigene Einschätzungen zu Fällen, Teilaspekten und/oder beteiligten Personen im freien Gespräch zu äußern. Eine genauere Betrachtung dieser Äußerungen auf Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede führte zu zwei wesentlichen Dimensionen, entlang derer sich die Äußerungen einordnen ließen:

### 1. Focus

Diesbezüglich wurde deutlich, dass sich die HelferInnen von Fall zu Fall und unabhängig von ihrer Rolle im Hilfeprozess (ASD, AFT ...) deutlich in ihrem Betrachtungswinkel unterschieden. Sie bewegten sich damit in einem Kontinuum, dessen Endpunkte durch die Eigenschaften „Kindorientierung“ versus „Elterorientierung“ (mit einem Mittelpunkt der „Familienorientierung“) gebildet wurden.

### 2. Veränderungserwartung

Ebenso scheinen sich die HelferInnen grundsätzlich in ihren Hoffnungen bzw. Erwartungen hinsichtlich positiver Veränderungen im Hilfeverlauf zu unterscheiden. Die Veränderungserwartungen verteilten sich von Fall zu Fall über das gesamte Kontinuum,

- von „sehr gering“ – „Die Hilfe sollte ein letzter Versuch in einer hoffnungslosen Situation sein ...“ (Aussage der zuständigen ASD Fachkraft)

bis

- „sehr hoch“ – „Aufgrund der guten Mutter-Kind-Beziehung und der hohen Reflexionsfähigkeit der Mutter versprach ich mir viel von der Bewilligung der Hilfe.“ (Aussage der zuständigen ASD Fachkraft in einem anderen Fall)

Diese Unterschiede sind erst einmal nicht überraschend, sie erhalten dagegen ihre Bedeutung, im Zusammenspiel der HelferInnen. Hier deutete sich folgender Zusammenhang an: Je stärker sich alle beteiligten HelferInnen in einem Fall in ihren Orientierungen und Veränderungserwartungen unterschieden, desto konfliktreicher verlief ihre Kooperation.

Während die AFT Therapeutinnen in allen Fällen im Wesentlichen eine hohe Elternorientierung bei ebenfalls hoher Veränderungserwartung aufwiesen, waren diese Haltungen unter den übrigen HelferInnen heterogener verteilt.

Für den gesamten Fallverlauf scheint in diesem Zusammenhang die Übereinstimmung von ASD Fachkräften und AFT Therapeutinnen als der bedeutsamste Einflussfaktor.

Der hier vorgestellte Zusammenhang ist derzeit eher heuristischer Natur und empirisch nicht abgesichert. Die zu Grunde liegenden Erkenntnisse entstanden in der Rückschau d.h. nach Durchführung der meisten Interviews. Insofern konnten die HelferInnen bezüglich der beobachteten Grundhaltungen nicht befragt werden, noch weniger konnten konkrete Beobachtungskriterien validiert werden. Eine Verifikation bliebe späteren Forschungsvorhaben vorbehalten und könnte von Interesse sein: Betrachtet man nämlich eine Hilfe nach gestaltpsychologischen Gesichtspunkten als "mehr als die Summe der Einzelteile", so erhalten Fragen, wie die nach divergierenden Grundorientierungen, dem (resultierenden) Kooperationsklima und anderen gruppendynamischen Phänomenen im Team der HelferInnen erhöhte Relevanz.

#### **4. Fazit und Ausblick**

Die Hilfe hat sich im Rahmen des Modell-Projektes in verschiedenen Aspekten als viel versprechend erwiesen, eine abschließende Bewertung wird dagegen aus zwei Gründen erschwert:

Zum einen ist der Beobachtungszeitraum für eine Bewertung der Nachhaltigkeit zu kurz. Hier einen gültigen Zeitraum für Nachhaltigkeit festzulegen ist kaum möglich, da die Kriterien immer Kontext- und BetrachterInnenabhängig sind. Einige Wochen (über die Hilfebeendigung hinaus) erscheinen jedoch in jedem Fall als nicht hinreichend.

Zum anderen fehlen zur Einschätzung und Abwägung möglicher Alternativen Vergleichsdaten zu anderen Hilfen, die bei ähnlichen Indikationen zum Einsatz kommen. Dies ist allerdings kein Problem der Hilfeform sondern in erster Linie eine Frage des Kontextes – Mehr dazu weiter unten.

Die *bedeutsamsten Erkenntnisse* aus dem Projekt sind nach Auffassung des Verfassers folgende:

##### *1. Die Hilfe wird angenommen*

Dies erscheint nach längerer Betrachtung als das möglicherweise wesentlichste Erfolgsmerkmal des Projektes. Die in der *Hilfekonzeption* formulierte Absicht wird von den ASD Fachkräften *erkannt* und als *relevant* angesehen - Die Hilfe stößt für die Fachkräfte nachvollziehbar in eine bestehende *Bedarfs- bzw. Angebotslücke*.

Die praktische Umsetzung wird ebenfalls als grundsätzlich gelungen betrachtet, was sich auch darin zeigt, dass die Hilfe nach Abschluss des Projektes (leicht modifiziert) in den Regelbetrieb übergehen konnte.

Die Hilfe wird ebenfalls von Teilen der KlientInnen angenommen, was die zwar spärlichen doch vorhandenen Rückmeldungen aus dieser Zielgruppe bestätigen.

### *2. Die Hilfe erreicht ihr definiertes Ziel in über einem Drittel der Fälle*

Die Hilfe konnte in fünf Fällen erfolgreich in den Familien intervenieren, mit dem Ergebnis, dass die Familien zwei Monate nach Hilfebeendigung immer noch zusammenlebten.

In einem Fall, wurde frühzeitig deutlich, dass ein Zusammenleben nicht möglich war. Hier blieb das Kind solange in der Pflegefamilie, bis im Rahmen einer einvernehmlichen Trennung ein neuer Lebensort gefunden wurde (was dem *Sekundärziel* der Hilfe entspricht).

Zusammengenommen konnte damit in sechs von vierzehn Fällen das übergeordnete Hilfeziel erreicht werden, was einer Quote von nahezu 43% entspricht.

Vernachlässigt man die Fälle, in denen eine Hilfeleistung aufgrund frühzeitiger Abbrüche kaum zustande kam, so steigt diese Quote noch einmal deutlich an.

Dagegen sind, wie bereits erwähnt, keinerlei Aussagen über die Nachhaltigkeit des erreichten Zielzustandes möglich. Hier könnte eine entsprechende Erhebung zu einem späteren Zeitpunkt Aufschluss geben.

### *3. Hoch belastete Ausgangslagen gefährden eine Rückkehr*

Eine Erkenntnis die nicht überrascht, hier aber ein weiteres Mal bestätigt wurde. Als Indikatoren für hohe Belastung gelten in diesem Zusammenhang subjektive Einschätzungen der ASD Fachkräfte sowie das Vorliegen von Suchtproblematiken bei den Eltern in Verbindung mit Anzeichen für Traumatisierungen bei deren Kindern.

### *4. Eine gelungene Kooperation ist notwendige Bedingung für Hilfeerfolg*

Eine gelungene Kooperation aller Beteiligten (HelferInnen und KlientInnen) zeichnet sich durch *Transparenz* in der *Auseinandersetzung* und Konsens im Vorgehen aus. Liegt sie vor, können auch aus hoch belasteten Ausgangslagen heraus Hilfeerfolge erzielt werden.

Liegt sie nicht vor, ist ein Hilfeerfolg auch bei geringer belasteten Ausgangslagen gefährdet.

In diesem Zusammenhang muss angemerkt werden, dass eine gute Kooperation nicht mit einer „freundlichen Atmosphäre« zu verwechseln ist. Im Projekt existierten zwei Fälle, in denen das Arbeitsklima seitens der AFT Therapeutinnen als eher angespannt eingeschätzt wurde. Trotzdem bestand eine große inhaltliche Übereinstimmung und Auseinandersetzungen wurden transparent geführt.

##### 5. Die Kooperation wird durch individuelle Einstellungen beeinflusst.

Die Kooperation der beteiligten HelferInnen scheint durch individuelle Grundorientierungen (Kind vs. Eltern) und die Veränderungserwartungen beeinflusst: Je stärker sich die HelferInnen in diesen Aspekten unterscheiden desto schwieriger gestaltet sich ihre Kooperation.

Diese Erkenntnisse sind allesamt vorsichtig formuliert, da sie im statistischen Sinne keinerlei Signifikanz aufweisen.

Die neue Hilfeform stellt funktional betrachtet den Versuch der Einwirkung eines Systems (der sog. HelferInnen) auf eine anderes (die Familie) dar. Allein die Aufzählung der Wirkfaktoren im HelferInnen-System reicht von individuellen Überzeugungen, über professionelle Verhaltensnormen und Berufsgruppen-abhängige Identifikationen bis hin zu aktuellen politischen Trends – Kurz, die vorhandene Komplexität ist im Einzelnen nicht mehr abzubilden.

Ergänzend zum Problem der Komplexität von intra- und intersystemischen Zusammenhängen besteht ein Erkenntnisproblem, welches die Einordnung der Hilfeform erschwert:

Viele Jahre lang fand Sozialarbeit in einem Klima statt, welches einer Wirkungsforschung äußerst skeptisch gegenüber stand: Bereits die vor einigen Jahren auf einer Fachtagung geäußerte Absicht des Verfassers, Hilfeerfolge im Rahmen einer Untersuchung messen zu wollen, erzeugte bei anwesenden TrägervertreterInnen ein Höchstmaß an Misstrauen und Ablehnung.

Als Folge des hochkomplexen Forschungsgegenstandes und der über lange Zeit nicht genutzten Chance einer Wirkungsforschung existieren wenig gesicherte Erkenntnisse, die in der Lage sind, den Zusammenhang von Indikation, Hilfeform und Hilfeerfolg mit Ergebnissen aus der Praxis zu füllen. Ohne diese Erkenntnisse aber fällt die Einordnung einer neuen Hilfeform schwer. Insbesondere die Quote der Erreichung des definierten Zielzustandes steht im Raum und findet keinen Vergleich. Ein anderer Aspekt, der eine Einordnung erschwert, betrifft die nicht *näher definierte Indikation*, die im Projekt sehr flexibel gehandhabt wurde. Hier hat sich gezeigt, dass in den Fällen mit hoch belasteten Ausgangslagen (Alkohol/Drogen, mindestens eine vorausgegangene Inobhutnahme, Traumatisierung der Kinder) deutlich weniger Zielerreichungen stattfanden als beispielsweise in Fällen, in denen Kinder freiwillig in Pflege gegeben wurden. Inwieweit dies für eine differentielle Eignung spricht oder ein Fehler der geringen Stichprobe ist, lässt sich derzeit nicht bestimmen.

Abseits der kurz angerissenen Probleme einer Einordnung der Hilfe lässt sich neben den dargestellten Erfolgen ebenfalls vorhandenes Entwicklungspotential feststellen, welches zum Teil bereits seinen Weg in die Umsetzung findet.

Hinsichtlich einer differenzierten Indikation könnte sich eine genauere Auswertung bearbeiteter Fälle als sinnvoll erweisen (wenn mehr Hilfeleistungen erfolgt sind). Sollte sich dabei herausstellen, dass die Zielerreichungen in Abhängigkeit von Ausgangslagen variieren, so könnte eine konzeptionelle Anpassung im Bereich der Indikation die allgemeine Passung deutlich erhöhen.

Bezieht man den Begriff Passung nun auch auf das Verhältnis von angebotener Leistung und Bedarf bei den ASD Fachkräften, so lässt sich ebenfalls Entwicklungspotential ausmachen. Eine erhöhte Transparenz in der Angebotsbeschreibung und eine Wachsamkeit gegenüber Missverständnissen hinsichtlich der Aufgabenübernahme seitens der AFT Therapeutinnen ermöglicht den ASD Fachkräften eine bessere Überprüfung des Angebotes in Hinblick auf den eigenen Bedarf.

Als möglicherweise relevantes Forschungsfeld für die Zukunft bietet sich die Frage nach den Bedingungen einer gelungenen bzw. gescheiterten Kooperation an. Insbesondere die im Projekt aufgezeigte Bedeutung der ASD-AFT Kooperation legt dies nahe. Erkenntnisse aus diesem Spannungsfeld ermöglichen von vornherein (Präventiv-) Maßnahmen einer besseren Kontaktgestaltung mit der Chance, frühzeitig die Weichen für eine gute Kooperation zu stellen.

Abschließend sei auf die Möglichkeit eines Benchmarkings mit weiteren AFT AnbieterInnen hingewiesen. Abseits des offiziellen Forschungsbetriebes eröffnet sich hier ein vergleichsweise kostengünstiger Weg, eigene Erfahrungen einzuschätzen/zu bewerten und von fremden Erfahrungen zu profitieren.

## STICHWORTLISTE ZUM ARTIKEL

AFT  
ASD  
Benchmarking  
Bereitschaftspflege  
Dauerpflege  
Grundorientierung  
Hilfeplangespräch  
Inobhutnahme  
Kooperation  
Reflecting Team

Rückkehroption  
systemische Familientherapie  
Veränderungserwartung  
Vollzeitpflege (befristete )