

# Effekte von Interventionen in Pflegefamilien: Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche

Ina Bovenschen & Gottfried Spangler  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen Nürnberg

Eine Expertise im Auftrag des Projektes „Pflegekinderhilfe“  
des Deutschen Jugendinstituts

November 2008

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	3
1.1	Theoretischer Hintergrund .....	3
1.2	Aufgabenstellung der vorliegenden Expertise.....	4
2	Methodische Vorgehensweise.....	6
2.1	Literaturrecherche und Literaturauswahl.....	6
2.2	Literaturauswertung .....	6
2.3	Darstellung der Studien .....	8
3	Ergebnisse .....	9
3.1	Verhaltenstrainings für Pflegeeltern .....	9
3.1.1	Studien mit Kontrollgruppendesign.....	13
3.1.2	sonstige Studien.....	19
3.1.3	Fazit zu verhaltensorientierten Trainings für Pflegeeltern.....	22
3.2	Kindzentrierte Interventionen .....	24
3.3	Interaktionsorientierte Trainingsprogramme.....	26
3.3.1	Bindungstheoretisch fundierte Interventionen.....	27
3.3.2	Eltern-Kind-Interaktionstherapie (parent-child interaction therapy“).....	30
3.3.3	Fazit zu interaktionsorientierten Interventionen .....	31
3.4	Multimodale Interventionsansätze.....	33
3.4.1	„treatment foster care“-Studien bei delinquenten Jugendlichen.....	34
3.4.2	„treatment foster care“ bei jüngeren Kinder / bereits laufenden Pflegeverhältnissen.....	39
3.4.3	Weitere Befunde zu multimodalen Programmen & treatment foster care.....	48
3.4.4	Fazit zu multimodalen Programmen & treatment foster care.....	50
3.5	Trainings für Pflegeeltern: weitere Evaluationsbefunde.....	51
3.5.1	Computerbasierte Trainingsprogramme .....	51
3.5.2	Individuelle vs. gruppenbasierte Trainingsprogramme.....	55
3.5.3	Einfluss des Trainers auf den Trainingserfolg: professionelle Leiter vs. Pflegeeltern .....	55
3.5.4	Evaluation privater Pflegefamilienagenturen.....	56
4	Integration der Befunde .....	59
5	Literatur .....	62

## **1 Einleitung**

### **1.1 Theoretischer Hintergrund**

In Deutschland waren im Jahr 2005 insgesamt 131 005 Kinder und Jugendliche fremduntergebracht, wobei die Unterbringung in Pflegefamilien nach der Heimunterbringung die zweithäufigste Form der Betreuung war. Insgesamt 50 364 Kinder lebten in Vollzeitpflege, dabei war der Großteil der Kinder (42 246) bei fremden Pflegefamilien untergebracht (Statistisches Bundesamt, 2007). Die meisten Pflegeverhältnisse in Deutschland sind nach Daten von DJI und DiJuF (2006) auf Dauer angelegt; in dieser Untersuchung bestand für nur 6.5% der Kinder ein Rückführungsplan. Daraus resultierend haben Pflegeeltern in der Regel die Aufgabe, Pflegekindern über einen mehrjährigen Zeitraum ein Zuhause zu geben, eine Ergänzungs- bzw. Ersatzfamilie für sie zu sein und sie in ihrer Entwicklung angemessen zu fördern.

Pflegekinder gelten als besonders vulnerable Gruppe von Kindern und Jugendlichen, die zahlreichen Risikofaktoren ausgesetzt ist (u.a. Fish & Chapman, 2004; Tarren-Sweeney, 2008). Dies liegt zum einen an den Erfahrungen, die die Kinder/Jugendlichen in ihren Herkunftsfamilien gemacht haben, zum anderen an den Erfahrungen, denen die Kinder im Zuge der Fremdunterbringung ausgesetzt sind. Viele Pflegekinder haben in ihren Ursprungsfamilien physische bzw. psychische Misshandlung oder Vernachlässigung erfahren (z.B. Minnis, Everett, Pelosi, Dunn & Knapp, 2006), was ein bedeutsames Risiko für die weitere Entwicklung bedingt (z.B. MacMillan & Munn, 2001). Zudem kann auch die Fremdunterbringung an sich durch Trennungen, Bindungsabbrüche sowie negativ verlaufende Umgangskontakte mit den Herkunftseltern ein Risiko für die weitere Entwicklung darstellen. Insbesondere die Erfahrung von multiplen Wechslen bzw. Abbrüchen der Pflegeverhältnisse kann dieses Risiko zusätzlich erhöhen (Newton, Litrownik & Landsverk, 2000).

Nach Racusin, Maerlender, Sengupta, Isquith und Straus (2005) stellt die Population der Pflegekinder im Hinblick auf die Entwicklung von Verhaltensproblemen und emotionalen Schwierigkeiten eine Hochrisikostichprobe dar. Stein, Evans, Mazumdar und Rae-Grant (1996) stellten sogar fest, dass das psychiatrische Profil von Pflegekindern dem einer klinischen Stichprobe vergleichbar ist. Verschiedene Studien belegen, dass Pflegekinder neben emotionalen Störungen besonders häufig Entwicklungsverzögerungen und kognitive Defizite, Lernstörungen sowie Verhaltensauffälligkeiten aufweisen (z.B. Chernoff, Combs-Orme, Risley-Curtiss & Heisler, 1994; z.B. Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick & Litrownik, 1998; McIntyre & Keesler, 1986; Pears & Fisher, 2005). Aktuellen Daten von DJI und DiJuF (2006) für Deutschland zufolge, erscheint die Häufigkeit vermutlich behandlungsbedürftiger Verhaltensstörungen bei Pflegekindern im Verhältnis zur Grundgesamtheit aller Kinder in Deutschland mindestens verdoppelt. Mithin ist die Entwicklung und Anwendung effektiver Interventionen, die auf die Bedürfnisse von Pflegekindern ausgerichtet sind, ein zentrales Anliegen für Forschung und Praxis (Craven &

Lee, 2006). Dies betrifft nicht nur die Bearbeitung der kindlichen Probleme in therapeutischen Maßnahmen mit den Pflegekindern selber, sondern auch die Arbeit mit den Pflegeeltern.

Wenngleich Pflegeeltern im Allgemeinen in der Lage sind, die grundlegenden Bedürfnisse der in ihre Obhut gegebenen Kindern zu erfüllen, sind sie nur selten darauf vorbereitet, die komplexen psychischen Probleme der Kinder ohne professionelle Hilfe und Anleitung zu bewältigen (Simms & Halfon, 1994). Die Voraussetzungen für Pflegeeltern in Deutschland beinhalten keine pädagogische Ausbildung; zudem sind im Gegensatz zu den USA (vgl. Grimm, 2003) in Deutschland keine einheitlichen Standards für die Auswahl und Vorbereitung auf die Pflegschaft vorhanden. Wie die Expertise von Spangler und Bovenschen (2008) aufzeigt, ist die Evaluation der international erprobten Vorbereitungskurse bisher wenig erfolgreich verlaufen. Ausgehend von dem genannten hohen Förderbedarf bei Pflegekindern ist davon auszugehen, dass Pflegefamilien professionelle Hilfe und Anleitung bei der Versorgung der Kinder, aber auch therapeutische Angebote benötigen, durch die die Erziehungs- und Förderkompetenz der Pflegeeltern gesichert werden kann. Als Ansprechpartner für Pflegeeltern stehen in Deutschland zunächst die Pflegekinderdienste zur Verfügung. Im Gegensatz zu institutionellen Einrichtungen (z.B. Kinderheime) existiert für Pflegeeltern keine obligatorische Versorgungsstruktur, die eine regelmäßige Supervision ermöglicht, psychologische Beratung oder psychotherapeutische Maßnahmen organisiert und bei akuten Krisensituationen eine unmittelbare Unterstützung bietet, obwohl nach Befunden von Gabler (2008) von einem entsprechenden Bedarf auszugehen ist.

Verschiedene Studien belegen, dass das Ausmaß an emotionalen und Verhaltensproblemen der Pflegekinder mit häufigeren Abbrüchen der Pflegeverhältnisse einhergeht (z.B. Palmer, 1996; Redding, Fried & Britner, 2000). Nach Redding et al. (2000) könnte insbesondere die Stärkung der Kompetenzen der Pflegeeltern dazu beitragen, die Stabilität der Pflegeverhältnisse zu erhöhen. Die Sicherung angemessener Erziehungs- und Förderkompetenzen bei den Pflegeeltern durch evidenzbasierte Interventionen stellt somit eine zentrale Voraussetzung für die Gewährleistung von stabilen Pflegeverhältnissen dar. Gleichzeitig kann das Training von Pflegeeltern – bei nicht auf Dauer angelegten Pflegeverhältnissen - auch dazu beitragen, den positiven Kontakt zu den Herkunftseltern aufrechtzuerhalten (Sanchirico & Jablonka, 2000) und unter Umständen eine erfolgreiche Rückführung zu erleichtern.

## **1.2 Aufgabenstellung der vorliegenden Expertise**

Aufgabe der vorliegenden Expertise war es, eine Literaturübersicht bezüglich der Wirksamkeit von Interventionen in Pflegefamilien zu erstellen. In Abgrenzung zur Expertise von Spangler und Bovenschen (2008) werden in der vorliegenden Expertise lediglich Interventionen beschrieben, die während einer bestehenden Pflegschaft durchgeführt wurden. Dazu wurde die zu diesem Thema vorliegende internationale Forschungsliteratur gesichtet und im Überblick dargestellt und bewertet. Bei der Auswahl der Studien wurde versucht, ein gewisses Mindestniveau

bezüglich wissenschaftsmethodischer Standards für empirische Arbeiten einzuhalten, z.B. im Hinblick auf Untersuchungsdesigns, Datenpräsentation oder statistischer Absicherung. Diesem Anspruch genügt allerdings nur ein Teil der vorliegenden Arbeiten. Deswegen wurden hilfsweise auch Studien einbezogen, die methodische Mängel wie z.B. das Fehlen von Kontrollgruppen aufweisen, um die Anzahl betrachteter Studien nicht zu sehr reduzieren. Auf die methodischen Mängel der einzelnen Studien wird jedoch im Einzelnen in der Bewertung/Interpretation der Befunde eingegangen.

Die Durchführung einer Meta-Analyse zur Überprüfung der Befunde auf ihre Robustheit konnte aufgrund der Heterogenität der Studien (im Hinblick auf Design, verwendete Interventionsmethoden und abhängige Variablen) sowie aufgrund der zum Teil methodischen Einschränkungen nicht umgesetzt werden.

## **2 Methodische Vorgehensweise**

### **2.1 Literaturrecherche und Literaturauswahl**

Zur Literaturrecherche wurde hauptsächlich die Literaturdatenbank *Psycinfo*, als Ergänzung die Datenbanken *medline* sowie *Psychology and Behavioral Sciences Collection* verwendet. Im ersten Rechenschritt in den Literaturdatenbanken wurde die Literatur inhaltlich eingegrenzt. Entsprechend wurden als Suchbegriffe zunächst „foster care“, „foster parents“ oder „foster children“ verwendet, um die Auswahl auf die entsprechende Population einzuschränken. Programme mit Adoptivfamilien wurden daher ebenso ausgeschlossen wie Interventionen, die bei adoptierten, ehemaligen Heimkindern eingesetzt wurden. Nicht berücksichtigt wurden auch Interventionen mit den Herkunftseltern, die während der Unterbringung der Pflegekinder in einer Bereitschaftspflege stattfanden (z.B. Zeanah et al., 2001). Zur weiteren Eingrenzung auf Interventionsstudien wurden als Suchbegriffe „intervention“ sowie die Begriffe „therapy“, „treatment“ oder „training“ in den Deskriptoren verwendet. Die aufgefundenen Literaturstellen wurden gesichtet und thematisch geordnet. Besonders relevant erscheinende Veröffentlichungen wurden beschafft. Dabei wurden beispielsweise Veröffentlichungen, in denen Interventionen beschrieben wurden, offensichtlich jedoch keine Evaluation durchgeführt wurde, nicht berücksichtigt. Ebenso wurden Programme, die nicht während bereits bestehender Pflugschaften, sondern zur Vorbereitung von Pflegeeltern auf die Pflugschaft eingesetzt wurden, ausgeschlossen. Diese werden in der Expertise von Spangler und Bovenschen (2008) beschrieben. Ergänzend wurde eine Literatursuche in Literaturverzeichnissen von Übersichtsarbeiten durchgeführt, außerdem wurden weitere Studien durch Querverweise identifiziert. Schließlich wurde eine zum Zeitpunkt der Erstellung der vorliegenden Expertise noch unveröffentlichte Studie direkt über die Autoren bezogen.

Im zweiten Rechenschritt wurde zur Gewährleistung eines gewissen wissenschaftlich- methodischen Niveaus eine formale Eingrenzung im Hinblick auf die Art der Literaturformen vorgenommen. Zum einen wurde eine Beschränkung auf empirische Arbeiten vorgenommen; zum anderen eine Beschränkung auf Fachzeitschriften. Darüber hinaus wurden nur deutsch- und englischsprachige Arbeiten eingeschlossen. Die verbliebenen Artikel wurden einer genaueren Prüfung unterzogen, und es wurden Studien ausgeschlossen, a) die Einzelfallanalysen beinhalten, c) die keine quantifizierbaren Ergebnisse berichteten oder d) die rein deskriptive Studien darstellten, d.h. dass keine statistische Prüfung der Daten erfolgte.

### **2.2 Literaturauswertung**

Relevant für die Auswertung der gefundenen Studien war zunächst, welchen Interventionsfokus die entsprechenden Studien hatten. Dabei konnten grob vier Gruppen von Interventionen differenziert werden: a) Interventionen, die sich vor allem an Pflegeeltern richten, b) Interventi-

onen, die kindzentriert arbeiten, c) interaktionsorientierte Interventionen, die Pflegeeltern und Kinder in die Therapie einbeziehen sowie d) multimodale Interventionen.

Elternfokussierte Programme zielen darauf ab, das Verhalten und/oder Erziehungseinstellungen der Pflegeeltern positiv zu verändern. Dagegen wird bei der kindorientierten Vorgehensweise versucht, durch Entwicklungsförderung und therapeutische Intervention beim Kind Verhaltensdefizite, die beispielsweise durch die Erfahrungen des Kindes in der Herkunftsfamilie entstanden sind, zu beheben bzw. zu mildern. Interaktionsorientierte Interventionen bestehen meist aus einem Ansatz, bei dem Pflegeeltern und Pflegekinder therapeutisch beraten werden bzw. in der Therapie mit den Eltern Interaktionen mit den Kindern bearbeitet werden. Unter interaktionsorientierte Verfahren werden beispielsweise auch bindungsbasierte Interventionen zusammengefasst, die auf eine Veränderung der Eltern-Kind-Interaktion und langfristig auf eine positive Bindungsentwicklung abzielen. Multimodale Interventionen beziehen neben einer intensiven Beratung der Pflegeeltern und Pflegekinder auch andere Lebensbereiche wie z.B. die Schule/die Arbeitsumgebung oder die Herkunftsfamilie mit ein. Hier lassen sich vor allem „treatment foster care“-Programme nennen. Bei dieser intensiven Form des Pflegeverhältnisses, das sich speziell an Kinder/Jugendliche mit gravierenden Verhaltensauffälligkeiten richtet, werden Kinder/Jugendliche unter Begleitung intensiver, multidimensionaler Therapieangebote in Pflegefamilien integriert. Die folgende Beschreibung der Evaluationsbefunde erfolgt zunächst separat für jede der genannten Interventionsarten, ehe unter 4. eine Integration der Befunde erfolgt.

Neben der Einteilung nach Interventionsfokus (Eltern, Kind, Familie oder multimodal) wurden bei der Literaturlauswertung methodische Kriterien herangezogen, um die Studien zu bewerten und vergleichen zu können. Dabei wurde ausgewertet, a) welches Studiendesign verwendet wurde, b) um welche Stichprobe es sich handelte, c) wie die Intervention organisiert war und d) welche abhängigen Variablen verwendet wurden. Alle dieser Kriterien wurden bei den analysierten Studien jeweils in Tabellenform zusammengefasst dargestellt.

Bei dem **Studiendesign** wurde zum einen differenziert, ob ein *Messwiederholungsdesign* vorlag, zum anderen, ob eine *Kontrollgruppe* in der Studie vorhanden war. Aus methodischen Gesichtspunkten bedingt das Fehlen eines Messwiederholungsdesigns und somit die Kontrolle des Ausgangsniveaus, dass keine schlüssigen Aussagen zum Effekt einer Intervention gemacht werden können. Aufgrund der geringen Studienzahl wurden Studien ohne Messwiederholungsdesign, d.h. mit nur einer Nachhermessung, von der Übersicht nicht generell ausgeschlossen, sondern sollen zumindest kritisch diskutiert werden. Bei Vorhandensein eines Messwiederholungsdesigns wurde differenziert, ob sie ein Messwiederholungsdesign mit Datenerhebungen vor und nach der Intervention enthielten bzw. ob darüber hinaus die abhängigen Variablen in einer weiteren follow-up-Untersuchung noch einmal erfasst wurden, um die Nachhaltigkeit gegebenen-

falls vorliegender Effekte zu prüfen. Eine weitere Differenzierung erfolgte danach, ob ein Kontrollgruppendesign verwendet wurde. Die Verwendung einer Kontrollgruppe stellt aus methodischer Sicht eine wichtige Voraussetzung zur Evaluation einer Intervention dar, da Veränderungen in den abhängigen Variablen nur dann auf die Intervention zurückgeführt werden können, wenn andere Einflüsse wie z.B. Entwicklungs- oder Placeboeffekte ausgeschlossen werden können.

Bei der **Art der Stichprobe** wurde berücksichtigt, wie alt die Pflegekinder zum Zeitpunkt der Intervention waren. Zudem wurde - wenn Informationen vorlagen - erfasst, wie lange die Pflegekinder zum Zeitpunkt der Intervention bereits in der Pflegefamilie waren und welche Art des Pflegeverhältnisses vorlag (Verwandtenpflege vs. Fremdpflege, dauerhaftes Pflegeverhältnis vs. Pflegeverhältnis, das auf Rückführung abzielt).

Eine weitere Differenzierung erfolgte anhand von **Struktur, Aufbau und Dauer der Interventionen**. Dabei wurde beispielsweise betrachtet, wie lange die Intervention dauerte und ob die Intervention individuell oder in Trainingsgruppen durchgeführt wurde. Zudem sollen jeweils kurz Inhalte und Struktur der Intervention beschrieben werden.

Bei den **abhängigen Variablen** war zunächst die Art der abhängigen Variablen von Interesse, beispielsweise ob die resultierenden Verbesserungen die Einstellungen und Verhaltensweisen der Pflegeeltern oder das Verhalten der Pflegekinder betreffen. Studien, bei denen lediglich die Zufriedenheit der Pflegeeltern mit dem Training als abhängige variable einbezogen wurde, wurden aufgrund fehlender Schlussfolgerungen über die Effektivität der Intervention in der Expertise nicht berücksichtigt. Neben der inhaltlichen Komponente war aber auch die Art der Auskunftsquelle von besonderer Wichtigkeit, um die methodische Qualität der Studie beurteilen zu können. Dabei wurde unterschieden, ob die abhängigen Variablen durch Selbstbericht der Kinder, Selbstbericht der Pflegeeltern, durch Fremdrating von Erziehern oder Lehrern, durch Expertenrating, durch systematische Verhaltensbeobachtung, durch standardisierte Tests oder durch Auswertung von Akten bzw. Archivmaterial erhoben wurden.

### 2.3 Darstellung der Studien

Die in die Analyse einbezogenen Studien werden jeweils in Tabellenform im Überblick dargestellt. Dort werden Informationen zum Thema oder Ziel der Intervention und zur methodischen Vorgehensweise (Design, Stichprobe, Interventionsmethodik, abhängige Variablen usw.) gegeben. Die Zusammenfassung der zentralen Befunde sowie Diskussion und Bewertung der Studien erfolgt jeweils im Text.



### **3 Ergebnisse**

Die folgende Darstellung der Evaluationsbefunde der verschiedenen Trainings / Interventionen für Pflegefamilien gliedert sich nach Art des Interventionsfokus. Im ersten Abschnitt sollen zunächst elternfokussierte Interventionen dargestellt werden, die in der Regel verhaltenstheoretisch fundiert angelegt sind. Im zweiten und dritten Abschnitt werden dann Befunde zu kindzentrierten Interventionen sowie zu interaktionsorientierten Interventionsprogrammen berichtet. Im vierten Abschnitt schließlich werden multimodale Interventionsprogramme vorgestellt, die in der Regel therapeutische oder förderliche Maßnahmen beim Kind, Beratung und Training der Pflegeeltern sowie weitere soziale und organisatorische Unterstützung der Pflegefamilien beinhalten. Häufig beinhalten diese Programme auch die therapeutische Arbeit mit den Herkunftseltern mit dem möglichen Ziel einer Rückführung. Schließlich werden im letzten Abschnitt weitere Evaluationsstudien beschrieben, deren Fokus keiner der oben genannten Gruppen eindeutig zugeordnet werden konnte (z.B. Gruppen vs. Einzelinterventionen oder computerbasierte Interventionen).

#### **3.1 Verhaltenstrainings für Pflegeeltern**

Verhaltenstheoretisch fundierte Trainingsprogramme für Pflegeeltern stellen neben multimodalen Interventionen (vgl. 3.4) die am häufigsten durchgeführten und evaluierten Trainings für Pflegefamilien dar. Verhaltenstheoretisch fundierte Interventionen zielen in der Regel darauf ab, den Pflegeeltern spezifische Erziehungstechniken zu vermitteln oder elterliche Erziehungseinstellungen zu verändern. Eine Trainingsstudie (Minnis, Pelosi, Knapp & Dunn, 2001) fokussierte verstärkt auf kommunikative Kompetenzen der Eltern; eine weitere Studie vermittelte Pflegeeltern Fertigkeiten und Wissen bezüglich Säuglingen mit pränataler Substanzexposition (Burry, 1999).

Alle hier berichteten 16 Interventionsstudien stammen aus dem angloamerikanischen Raum; Evaluationen deutscher Interventionsprogramme liegen nicht vor. Die vorhandenen Evaluationsstudien sind hinsichtlich ihres methodischen Designs, der Stichprobengröße und der verwendeten abhängigen Variablen sehr heterogen. Einige Studien besitzen wegen des methodischen Designs bzw. der verwendeten Evaluationskriterien nur eine geringe Aussagekraft. Im folgenden Abschnitt sollen zunächst Studien vorgestellt werden, die zumindest ein Kontrollgruppendesign mit einer prä-post-Messung aufweisen sowie angemessene statistische Verfahren verwenden (vgl. Tabelle 1). Auch diese Studien weisen häufig methodische Defizite auf, z.B. fehlende follow-up-Erhebungen oder auf Elternangaben beschränkte abhängige Variablen. Diese methodischen Einschränkungen bei der Interpretation der Befunde werden in den entsprechenden Fällen benannt. Anschließend werden auch Studien mit größeren methodischen Schwächen, z.B. fehlenden Kontrollgruppen, vorgestellt.

Tabelle 1: Übersicht über verhaltensorientierte Trainings für Pflegeeltern (Studien mit Kontrollgruppendesign, alphabetisch nach Erstautor sortiert)

Studie	N	Design	Stichprobe	Struktur, Aufbau & Dauer Training	Abhängige Variablen
Boyd & Remy (1978)	67	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholung: vor Training &amp; 2 Jahre später</li> <li>▪ Kontrollgruppendesign (nicht randomisiert)               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventionsgruppe (n = 27)</li> <li>▪ Kontrollgruppe (n = 40)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alter der Pflegekinder zum Zeitpunkt der Vermittlung: 7.8 Jahre vs. 6.3 Jahre</li> <li>▪ Kinder der Interventionsgruppe hatten vor Training mehr Anzahl an Fremdunterbringungen sowie mehr Verhaltensprobleme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 16wöchiges verhaltenorientiertes Training               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ keine genaueren Infos über Themen</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Platzierungsstatus des Kindes (Rückführung, Adoption, Verbleib in Pflegefamilie, andere Fremdunterbringung)</li> <li>▪ Platzierungsdauer des Kindes in der Pflegefamilie</li> <li>▪ Platzierungserfolgs (SP)</li> <li>▪ Lizenz der Pflegeeltern (SP)</li> </ul>
Burry (1999)	88	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholung: vor Training &amp; 6 Wochen nach Training</li> <li>▪ Kontrollgruppendesign (nicht randomisiert)               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventionsgruppe (n = 28)</li> <li>▪ Kontrollgruppe: kein Training (n = 60)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine genauere Beschreibung der Stichprobe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4wöchiges Gruppentraining (2.5 Stunden pro Woche)               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Themen: Wissen über Säuglinge mit pränataler Substanzexposition, Fertigkeiten im Umgang mit den Säuglingen</li> <li>▪ Keine genauere Spezifizierung der Methoden</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Selbstwirksamkeit bezüglich des Elternverhaltens (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ wahrgenommene soziale Unterstützung (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Wissen über Symptome bei pränataler Substanzexposition (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Einstellung zur Inpflegenahme eines Säuglings mit pränataler Substanzexposition (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Umgang mit den Säuglingen (VB)</li> </ul>
Chamberlain, Price et al. (2008) Price et al. (2008)	700	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholung: vor Training &amp; 3 Wochen nach Training; Abbrüche bis 6.5 Monate nach baseline erhoben</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventionsgruppe: Verhaltensmanagement-Training (n = 359)</li> <li>▪ Kontrollgruppe: übliche Betreuung durch Fachkräfte (n = 341)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pflegefamilien mit Pflegekindern zwischen 5 und 12 Jahren</li> <li>▪ Zum Teil (34%) Verwandtenpflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 16wöchiges Gruppentraining (90 Minuten pro Woche)               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Themen: Verstärkung, Bestrafungsmethoden</li> <li>▪ Ziel: Erhöhung an positiver Verstärkung (Regel „4 zu 1“)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verhaltensprobleme des Pflegekindes (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Anteil positiver Verstärkung (SP, Interview)</li> <li>▪ Abbrüche der Pflegeverhältnisse: positive vs. negative (SP, Interview)</li> </ul>
Guerney (1977)	132	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholung: vor Training &amp; direkt nach Training</li> <li>▪ Kontrollgruppendesign (nicht randomisiert)               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventionsgruppe: Verhaltensmanagement-Training (n = 75)</li> <li>▪ Kontrollgruppe: übliche Betreuung durch Fachkräfte (n = 57)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ursprünglich 132 Pflegefamilien mit Pflegekindern von 5 bis 12 Jahren</li> <li>▪ Hoher dropout: 44 Pflegeeltern in Interventionsgruppe, 22 in Kontrollgruppe für prä-post-Vergleich verbleibend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 10wöchiges Gruppentraining mit 7 bis 16 Teilnehmern (120 Minuten pro Woche)               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 6 Stunden Informationsvermittlung</li> <li>▪ 12 Stunden Fertigkeitentraining</li> <li>▪ Inhalte: realistische Erwartungen, reflektives Zuhören, konstruktive Kommunikation, Verstärkung, Strukturierung, Regeln &amp; Grenzen setzen, Besonderheit von Pflegekindern</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ elterliche Akzeptanz des kindlichen Verhaltens (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ elterlicher Umgang mit problematischen Situationen (SP, Fragebogen)               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wünschenswerte, neutrale und nicht wünschenswerte Reaktionen</li> </ul> </li> </ul>

Anmerkung. Abhängige Variablen: Selbstbericht der Kinder (SK), Selbstbericht der Pflegeeltern (SP), Fremdrating von Erziehern oder Lehrer (FR), Expertenrating (ER), systematische Verhaltensbeobachtung (VB), standardisierte Tests (Test).

Studie	N	Design	Stichprobe	Struktur, Aufbau & Dauer Training	Abhängige Variablen
Levant und Slatte-ry (1982)	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholung: vor Training &amp; direkt nach Training</li> <li>▪ Kontrollgruppendesign (nicht randomisiert)               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventionsgruppe (n = 8)</li> <li>▪ Kontrollgruppe: (n = 6)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 14 Pflegemütter mit Pflegekin- dern zwischen 7 bis 17 Jahre</li> <li>▪ 5 der Pflegekinder waren Jungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 10wöchiges Gruppentraining (3 Stunden pro Woche)               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sitzung 1-5: kindzentrierte Kommunikation (z.B. Empathie, Teilen von Gefühlen)</li> <li>▪ Sitzung 6-10: Erziehungstechniken (Planen und Strukturieren von Situationen, Konflikt- lösestrategien, Regeln &amp; Grenzsetzung)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Selbstwert des Kindes (SK, Fragebogen)</li> <li>▪ Emotionalität des Kindes (SP, Fragebo- gen)</li> <li>▪ Antisoziales Verhalten des Kindes (SK, Fragebogen)</li> <li>▪ Selbstoffenbarung des Kindes (VB)</li> <li>▪ Platzierungsstabilität (SP)</li> </ul>
Linares, Montalto, Li & Oza (2006)	128	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholung: vor Training &amp; direkt nach Training sowie 3 Monate nach Ende des Trainings</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventionsgruppe: Trainingsprogramm „incredible years“ + Co- Erziehungstraining (n = 80)</li> <li>▪ Kontrollgruppe: kein Training (n = 48)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 64 Pflegeeltern und Herkunftsel- tern-Paare</li> <li>▪ Pflegekinder zwischen 3 und 10 Jahre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundprinzip der Intervention: Ko-Eduktion durch Pflegeeltern und Herkunftseltern</li> <li>▪ Gruppentraining mit 12 wöchentl. Sitzungen               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 Stunden / Woche: incredible years (Fokus: Spiel, Loben und Belohnungen, effektives Setzen von Grenzen, Umgehen mit Fehlver- halten)</li> <li>▪ 1 Stunde / Woche: Co-Erziehung (gegenseit- iges Kennenlernen, Kommunikation verbes- sern, Konfliktlösung, systemische Familien- therapie)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elterliche Erziehungseinstellungen und - praktiken (SP, Interview)</li> <li>▪ Beziehung zwischen Pflege- und Her- kunftseltern (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Externalisierende Verhaltensprobleme der Pflegekinder (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Unangemessenes Verhalten der Pflege- kinder in der Schule (FR, Fragebogen)</li> <li>▪ Erziehungsverhalten der Pflegeeltern (VB, nur baseline)</li> </ul>
Minnis, Pelosi, Knapp und Dunn (2001)  Minnis & Devine (2001)	121	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholung: vor Training &amp; direkt nach Training, follow-up 9 Monate nach Trainingsende</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventionsgruppe (n = 54)</li> <li>▪ Kontrollgruppe ohne spezielles Training (n = 57)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 121 Pflegefamilien mit insge- samt 182 Pflegekindern               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ am Ende der Studie 62 Kin- der Interventionsgruppe und 88 Kinder der Kontroll- gruppe</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervention bestehend aus drei 6stündigen Einheiten im Abstand von einer Woche               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Themen: Kommunikation und Bindung (nicht genauer spezifiziert)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verhaltensauffälligkeiten sowie prosozia- les Verhalten der Kinder (SK, SP, FR; Fra- gebogen; nur baseline und 9 Monate nach Training)</li> <li>▪ Selbstwert der Kinder (SK, Fragebogen; nur baseline und 9 Monate nach Trai- ning)</li> <li>▪ Symptome einer Bindungsstörung (SP, Fragebogen; baseline sowie nach Trai- ning und 9 Monate später)</li> </ul>
Nilsen (2007)	18	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholung: vor Training &amp; direkt nach Training</li> <li>▪ Kontrollgruppendesign (nicht randomisiert)               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventionsgruppe: Trainingsprogramm „incredible years“ angepasst für Pflegeel- tern (n = 11)</li> <li>▪ Kontrollgruppe: kein Training (n = 7)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 18 Pflegefamilien mit Pflege- kindern zwischen 5-12 Jahre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kleingruppenttraining mit 12 wöchentlichen Sitzungen (je 2 Stunden)               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fokus: Erziehungsverhalten der Eltern, effek- tive Disziplinierungsmethoden</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychosoziales Anpassungsniveau der Kinder (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Stress in der Eltern-Kind-Beziehung (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Wissen über Erziehung &amp; Erziehungsein- stellungen (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Zufriedenheit mit Training (SP, Fragebo- gen)</li> </ul>

Anmerkung. Abhängige Variablen: Selbstbericht der Kinder (SK), Selbstbericht der Pflegeeltern (SP), Fremdrating von Erziehern oder Lehrer (FR), Expertenrating (ER), systematische Verhaltensbeobachtung (VB), standardisierte Tests (Test).

Studie	N	Design	Stichprobe	Struktur, Aufbau & Dauer Training	Abhängige Variablen
MacDonald & Turner (2005)	117	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholung: vor Training &amp; nach Training, follow-up 6 Monate nach Training</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventionsgruppe: kognitiv-behaviorales Trainingsprogramm (n = 67)</li> <li>▪ Kontrollgruppe: kein Training (n = 50)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 117 Pflegeeltern</li> <li>▪ Pflegemütter 76%, Pflegeväter 10%, beide Pflegeeltern 14%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gruppentraining mit 4 wöchentlichen Sitzungen (je 5 Stunden)               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fokus: behaviorale und kognitive Verhaltensprinzipien, Eltern-Kind-Beziehung, Bindungsgeschichte des Kindes, Lerngeschichte des Kindes</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elterliches Wissen über kindliche Verhaltensprobleme (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Elterlicher Umgang mit Verhaltensprobleme des Kindes (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Stabilität des Pflegeverhältnisses (SP, Interview)</li> <li>▪ Problemverhalten der Kinder (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Wahrgenommene Kompetenz in der Bewältigung von Verhaltensproblemen (SP, Fragebogen)</li> </ul>
Pithouse, Hill-Tout & Lowe (2002)	106	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholung: vor Training &amp; 5-7 Wochen nach Kursende</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventionsgruppe: Verhaltensmanagement-Training (n = 53)</li> <li>▪ Kontrollgruppe: Pflegeeltern ohne Training (n = 53)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pflegefamilien mit Pflegekindern zwischen 3-4 und 18 Jahren</li> <li>▪ Überwiegend Pflegemütter (keine genaue Angabe)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3tägiges Gruppentraining (10-12 Personen)               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Themen: kognitive Problemlösetechniken - positive Alternativen zu aggressivem Verhalten, präventive Maßnahmen zur Verhaltensregulation, reaktive Verhaltensweisen bei problematischem Verhalten</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verhaltensprobleme des Pflegekindes (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Reaktion der Pflegeeltern auf problematisches Verhalten der Kinder (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Erklärungen der Pflegeeltern für auffälliges kindliches Verhalten (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Wohlbefinden und wahrgenommener Stress der Pflegeeltern (SP, Fragebogen)</li> </ul>

*Anmerkung.* Abhängige Variablen: Selbstbericht der Kinder (SK), Selbstbericht der Pflegeeltern (SP), Fremdrating von Erziehern oder Lehrer (FR), Expertenrating (ER), systematische Verhaltensbeobachtung (VB), standardisierte Tests (Test).

### 3.1.1 Studien mit Kontrollgruppendesign

In zwei Studien überprüfte die Arbeitsgruppe von Patricia Chamberlain (Chamberlain *et al.*, 2008; Price *et al.*, 2008) ein verhaltenstherapeutisches Pflegeelterntraining, das auf Basis des „multidimensional treatment foster care“-Programm (u.a. Chamberlain & Reid, 1998) für den Einsatz in herkömmlichen Pflegefamilien entwickelt wurde (vgl. Tabelle 1). In der Studie wurden insgesamt 700 Pflegefamilien untersucht, die entweder ein 16-wöchiges Trainingsprogramm zur Förderung von angemessenem Elternverhalten (Fokussierung auf positives Verhalten des Kindes, Erhöhung positiver Verstärkung, Einsatz angemessener Bestrafungsmethoden) ( $n = 359$ ) oder die übliche Betreuung durch Fachkräfte ohne spezielles Training erhielten ( $n = 341$ ). Die Befunde der Studie zeigten, dass Pflegeeltern der Interventionsgruppe drei Monate nach dem Training signifikant häufiger positive Verstärkung anwendeten als Pflegeeltern der Kontrollgruppe. Gleichzeitig sank das Ausmaß an problematischem Verhalten der Kinder durch die Intervention. Zusätzliche Pfadanalysen wiesen nach, dass das Absinken der Verhaltensprobleme vor allem durch die verbesserten Erziehungstechniken der Pflegeeltern bedingt war. Weitere Analysen ergaben, dass besonders diejenigen Pflegefamilien vom Training profitierten, deren Pflegekinder vor Beginn des Trainings starke Verhaltensprobleme zeigten. Price *et al.* (2008) fanden zudem, dass bei Pflegekindern der Interventionsgruppe das Pflegeverhältnis bis sechs Monate nach dem Training signifikant seltener abgebrochen wurde. Darüber hinaus bewirkte die Teilnahme an der Intervention, dass die Stabilität des Pflegeverhältnisses in der Interventionsgruppe – im Gegensatz zur Kontrollgruppe – nicht negativ durch die Anzahl vorheriger Pflegeabbrüche beeinflusst wurde. Somit fungierte die Intervention offenbar bei Kindern mit schlechter Prognose als Schutzfaktor für die Stabilität in der Pflegefamilie. Kritisch an den beiden Studien ist zu werten, dass die berichteten Effekte im elterlichen Erziehungsverhalten und kindlichen Problemverhalten lediglich auf den Angaben der Pflegeeltern basierten. Einschränkend zu den Befunden der Studie muss zudem gesagt werden, dass die Effekte des Trainingsprogramms insgesamt eher klein waren und dass die berichteten Kurzzeiteffekte keine Aussagen über langfristige Veränderungen durch das Training zulassen.

Die Wirksamkeit eines verhaltenstherapeutischen Kurzzeit-Trainings wurde in der Studie von Hill-Tout, Pithouse und Lowe (2003; vgl. dazu auch Pithouse, Hill-Tout & Lowe, 2002) an einer Stichprobe von insgesamt 103 Pflegeeltern untersucht. Die Hälfte der Pflegeeltern wurde trainiert, die andere Hälfte erhielt kein spezielles Training; die Zuordnung zu den beiden Gruppen erfolgte randomisiert. Bei beiden Gruppen wurden eine baseline-Erhebung sowie eine Nachuntersuchung ca. 5-7 Wochen später durchgeführt, bei denen jeweils kindliche Verhaltensprobleme sowie Kompetenzen der Pflegeeltern durch schriftliche Befragung der Pflegeeltern erfasst wurden (vgl. Tabelle 1). Bezüglich der kindlichen Verhaltensprobleme ergaben sich in keiner der beiden Gruppen signifikante Veränderungen zwischen den beiden Messungen. Veränderungen ergaben sich jedoch bezüglich der Kompetenzen der Pflegeeltern: in beiden Gruppen nahm der

Anteil positiver Reaktionen auf problematische Verhaltensweisen des Kindes zu; die Trainingsgruppe unterschied sich aber nicht von der Kontrollgruppe. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten sich bezüglich des von den Pflegeeltern berichteten Stresses sowie an den Verhaltensattributionen der Pflegeeltern. Insgesamt verlief die Evaluation demnach enttäuschend, da das Training weder auf kindliche noch elterliche Variablen merkliche Effekte hatte. Erklärt werden kann dies durch die – zum Beispiel im Vergleich zu dem von Chamberlain et al. (2008) verwendeten Training - kurzen Dauer der Intervention, so dass keine dauerhaften Veränderungen im Verhalten und in den Einstellungen der Pflegeeltern erreicht werden konnten.

Einen innovativen Ansatz wählten Linares, Montalto, Li und Oza (2006), die ein Zwei-Komponenten-Training entwickelten, in dem das verhaltenstherapeutische Training „Incredible years“ (Webster-Stratton, 2001) mit einem Training zum Aufbau von Ko-Erziehung durch Pflegeeltern und Herkunftseltern kombiniert wurde (vgl. Tabelle 1). Ziel des Trainings war es, das Erziehungsverhalten der Pflegeeltern und die Kooperation zwischen Pflege- und Herkunftseltern zu verbessern sowie externalisierende Verhaltensprobleme der Kinder zu reduzieren. Basis der Studie war ein randomisiertes Kontrollgruppendesign mit prä-post-Vergleich sowie einer follow-up-Untersuchung drei Monate nach Abschluss des Trainings. Zur Evaluation des Trainingsprogramms wurden die von den Eltern selbstbeurteilten Erziehungseinstellungen und -praktiken, die Beziehung zwischen Pflege- und Herkunftseltern sowie externalisierende Verhaltensprobleme und schulisches Verhalten der Pflegekinder erhoben. Stabile Interventionseffekte, die bis drei Monate nach Ende des Trainings anhielten, fanden sich lediglich im Hinblick auf die elterlichen Erziehungspraktiken und -einstellungen: Eltern der Trainingsgruppe gaben häufiger an, das Verhalten der Kinder positiv zu verstärken, und hatten gleichzeitig klarere Erwartungen bezüglich familiärer Routinen. Positive Einflüsse des Trainings auf die Beziehung zwischen Pflege- und Herkunftseltern zeigten sich nur unmittelbar nach dem Training, drei Monate nach Ende des Trainings waren diese Unterschiede zwischen den Gruppen nivelliert. Keinerlei positive Auswirkungen des Trainings zeigten sich im Hinblick auf das kindliche Verhalten. Insgesamt zeigt das von Linares et al. (2006) entwickelte recht aufwändige Trainingsprogramm nur eingeschränkt Erfolge; insbesondere das Ziel, das Ausmaß externalisierender Verhaltensauffälligkeiten der Pflegekinder zu reduzieren, konnte nicht erreicht werden. Methodisch kritisch an der Studie ist die Beschränkung auf Elternberichte in den abhängigen Variablen; insbesondere, da in der baseline-Erhebung ein Beobachtungsverfahren (HOME) verwendet wurde, aber nicht als outcome-Variable.

Ebenso wie Linares et al. (2006) verwendete auch Nilsen (2007) in ihrer Studie das Kurzzeit-Trainingsprogramm „Incredible years“. Sie bezog aber lediglich die Pflegeeltern in ihr Training ein und überprüfte die Wirkung des Programms nur an einer kleinen Stichprobe von 18 Pflegefamilien. Die Studie basiert auf einem Kontrollgruppendesign mit prä-post-Vergleich; die Zuord-

nung zu den Gruppen erfolgte jedoch nicht randomisiert. Als abhängige Variablen wurden die kindliche Verhaltensanpassung, elterliche Erziehungseinstellungen und Wissen über Erziehung sowie der von den Eltern wahrgenommene Stress - erhoben anhand von Pflegeelterneinschätzungen - untersucht (vgl. Tabelle 1). Bezüglich des kindlichen Verhaltens zeigten sich in der Interventionsgruppe leicht positive Veränderungen zwischen den beiden Messungen, während sich in der Kontrollgruppe ein umgekehrter Trend zeigte; aufgrund der kleinen Stichprobengröße waren diese Unterschiede jedoch nicht signifikant. Auch in den elterlichen Variablen ergaben sich keine signifikanten Veränderungen durch das Training. Insgesamt verlief die Evaluation des Programms „Incredible years“ auch bei Nilsen (2007) enttäuschend. Allerdings bleibt offen, inwieweit die fehlenden Effekte durch die geringe Stichprobengröße bedingt waren, da sich – nicht signifikante - Gruppenunterschiede in der erwarteten Richtung fanden. Methodisch problematisch ist neben dem Stichprobenumfang vor allem die nicht randomisierte Zuordnung zu den Gruppen (die Zuordnung beruhte auf Wünschen der Pflegeeltern). Schließlich ist kritisch anzumerken, dass alle abhängigen Variablen lediglich auf Elternangaben beruhten und dass die Nacherhebung wenige Wochen nach dem Training erfolgte und somit keinerlei Aussagen über langfristige Konsequenzen möglich sind.

MacDonald und Turner (2005) untersuchten – mittels eines randomisiertes Kontrollgruppen- designs mit Messwiederholung – die Wirksamkeit eines kognitiv-behavioralen Trainingsprogramm auf das elterliche Wissen über Verhaltensprobleme sowie den Umgang damit, auf die Stabilität des Pflegeverhältnisses sowie auf das kindliche Problemverhalten (vgl. Tabelle 1). In der Intervention wurden dabei verhaltenstheoretische Inhalte mit Themen der Bindungsentwicklung und Eltern-Kind-Beziehung verknüpft. Sechs Monate nach Ende des Trainings zeigten sich hinsichtlich des Wissens über Verhaltensprobleme signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen: die Trainingsgruppe verzeichnete einen signifikant größeren Wissenszuwachs als die Kontrollgruppe. Bezüglich der von den Eltern berichteten kognitiv-behavioralen Reaktionen auf problematische kindliche Verhaltensweisen zeigte sich, dass sechs Monate nach dem Trainingssende Pflegeeltern der Trainingsgruppe häufiger Verhaltensanalysen verwendeten; entgegen der Erwartung verwendete die Trainingsgruppe signifikant weniger Verstärkerentzugs-Verfahren als die Kontrollgruppe. Dagegen zeigten sich – obwohl die Eltern der Trainingsgruppe ihre Selbstwirksamkeit für den Umgang mit Verhaltensproblemen als hoch einschätzten – weder für die Stabilität der Pflegeverhältnisse noch für die vom Kind gezeigten Verhaltensprobleme signifikante Veränderungen, die durch das Training bedingt waren. Insgesamt zeigten sich also lediglich in zwei der angezielten Bereichen Effekte des Trainings; erneut waren vor allem keine Auswirkungen auf das kindliche Verhalten erkennbar. Die Autoren selber begründeten die geringen Effekte unter anderem mit der mangelnden Möglichkeit zur Einübung neuer Verhaltensstrategien im Training sowie mit der mangelnden Einbeziehung der Pflegekinder in das Training. Die Intervention war zudem mit 4x5 Stunden sehr kurz angelegt. Empfehlenswert für zukünftige

Trainingsmethoden für Pflegefamilien sind nach den Autoren daher umfangreichere Trainings, die mit kleinen Gruppen arbeiten und bei denen Wert auf regelmäßige Teilnahme und die Bearbeitung von Hausaufgaben gelegt wird.

An einer kleinen Stichprobe von insgesamt 14 Pflegefamilien überprüften Levant und Slattery (1982) die Wirkung eines 10wöchigen verhaltensorientierten Gruppentrainings, in dem den Pflegeeltern zum einen angemessene Kommunikationsstrategien, zum anderen konkrete Erziehungstechniken vermittelt wurden. Basis der Evaluation war ein Kontrollgruppendesign mit Messwiederholung (Messung vor und nach dem Training); die Zuordnung zu den beiden Gruppen erfolgte allerdings nicht randomisiert. Zur Evaluation wurde per Fragebogen Selbstwert, Emotionalität sowie antisoziales Verhalten des Kindes erfasst; in einer dyadischen Interaktion zwischen Pflegemutter und Pflegekind wurde die Selbstoffenbarungsfähigkeit des Kindes von einem unabhängigen Beobachter eingeschätzt. Als weitere abhängige Variable wurde die Platzierungsstabilität erhoben (vgl. Tabelle 1). Den Befunden nach zeigten sich kaum positive Veränderungen nach dem Training; lediglich die negative Emotionalität sank in der Trainingsgruppe, während sich keine Veränderungen in der Kontrollgruppe zeigten. Die Evaluation verlief also auch bei dieser Studie negativ. Positiv an der Studie von Levant und Slattery (1982) ist die Verwendung von Verhaltensbeobachtungen als abhängige Variable. Allerdings ist die Studie aufgrund der geringen Stichprobengröße sowie der nicht randomisierten Gruppenzuordnung kaum als aussagekräftig zu bewerten. Insbesondere Aussagen über die Platzierungsstabilität sind bei der geringen Stichprobengröße kaum möglich.

Boyd und Remy (1978) berichten über die Evaluation eines nicht näher beschriebenen verhaltensorientierten Trainingsprogramms für Pflegeeltern. Zum Inhalt des Trainings wurde in der Studie nur vermerkt, dass es sich um ein „intensives“ verhaltensorientiertes Programm mit 16wöchiger Dauer handelte (vgl. Tabelle 1). Die Studie basierte auf einem komplexen 4-Gruppen-Design, von denen zwei Gruppen von Pflegeeltern vor Übernahme eines Pflegekindes in die Familie („preservice-Gruppen“) und zwei Gruppen von Pflegeeltern, die bereits ein Pflegekind betreuten („inservice-Gruppen“), teilnahmen. Nur die beiden letztgenannten Gruppen (inservice) sind für die vorliegende Expertise relevant; die Befunde der beiden anderen Gruppen sind bei Spangler und Bovenschen (2008) zu finden. Zu Beginn der Studie wurden bei den Familien Eingangsdaten erhoben, zwei Jahre später erfolgte die Outcome-Datenerhebung. Als abhängige Variablen wurden der Platzierungsstatus des Kindes (Rückkehr in Ursprungsfamilie, Adoption, Verbleib in Pflegefamilie, Platzierung in andere Pflegefamilie oder Einrichtung), die Platzierungsdauer des Kindes in der Pflegefamilie, die Beurteilung des Platzierungserfolgs durch die Pflegeeltern sowie deren Entscheidung, ihre Lizenz zu behalten oder zurückzugeben, verwendet. Eine Analyse der Eingangsvoraussetzungen zeigte, dass die Pflegeeltern der Trainingsgruppe mehr Vorerfahrung mit Pflegekindern hatten und dass die Pflegekinder trainierter Pflegeeltern älter waren, mehr frühere Platzierungen hatten und zudem mehr Verhaltensprobleme aufwie-



sen. Dies weist daraufhin, dass diese Pflegeeltern möglicherweise durch bestehende Probleme mit den Kindern zum Training motiviert wurden. Den Befunden nach erwies sich das Training der Pflegeeltern nur bedingt als erfolgreich: diejenigen Pflegekinder, deren Pflegeeltern ein Training absolviert hatten, hatten nach zwei Jahren einen besseren Platzierungsstatus; gleichzeitig gaben die Pflegeeltern die Lizenz seltener zurück. Im Vergleich zu den Trainingseffekten bei den preservice-Gruppen (vgl. Spangler & Bovenschen, 2008) waren die gefundenen Effekte jedoch gering. Trotz des Kontrollgruppendesigns sowie eines langfristigen follow-ups bleibt jedoch als wesentliches Manko dieser Studie die nicht randomisierte Zuordnung zu den beiden Gruppen, so dass die Effekte auch durch Unterschiede in den Eingangsbedingungen, vor allem im Hinblick auf Vorerfahrungen der Pflegeeltern, erklärt werden können. Problematisch ist auch, dass die Inhalte des Trainingsprogramms unbekannt sind, so dass die Wirkungsweise des Trainings auf spezifische Variablen nicht eruiert werden kann.

In zwei verschiedenen Studien wurde ein von Guerny (1977) entwickeltes verhaltenstheoretisch fundiertes Trainingsprogramm für Pflegeeltern („Foster Parents Skills Training Program“) beschrieben und bewertet. Die Intervention bestand aus einem 10wöchigen Training und fokusierte neben der Vermittlung spezifischer Erziehungstechniken (Verstärkung, Strukturierung, Setzen von Regeln und Grenzen) auch auf Verbesserungen der kommunikativen Kompetenz der Pflegeeltern sowie auf die Besonderheit bei der Erziehung von Pflegekindern (vgl. Tabelle 1). Basierend auf einem Kontrollgruppendesign (allerdings ohne randomisierte Zuteilung) mit Messwiederholung untersuchte Guerny (1977), inwieweit die durch Fragebogen eingeschätzte elterliche Akzeptanz des kindlichen Verhaltens sowie das Wissen über angemessene Reaktionen positiv durch das Training beeinflusst wurde. Die Befunde bestätigen die positiven Effekte des Trainings in beiden untersuchten Variablen. Pflegeeltern der Interventionsgruppe hatten nach dem Training eine höhere Akzeptanz des kindlichen Verhaltens und benannten gleichzeitig mehr angemessene und weniger unangemessene eigene Reaktionen auf kindliches Problemverhalten. Inwieweit die Pflegeeltern dieses Verhalten aber tatsächlich umsetzten, kann auf Basis der Befunde von Guerny (1977) nicht geschlussfolgert werden, da lediglich Elternberichte einbezogen wurden; kindliche Variablen wurden gar nicht erhoben. Methodisch problematisch sind weiterhin die fehlende Randomisierung bei der Gruppenzuordnung sowie der hohe dropout der Teilnehmer beider Gruppen. Trotz Kontrollen der Autoren kann nicht ausgeschlossen werden, dass die verbliebenen Teilnehmer eine höhere Motivation aufwiesen und somit die positiven Effekte lediglich bei hoch motivierten Teilnehmern zu finden sind. Aufbauend auf der nicht beantwortbaren Frage der Langzeitwirkung in der Studie von Guerny (1977) thematisierten Guerny und Wolfgang (1981) die Langzeiteffekte des „Foster Parent Skills Training Program“. Leider geben die Autoren keine detaillierten statistischen Informationen über die Ergebnisse der follow-up-Untersuchung, sondern stufen das Programm lediglich als teilweise effektiv ein (positive Langzeiteffekte bzgl. der Akzeptanz von kindlichem Problemverhalten, keine Langzeiteffekte bzgl.

der selbst eingeschätzten Kompetenz). Aufgrund der fehlenden statistischen Daten bleibt also offen, inwieweit die von Guerney (1977) gefundenen positiven Veränderungen des Trainings über einen längeren Zeitraum erhalten bleiben.

Minnis, Pelois, Knapp und Dunn (2001) evaluierten die Wirksamkeit eines 3wöchigen Pflegetertrainings, durch das die elterliche Fähigkeit zur Emotionswahrnehmung sowie die Kommunikationskompetenz gefördert werden sollte (vgl. auch Minnis & Devine, 2001). Basis des Trainings war ein von Richman (1993) entwickeltes Trainingsmanual. Mittels eines randomisierten Kontrollgruppendesigns mit Messwiederholung wurde überprüft, inwieweit Verhaltensauffälligkeiten, prosoziales Verhalten, Selbstwert sowie das Ausmaß an Bindungsstörungssymptomen der Pflegekinder durch das Training positiv beeinflusst wurde. Die Evaluation verlief insgesamt enttäuschend, da weder unmittelbar nach dem Training noch 9 Monate später durch das Training bedingte Veränderungen in den abhängigen Variablen erkennbar waren. Methodisch kritisch war allerdings, dass nur 52% der Pflegeeltern, die der Interventionsgruppe angehörten, tatsächlich am Training teilnahmen. Die geringe Teilnahme erklärt möglicherweise auch den geringen Erfolg des Programms. Separate Befunde für die trainierten Pflegeeltern wurden in der Studie nicht berichtet. Die Autoren selber folgern, dass insbesondere bei Pflegekindern mit Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen sowie ausgeprägten Verhaltensproblemen, wie dies in der Studie der Fall war, intensivere Trainingsprogramme notwendig sind, um Veränderungen im kindlichen Verhalten zu bewirken.

Ein spezielles Training für Pflegeeltern von Kindern mit pränataler Substanzexposition wurde in der Studie von Burry (1999) evaluiert. Die Trainingsinhalte wurde in der Studie leider nicht ausführlicher beschrieben; es wurde lediglich vermerkt, dass den Pflegeeltern Wissen über die Symptome von Kindern mit pränataler Substanzexposition vermittelt wurden und sie gleichzeitig im Umgang mit diesen Symptomen trainiert wurden. Weitere Angaben zum Programm waren nicht zu eruieren. Die Evaluation basierte auf einem Vergleich von 28 trainierten Pflegeeltern mit 60 untrainierten Pflegeeltern, die verschiedene Fragebögen vor sowie sechs Wochen nach dem Training beantworteten. Die Fragebögen erfassten zum einen die Selbstwirksamkeit bezüglich des Elternverhaltens sowie die wahrgenommene soziale Unterstützung, das Wissen über Symptome bei pränataler Substanzexposition sowie die Einstellung zur Inpflegenahme eines Säuglings mit pränataler Substanzexposition. Die letzten beiden Instrumente wurden von den Autoren eigens für die Studien entwickelt. Neben den Fragebögen wurde vor und nach Training zudem der konkrete Umgang mit den Säuglingen anhand von vier Fertigkeiten (z.B. Wickeln oder Tragen des Babies) überprüft. Hierzu wurden die Pflegeeltern im Umgang mit Puppen beobachtet, und die Qualität des Verhaltens der Pflegeeltern wurde von Experten eingeschätzt. Die Zuordnung zu den beiden Gruppen erfolgte nicht randomisiert; eine Analyse der Eingangsvoraussetzungen ergab aber keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Für die Selbstwirksamkeit als Eltern, für die wahrgenommene Unterstützung sowie die Einstel-

lung, für ein Kind mit pränataler Substanzexposition zu sorgen, zeigten sich weder Gruppenunterschiede noch signifikante Veränderungen in der Trainingsgruppe im prä-post-Vergleich. Die Befunde weisen allerdings darauf hin, dass die Eltern der Trainingsgruppe nach dem Training mehr über Säuglinge mit pränataler Substanzexposition wussten und angemessener mit den Säuglingen umgehen konnten. Längerfristige Effekte des Trainingsprogramms wurden allerdings nicht untersucht. Ein weiteres methodisches Problem waren die fehlende randomisierte Auswahl der trainierten Eltern (Selbstselektion für Teilnahme am Training), so dass nicht auszuschließen ist, dass die gefundenen Gruppenunterschiede auch durch Unterschiede in den Eingangsbedingungen, vor allem im Hinblick auf die Motivation der Pflegeeltern erklärt werden können.

### 3.1.2 sonstige Studien

Neben den bisher vorgestellten Studien fanden sich in der Literaturrecherche weitere Studien, die allerdings größere methodische Schwächen aufweisen (z.B. das Fehlen einer Kontrollgruppe). Diese sollen im Folgenden vorgestellt werden.

In der Studien von Pallett, Scott, Blackeby, Yule und Weissman (2002) sowie Warman, Pallett und Scott (2006) wurde die Wirksamkeit einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention überprüft, die auf dem bereits beschriebenen Trainingsprogramm „incredible years“, basiert. In der Intervention wurden neben den Grundprinzipien des sozialen Lernens Strategien zur angemessenen Setzung von Grenzen sowie Strategien zur Förderung prosozialen Verhaltens, des Problemlösens und zur Stressbewältigung vermittelt (vgl. Tabelle 2). Pallett et al. (2002) untersuchten in einer ersten Studie an einer Stichprobe von 10 bzw. 36 Pflegeeltern die Wirksamkeit des Programms<sup>1</sup>; eine Kontrollgruppe wurde nicht in die Analysen einbezogen. Die Evaluation ergab, dass die Pflegeeltern nach dem 10wöchigen Training ihr eigenes Verhalten angemessener und die Verhaltenprobleme des Kindes, insbesondere die emotionalen Probleme, als geringer einschätzten als zu Beginn des Trainings. Warman et al. (2006) untersuchten in einer zweiten Studie mit insgesamt 97 Pflegeeltern, inwieweit die von den Eltern berichteten kindlichen Verhaltensprobleme, der durch die kindlichen Probleme ausgelöste Stress der Pflegeeltern sowie die von den Eltern als besonders gravierend eingeschätzten Verhaltensprobleme der Kinder durch das Training positiv beeinflusst werden.

---

<sup>1</sup> Insgesamt nahmen nach Angaben der Autoren 60 Pflegeeltern am Training teil, aber nur ein Teil der Pflegeeltern füllte vor und nach dem Training die evaluationsrelevanten Fragebögen aus

Tabelle 2: Übersicht über verhaltensorientierte Trainings für Pflegeeltern (Studien ohne Kontrollgruppendesign, alphabetisch nach Erstautor sortiert)

Studie	N	Design	Stichprobe	Struktur, Aufbau & Dauer Training	Abhängige Variablen
Golding & Picken (2004)	31	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholung: vor Training &amp; nach Training</li> <li>▪ keine Kontrollgruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 31 Pflegeeltern</li> <li>▪ Pflegekinder 5-12 Jahre</li> <li>▪ Großteil der Kinder in Kurzzeitpflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gruppentraining mit 9 wöchentlichen Sitzungen (je 2.5 Stunden)</li> <li>▪ Fokus: positive Eltern-Kind-Beziehung, positive Strategien zur Förderung prosozialen Verhaltens, Setzen von Grenzen, Disziplinierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wahrgenommene Beziehung zum Kind (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Wahrgenommene Schwierigkeit des Kindes (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Problemverhalten und prosoziales Verhalten des Kindes (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Wissensquiz (SP, Fragebogen)</li> </ul>
Pallett, Scott, Blackeby, Yule & Weissman (2002)	36	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholung: vor Training &amp; nach Training</li> <li>▪ keine Kontrollgruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 60 Pflegeeltern</li> <li>▪ Pflegemütter 90%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gruppentraining mit 10 wöchentlichen Sitzungen (je 3 Stunden) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gruppe für Pflegeeltern mit Pflegekinder unter 12 Jahren vs. Gruppe für Pflegeeltern mit Teenagern</li> <li>▪ Fokus: Grundlagen des sozialen Lernens, positive Strategien zur Förderung prosozialen Verhaltens, Setzen von Grenzen, Problemlösen und Stressbewältigung</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verhalten der Pflegeeltern (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Problemverhalten der Kinder, v.a. Hyperaktivität, Störung des Sozialverhaltens sowie emotionale Probleme (SP, Fragebogen)</li> </ul>
van Camp <i>et al.</i> (2008)	163	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholung: vor Training &amp; am letzten Trainingstag</li> <li>▪ Keine Kontrollgruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Von ursprünglich 247 Teilnehmern absolvierten 163 das Training <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Davon 101 Pflegeeltern, ansonsten z.B. Adoptiveltern oder Fachkräfte</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 10 wöchentliche Gruppensitzungen von je 3 Stunden <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zusatzangebot: Heimtraining 1 Stunde/Woche mit Therapeuten (bis zu 20 Wochen lang)</li> <li>▪ Zudem: 24-Stunden-Telefonbereitschaft</li> </ul> </li> <li>▪ Inhalt: Neun spezifische Erziehungstechniken (z.B. Nähe zum Kind fördern; Einsetzen positiver Konsequenzen; Ignorieren von unangemessenem Verhalten, Auszeit)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umgang der Pflegeeltern mit problematischen Situationen im Rollenspiel (VB) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für einen Teil der Stichprobe auch elterliches Verhalten zu Hause</li> </ul> </li> </ul>
Warman, Pallett und Scott (2006)	97	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholung: vor Training &amp; nach Training</li> <li>▪ keine Kontrollgruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 97 Pflegeeltern <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zum Teil deutlich kleinere Stichprobe bei einzelnen abhängigen Variablen</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gruppentraining mit 10 wöchentlichen Sitzungen (je 3 Stunden) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Pallett et al.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Besonders gravierende kindliche Verhaltensprobleme (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Problemverhalten der Kinder (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Elterlicher Stress durch kindliches Problemverhalten (SP, Fragebogen)</li> </ul>

Anmerkung. Abhängige Variablen: Selbstbericht der Kinder (SK), Selbstbericht der Pflegeeltern (SP), Fremdrating von Erziehern oder Lehrer (FR), Expertenrating (ER), systematische Verhaltensbeobachtung (VB), standardisierte Tests (Test).

Ähnlich wie bei Pallett et al. (2002) fanden sich nach dem Training sowohl eine Reduktion der kindlichen Verhaltensprobleme, v. a. im emotionalen Bereich, als auch eine signifikante Reduktion des wahrgenommenen Stresses. Ebenso zeigten sich deutliche Verbesserungen bei den von den Pflegeeltern als gravierend beschriebenen kindlichen Verhaltensproblemen. Nach den Autoren war das Training demnach insgesamt als effektiv einzustufen. Eine fundierte Bewertung der Befunde ist allerdings aus unserer Sicht kaum möglich, da keine Vergleichsdaten aus einer Kontrollgruppe vorliegen und die Effekte nicht ausschließlich dem Training zugeschrieben werden können. Zudem wurden in beiden Studien lediglich die Elternberichte als abhängige Variable verwendet und ausschließlich Messungen unmittelbar nach dem Training durchgeführt. Genauere Angaben zur Stichprobe fehlten ebenso wie Angaben zu den Gründen für dropouts.

Auch Golding und Picken (2004) entwickelten auf Basis des Trainingsprogramms „incredible years“ eine 9-wöchige Gruppenintervention und bewerteten die Effektivität des Programms anhand eines Prä-post-Designs; eine Kontrollgruppe wurde auch hier nicht verwendet. Die Befunde lieferten positive Veränderungen für das Sozialverhalten der Kinder, für die von den Eltern beurteilte Schwierigkeit der Kinder sowie für die Einstellung der Pflegeeltern zum Kind. Nach den Autoren war das Training als erfolgreich zu bewerten. Eine fundierte Bewertung der Befunde ist allerdings wie bei der Studie von Pallett et al. (2002) aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe kaum möglich. Zudem wurden wiederum nur Elternberichte als abhängige Variable verwendet und ausschließlich Messungen unmittelbar nach dem Training durchgeführt.

Vom Design und den Evaluationsanalysen problematisch, aber im Ansatz interessant ist die Studie von van Camp *et al.* (2008), in der ein verhaltensorientiertes Trainingsprogramm für Pflegeeltern evaluiert wurde (vgl. Tabelle 2). In der Studie fand eine Messwiederholung statt, jedoch wurde keine Kontrollgruppe einbezogen; zudem wurden die Effekte der Studie lediglich deskriptiv dargestellt. Interessant war die Studie jedoch, da als abhängige Variable das tatsächliche Verhalten der Eltern – zum einen in Rollenspielen, zum anderen zu Hause in Interaktion mit den Kindern – erfasst wurde. Die deskriptiv beschriebenen Befunde weisen darauf hin, dass die Eltern durch das Training lernten, die trainierten Erziehungstechniken nicht nur im Rollenspiel, sondern auch zu Hause in Interaktion mit den Kindern anzuwenden. Nach van Camp *et al.* (2008) konnten längerfristige Effekte des Trainingsprogramm mit Hilfe eines 6-stündigen Auffrischungstrainings auch mehrere Jahre nach Ende des Trainings aufrechterhalten werden. Aufgrund der methodischen Schwächen (fehlende Kontrollgruppe, fehlende statistische Analysen, kein Einbezug kindlicher Variablen, kleine Stichprobe) sind die Befunde jedoch vorsichtig zu interpretieren. Allerdings ist der Ansatz, das tatsächliche Verhalten der Eltern als abhängige Variable zu verwenden, zukunftsweisend für weitere Studien.

Die bisher beschriebenen Studien stellen lediglich eine Auswahl vorhandener Interventionen dar. Viele andere Programme wurden lediglich deskriptiv beschrieben, oder es wurde ausschließlich die Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Training (z.B. Freeling, Kissel & Surgent,

1976) oder die Bewertung der Trainingsinhalte (Noble & Euster, 1981) als Evaluationskriterium herangezogen. In einzelnen Studien werden sehr kleine Stichproben bei gleichzeitig fehlender Kontrollgruppe als Evaluationsgrundlage verwendet, in der Studie von Penn (1978) werden die Erfolge eines verhaltenstherapeutischen Training zur Verhaltensmodifikation anhand einer Stichprobe von sieben Pflegefamilien ohne Vergleichsgruppe bewertet. In der Studie von Runyan und Fullerton (1981) beispielsweise wird ein 10wöchiges Gruppentraining für Pflegeeltern beschrieben, in dem den Eltern neben Wissen über die Entwicklung des Kindes im Allgemeinen auch spezielles Wissen über Pflegekinder, Folgen von Trennungen sowie rechtliche Grundlagen der Pflege vermittelt wurden. Leider wurden keine quantifizierbaren Evaluationsdaten präsentiert, so dass diese Studie hier nicht ausführlich beschrieben werden konnte.

### **3.1.3 Fazit zu verhaltensorientierten Trainings für Pflegeeltern**

Von den insgesamt 16 beschriebenen Studien, in denen verhaltensorientierte Pflegeelterntrainings evaluiert wurden, basieren elf auf einem Kontrollgruppendesign mit Messwiederholung. Die in diesen Studien berichteten Effekte der verhaltensorientierten Interventionen für Pflegeeltern sind insgesamt nur als mäßig einzustufen. Von den elf methodisch anspruchsvolleren Studien zeigten sich Effekte größtenteils lediglich im selbst berichteten Elternverhalten; Einflüsse auf kindliche Verhaltensweisen bzw. auf die Stabilität der Pflegeverhältnisse fanden sich lediglich in zwei Studien. Die untersuchten Effekte beziehen sich darüber hinaus bei der Mehrheit der Studien lediglich auf den Zeitraum bis sechs Monate nach Beginn des Trainings. Lediglich eine Studie integrierte eine Nacherhebung neun Monate nach Beginn des Trainings, bei einer weiteren Studie umfasste der Evaluationszeitraum zwei Jahre. Die Studien erlauben demnach kaum Rückschlüsse auf langfristige Effekte der Interventionen.

Die verwendeten abhängigen Variablen sind methodisch kritisch zu sehen, da in den meisten Studien lediglich Selbstberichte verwendet wurden. Bei sechs der Studien basierten die Evaluationsergebnisse ausschließlich auf Angaben der Pflegeeltern. Bei Selbstberichten ist nicht gesichert, ob tatsächliche Änderungen eingetreten sind oder ob Eltern aufgrund der Teilnahme an der Intervention das eigene Verhalten oder das Verhalten des Pflegekindes lediglich anders interpretieren oder sozial erwünscht antworten. So werden in der Interventionsforschung bei Selbstberichten von Interventionsteilnehmern immer wieder Erwartungseffekte gefunden, die auf die Erwartungshaltung der Probanden zurückzuführen sind, dass durch das Training positive Veränderungen erreicht werden sollen. Auch die in zwei Studien verwendeten Selbstberichtsdaten der Pflegekinder unterliegen diesen Beurteilerfehlern. Objektivere Daten wie Angaben von anderen Personen, Experteneinschätzungen oder Testverfahren wurden dagegen als abhängige Variablen verwendet: in zwei Studien wurden Daten aus Verhaltensbeobachtungen durch Experten, in einer Studie Angaben von Lehrern als abhängige Variablen einbezogen. Aktenbefunde

über die Platzierung des Pflegekindes – die einen guten Prädiktor für die Stabilität der Pflegeverhältnisse repräsentiert – wurden nur in einer Studie herangezogen.

Die Autoren der vier methodisch schwächeren Studien (Messwiederholungsdesign ohne Kontrollgruppe) berichten durchgehend von positiven Effekten der Interventionen. Im Vergleich zu den eher negativen Befunden der elf methodisch anspruchsvolleren Studien sind diese Effekte insgesamt überraschend. Aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe sind diese Befunde allerdings mit großer Vorsicht zu interpretieren, da zweifelhaft ist, ob die Effekte ausschließlich dem Training zugeschrieben werden können und der Einfluss von Drittvariablen nicht ausgeschlossen werden kann.

Insgesamt weisen die Befunde der vorhandenen Studien darauf hin, dass elternfokussierte Trainings für Pflegeeltern nur eingeschränkt effektiv sind; insbesondere wenn es um die Veränderung des kindlichen Verhaltens geht, zeigten sich kaum positive Interventionseffekte. Eine mögliche Erklärung für die geringe Effektivität ist der Umfang der Trainingsprogramme. Die beschriebenen Pflegeelterntrainings sind – wie häufig bei verhaltenstherapeutisch fundierten Programmen – Kurzzeitverfahren, die Dauer der beschriebenen Programme lag zwischen 4 bis maximal 16 Sitzungen. Kurzzeit-Programme sind erwiesenermaßen erfolgreich, kindliche Verhaltensprobleme bei Kindern, die mit ihren leiblichen Eltern aufwachsen, zu reduzieren (Steinhäuser, 2002). Allerdings repräsentieren Pflegekinder eine Hochrisikogruppe mit komplexen psychischen Problemen, die von ihrem psychiatrischen Profil mit einer klinischen Stichprobe vergleichbar ist. MacDonald und Turner (2005) folgend sollten zukünftige Trainingsmethoden für Pflegefamilien daher umfangreicher gestaltet sein, um der Komplexität der Probleme von Pflegefamilien gerecht zu werden.

### 3.2 Kindzentrierte Interventionen

Die Literaturrecherche ergab, dass lediglich ein kindzentriertes Programm für Pflegekinder bisher evaluiert wurde. Es existieren viele Interventionsformen, die an Stichproben von Risikokindern erprobt wurden, die Pflegekindern in ihrem Verhaltensprofil ähnlich sind (Craven & Lee, 2006); zum Teil werden auch spezielle Interventionen für Kinder/Jugendliche in Fremdbetreuung beschrieben (z.B. Taussig, Culhane & Hettleman, 2007). Allerdings wird dabei nicht die Effektivität der Interventionen berichtet.

In der einzigen vorliegenden Evaluationsstudie zu kindzentrierten Interventionen überprüften Pears, Fisher und Bronz (2007) anhand eines randomisierten Kontrollgruppendesign mit Messwiederholung ein speziell für Pflegekinder entwickeltes Training zur Steigerung der Selbstregulation und sozialen Kompetenz. Zur Evaluation wurden an einer Stichprobe von 24 Pflegefamilien per Fragebogen das kindliche Problemverhalten, die soziale Kompetenz sowie die Fähigkeit zur Emotionsregulation vor und nach dem Training erhoben (vgl. Tabelle 3). Dabei wurden zur emotionalen Labilität neben den Eltern auch unabhängige Beobachter befragt; auch die Lehrer beurteilten die kindlichen Verhaltensmerkmale, allerdings nur nach dem Training. Die Evaluation erbrachte insgesamt nur mäßig positive Auswirkungen des Trainings. Zum einen beurteilten die Pflegeeltern der teilnehmenden Kinder die soziale Kompetenz nach dem Training positiver als Pflegeeltern der nicht-teilnehmenden Kinder. Zudem beurteilten die unabhängigen Beobachter die emotionale Labilität der Trainingsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant niedriger. Die geringen gefundenen Effekte sind möglicherweise auch auf die kleine Stichprobengröße zurückzuführen; die Autoren betonen hierbei den Pilotcharakter der Studie. Die fehlende prä-post-Erhebung auf Seiten der Lehrer könnte in zukünftigen Studien die von den Eltern berichteten Effekte validieren.

Zur Wirksamkeit kindzentrierter Interventionen sind aufgrund fehlender Evaluationsstudien kaum Aussagen zu treffen. Die Aufgabe zukünftiger Studien liegt daher darin, die Wirksamkeit von an Risikokindern erprobten Verfahren bei Pflegekinderstichproben zu untersuchen.



Tabelle 3: Übersicht über kindzentrierte Trainings (alphabetisch nach Erstautor sortiert)

Studie	N	Intervention	Stichprobe	Struktur, Aufbau & Dauer Training	Abhängige Variablen
Pears, Fisher & Bronz (2007)	24	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholungsdesign: zwei Wochen vor Training, &amp; 2 Wochen nach Training (Lehrereinschätzung etwas später)</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign</li> <li>▪ Training zur Steigerung der Selbstregulation und sozialen Kompetenz (<math>n = 11</math>)</li> <li>▪ Kontrollgruppe: kein spezielles Training (<math>n = 13</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mittleres Alter: 6.5 Jahre</li> <li>▪ 46% Jungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervention: 7wöchiges Training (2 Stunden/Woche) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Therapeutische Spielgruppen</li> <li>▪ Ziel: Steigerung von Selbstregulation und sozialer Kompetenz</li> <li>▪ Behaviorale Methoden (z.B. Verstärkung, Modellierung) zur Einübung der Fertigkeiten</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kindliches Problemverhalten sowie soziale Kompetenz (SP, Fragebogen) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zudem Lehrereinschätzung, aber nur bei Nacherhebung</li> </ul> </li> <li>▪ Emotionsregulation (SP, ER, Fragebogen) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zudem Lehrereinschätzung, aber nur bei Nacherhebung</li> </ul> </li> </ul>

Anmerkung. Abhängige Variablen: Selbstbericht der Kinder (SK), Selbstbericht der Pflegeeltern (SP), Fremdrating von Erziehern oder Lehrer (FR), Expertenrating (ER), systematische Verhaltensbeobachtung (VB), standardisierte Tests (Test).

### 3.3 Interaktionsorientierte Trainingsprogramme

Die Anzahl von interaktionsorientierten Interventionen ist deutlich geringer als die der verhaltenstherapeutisch orientierten Pflegeelterntrainings. Unter interaktionsorientierten Trainingsprogrammen werden zum einen bindungstheoretische Trainingsprogramme, zum anderen verhaltenstherapeutisch fundierte Eltern-Kind-Therapien („parent child interaction therapy“) zusammengefasst.

Bindungstheoretisch fundierte Programme wurden vor allem für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern entwickelt und versuchen in der Regel, die elterliche Feinfühligkeit für die Signale des Kindes zu erhöhen. Dies geschieht, indem die Wahrnehmung der Signale, die angemessene Interpretation sowie angemessene Reaktionen erarbeitet und eingeübt werden. Häufig wird dabei videogestützt vorgegangen, indem der Therapeut gemeinsam mit den Eltern aufgezeichnete Interaktionen ansieht, analysiert sowie Ressourcen und Veränderungsmöglichkeiten aufzeigt. In der Forschungsliteratur finden sich zahlreiche bindungstheoretisch fundierte Trainingsprogramme (Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, Mesman, Alink & Juffer, 2008; Hoffman, Marvin, Cooper & Powell, 2006; van den Boom, 1994); auch im deutschsprachigen Raum sind Interventionsprogramme vorhanden (u.a. Kißgen & Suess, 2005; Ziegenhain, Fries, Bütow & Derksen, 2004). Spezifische Programme für Pflegefamilien wurden bisher aber lediglich von der Forschergruppe von Mary Dozier (vgl. ausführlicher Dozier, Dozier & Manni, 2002; Dozier *et al.*, 2005; Dozier, Peloso, Lewis, Laurenceau & Levine, 2008; Dozier *et al.*, 2006) durchgeführt und evaluiert. Weitere bindungstheoretisch fundierte Interventionen werden zwar in der Literatur beschrieben, aber bisher nicht oder nur unzureichend evaluiert (Racusin *et al.*, 2005). Beispielsweise beschreiben Golding und Picken (2004) neben dem unter 3.1.2 erwähnten verhaltensorientierten Programm auch ein bindungstheoretisch fundiertes Programm. Die Bewertung der Interventionseffekte basiert aber lediglich auf den Angaben von sieben Pflegeeltern und bezog zudem keine Kontrollgruppe ein, so dass eine Generalisierung der - positiven - Befunde kaum möglich ist.

Interaktionsbasierte Eltern-Kind-Therapien fundieren zwar - ähnlich wie die unter 3.1 beschriebenen Trainingsprogramme - auf Prinzipien des sozialen Lernens und positiven Elternverhaltens, arbeiten aber mit anderen Techniken: sie beziehen die Kinder in die Therapie mit ein, indem statt mit einer auf die Eltern begrenzten Therapie die therapeutische Arbeit mit den Eltern-Kind-Dyaden im Zentrum steht (vgl. ausführlicher Eyberg, 1988). Sie sind als Kurzzeit-Intervention einzustufen und wurden bisher vor allem für jüngere Kinder im Alter von 2 bis 7 Jahren eingesetzt. Ähnlich wie bei den bindungstheoretischen Programmen sind einige Befunde vorhanden, die die Effektivität der interaktionsbasierten Eltern-Kind Therapie bei Kindern, die in ihren leiblichen Familien leben, belegen (z.B. Bagner & Eyberg, 2007; Eisenstadt, Eyberg, McNeil & Newcomb, 1993; Eyberg *et al.*, 2001; Eyberg & Robinson, 1982; Funderburk *et al.*, 1998; McNeil, Eyberg, Eisenstadt & Newcomb, 1991). Als besonders effektiv erwies sich diese Trai-

ningsform bei Kindern mit externalisierenden Verhaltensproblemen. Lediglich zwei empirische Studien liegt bisher vor, die die Wirksamkeit bei Pflegefamilien untersuchen (McNeil, Herschell, Gurwitch & Clemens-Mowrer, 2005; Timmer, Urquiza & Zebell, 2006). Im folgenden Abschnitt sollen die vorhandenen Befunde genauer dargestellt werden.

### **3.3.1 Bindungstheoretisch fundierte Interventionen**

Die Forschergruppe um Mary Dozier hat in bisher drei empirischen Studien (Dozier, Brohawn, Lindhiem, Perkins & Peloso, in preparation; Dozier et al., 2008; Dozier et al., 2006), die auf einer Ausgangsstichprobe basieren, ein bindungstheoretisch fundiertes Training, das sogenannte „Attachment and Biobehavioral Catch-up“ (siehe auch Dozier et al., 2002; Dozier et al., 2005), empirisch überprüft. Dabei wurde im Rahmen eines randomisierten Kontrollgruppendesign jeweils die Effektivität dieses bindungsbasierten Vorgehens mit einem Training, dessen Fokus auf Erziehungsmethoden lag, verglichen (vgl. Tabelle 4). Das „Attachment and Biobehavioral Catch-up“ (ABC) verfolgt dabei drei Ziele. Erstens sollen die bei Pflegekindern häufig zu findenden abweichenden physiologischen Regulationsprozesse normalisiert werden. Zweitens wird mit den Pflegeeltern daran gearbeitet, dass Pflegekinder oft Verhaltensweisen zeigen, die – ungewollt – ablehnendes Verhalten von Bezugspersonen auslösen. Drittens werden eigene (negative) Kindheitserfahrungen der Pflegeeltern reflektiert; insbesondere ob diese fürsorgliches Verhalten gegenüber dem Pflegekind hemmen. Integriert in die therapeutische Arbeit werden regelmäßige Videoaufzeichnungen der Eltern-Kind-Interaktion, so dass die durch das Training erreichten Fortschritte in der Therapie besprochen werden können. Das als Kontrollbedingung fungierende Erziehungstraining fokussiert vor allem auf die Förderung der kognitiven und Sprachentwicklung des Kindes. Genauere Informationen zum Trainingsinhalt waren nicht angegeben.

In der Studie von Dozier et al. (2006) wurden zunächst an einer Teilstichprobe von 60 Kindern die Auswirkungen beider Interventionsformen auf die circadiane Ausschüttung des Stresshormons Cortisol sowie das Problemverhalten der Kinder untersucht. Zudem wurden beide Maße auch bei einer Kontrollgruppe von 104 normal entwickelten Kindern erhoben, die bei ihren leiblichen Eltern aufwuchsen und bei denen keine Intervention stattfand. Die Erfassung der abhängigen Variablen erfolgte 1 Monat nach Ende der Intervention; eine baseline-Erhebung fand nicht statt. Bezüglich der circadianen Stressregulation (Cortisol am Morgen, Mittag und Abend) zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Interventionsgruppen: Pflegekinder der bindungsorientierten Interventionsgruppe wiesen signifikant geringere Cortisolwerte zu allen drei Tageszeiten als die Kinder der erziehungsorientierten Interventionsgruppe auf. Zudem zeigte sich, dass die Pflegekinder, deren Pflegeeltern an der ABC-Intervention teilnahmen, sich nicht signifikant von der Kontrollgruppe unterschieden. Dagegen zeichneten sich bei der erziehungsorientierten Trainingsgruppe höhere Werte des Stresshormons als bei der Kontrollgruppe ab. Kein Haupteffekt für die Intervention ergab sich für die kindlichen Verhaltensprobleme.

Auch in einer zweiten Studie untersuchten Dozier et al. (2008) die Auswirkung beider Interventionsformen – im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von Nicht-Pflegekindern – auf die physiologische Regulationsfähigkeit der Kinder. Diesmal wurde die Cortisolausschüttung in Reaktion auf die Fremde Situation, einer standardisierten Trennungs-Wiedervereinigungs-Situation, gemessen. Die Befunde verdeutlichen, dass Kinder, deren Pflegeeltern am ABC-Training teilnahmen, über die ganze Situation hinweg ein niedrigeres Stresslevel als die Kinder der Erziehungstrainings-Gruppe aufwiesen. Im Vergleich mit der Kontrollgruppe zeigten sich für die Pflegekinder der ABC-Gruppe keine signifikanten Unterschiede. Dagegen wiesen die Kinder der Erziehungstrainings-Gruppe ein deutlich höheres Stressniveau als die Kinder der Kontrollgruppe auf. Bei keiner der drei Gruppen zeigte sich ein Anstieg des Cortisolniveaus durch die Fremde Situation.

In einer Teilstichprobe von 46 Kindern schließlich untersuchten Dozier et al. (in preparation) die Auswirkungen beider Interventionsformen auf das Bindungsverhalten der Kinder. Das Bindungsverhalten der Kinder in bindungsrelevanten Situationen (Verletzungen, Angst und Trennung von der Hauptbezugsperson) wurde einen Monat nach Ende der Interventionen zunächst von den Pflegeeltern in einem Bindungstagebuch festgehalten. Aufgrund der Beschreibungen der Eltern wurde dann von zwei unabhängigen Experten das Ausmaß an kindlicher Vermeidung sowie Bindungssicherheit eingeschätzt. Die Befunde zeigen, dass diejenigen Pflegekinder, deren Pflegeeltern am ABC-Training teilnahmen, signifikant weniger vermeidendes Verhalten zeigten als die Kinder der Erziehungstrainings-Gruppe. Für das Ausmaß an Bindungssicherheit ergaben sich dagegen keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit von der Intervention.

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse der Studien positive Auswirkungen des Trainings auf psychophysiologischer, zum Teil auch auf Verhaltensebene. Wenngleich die ersten Kurzzeiteffekte der Kurz-Intervention also insgesamt vielversprechend sind, sind aufgrund fehlender follow-up-Untersuchungen keine Aussagen über die langfristige Stabilität der Effekte möglich. Zudem wurde in keiner der drei Studien ein Messwiederholungsdesign zugrunde gelegt. Einschränkung bezüglich der von Dozier et al. (in preparation) berichteten Effekte auf das Bindungsverhalten der Kinder ist zu sagen, dass die Ergebnisse lediglich auf Berichten der Pflegeeltern basieren; ausstehend sind noch Befunde zum beobachtbaren Verhalten der Pflegekinder in der Fremden Situation.

Tabelle 4: Übersicht über interaktionsbasierte Trainings für Pflegefamilien (alphabetisch nach Erstautor sortiert)

Studie	N	Intervention	Stichprobe	Struktur, Aufbau & Dauer Training	Abhängige Variablen
Dozier <i>et al.</i> (2006)	164	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Messwiederholung: Messung nur 1 Monat nach Ende des Trainings</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign (60 Kinder verteilt auf beide Interventionen) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ "Attachment &amp; Behavioral Catch-Up" (ABC)</li> <li>▪ Intervention mit Erziehungsfokus</li> <li>▪ Kontrollgruppe: Kindern bei leiblichen Eltern aufwachsend (<math>n = 104</math>)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventionsgruppen: Alter der Kinder 3 bis 39 Monate (nach Intervention)</li> <li>▪ Kontrollgruppe: Alter der Kinder 20 bis 90 Monate</li> <li>▪ 50% Jungen in allen Gruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bindungsbasiertes Training: 10wöchiges Training (1 Stunde/Woche) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Förderung kindlicher Regulationsfähigkeiten</li> <li>▪ Reinterpretation von zurückgezogenem kindlichen Verhalten</li> <li>▪ Hindernisse für feinfühliges Verhalten aufgrund eigener Bindungserfahrungen</li> </ul> </li> <li>▪ Intervention mit Erziehungsfokus: 10wöchiges Training (1 Stunde/Woche) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inhalt nicht genauer beschrieben</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ circadianes physiologisches Stressniveau (Test)</li> <li>▪ Verhaltensprobleme (SP, Fragebogen)</li> </ul>
Dozier, Peloso, Lewis, Laurenceau & Levine (2008)	141	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Messwiederholung: Messung nur am Ende des Trainings</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ABC-Training (<math>n = 46</math>)</li> <li>▪ Intervention mit Erziehungsfokus (<math>n = 47</math>)</li> <li>▪ Kontrollgruppe: Kindern bei leiblichen Eltern aufwachsend (<math>n = 48</math>)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alter der Kinder: 15 bis 24 Monate (zum Zeitpunkt der Fremden Situation)</li> <li>▪ Geschlecht: 41% bzw. 57% bzw. 56 % Jungen in den drei Gruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bindungsbasiertes Training: 10wöchiges Training (1 Stunde/Woche)(siehe oben)</li> <li>▪ Intervention mit Erziehungsfokus: 10wöchiges Training (1 Stunde/Woche) (siehe oben)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Physiologisches Stressniveau in der Fremden Situation (Test)</li> </ul>
Dozier, Brohawn, Lindhiem, Perkins & Peloso (2007)	46	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Messwiederholung: Messung nur am Ende des Trainings</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ABC-Training (<math>n = 22</math>)</li> <li>▪ Intervention mit Erziehungsfokus (<math>n = 24</math>)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alter der Kinder: 3 bis 39 Monate (nach Intervention)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bindungsbasiertes Training: 10wöchiges Training (1 Stunde/Woche) (siehe oben)</li> <li>▪ Intervention mit Erziehungsfokus: 10wöchiges Training (1 Stunde/Woche) (siehe oben)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bindungsverhalten (SP, ER)</li> </ul>
McNeil <i>et al.</i> (2005)	27	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholung: vor dem Training &amp; ein Monat nach Training</li> <li>▪ Keine Kontrollgruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alter der Kinder: 2-8 Jahre</li> <li>▪ Überwiegend Pflegemütter</li> <li>▪ Keine weiteren Angaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2tägliches Training in 2 Phasen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Phase 1: Stärkung einer positiven Beziehung: Eingehen der Eltern auf das Kind, dem Kind in der Interaktion Folgen, Loben</li> <li>▪ Phase 2: effektive Anweisungen, time-out</li> <li>▪ Tag 1 Training nur mit Eltern, Tag 2 mit Kind</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kindliche Verhaltensprobleme (SP, Fragebogen)</li> </ul>
Timmer, Urquiza & Zebell (2006)	173	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholung: vor &amp; nach Training</li> <li>▪ Vergleichsgruppen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pflegefamilien (<math>n = 75</math>)</li> <li>▪ Eltern mit ihren leiblichen Kindern (<math>n = 98</math>)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alter der Kinder: 2-9 Jahre (<math>M = 4.5</math> Jahre)</li> <li>▪ 62% Jungen</li> <li>▪ 91% Pflegemütter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eltern-Kind-Interaktionstherapie in 2 Phasen (jede Phase 7-10 Sitzungen; <math>M = 16</math> Sitzungen) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vor jeder Phase: didaktische Einführung, dyadische Spielsituation mit coaching</li> <li>▪ Inhalte der Phasen siehe McNeil <i>et al.</i></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kindl. Verhaltensprobleme (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Pflegeeltern <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stress (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Psychische Belastung (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Misshandlungsrisiko (SP, Fragebogen)</li> </ul> </li> </ul>

Anmerkung. Abhängige Variablen: Selbstbericht der Kinder (SK), Selbstbericht der Pflegeeltern (SP), Fremdrating von Erziehern oder Lehrer (FR), Expertenrating (ER), systematische Verhaltensbeobachtung (VB), standardisierte Tests (Test).

### 3.3.2 Eltern-Kind-Interaktionstherapie (parent-child interaction therapy“)

Die Effektivität der interaktionsorientierten Eltern-Kind-Therapie bei Pflegefamilien untersuchten zunächst McNeil et al. (2005) an einer Stichprobe von 30 Pflegefamilien mittels eines Messwiederholungsdesigns ohne Kontrollgruppe. Timmer et al. (2006) verglichen – ebenfalls auf Basis eines Messwiederholungsdesigns - die Trainingseffekte bei Pflegefamilien mit denjenigen von biologischen Familien an einer Stichprobe von insgesamt 173 Familien (vgl. Tabelle 4). Die Eltern-Kind-Interaktionstherapie ist generell in zwei Phasen aufgeteilt, die jeweils 7-10 wöchentliche Sitzungen umfassen. In der ersten Phase geht es primär um den Aufbau und die Stabilisierung einer positiven Eltern-Kind-Beziehung, indem die Eltern dabei unterstützt werden, in Spielinteraktionen auf das Kind einzugehen und sich von dem Kind leiten zu lassen. In der zweiten Phase werden vor allem angemessene Methoden zur Disziplinierung (z.B. effektive Anweisungen, Auszeit) vermittelt. Zentrale Methode in beiden Phasen sind dabei dyadische Spielsituationen zwischen Elternteil und Kind, bei denen der jeweilige Elternteil über einen „Knopf im Ohr“ vom Therapeuten gecoacht wird (vgl. ausführlicher Eyberg, 1988).

McNeil et al. (2005) verwendeten eine komprimierte Version der Eltern-Kind-Interaktionstherapie, indem die Pflegeeltern das sonst auf mehrere Einzelstunden ausgedehnte Training kompakt an zwei Tagen absolvierten. An einem Tag nahmen nur die Eltern teil, am zweiten Tag wurden auch die Kinder in die Therapie einbezogen. Basis der Evaluation war ein prä-post-Vergleich der per Fragebogen erfassten kindlichen Verhaltensprobleme. Die Befunde belegten einen Monat nach dem Training eine signifikante Reduktion sowohl der Intensität als auch der Anzahl von Verhaltensproblemen. Methodisch problematisch war neben dem Fehlen einer Kontrollgruppe die ausschließliche Erfassung der kindlichen Verhaltensprobleme durch das Elternurteil. Zudem fand die Nacherhebung einen Monat nach dem Training statt; die Autoren planten nach eigenen Angaben eine follow-up-Erhebung sechs Monate nach dem Training; allerdings wurden zu diesem Zeitpunkt nach Angaben der Autoren nur noch acht der 30 Familien erreicht, so dass keine ausreichende Datenbasis für statistische Analysen vorlag.

Timmer et al. (2006) untersuchten per Elternfragebögen, inwieweit sich nach der Therapie Veränderungen in den kindlichen Verhaltensproblemen, in dem von den Eltern wahrgenommenen Stress, in der psychischen Belastung der Eltern sowie in den Erziehungseinstellungen abzeichneten. Zudem wurde untersucht, inwieweit das im Selbstbericht erfasste Misshandlungsrisiko der Pflegeeltern durch die Therapie beeinflusst wurde (vgl. Tabelle 4). Signifikante Veränderungen in beiden Gruppen – Pflegefamilien und biologischen Familien - zeigten sich für alle untersuchten Variablen. Wenngleich die Verhaltensprobleme der Pflegekinder auch nach dem Training ausgeprägter waren als die Auffälligkeiten der Vergleichskinder, zeigte sich in beiden Gruppen eine signifikante Reduktion der Verhaltensprobleme nach dem Training; die Reduktion fiel allerdings zum Teil in der Gruppe der Pflegekinder geringer aus. Darüber hinaus profitierten auch die Pflegeeltern in vergleichbarem Ausmaß von dem Training wie die Vergleichsgruppe:

sowohl die berichteten psychischen Probleme als auch der wahrgenommene Stress durch die Erziehung nahm durch das Training ab. Ebenso zeigten sich positive Effekte für beide Gruppen hinsichtlich des Misshandlungsrisikos, das nach dem Training niedriger lag als vor dem Training. Keine signifikanten Änderungen in beiden Gruppen zeigten sich dagegen für die Erziehungseinstellungen. Insgesamt bestätigen die Ergebnisse somit positive Auswirkungen des Trainings. Die Befunde sind allerdings aufgrund von methodischen Einschränkungen vorsichtig zu interpretieren: zum einen wurde keine Gruppe von Pflegeeltern untersucht, die kein Training erhielt; zum anderen basieren die Ergebnisse wiederum lediglich auf Berichten der Pflegeeltern. Schließlich wurde keine follow-up-Untersuchung durchgeführt, die Informationen über die langfristige Effekte geben könnte.

### **3.3.3 Fazit zu interaktionsorientierten Interventionen**

Von den insgesamt fünf beschriebenen Studien, in denen interaktionsorientierte Interventionen evaluiert wurden, basieren drei auf einem randomisierten Kontrollgruppendesign; allerdings wurde in keiner der Studien ein prä-post-Design durchgeführt. Alle drei Studien mit Kontrollgruppendesign stammen aus der Arbeitsgruppe von Mary Dozier (Dozier et al., in preparation; Dozier et al., 2008; Dozier et al., 2006) und evaluierten eine bindungstheoretisch fundierte Intervention („Attachment and Biobehavioral Catch-up“). Es fanden sich positive Auswirkungen des Trainings auf psychophysiologischer, zum Teil auch auf Verhaltensebene. Trotz dieser vielversprechenden Befunde weisen die Studien verschiedene methodische Kritikpunkte auf. Aufgrund fehlender follow-up-Untersuchungen sind keine Aussagen über langfristige Effekte möglich; zudem wurde in keiner der Studien ein Messwiederholungsdesign zugrunde gelegt. Das kindliche Verhalten wurde mittels Elternberichten erhoben; bereits unter 3.1.3 wurde auf die Nachteile von Elternberichten eingegangen. Objektivere Daten in Form einer Verhaltensbeobachtung wurden nach Dozier et al. (in preparation) bereits erhoben, so dass die zukünftigen Befunde aus der Arbeitsgruppe abgewartet werden müssen, um mehr über die positiven Effekte des „Attachment and Biobehavioral Catch-up“-Programms sagen zu können.

Interaktionsbasierte Eltern-Kind-Therapien gelten als evidenzbasierte Therapieform bei kindlichen Verhaltensproblemen; insbesondere bei externalisierenden Verhaltensproblemen gilt diese Therapieform als erfolgreich (Herschell, Calzada, Eyberg & McNeil, 2002). Auch die Ergebnisse der beiden vorhandenen Studien mit Pflegefamilien (McNeil et al., 2005; Timmer et al., 2006) sind insgesamt positiv: sowohl das kindliche Verhalten als auch elterliche Einstellungen und Verhaltensweisen zeigten Veränderung in der erwarteten Richtung. Aus methodischer Perspektive sind beide Studien jedoch kritisch zu sehen, so dass die Befunde nur vorsichtig zu interpretieren sind und bei Pflegekinderstichproben (noch) nicht von einer evidenzbasierten Interventionsform gesprochen werden kann. In keiner der beiden Studien wurden Kontrollgruppen verwendet. Zudem basieren die Ergebnisse, wie bei vielen Studien bereits thematisiert, lediglich

auf Berichten der Pflegeeltern. Keine Aussagen sind über langfristige Effekte bei Pflegekinderstichproben möglich, da jeweils nur eine Nacherhebung unmittelbar nach dem Training stattfand.



### 3.4 Multimodale Interventionsansätze

Multimodale Interventionen beinhalten ein komplexes Vorgehen, das therapeutische und förderliche Maßnahmen beim Pflegekind, Beratung und/oder Verhaltenstrainings für Pflegeeltern sowie organisatorische und soziale Unterstützung der Familien einschließt. Teilweise werden in die therapeutische Arbeit auch die Schule/die Arbeitsumgebung oder die Herkunftsfamilie mit einbezogen. Der Großteil der multimodalen Interventionen in Pflegefamilien lässt sich unter „treatment foster care“ zusammenfassen.

Unter „treatment foster care“<sup>2</sup> im engeren Sinne versteht man eine intensive, familienbasierte Interventionsform, die speziell für Kinder und vor allem Jugendliche entwickelt wurde, deren Probleme bzw. Verhaltensauffälligkeiten sowie ihre aktuellen Lebensumstände ein hohes Risiko für wechselnde Betreuungsformen oder sogar die Notwendigkeit einer geschlossenen Unterbringung (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Jugendstrafvollzugsanstalt) bedingen. Diese Risikogruppe setzt sich aus Kindern und Jugendlichen zusammen, die Traumata, Vernachlässigung oder extreme Zurückweisung erlebt haben, Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten (u.a. Clark et al., 1994), Kindern und Jugendlichen mit ausgeprägtem antisozialen und kriminellen Verhalten (u.a. Chamberlain, 2003a) sowie Kindern und Jugendlichen mit starker gesundheitlicher Beeinträchtigung. Zielgruppe für diese intensive Form der Betreuung sind somit Kinder und Jugendliche, deren emotionale, kognitive und psychische Bedürfnisse weder durch klassische Pflegeverhältnisse noch durch institutionalisierte Betreuungsformen abgedeckt werden können. „Treatment foster care“-Interventionen haben somit das Ziel, die Unterbringung in restriktiven Einrichtungen wie z.B. geschlossenen Wohngruppen zu verhindern. Um dieses Ziel zu erreichen, werden Pflegepersonen ausgewählt und trainiert, um therapeutisch für die Kinder und Jugendlichen zu sorgen. Die Inpflegegabe an sich fungiert somit als Intervention.

Das Betreuungssetting ist ein familiäres, d.h. die Pflegepersonen nehmen die Kinder bzw. Jugendlichen in ihr Haus auf. Die Anzahl der betreuten Kinder und Jugendlichen ist in der Regel klein, zum Teil wird gefordert, dass höchstens ein bis zwei Kinder pro Pflegefamilie aufgenommen werden (Snodgrass, 1989). Die Pflegeeltern erhalten intensive Beratung und Supervision von Fachkräften; dabei steht in der Regel auch eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung bei akuter Krisenzuspitzung zur Verfügung. Die Pflegeeltern werden als Co-Therapeuten und somit als Teil eines multiprofessionellen Teams zur Betreuung der Kinder / Jugendlichen angesehen und erhalten in der Regel eine höhere Bezahlung, als dies bei klassischen Pflegeeltern der Fall ist (Dore & Mullin, 2006; Snodgrass, 1989). Parallel zur Arbeit innerhalb der Pflegefamilien wird in den Programmen häufig auch mit den Herkunftseltern therapeutisch gearbeitet. Dies ist darin begründet, dass die Zeit der Kinder/Jugendlichen in der Pflegefamilie in vielen Programmen nicht auf Dauer angelegt ist, da eine Rückführung in die Herkunftsfamilie das Ziel der Intervention ist.

---

<sup>2</sup> Alternative Begriffe im englischsprachigen Raum sind „specialized foster care“, „therapeutic foster care“; „foster family-based treatment“, „family-based residential treatment“ oder „foster family care“. Im deutschsprachigen Raum werden vergleichbare Konzepte z.B. als „therapeutische Pflegefamilien“ bezeichnet.

Allerdings existieren auch Programme, die nicht als „treatment foster care“ im engeren Sinne bezeichnet werden können, da sie das treatment foster care-Konzept bei bereits bestehenden Pflegeverhältnissen anwenden. In diesem Fall ist nicht, wie bei treatment foster care-Programmen im engeren Sinn, die Inpflegegabe an sich die Intervention.

Verschiedene englischsprachige Überblicksartikel (Hahn *et al.*, 2005; Hahn *et al.*, 2004; Hudson, Nutter & Galaway, 1994; Macdonald & Turner, 2008; Reddy & Pfeiffer, 1997) haben den Forschungsstand zur Effektivität von treatment foster care-Programmen zusammengefasst. Ein zentrales Ergebnis der Überblicksliteratur ist die methodische Heterogenität der durchgeführten Studien. Während Reddy und Pfeiffer (1997) von 40 Studien im Zeitraum von 1974 bis 1996 berichten, die allerdings zum Teil methodisch kritische Designs und Verfahren verwendeten und zum Teil nur Einzelfallanalysen beinhalteten, beschränken sich MacDonald und Turner (2008) auf elf methodisch anspruchsvolle Studien, die ein randomisiertes Kontrollgruppendesign mit Messwiederholung verwenden. Neben der methodischen Heterogenität ist auch die inhaltliche Heterogenität ein zentrales Merkmal. Teilweise verstehen Programme „treatment foster care“ als zeitlich begrenzte therapeutische Intervention, bei dem die Pflegeeltern als Co-Therapeuten die Therapiepläne umsetzen; dies bezieht sich vor allem auf Interventionen mit delinquenten Jugendlichen. Teilweise wird allerdings ein multimodaler Ansatz bei klassischen Pflegeverhältnissen eingesetzt, ohne dass die Pflegeeltern in der oben beschriebenen Weise als Co-Therapeuten fungieren. Schließlich wurden in einigen Studien intensivere Betreuungsformen von Pflegefamilien mit zusätzlichen therapeutischen Angeboten evaluiert (z.B. „enhanced foster care“). Alle Studien fanden im angloamerikanischen Raum statt; deutsche Studien waren nicht eruierbar. Insgesamt werden 22 Studien diskutiert, die multimodale Programme evaluierten.

### **3.4.1 „treatment foster care“-Studien bei delinquenten Jugendlichen**

Insgesamt 11 Studien untersuchten die Wirkung von treatment foster care-Programmen bei Stichproben delinquenter Jugendliche. Alle Studien verwendeten ein randomisiertes Kontrollgruppendesign.

Chamberlain (1990) analysierte mittels eines randomisierten Kontrollgruppendesigns mit Messwiederholung an einer kleinen Stichprobe von 16 delinquenten Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren, inwieweit eine 6-monatige „specialized foster care“-Intervention – im Vergleich zu einer Unterbringung in geschlossenen Einrichtungen der Jugendhilfe – zu einer Reduktion des delinquenten Verhaltens beitragen kann. Eine Beschreibung der Interventionsinhalte findet sich ebenso wie die Übersicht über die abhängigen Variablen in Tabelle 5. Bereits bezüglich der Beendigung des Programms fanden sich Unterschiede zwischen den beiden Gruppen: Jugendliche der „specialized foster care“-Intervention beendeten signifikant häufiger als die Vergleichsgruppe die Maßnahme; Jugendliche der Vergleichsgruppe brachen dagegen häufig die Maßnahme ab.

Tabelle 5: Übersicht über „treatment foster care“-Programme bei delinquenten Jugendlichen (alphabetisch nach Erstautor sortiert)

Studie	N	Design	Stichprobe	Struktur, Aufbau & Dauer Training	Abhängige Variablen
Chamberlain (1990)	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholungsdesign: vor Training &amp; follow-up (1 und 2 Jahre nach Beginn Intervention)</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventionsgruppe: specialized foster care-Programm (n = 8)</li> <li>▪ Vergleichsgruppe: Unterbringung in Jugendwohngruppen (n = 8)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 16 Jugendliche von 13-18 Jahren</li> <li>▪ 63% Jungen</li> </ul>	<b>Bausteine der Intervention</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Spezifische Auswahl und vorbereitendes Training der Pflegeeltern</li> <li>▪ Beratung der Pflegeeltern (Verhaltensmanagement)</li> <li>▪ Tägliche Telefonanrufe durch Fachkraft</li> <li>▪ Wöchentliche Gruppentreffen der Pflegeeltern</li> <li>▪ Familientherapie der Herkunftsfamilie</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorgesehene Dauer: 6 Monate (tatsächlich 142 vs. 146 Tage)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dauer geschlossene Unterbringung (Akten)</li> <li>▪ Stabilität der Jugendlichen im Programm (Akten)</li> </ul>
Chamberlain & Reid (1991)	20	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholungsdesign: vor Training &amp; follow-up (3 und 7 Monate nach baseline)</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventionsgruppe: treatment foster care-Programm (n = 10)</li> <li>▪ Vergleichsgruppe: Unterbringung in Heimen, anderen Einrichtungen der Jugendhilfe, bei leiblicher Familie oder Aufenthalt in Klinik (n = 10)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 20 Kinder (9-18 Jahre) in Psychiatrie (schwere emotionale Störungen)</li> <li>▪ 40% Jungen</li> </ul>	<b>Bausteine der Intervention</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Spezifische Auswahl und vorbereitendes Training der Pflegeeltern</li> <li>▪ Supervision und Beratung der Pflegeeltern</li> <li>▪ Verhaltensmanagement zu Hause &amp; in der Schule (Verstärkerpläne)</li> <li>▪ Einzeltherapie des Kindes/Jugendlichen</li> <li>▪ Familientherapie der Herkunftsfamilie</li> <li>▪ Einzelbetreuung durch Fachkraft</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dauer der Interventionen im Mittel 245 Tage (TFC) vs. 236 Tage (Vergleichsgruppe)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verhaltensprobleme des Pflegekindes (SP und SK, Fragebogen)</li> <li>▪ Soziale Kompetenz/Interaktion des Pflegekindes (SK, Fragebogen)</li> <li>▪ Länge des Aufenthalts in Kinder- und Jugendpsychiatrie</li> </ul>
Chamberlain & Reid (1998) Chamberlain & Moore (1998) Eddy & Chamberlain (2000) Eddy, Whalen & Moore (2004) Leve & Chamberlain (2005)	79	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholungsdesign: vor Training &amp; nach Training (regelmäßige Erhebungen bis 2 Jahre nach baseline)</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventionsgruppe: treatment foster care-Programm (n = 37)</li> <li>▪ Vergleichsgruppe: Unterbringung in betreuten Jugendwohngruppen mit Gruppentherapie und verhaltenstherapeutischem Setting (n = 42)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Delinquente Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren</li> <li>▪ Nur Jungen</li> <li>▪ Ziel: Rückführung der Jugendlichen</li> </ul>	<b>Bausteine der MTFC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Spezifische Auswahl und vorbereitendes Training der Pflegeeltern</li> <li>▪ Supervision und Beratung der Pflegeeltern in Gruppen</li> <li>▪ Tägliche Telefonkontakte zwischen Pflegeeltern und Fachkraft</li> <li>▪ Verhaltensmanagement und -kontrolle in der Schule (Verstärkerpläne)</li> <li>▪ Einzeltherapie des Kindes/Jugendlichen</li> <li>▪ Elterstraining mit den biologischen Eltern</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dauer beider Interventionen im Mittel 174 Tage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stabilität der Jugendlichen im Programm (Akten)</li> <li>▪ Aufenthaltszeiten des Jugendlichen in geschlossener Unterbringung (Akten)</li> <li>▪ Aufenthaltszeiten in Herkunftsfamilie (Akten)</li> <li>▪ Delinquentes Verhalten der Jugendlichen (SK per Fragebogen, Akten)</li> <li>▪ Mediatorvariablen: Supervision, effektive Disziplinierung, Verfügbarkeit von erwachsenen Mentoren, Trennung von delinquenten peers</li> </ul>

Anmerkung. Abhängige Variablen: Selbstbericht der Kinder (SK), Selbstbericht der Pflegeeltern (SP), Fremdrating von Erziehern oder Lehrer (FR), Expertenrating (ER), systematische Verhaltensbeobachtung (VB), standardisierte Tests (Test).

Studie	N	Design	Stichprobe	Struktur, Aufbau & Dauer Training	Abhängige Variablen
Leve & Chamberlain (2005) Leve, Chamberlain & Reid (2005) Leve und Chamberlain (2007) Chamberlain, Leve & DeGarmo (2007)	81	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholungsdesign: vor Training &amp; follow-up (3,6, 12 und 24 Monate nach baseline)</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign</li> <li>▪ Interventionsgruppe: treatment foster care-Programm (n = 37)</li> <li>▪ Kontrollgruppe: Unterbringung in betreuten Jugendwohngruppen mit Gruppentherapie (n = 44)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Delinquente Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren</li> <li>▪ Nur Mädchen</li> <li>▪ Ziel: Rückführung der Jugendlichen</li> </ul>	<b>Bausteine des treatment foster care</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Spezifische Auswahl und vorbereitendes Training der Pflegeeltern</li> <li>▪ Supervision und Beratung der Pflegeeltern</li> <li>▪ Tägliche Telefonkontakte zwischen Pflegeeltern und Fachkraft</li> <li>▪ Einzeltherapie des Kindes/Jugendlichen</li> <li>▪ Individuelle Arbeit der Jugendlichen mit einem Fertigkeitstrainer</li> <li>▪ Elternttraining mit den biologischen Eltern</li> <li>▪ Dauer beider Interventionen im Mittel 174 Tage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dauer geschlossener Unterbringung in z.B. Jugendstrafvollzugsanstalt (Akten)</li> <li>▪ Kriminelle Handlungen (Akten)</li> <li>▪ Delinquentes Verhalten (SP und SK, Fragebogen)</li> <li>▪ Schulbesuch (SK und SP, Telefoninterview, 3 und 6 Monate nach Beginn )</li> <li>▪ Schulisches Engagement (SK und SP, Telefoninterview, 3 und 6 Monate nach Beginn)</li> </ul>

Anmerkung. Abhängige Variablen: Selbstbericht der Kinder (SK), Selbstbericht der Pflegeeltern (SP), Fremdrating von Erziehern oder Lehrer (FR), Expertenrating (ER), systematische Verhaltensbeobachtung (VB), standardisierte Tests (Test).

Die Befunde der follow-up-Untersuchungen belegen zudem, dass Jugendliche der Interventionsgruppe in den 2 Jahren nach Beginn des Programms signifikant weniger Zeit in geschlossener Unterbringung verbrachten als Jugendliche der Kontrollgruppe. Wenngleich die Befunde von Chamberlain (1990) insgesamt vielversprechend waren, sind Verallgemeinerungen aufgrund der kleinen Stichprobengröße kaum möglich. Ebenso können aufgrund der verwendeten abhängigen Variablen keine Aussagen über die allgemeine Anpassung der Jugendlichen gemacht werden.

Chamberlain und Reid (1991) untersuchten auf Basis eines randomisierten Kontrollgruppendesigns mit Messwiederholung die Wirksamkeit eines therapeutischen Pflegefamilienkonzepts im Vergleich zur Unterbringung in stationären Jugendhilfeeinrichtungen / Kliniken / Herkunftsfamilie an einer Stichprobe von 20 neun bis 18 Jahre alten Kindern und Jugendlichen mit schwerwiegenden emotionalen Störungen. Zur Evaluation wurden die Verhaltensprobleme sowie die soziale Kompetenz der Kinder/Jugendlichen per Fragebogen (per Selbsteinschätzung sowie durch Einschätzung der Bezugspersonen) erfasst. Außerdem wurde die Dauer der stationär-psychiatrischen Aufenthalte erfasst. Die Nacherhebung fand drei und sieben Monate nach der Eingangserhebung statt. Die Ergebnisse belegen, dass Kinder, die in therapeutischen Pflegefamilien untergebracht waren, weniger häufig stationär-psychiatrisch aufgenommen wurden. Zudem sanken die von den Kindern und Jugendlichen berichteten psychischen Probleme ebenso wie die von den Pflegeeltern berichteten Auffälligkeiten stärker in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe. Kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen zeigte sich für die soziale Kompetenz der Kinder und Jugendlichen. Einschränkend ist anzumerken, dass die von Chamberlain und Reid (1991) berichteten Befunde eine geringe statistische Power aufweisen, da die ohnehin sehr kleine Stichprobe durch dropout einzelner Teilnehmer in beiden Gruppen zusätzlich reduziert wurde.

Aufbauend auf den Befunden von Chamberlain und Reid (1991) analysierte die Forschergruppe um Patricia Chamberlain (Chamberlain & Moore, 1998; Chamberlain & Reid, 1998; Eddy & Chamberlain, 2000; Eddy, Whaley & Chamberlain, 2004; Leve & Chamberlain, 2005) an einer größeren Stichprobe von delinquenten Jungen im Alter von 12-17 Jahren die Auswirkungen eines „multidimensional treatment foster care MTFC“-Programmes im Vergleich zu einer Unterbringung in Jugendwohngruppen. Die Befunde sind in vier Veröffentlichungen zusammengefasst (vgl. Tabelle 5). Zentrale Elemente des MTFC-Programms waren dabei eine spezifische Auswahl der Pflegeeltern mit zusätzlicher Vorbereitung durch ein Preservice-Training, regelmäßige Supervision und Beratung der Pflegeeltern in Gruppen, tägliche Telefonkontakte zwischen Pflegeeltern und Fachkräften, die Implementierung von Verhaltensmanagementstrategien in der Schule, eine Einzeltherapie des Kindes/Jugendlichen sowie – wenn möglich – ein Elterntaining mit den Herkunftseltern. Zur Evaluation wurde ein randomisiertes Kontrollgruppendesign mit Baseline- sowie mehreren follow-up-Erhebungen bis 2 Jahren nach Beginn des Programms verwendet; die

abhängigen Variablen bezogen sich auf verschiedene Aspekte des delinquenten Verhaltens (vgl. Tabelle 5). Chamberlain und Reid (1998) sowie Chamberlain und Moore (1998) wiesen nach, dass Jungen der MTFC-Gruppe signifikant häufiger das Programm zu Ende führten, seltener ausrissen und weniger häufig geschlossen untergebracht werden mussten als Jugendliche der Kontrollgruppe. Im Zeitraum vom Abschluss des Programms bis ein Jahr danach hatten die Jugendlichen der MTFC-Gruppe zudem signifikant mehr Zeit in ihren Herkunftsfamilien verbracht als Jugendliche der Vergleichsgruppe. Auch bezüglich des delinquenten Verhaltens zeigten sich positive Effekte: Jugendliche der MTFC-Gruppe berichteten ein Jahr nach Abschluss des Programms von signifikant weniger delinquentem Verhalten als Jugendliche der Vergleichsgruppe; bestätigt wurden diese Befunde auch durch polizeiliche Akten, da Jugendliche der „treatment foster care“-Gruppe signifikant weniger kriminell auffällig wurden als Jugendliche aus den Jugendwohngruppen. Eddy, Whaley und Chamberlain (2004) konnten sogar zwei Jahre nach Beginn des Programms positive Effekte der MTFC-Intervention auf das delinquente Verhalten der Jugendlichen (Selbstbericht und offizielle Statistiken) nachweisen. In einer zusätzlichen Studie wiesen Eddy und Chamberlain (2000), nach, dass die positiven Effekte der MTFC-Intervention auf das gewalttätige Verhalten der Jugendlichen vor allem durch die Verfügbarkeit eines erwachsenen Mentoren für den Jugendlichen sowie durch die Trennung von delinquenten peers vermittelt werden.

Eine weitere Gruppe von Studien aus der Forschergruppe um Patricia Chamberlain (Chamberlain, Leve & DeGarmo, 2007; Leve & Chamberlain, 2005; , 2007; Leve, Chamberlain & Reid, 2005) untersuchte die Auswirkungen der MTFC-Intervention auf eine Stichprobe delinquenter jugendlicher Mädchen (N= 81). Wiederum basierten die Studien auf einem randomisierten Kontrollgruppendesign (MTFC vs. betreute Jugendeinrichtungen) mit Baseline- sowie mehreren follow-up-Untersuchungen bis zwei Jahren nach Beginn des Programms. Zur Evaluation wurden neben Daten zum delinquenten Verhalten der Mädchen auch die Dauer in geschlossener Unterbringung sowie das schulische Engagement der Mädchen durch Selbstauskünfte sowie Befragung der Bezugspersonen erhoben (vgl. Tabelle 5). Die Befunde von Leve, Chamberlain und Reid (2005) bezüglich des delinquenten Verhaltens der Mädchen waren, dass Mädchen der Interventionsgruppe im ersten Jahr nach Beginn des Programms signifikant weniger Tage in geschlossener Unterbringung verbrachten und tendenziell weniger polizeilich registrierte Straftaten begingen als Mädchen der Kontrollgruppe. Außerdem berichteten die Pflegeeltern von einer signifikant stärkeren Abnahme delinquenten Verhaltens als die Bezugspersonen der Vergleichsgruppe. Auch bei der Anzahl selbstberichteter delinquenter Handlungen zeigte sich in beiden Gruppen eine Reduktion; signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen fanden sich aber nicht. Zusätzliche Analysen zwei Jahre nach Beginn des Programms (Chamberlain et al., 2007) bestätigten die Vorteile des MTFC-Programms gegenüber der Kontrollbedingung: die Mädchen der Interventionsgruppe zeigten auch zwei Jahre nach Beginn des Programms eine stärkere Reduktion an de-

linquentem Verhalten – operationalisiert durch polizeilich registrierte Straftaten, Dauer in geschlossener Unterbringung sowie Selbstberichten über delinquente Handlungen - als Mädchen der Kontrollgruppe. Die Befunde von Leve und Reid (Leve & Chamberlain, 2007) belegten schließlich, dass die Mädchen in der MTFC-Gruppe sich auch im schulischen Bereich signifikant positiver entwickelten als die Mädchen der Vergleichsgruppe. Mädchen der Interventionsgruppe besuchten drei und sechs Monate nach Beginn der Intervention signifikant häufiger die Schule und erledigten signifikant häufiger ihre Hausaufgaben als Mädchen der Kontrollgruppe. Jedoch sind aufgrund des Designs keine Aussagen über das schulbezogene Engagement über die Dauer der Intervention hinaus möglich.

**Fazit.** Insgesamt belegen die vorhandenen Studien positive Effekte von treatment foster care-Konzepten bei delinquenten Jugendlichen. Es wird deutlich, dass die komplexen treatment foster care-Interventionen zu einer Reduktion gewalttätigen Verhaltens bei Jugendlichen mit einer kriminellen Vergangenheit beitragen und somit insbesondere für Jugendliche, die alternativ nur in geschlossenen Betreuungseinrichtungen untergebracht werden können, eine ökonomisch und psychologisch reizvolle Alternative darstellen (Hahn et al., 2005). Aus methodischer Perspektive sind die beschriebenen Studien als hochwertig anzusehen; es wurde jeweils ein Kontrollgruppendesign mit Messwiederholung verwendet, mit einer Ausnahme erfolgte die Zuordnung zu den Gruppen randomisiert. Zudem wurden die positiven Effekte bis zwei Jahre nach Beginn der Intervention nachgewiesen. Kritisch ist lediglich anzumerken, dass die Vergleichsintervention der Jugendlichen in betreuten Jugendwohngruppen nur ungenau beschrieben wird, so dass – trotz einzelner Mediationsanalysen von Eddy und Chamberlain (Eddy & Chamberlain, 2000) – keine endgültigen Rückschlüsse darüber möglich sind, welche Komponenten des treatment foster care-Programms die positiven Effekte vermitteln.

### **3.4.2 „treatment foster care“ bei jüngeren Kinder / bereits laufenden Pflegeverhältnissen**

Wie bereits erwähnt, wurden treatment foster care-Programme zunächst vor allem als Intervention für Jugendliche mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten, wie z.B. delinquentem Verhalten entwickelt (vgl. z.B. Chamberlain, 2003b; Meadowcroft, 1989). Weitere Studien untersuchten jedoch die Wirksamkeit von treatment foster care-Programmen auch bei anderen Stichproben, z.B. Pflegekindern mit schweren emotionalen Störungen sowie jüngeren Pflegekindern, die schwerwiegende Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen hatten (vgl. Tabelle 6).

Die Arbeitsgruppe um Clark überprüfte in zwei Studien (Clark et al., 1998; Clark et al., 1994) die Effektivität des „Foster Individualized Assistance Program (FIAP)“. Im Unterschied zu dem von Chamberlain und Kollegen evaluierten Programm wurde das FIAP-Programm für Kinder und Jugendliche entwickelt, die sich bereits in Pflegefamilien oder einer Notpflegeunterkunft befanden.

den und entweder emotionale Störungen bzw. Störungen des Sozialverhaltens aufwiesen oder ein hohes Risiko für die Entwicklung dieser Störungen hatten. Zur Einschätzung dieses Risikos erfolgte vor Beginn ein Risikoscreening (vgl. Clark et al., 1998). Im Gegensatz zu den bereits beschriebenen treatment foster care-Konzepten basiert das FIAP vor allem auf der individuellen Beratung der Kinder/Pflegefamilien durch einen „Familienspezialisten“.

Zentrale Bausteine des FIAP waren a) die ausführliche Anamnese von Stärken und Potential von Kind und Familie („strength-based assessment“), b) wöchentliche Treffen der zentralen Bezugspersonen des Kindes mit Therapeuten, c) die Entwicklung von individuell ausgerichteten Therapieangeboten (z.B. Einzeltherapie, Familientherapie für Herkunftsfamilie, Therapie für Pflegeeltern, Berufsberatung) sowie d) Hilfe bei der Suche nach Unterstützung im natürlichen Umfeld. Die Evaluation – basierend auf einem randomisierten Kontrollgruppendesign mit Messwiederholung bis dreieinhalb Jahre nach der Eingangserhebung – belegte positive Effekte des FIAP-Programms auf verschiedene Lebensbereiche. Zunächst zeigte sich, dass Jugendliche der FIAP-Gruppe im Vergleich zu Jugendlichen der Kontrollgruppe schneller und dreieinhalb Jahre nach Beginn der Studie auch häufiger in einer dauerhaften Unterbringung waren; dieser Effekt war allerdings lediglich bei älteren Kindern/Jugendlichen zu finden. Für jüngere Kinder fanden sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Zudem rissen Kinder/Jugendliche der FIAP-Gruppe im Studienzeitraum signifikant weniger aus. Zusätzliche Extremgruppenanalysen ergaben dahingehend weitere Effekte der Intervention, dass Kinder/Jugendliche der FIAP-Gruppe seltener extreme Werte bzgl. der Anzahl an Unterbringungswechseln, Dauer des Weglaufens sowie der Dauer der Inhaftierung zeigten. Bezüglich der untersuchten schulischen Variablen ergaben sich lediglich bei zusätzlichen Extremgruppenanalysen positive Effekte der Intervention: extrem häufig suspendierte Kinder/Jugendliche waren signifikant häufiger in der Kontrollgruppe als in der FIAP-Gruppe. Bezüglich der Verhaltensprobleme zeigte sich lediglich für Jungen ein positiver Effekt der Intervention: bei Jungen der FIAP-Gruppe nahmen sowohl externalisierende Verhaltensprobleme als auch delinquentes Verhalten stärker ab als bei Jungen der Kontrollgruppe. Bei Mädchen fand sich dieser Effekt jedoch nicht.

Insgesamt zählen die Studien von Clark und Prange (1994) sowie Clark et al. (1998) zu den methodisch gut angelegten Studien; es wurde ein randomisiertes Kontrollgruppendesign mit Messwiederholung über einen Zeitraum von dreieinhalb Jahren zugrunde gelegt; die abhängigen Variablen beschränken sich nicht nur auf Berichte der Bezugspersonen, sondern beziehen auch Selbstberichte sowie Daten aus Akten ein. Die Befunde belegen einerseits, dass in einigen Bereichen mit zunehmendem Alter der Kinder das problematische Verhalten generell ansteigt, dass aber ein intensives Trainingsprogramm wie das FIAP dazu beitragen kann, diese negative Entwicklung zumindest zu moderieren. Allerdings wurde wiederum deutlich, dass eine positive Veränderung des kindlichen Problemverhaltens trotz intensiver Maßnahmen nicht durchgängig erreicht werden konnte.



Tabelle 6: Übersicht über „treatment foster care“-Studien bei bei jüngeren Kinder / bereits laufenden Pflegeverhältnissen (alphabetisch nach Erstautor sortiert)

Studie	N	Design	Stichprobe	Struktur, Aufbau & Dauer Training	Abhängige Variablen
Chamberlain, Moreland & Reid (1992)	72	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholungsdesign: vor Training &amp; follow-up (3, 6 und 9 Monate nach baseline)</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventionsgruppe: intensive Beratung der Pflegeeltern plus 70\$/Monat zusätzliche Bezahlung (n = 31)</li> <li>▪ Kontrollgruppe 1: 70\$/Monat zusätzliche Bezahlung (n = 14)</li> <li>▪ Kontrollgruppe: übliche Beratung der Pflegeeltern (n = 27)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kinder zwischen 4-7 Jahren</li> <li>▪ 39% Jungen</li> </ul>	<b>Bausteine der Intervention</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wöchentliche Treffen (2 Stunden/Woche) mit anderen Pflegeeltern, Vermittlung von Verhaltensmanagement-Methoden</li> <li>▪ 3mal wöchentliche Telefonkontakte mit Fachkraft; Angebot von Beratung</li> <li>▪ 70\$/Monat zusätzliche Bezahlung</li> <li>▪ Dauer der Intervention: 3 Monate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verhaltensprobleme des Pflegekindes (SP, Fragebogen; nur baseline und 3 Monate)</li> <li>▪ Rückgabe der Lizenz als Pflegeeltern (Akten, 2 Jahre nach Beginn)</li> <li>▪ Stabilität Pflegeverhältnis (Akten)</li> <li>▪ Erziehungsverhalten, soziale Kompetenz und Persönlichkeit der Pflegeeltern (ER, Fragebogen, nur baseline)</li> <li>▪ Effektivität des Trainings (SP, ER)</li> </ul>
Clark & Prange (1992)  Clark, Prange, Lee, Stewart, McDonald & Boyd (1998)	131	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholungsdesign: vor Training &amp; nach Training ( in 6-Monats-Intervallen bis 3.5 Jahre nach baseline)</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventionsgruppe: Fostering Individualized Assistance Program (n = 54)</li> <li>▪ Kontrollgruppe: übliche Pflegeverhältnisse (n = 77)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pflegekinder zwischen 7-15 Jahren</li> <li>▪ 60% Jungen</li> </ul>	<b>Bausteine der Intervention</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausführliche Anamnese von Stärken und Potential von Kind und Familie</li> <li>▪ Wöchentliche Treffen der zentralen Bezugspersonen des Kindes mit Therapeuten</li> <li>▪ Individuelle ausgerichtete Therapieangebote (Einzeltherapie, Therapie für Pflegeeltern und Herkunftseltern, Berufsberatung usw.)</li> <li>▪ Hilfe bei der Unterstützungssuche im natürlichen Umfeld</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stabilität der Unterbringung (Akten)</li> <li>▪ Anzahl und Dauer von Weglaufen (Akten)</li> <li>▪ Dauer Inhaftierung (Akten)</li> <li>▪ Schulische Variablen: Dauer Anwesenheit, Anzahl Suspensionen, Schulwechsel (Akten)</li> <li>▪ Verhaltensprobleme des Kindes (SK,SP, Fragebogen &amp; Interview)</li> <li>▪ Häufigkeit delinquenten Verhaltens (Akten)</li> </ul>
Evans, Armstrong, Kuppinger, Huz & McNulty (1998)  Evans, Armstrong & Kuppinger (1996)		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholungsdesign: vor Training &amp; nach Training (bis 6 Monate nach Ende des Programms)</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Family-centered intensive case management FCICM“ – intensive Betreuung der Herkunftseltern (n = 27)</li> <li>▪ “family-based treatment FBT” – Unterbringung der Kinder in therapeutischen Pflegefamilien (n = 15)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 6-12jährige Kinder</li> <li>▪ Kinder/Jugendliche mit schwerwiegenden emotionalen Störungen, die fremduntergebracht werden sollten</li> <li>▪ 90% Jungen</li> </ul>	<b>Bausteine des FCICM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ziel: Verbleib der Familien in Herkunftsfamilien</li> <li>▪ Methoden: Beratung und Training der Eltern, Krisendienst, Einzeltherapie des Kindes/Jugendlichen, Gruppentreffen der Eltern</li> </ul> <b>Bausteine des FBT</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ziel: dauerhafte Unterbringung der Kinder</li> <li>▪ Basis: Professionelle Pflegeeltern als Therapeuten</li> <li>▪ Methoden: Auswahl der Pflegeeltern, Supervision und Beratung der Pflegeeltern, Krisendienst, Einzeltherapie des Kindes/Jugendlichen, Gruppentreffen der Pflegeeltern, höhere Bezahlung der Pflegeeltern, Einbezug der Herkunftseltern</li> <li>▪ Dauer der Programme: 216 vs. 411 Tage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Funktionsniveau des Kindes/Jugendlichen (ER, Fragebogen)</li> <li>▪ Kindliche Verhaltensprobleme (SP, FR, Fragebogen)</li> <li>▪ Selbstkonzept des Kindes (SK, Fragebogen)</li> <li>▪ Anpassung der Familie und Kohäsion (alle Familienmitglieder über 12 Jahre, Fragebogen)</li> </ul>

Anmerkung. Abhängige Variablen: Selbstbericht der Kinder (SK), Selbstbericht der Pflegeeltern (SP), Fremdrating von Erziehern oder Lehrer (FR), Expertenrating (ER), systematische Verhaltensbeobachtung (VB), standardisierte Tests (Test).

Studie	N	Design	Stichprobe	Struktur, Aufbau & Dauer Training	Abhängige Variablen
Fisher, Gunnar, Chamberlain & Reid (2000)	30	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholungsdesign: vor Training (nach Pflegebeginn) &amp; 3 Monate nach Training</li> <li>▪ Kontrollgruppendesign (nicht randomisiert)</li> <li>▪ Interventionsgruppe: early intervention foster care (n = 10)</li> <li>▪ Kontrollgruppe 1: Pflegefamilien mit regulären Betreuung (n = 10)</li> <li>▪ Kontrollgruppe 2: bei ihren biologischen Eltern aufwachsende Kinder (n = 10)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3-6jährige Kinder</li> <li>▪ 70% Jungen</li> </ul>	<p><b>Bausteine des early intervention foster care</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorbereitendes Training der Pflegeeltern</li> <li>▪ Supervision und Beratung der Pflegeeltern                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tägliche Telefonkontakte</li> <li>▪ Wöchentliche Gruppentreffen</li> <li>▪ Krisentelefon</li> </ul> </li> <li>▪ Individuelle verhaltenstherapeutische Arbeit mit den Kindern</li> <li>▪ Elterstraining mit den biologischen Eltern</li> </ul> <p>Dauer der Intervention: ca. 3 Monate</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elterliches Erziehungsverhalten (SP, Fragebogen, baseline und 3 Monate später)</li> <li>▪ Belastung der Pflegeeltern durch das kindliche Verhalten (SP, Telefoninterview, baseline und 3 Monate später)</li> <li>▪ Verhaltensprobleme des Kindes (SP, Fragebogen CBCL, baseline und 3 Monate später)</li> <li>▪ Hormonale Stressreaktionen des Kindes (Test)</li> </ul>
Fisher, Burraston & Pears (2005)	90	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholungsdesign: vor Training &amp; follow-up (alle 3 Monate bis 2 Jahre nach Beginn)</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign</li> <li>▪ Interventionsgruppe: early intervention foster care mit Intensivbetreuung (n = 47)</li> <li>▪ Kontrollgruppe: Pflegefamilien mit regulären Betreuung (n = 43)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3-6jährige Kinder</li> <li>▪ 66% bzw. 60% Jungen</li> </ul>	<p><b>Bausteine des early intervention foster care</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ siehe oben</li> </ul> <p>Dauer der Intervention: ca. 6-9 Monate</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Art der dauerhaften Unterbringung: Rückführung, Adoption durch Verwandte, Adoption durch Nicht-Verwandte (Akten)</li> <li>▪ Scheitern einer dauerhaften Unterbringung (Akten)</li> </ul> <p>Kontrollvariablen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wechsel der Unterbringung (Akten)</li> <li>▪ Vorherige Dauer in Pflege (Akten)</li> </ul>
Fisher & Kim (2007) Fisher, Gunnar, Dozier, Bruce & Pears (2007) Fisher & Stooliller (2008)	177	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholungsdesign: vor Training &amp; follow-up (3,6,9 und 12 Monate nach baseline)</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign</li> <li>▪ Interventionsgruppe: MTFC-P (n = 57)</li> <li>▪ Kontrollgruppe 1: Pflegefamilien mit regulären Betreuung (n = 60)</li> <li>▪ Kontrollgruppe 2: Kinder, die in ihren Herkunftsfamilien lebten (n = 60)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3-5jährige Kinder (M = 4.3 bzw. 4.5 Jahre)</li> <li>▪ mindestens 3 Monate bereits in Pflege</li> <li>▪ 58% bzw. 49% Jungen</li> </ul>	<p><b>Bausteine des MTFC-P</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorbereitendes Training der Pflegeeltern</li> <li>▪ Supervision und Beratung der Pflegeeltern                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tägliche Telefonkontakte</li> <li>▪ Wöchentliche Gruppentreffen</li> <li>▪ Krisentelefon</li> </ul> </li> <li>▪ Einzeltherapie mit den Kindern</li> <li>▪ Elterstraining mit den biologischen Eltern</li> </ul> <p>Dauer der Intervention: ca. 9-12 Monate</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bindungsverhalten: sicher, vermeidend, ambivalent (SP, Tagebuch)</li> <li>▪ Elterlicher Stress im Umgang mit den kindlichen Verhaltensproblemen (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Physiologisches Stressniveau der Kinder (Test)</li> </ul> <p>Kontrollvariable:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alter bei ersten Inpflegegabe (Akten)</li> </ul>
Rubinstein, Armentrout, Levin & Herald (1976)	131	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholungsdesign: vor Training &amp; Messung bei Verlassen des Programms</li> <li>▪ Kontrollgruppendesign (nicht randomisiert)</li> <li>▪ „parent-therapist program“ (n = 24)</li> <li>▪ Kontrollgruppe: stationäre Jugendhilfeeinrichtung (n = 38)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pflegekinder zwischen 6-12 Jahren</li> <li>▪ 78% Jungen</li> <li>▪ Kinder mit schwerwiegenden emotionalen Störungen</li> </ul>	<p><b>Bausteine des parent therapist program</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorbereitendes Training der Pflegeeltern</li> <li>▪ Wöchentliche Gruppentreffen der Pflegeeltern (Training und Supervision)</li> <li>▪ Bildung von „erweiterten Familien“ (Pflegeelternetzwerke)</li> </ul> <p>Dauer der Intervention im Mittel 18.7 Monate</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intelligenz (test)</li> <li>▪ Leistungsvermögen: Lesen ,Rechnen und Buchstabieren(Test)</li> <li>▪ Lesefähigkeit (Test)</li> <li>▪ Verhaltensprobleme (Fragebogen)</li> </ul>

Anmerkung. Abhängige Variablen: Selbstbericht der Kinder (SK), Selbstbericht der Pflegeeltern (SP), Fremdrating von Erziehern oder Lehrer (FR), Expertenrating (ER), systematische Verhaltensbeobachtung (VB), standardisierte Tests (Test)

Rubinstein, Armentrout, Levin und Herald (1978) evaluierte das so genannte „parent-therapist program“, bei dem die Pflegeeltern als Therapeuten der Kinder eingesetzt werden. Aufbauend auf einem vorbereitenden Training von selektiv ausgewählten Pflegeeltern wurde in wöchentlichen Gruppentreffen Wissen über verschiedene Aspekte der kindlichen Entwicklung vermittelt (z.B. Wissen über normale und abweichende Entwicklung, geeignete Verhaltensstrategien bei grenzüberschreitendem Verhalten). Neben der Wissensvermittlung erhielten die Pflegeeltern in den Sitzungen Supervision; zudem wurde gemeinsam der Behandlungsplan für das Kind erarbeitet, und so genannte „erweiterte Familien“ (Pflegeelternnetzwerke, die sich gegenseitig unterstützten) wurden gebildet. In der Studie wurden 27 Pflegekinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren, deren Eltern am „parent therapist program“ teilnahmen, mit einer Gruppe von 45 in Einrichtungen der Jugendhilfe untergebrachten Kindern/Jugendlichen verglichen. Zur Evaluation wurden verschiedene Testverfahren zur Intelligenz- und Leistungsmessung sowie ein Fragebogen zum kindlichen Problemverhalten vor und nach dem Training durchgeführt. Die Befunde zeigten zunächst, dass sich in beiden Gruppen die Leistungen im Lesen, Schreiben und Rechnen verbesserten und das Ausmaß an Problemverhalten sank, in keiner der beiden Gruppen zeigten sich Veränderungen in der Intelligenz. Die Evaluation des „Parent Therapist Program“ verlief jedoch negativ, es zeigten sich keinerlei signifikante Unterschiede zwischen der Trainings- und der Kontrollgruppe. Insgesamt konnte also nicht belegt werden, dass das „parent-therapist-program“ – zumindest hinsichtlich der untersuchten Variablen - einer Unterbringung in stationären Jugendhilfeeinrichtungen überlegen ist.

Aufbauend auf den Befunden der Arbeitsgruppe von Chamberlain zum MTFC-Programm wurde am Oregon Social Learning Center (für einen Überblick vgl. Fisher, Ellis & Chamberlain, 1999) das so genannte „Early Intervention Foster Care“ (EIFC)-Programm<sup>3</sup> - angepasst für Kinder im Vorschulalter, die aufgrund von Misshandlung und/oder Vernachlässigung inobhut genommen wurden - entwickelt. Alle fünf vorliegenden empirischen Studien (Fisher, Burraston & Pears, 2005; Fisher, Gunnar, Chamberlain & Reid, 2000; Fisher, Gunnar, Dozier, Bruce & Pears, 2006; Fisher & Kim, 2007; Fisher & Stoolmiller, 2008) basieren auf einem Kontrollgruppensign; in vier der Studien erfolgte die Zuordnung zu den Gruppen randomisiert (vgl. Tabelle 6).

Fisher et al. (2000) verglich am EIFC-Programm teilnehmende Pflegefamilien mit Pflegefamilien ohne spezifisches Training sowie mit einer Gruppe von Kindern, die bei ihren biologischen Eltern aufwuchsen und die keine Misshandlung oder Vernachlässigung erfahren hatten. Die Zuordnung zu den Gruppen erfolgte in dieser Studie nicht randomisiert, und die Pflegekinder der EIFC-Gruppe zeigten vor Teilnahme am Programm signifikant mehr Verhaltensprobleme als die Pflegekinder in herkömmlichen Pflegefamilien. Die Erhebungen wurden wenige Wochen nach Beginn des Pflegeverhältnisses sowie drei Monate später durchgeführt. Im Elternverhalten zeig-

---

<sup>3</sup>In den Studien von Fisher und Kim (2007), Fisher et al. (2007) sowie Fisher und Stoolmiller (2008) wird das Programm als „multidimensional treatment foster care for preschoolers MTFC-P“ bezeichnet

ten sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Pflegeelterngruppen, die auch drei Monate später noch vorlagen. Die Pflegeeltern der EIFC-Gruppe berichteten bei beiden Zeitpunkten vergleichbare Erziehungstechniken wie die Kontrollgruppe, während die Pflegeeltern ohne spezifische Beratung zu beiden Zeitpunkten weniger angemessene Erziehungstechniken verwendeten. Bei allen drei Gruppen nahmen konsistente Disziplinierungsmaßnahmen über die Zeit ab. Signifikante positive Effekte für das EIFC-Programm ergaben sich dagegen für die kindlichen Verhaltensprobleme. Pflegeeltern der EIFC-Gruppe berichteten drei Monate nach Beginn des Programms von signifikant weniger Verhaltensproblemen des Kindes als zu Beginn des Programms, während bei der Vergleichsgruppe von Pflegefamilien eine Zunahme an kindlichen Verhaltensproblemen erkennbar war. Keine signifikanten Veränderungen zeigten sich bei der Kontrollgruppe. Ein vergleichbares Muster deutete sich bei dem von den Eltern berichteten Stressniveau an; allerdings waren hier die Effekte nicht signifikant. Hinsichtlich der kindlichen autonomen Stressregulation fanden sich in der baseline-Erhebung systematische Unterschiede zwischen den Gruppen: die EIFC-Gruppe wies im Gegensatz zu den anderen beiden Gruppen einen Anstieg des Cortisol-Levels zwischen Mittag und Abend auf. Diese Auffälligkeit zeigte sich zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr, was die Autoren als Effekt der Intervention werten. Die Studienergebnisse belegten insgesamt den Erfolg des EIFC-Programms: sowohl auf physiologischer Ebene als auch im Verhalten zeigten die Kinder der EIFC-Gruppe eine positive Entwicklung; weniger eindeutig waren die Befunde für die elterlichen Variablen. Die Befunde der Studie sind jedoch aufgrund der kleinen Stichprobengröße sowie der fehlenden randomisierten Zuordnung zu den Gruppen kritisch zu betrachten. Insbesondere der letztgenannte Punkt ist kritisch, da die Pflegekinder der EIFC-Gruppe mehr Traumata und schwerwiegendere Misshandlungen in der Herkunftsfamilie erfahren hatten als die Vergleichsgruppe; zudem unterschied sich das Erziehungsverhalten der beiden Pflegefamiliengruppen bereits in der Eingangserhebung signifikant.

Aufgrund der Defizite der ersten Studie überprüften Fisher et al. (2005) die Wirkung des EIFC-Programms an einer größeren Stichprobe unter Verwendung eines randomisierten Kontrollgruppendedesigns. Untersucht wurde, inwieweit das EIFC-Programm die erfolgreiche Vermittlung in eine dauerhafte Unterbringung fördert. Dazu wurde eine Gruppe von Kindern mit Standardbetreuung in einer Pflegefamilie mit einer Gruppe von Pflegefamilien verglichen, die an dem EIFC-Programm teilnahmen. Die Befunde ergaben, dass die Art der dauerhaften Unterbringung sich nicht signifikant zwischen beiden Gruppen unterschied; jedoch lag die Quote an erfolgreich vermittelten Dauerunterbringungen in der EIFC-Gruppe deutlich höher (90%) als in der Vergleichsgruppe (64%). Es zeigte sich zudem ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen der Gruppenzugehörigkeit und der Anzahl vorheriger Fremdunterbringungen. Bei Kindern in Standard-Pflegefamilien sank die Wahrscheinlichkeit, erfolgreich in eine dauerhafte Unterbringung vermittelt zu werden, mit zunehmender Anzahl an vorherigen Fremdunterbringungen. Dieser Effekt zeigte sich jedoch nicht in der EIFC-Gruppe; hier war der Erfolg einer dauerhaften Unter-

bringung unabhängig von der Anzahl vorheriger Fremdunterbringungen. Insgesamt weisen die Befunde von Fisher et al. (2005) darauf hin, dass eine intensive Betreuung der Pflegefamilien die Vermittlung des Kindes in eine dauerhafte Unterbringung positiv fördern kann. Um abschließende Aussagen über die Förderung von dauerhaften Unterbringungen durch eine EIFC-Intervention machen zu können, wäre die Erfassung der längerfristigen Stabilität notwendig. Zudem sollten zukünftige Studien kindbezogene Variablen sowie die Qualität der Familienbeziehung einbeziehen.

In insgesamt drei Studien, die auf der gleichen Ausgangsstichprobe basieren, untersuchte die Arbeitsgruppe von Philip Fisher (Fisher et al., 2006; Fisher & Kim, 2007; Fisher & Stoolmiller, 2008) die Wirkung des „multidimensional treatment foster care for preschoolers MTFC-P“. In den Studien wurden insgesamt drei Gruppen verglichen: 57 Pflegefamilien, die am MTFC-P-Programm teilnahmen, 60 Pflegefamilien mit regulärer staatlicher Betreuung sowie 60 Pflegekinder ohne Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen, die bei ihren leiblichen Eltern lebten. Die Zuordnung der Pflegekinder zu den beiden Gruppen erfolgte randomisiert. Die Erhebungen wurden wenige Monate nach Beginn des Pflegeverhältnisses sowie in regelmäßigen Abständen (alle drei Monate) bis ein Jahr nach Beginn des Programms durchgeführt. Als abhängige Variable wurde zunächst das von den Pflegeeltern anhand eines Tagebuchs eingeschätzte Bindungsverhalten des Kindes (sicher, vermeidend, ambivalent) erfasst; diese Daten wurden nur für die beiden Pflegekinderstichproben berichtet. Zudem wurde monatlich an jeweils zwei Tagen morgens und abends per Speichelprobe das Stresshormon Cortisol bei den (Pflege-)Kindern gemessen. Schließlich wurde per Fragebogen der von den (Pflege-)Eltern erlebte Stress im Umgang mit den kindlichen Verhaltensproblemen erfasst (vgl. Tabelle 6). Die Befunde zum Bindungsverhalten zeigten zunächst, dass Kinder der MTFC-P-Gruppe im Verlauf des Untersuchungszeitraums im Vergleich zur Kontrollgruppe einen signifikanten Anstieg in sicherem Bindungsverhalten sowie eine signifikante Abnahme an vermeidendem Bindungsverhalten aufwiesen. Bei beiden Gruppen fand sich eine Abnahme von ambivalentem Verhalten über den Zeitraum von einem Jahr. Die Analysen zeigten zudem differentielle Effekte in Abhängigkeit vom Alter der Kinder bei der ersten Inpflegegabe: während das sichere Bindungsverhalten in der Kontrollgruppe stärker zunahm, je jünger die Kinder waren, fand sich in der EIFC-Gruppe der umgekehrte Effekt. Die Autoren führen dies auf die höhere Passung des EIFC-Programms für ältere Kinder zurück. Bezüglich der circadianen Regulation des Stresshormons fanden sich überraschende Befunde. Entgegen der Erwartungen trug die MTFC-P Intervention nicht zu einer Anhebung, sondern lediglich zur Stabilisierung des morgendlichen Cortisols bei; allerdings konnte ein signifikantes Absinken des morgendlichen Cortisol-Spiegels, das bei der Vergleichsgruppe von Pflegekinder zu finden war, offenbar durch die Intervention abgefangen werden. Auch für den elterlichen Stress zeigten sich positive Effekte der Intervention: im Laufe der Intervention nahm der von den MTFC-P-Pflegeeltern berichtete Stress von Beginn an linear ab, während in

der anderen Pflegekinderstichprobe zu Beginn eine Zunahme des wahrgenommenen Stress und dann eine Stagnation des Stresslevels auf relativ hohem Niveau feststellbar war. Zudem zeigte sich in der Pflegekindergruppe ohne Training eine Interaktion zwischen dem Stress der Pflegeeltern und einer Dysregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse: insbesondere diejenigen Pflegekinder, deren Pflegeeltern hohen Stress berichten, zeigten eine chronisch erniedrigte Cortisolausschüttung, was von den Autoren – in Analogie zu Befunden von Heimkindern - als Adaption an nicht-responsive Umweltbedingungen angesehen wird. In der MTFC-P-Gruppe war dieses Muster nicht zu finden.

Die Befunde belegen, dass umfassende treatment foster care-Interventionen nicht nur, wie in den meisten Studien vorher untersucht, das Problemverhalten der Kinder positiv beeinflussen und eine größere Stabilität der Pflegeverhältnisse bewirken, sondern auch das beobachtbare Bindungsverhalten der Kinder, die physiologische Regulation sowie den von den Eltern wahrgenommenen Stress im Umgang mit dem Kind positiv beeinflussen. Die Befunde belegen zudem, dass die MTFC-P-Intervention offenbar dazu beiträgt, negative Entwicklungsverläufe bei Pflegekindern zu moderieren bzw. abzuschwächen. Kritisch anzumerken ist an der Studie lediglich, dass die Einschätzung des Bindungsverhaltens durch die Pflegeeltern und nicht durch ein standardisiertes Verfahren wie die Fremde Situation erfolgte.

Der interessanten Frage, ob ein „treatment foster care“-Programm tatsächlich mehr Erfolg zeigt als eine intensive Arbeit mit den Herkunftseltern, ging die Arbeitsgruppe von Mary Evans (Evans, Armstrong & Kuppinger, 1996; Evans, Armstrong, Kuppinger, Huz & McNulty, 1998) nach. Dabei wurde ein umfassendes, von Snodgrass und Bryant (1991) entwickeltes treatment foster care-Programm mit einem aus verschiedenen Komponenten bestehenden Training der Herkunftseltern („family-centered intensive case management FCICM“) verglichen. Zielgruppe waren jeweils Kinder/Jugendliche im Alter zwischen fünf und 13 Jahren, die schwerwiegende emotionale Auffälligkeiten zeigten und bei denen aufgrund der Auffälligkeiten eine Fremdunterbringung geplant war. Ziel des FCICM-Trainings war es, durch eine intensive Intervention in der Herkunftsfamilie eine Fremdunterbringung zu verhindern. Das Training beinhaltete ein Verhaltensmanagementtraining für die Herkunftseltern, regelmäßige Hausbesuche durch Fachkräfte, finanzielle Unterstützung der Familie, intensive Betreuung durch eine Fachkraft, eine verfügbare Ersatzbetreuung in Notfällen sowie ein Krisendienst (vgl. ausführlicher Evans *et al.*, 1994). Zur Evaluation wurden verschiedene Fragebögen herangezogen, die von der jeweiligen Haupt Bezugsperson, zum Teil aber auch von den Kindern, den Lehrern sowie den Fachkräften ausgefüllt wurden. Die Studie wurde mit insgesamt 42 Kindern/Jugendlichen durchgeführt, die randomisiert einer der beiden Interventionen zugeordnet wurden (vgl. Tabelle 6). Zu Beginn der Studie wurden bei den Familien Eingangsdaten erhoben, es zeigten sich dabei keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Nacherhebung fand ein Jahr nach Beginn der Intervention statt. Hypothesenkonform zeigten sich bei beiden Interventionsgruppen positive

Veränderungen: bei beiden Gruppen zeigten sich Reduktionen im Problemverhalten, insbesondere hinsichtlich internalisierender Symptome, im Ausmaß somatischer Probleme sowie eine verbesserte soziale Rollenübernahme. Keine Veränderungen in beiden Gruppen ergaben sich dagegen für das Ausmaß externalisierender Verhaltensprobleme, den Selbstwert der Kinder/Jugendlichen sowie für Familienanpassung und -zusammenhalt. Vergleiche zwischen den Gruppen ergaben insgesamt leichte Vorteile der FCICM-Gruppe in einzelnen Bereichen; signifikant stärkere Veränderungen zeigten sich für die Verhaltensanpassung sowie die Angemessenheit von Stimmungen und Gefühlen sowie für das Ausmaß an zwanghaften Gedanken. Insgesamt waren die Unterschiede allerdings gering, so dass davon auszugehen ist, dass intensive Arbeit mit den Herkunftseltern sowie ein intensives „treatment foster care“ vergleichbare Effekte für Kind und Familie hatten. Offen bleibt jedoch, welchen Einfluss die beiden Interventionsformen auf die dauerhafte Platzierung des Kindes/Jugendlichen hatten; von den Autoren wurden beispielsweise keine Angaben über dropout oder Betreuungswechsel in den einzelnen Gruppen gemacht.

Die Auswirkungen einer reduzierten Version von treatment foster care in Form eines umfassenden therapeutischen Beratungsangebots für Pflegeeltern analysierten Chamberlain, Reid und Moreland (1992) an einer Stichprobe von Pflegeeltern von 72 Pflegekindern von vier bis sieben Jahren. Als abhängige Variablen wurden die Stabilität der Pflegeverhältnisse, die Bereitschaft der Pflegeeltern zur Aufnahme von Pflegekindern, das Erziehungsverhalten der Pflegeeltern sowie Verhaltensprobleme des Kindes erhoben. Zur Untersuchung dieser Fragestellung wurde ein randomisiertes Kontrollgruppendesign mit einer Eingangs- sowie mehreren follow-up-Untersuchungen zugrunde gelegt. Die Einbettung der Pflegefamilien in das therapeutische Setting bestand dabei aus wöchentlichen angeleiteten Gruppentreffen von Pflegeeltern zur Förderung von angemessenen Erziehungstechniken, regelmäßigen Telefonkontakten zu Fachkräften (alle zwei bis drei Tage) sowie einer höheren Bezahlung der Pflegeeltern (70 \$/Monat). Eine zweite Gruppe von Pflegeeltern erhielt kein spezielles Beratungsangebot, sondern lediglich eine höhere Bezahlung, während eine dritte Gruppe weder Beratung noch zusätzliche Bezahlung erhielt. Zwei Jahre nach Beginn des Trainingsprogramms hatten signifikant mehr Pflegeeltern der Kontrollgruppe ihre Lizenz zurückgegeben als Eltern der beiden anderen Gruppen. Die geringste Rückgabequote zeigte sich in der Beratungsgruppe. Zudem waren die Pflegeverhältnisse in der Beratungsgruppe signifikant stabiler als in den beiden anderen Gruppen. Auch bezüglich des kindlichen Problemverhaltens zeigten sich positive Effekte in der Beratungsgruppe: während das Problemverhalten der Kinder der Beratungsgruppe zu Beginn der Intervention signifikant höher als in den beiden anderen Gruppen lag, fanden sich drei Monate nach Beginn des Trainings keine signifikanten Unterschiede mehr; im Verlauf des Trainings sank das Problemverhalten in der Beratungsgruppe demnach deutlich stärker als in den beiden anderen Gruppen. Da

die Befunde zum kindlichen Problemverhalten allerdings lediglich auf Elternberichten basieren, sollten diese Veränderungen nur vorsichtig interpretiert werden.

**Fazit.** Insgesamt belegen die vorhandenen treatment foster care-Studien auch bei jüngeren Kindern bzw. Kindern, die bereits in Pflegefamilien lebten, positive Effekte von treatment foster care-Konzepten im Hinblick auf eine Vielfalt an Variablen. Lediglich die von Rubinstein et al. (1978) berichteten Evaluationsdaten waren eindeutig negativ; in den anderen Studien fanden sich jeweils für einen Großteil der untersuchten Variablen positive Veränderungen durch die Intervention. So wurden positive Effekte nicht nur im Hinblick auf die Stabilität der Pflegeverhältnisse und die Art der dauerhaften Unterbringung, sondern auch im Bezug auf verschiedene kindliche Variablen (Problemverhalten, Bindungsverhalten, autonome Regulation) gefunden. Aus methodischer Perspektive sind die beschriebenen Studien größtenteils als hochwertig anzusehen; es wurde immer ein Kontrollgruppendesign mit Messwiederholung verwendet, mit zwei Ausnahmen erfolgte die Zuordnung zu den Gruppen randomisiert. Zudem wurden die positiven Effekte zum Teil bis zwei Jahre nach Beginn der Intervention nachgewiesen. Kritisch ist – wie auch bei den anderen Interventionsformen angesprochen – die häufige Erfassung von kindlichen und elterlichen Variablen durch Elternurteile; hier wäre für zukünftige Studien wünschenswert, dass noch mehr objektive Daten oder Expertenurteile verwendet werden.

### **3.4.3 Weitere Befunde zu multimodalen Programmen & treatment foster care**

Neben den ausführlich beschriebenen Programmen werden im angloamerikanischen Raum verschiedene andere treatment foster care-Programme beschrieben. Verschiedene englischsprachige Artikel (Hahn et al., 2005; Hahn et al., 2004; Hudson et al., 1994; Macdonald & Turner, 2008; Reddy & Pfeiffer, 1997) bieten einen guten Überblick über diese Studien. Vor allem aufgrund der fehlenden statistischen Überprüfung der Interventionseffekte konnten viele Studien nicht in die vorliegende Expertise einbezogen werden. Zum Teil weisen groß angelegte Studien wie die von Berrick, Courtney und Barth (1993) das Defizit auf, dass zwar Vergleiche zwischen treatment foster care-Programmen und anderen Unterbringungsformen vorgenommen werden, dass aber aufgrund fehlender Standardisierungen (z.B. der Interventionsdauer zum Zeitpunkt der Evaluation) und mangelnder statistischer Kontrollen keinerlei schlüssigen Aussagen über den Erfolg der Interventionen möglich sind. Andere Studien zogen zur Evaluation lediglich die Zufriedenheit der Pflegeeltern mit dem Programm heran (z.B. Westermarck, Hansson & Vinnerljung, 2007) und sind somit nicht aussagekräftig. Schließlich basiert eine Reihe von Studien auf sehr kleinen Stichprobengrößen bei gleichzeitig fehlender Kontrollgruppe (vgl. Reddy & Pfeiffer, 1997). In der Studie von Gilbertson, Richardson und Barber (2005) wird beispielsweise der Erfolg des „Special Youth Carer“-Programms anhand von acht Jugendlichen – ohne Einbezug einer Kontrollgruppe – untersucht, so dass keine methodisch fundierte Bewertung der Ergebnisse



möglich ist. Einige weitere Studienbeispiele – ohne tabellarische Auflistung - werden im Folgenden beschrieben, um die methodischen Defizite der Studien aufzuzeigen. Eine erschöpfende Darstellung aller vorhandenen Studien zu „treatment foster care“-Programmen kann allerdings im Rahmen der Expertise nicht vorgenommen werden; ein Überblick über alle bis 1996 durchgeführten Studien ist beispielsweise bei Reddy und Pfeiffer (1997) zu finden.

Das „Pressley Ridge Youth Development Extension PRYDE“-Programm wurde von Hawkins, Meadowcroft, Trout und Luster (1985) beschrieben und bewertet. Ähnlich wie das von der Forschungsgruppe um Chamberlain entwickelte MTFC-Programm wurde PRYDE für Jugendliche mit gravierenden Verhaltensauffälligkeiten entwickelt. Das Programm besteht im Kern aus einem vorbereitenden Training für die Pflegeeltern, umfangreicher Supervision und Training der Pflegeeltern während des Aufenthalts der Jugendlichen in den Familien, Gruppentreffen von Pflegeeltern, höherer Bezahlung der Pflegeeltern, psychosozialer Unterstützung bei akuten Krisen, Verhaltenstherapie für den Jugendlichen sowie therapeutischer Arbeit mit den Jugendlichen. Nach Angaben der Autoren verlief das Programm erfolgreich. Es wurden allerdings nur Prozentzahlen ohne statistische Absicherung berichtet. Im ersten Jahr konnten 44% der Jugendlichen PRYDE erfolgreich verlassen und in weniger restriktive Settings (Ursprungsfamilien, reguläre Pflegefamilien, Unabhängigkeit) entlassen werden, im zweiten Jahr stieg der Prozentsatz auf 82%. Nur einer von 28 erfolgreich entlassenen Jugendlichen kam innerhalb von 6 Monaten mit der Jugendhilfe oder dem Jugendgericht in Kontakt. Weitere Hinweise auf den Erfolg des Programms ergaben sich aus den positiven Evaluationen der Jugendlichen selbst (Bewertung der Pflegeeltern mit Fragebogen), aus den Ratings aufgrund der elterlichen Tagesprotokolle, aus der Bewertung des Unterstützungspersonals durch die Pflegeeltern und der geringen Dropoutrate der Pflegeeltern. Eine fundierte Bewertung dieser Befunde war allerdings leider kaum möglich, da statistische Angaben fehlen, vorliegende Eingangsdaten nicht einbezogen wurden und insbesondere keine Vergleichsdaten aus einer Kontrollgruppe vorlagen.

In den Studien von Cross, Leavy und Mosley (2004) sowie Fasulo, Cross, Mosley und Leavey (2002) wurde ein weiteres treatment foster care-Programm (hier „specialized foster care“ benannt) beschrieben und bewertet, das ähnliche Komponenten wie die bereits beschriebenen Programme beinhaltet (intensive Beratung für die Pflegeeltern, Beschränkung auf ein Pflegekind pro Familie, ein Pflegeelternanteil ist ganztags zu Hause, ein Verhaltensmanagement-Training für die Pflegeeltern, regelmäßige Hausbesuche durch Fachkräfte, Krisenintervention, wöchentliche Gruppentreffen der Pflegeeltern, Einzelarbeit dem Kind/Jugendlichen, Einbezug der Herkunftsfamilie in die Fallarbeit). Die Bewertung erfolgte ohne Einbezug einer Kontrollgruppe, zudem wurde kein prä-post-Design verwendet. Basis der Evaluation waren Angaben der Sachbearbeiter nach Ende der Intervention: zum einen Angaben zur Art der Unterbringung nach Ende der Intervention, zum anderen die Beurteilung verschiedener kindbezogener Variablen (z.B. Beziehungen des Jugendlichen, psychische Probleme, dissoziales Verhalten) als verbessert, verschlechtert

oder gleich bleibend. Außerdem wurde erhoben, wie viele Jugendlichen wie häufig ausrissen (Fasulo et al., 2002). Standardisierte psychometrische Daten wurden nicht in die Evaluation einbezogen. Die Autoren berichten, dass sich 33% der Jugendlichen in stabilen Unterbringungen befand; 44% der Jugendliche mindestens einmal und 22% regelmäßig ausrissen. Die Fachkräfte stufen die meisten kindbezogenen Problemverhaltensweisen als „verbessert“ ein. Obwohl die Autoren die Intervention aufgrund der vorhandenen Daten als erfolgreich bewerten, ist eine fundierte Bewertung der Ergebnisse aufgrund der angesprochenen methodischen Mängel kaum möglich. Insbesondere das Fehlen einer Kontrollgruppe erschwert eine Bewertung der von den Autoren benannten Zahlen.

Vergleichbare methodische Probleme weisen einige andere Studien auf, zum Beispiel die Studie von Galaway und Nutter (1995), da weder Kontrollgruppe noch eine Messwiederholung zur Bewertung des Erfolgs der treatment foster care-Intervention herangezogen wurde. Die berichteten Zahlen über die endgültige Platzierung der teilnehmenden Jugendlichen (z.B. eine Rückführungsquote von 39% der Jugendlichen) lassen demnach keine Rückschlüsse über die Effektivität des Programms zu.

#### **3.4.4 Fazit zu multimodalen Programmen & treatment foster care**

Aus methodischer Perspektive sind die beschriebenen Studien insgesamt als hochwertig anzusehen. Es wurde fast durchgehend ein Kontrollgruppendesign mit Messwiederholung verwendet, mit wenigen Ausnahmen erfolgte die Zuordnung zu den Gruppen randomisiert. Die gefundenen Effekte sind deutlich und beziehen sich auf Variablen in verschiedensten Bereichen (Stabilität der Pflegeverhältnisse, Art der dauerhaften Unterbringung, Problemverhalten der Kinder / Jugendlichen, physiologische Regulationsprozesse und Bindungsverhalten der Kinder, wahrgenommener Stress der Eltern und sogar auf schulische Variablen). Kritisch ist lediglich – wie auch bei den anderen Interventionsformen angesprochen – die häufige Erfassung von kindlichen und elterlichen Variablen durch Elternurteile. Vorbildlich sind die Evaluationszeiträume der Studien, die bis zu drei Jahre nach Ende des Trainings umfassen. Die Effekte wurden zudem in verschiedenen Stichproben – sowohl bei delinquenten Jugendlichen als auch bei Vorschulkindern mit Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen – bestätigt. Auch Craven und Lee (2006), die die Evidenz verschiedener therapeutischer Interventionen für Risiko- und Pflegekinder in einem Überblicksartikel zusammenfassten, ziehen ein positives Fazit für die Wirksamkeit der multimodalen Programme für Pflegekinder; insbesondere die MTFC-Intervention der Arbeitsgruppe von Patricia Chamberlain wurden als „well-supported efficacious treatment“ eingestuft.

### 3.5 Trainings für Pflegeeltern: weitere Evaluationsbefunde

Bei der Literaturrecherche zeigte sich, dass einige Evaluationsstudien sich nicht eindeutig anhand der personellen Fokussierung (elternfokussiert, kinderfokussiert, interaktionsbezogen sowie multimodal) einordnen ließen. In insgesamt vier Studien wurde der Frage nachgegangen, inwieweit spezifische Methoden der Wissensvermittlung beim Training von Pflegeeltern erfolgreich sind. Dies betraf zum einen die Frage, inwieweit computerbasierte Trainings zur Wissensvermittlung geeignet sind (drei Studien); zum anderen wurde untersucht, ob individuelle Trainingsformen oder ein gruppenbasiertes Vorgehen vorzuziehen sind (eine Studie). Darüber hinaus evaluierten zwei Studien private Pflegevermittlungsdienste, bei denen nicht ersichtlich war, dass ein spezifisches Training durchgeführt wurde. Vielmehr ging es hier um die intensivere Betreuung sowie enge Eingebundenheit in eine Organisationsstruktur, deren Vorteile für die Stabilität der Pflegeverhältnisse untersucht werden sollte.

#### 3.5.1 Computerbasierte Trainingsprogramme

Verschiedene Veröffentlichungen evaluierten Online- bzw. computerbasierte Trainingsprogramme für Pflegeeltern. Es lagen drei veröffentlichte Studien (Buzhardt & Heitzman-Powell, 2006; Pacifici, Delaney, White, Cummings & Nelson, 2005; Pacifici, Delaney, White, Nelson & Cummings, 2006) vor; zudem waren drei unveröffentlichte Berichte der Arbeitsgruppe von Pacifici online verfügbar. Im Folgenden wird lediglich auf die drei veröffentlichten Studien eingegangen, da zwei dieser Studien aus der Arbeitsgruppe von Pacifici stammen und somit Daten der unveröffentlichten Berichte beinhalten. Die Arbeitsgruppe von Pacifici evaluierte drei online-Trainingsprogramme: in einem der Trainings wurde Eltern ( $N = 74$ ) über eine DVD („Anger outbursts“) Wissen über Ärger bei Kindern vermittelt (Pacifici et al., 2005); in der zweiten Veröffentlichung wurde sowohl ein Training zum Lügen von Kindern als auch ein Training zum sexualisierten Verhalten von Kindern evaluiert (Pacifici et al., 2006).

Pacifici et al. (2005) analysierten auf Basis eines randomisierten Kontrollgruppendesigns, inwieweit das online- Training über kindlichen Ärger Wissen und Einstellung der Eltern bzgl. kindlichen Ärgers verändert. Zur Evaluation wurden die Pflegeeltern vor und nach dem Training schriftlich befragt. Die Analysen ergaben, dass sich sowohl das Wissen als auch die Einstellungen der Eltern in der Trainingsgruppe – im Vergleich zur Kontrollgruppe – signifikant verbesserte. Pacifici et al. (2006) fanden für die zwei Trainingsprogramme zum Lügen sowie zum sexualisierten Verhalten vergleichbare Effekte: nach beiden Trainings zeigte die Interventionsgruppe signifikanten Wissenszuwachs in den trainierten Bereichen; bezüglich der Einstellungen der Pflegeeltern zeigten sich lediglich für das Lügen der Kinder bedeutsame Einstellungsveränderungen in der Interventionsgruppe; keine Einstellungsveränderungen ergaben sich durch das Training zum sexualisierten Verhalten. Insgesamt konnten in beiden Studien positive Effekte auf das Wissen der Pflegeeltern nachgewiesen werden. Einschränkend ist allerdings zu sagen, dass in beiden

Studien nicht untersucht wurde, inwieweit diese Veränderungen auch Verbesserungen in der Eltern-Kind-Interaktion oder im tatsächlichen elterlichen Verhalten bedingten. Dieser Transfer erscheint vor allem aufgrund der geringen Intensität des Trainings sowie der geringen Kontrollierbarkeit der Trainingsintensität der Pflegeeltern sehr zweifelhaft.

Auch Buzhardt und Heitzman-Powell (2006) überprüften die Wirksamkeit eines online-basierten Trainingsprogramms für Pflegeeltern zu den Themen Problemverhalten und Rechtsgrundlagen für Pflege. Die Messung des Lernerfolgs erfolgte dabei über eine Wissensabfrage unmittelbar vor dem Modul sowie eine erneute Wissensabfrage direkt nach Absolvierung des Moduls. Es zeigte sich, dass in beiden Modulen ein Wissenszuwachs bei den Pflegeeltern zu verzeichnen war, besonders stark war dies bei dem Modul „Problemverhalten“ der Fall. Trotz dieses positiven Befunds ist die Studie methodisch sehr kritisch zu betrachten. Es wurde keine Kontrollgruppe verwendet, so dass die Veränderungen nicht eindeutig auf die Inhalte des Trainings zurückführbar sind. Zudem wurde ein Minimal-Messwiederholungs-Design verwendet, bei dem lediglich als gesichert angesehen werden kann, dass die Pflegeeltern unmittelbar nach Absolvieren des online-Kurses mehr Wissen über die gelernten Bereiche als vorher hatten. Über längerfristige Effekte können ebenso wenig Aussagen gemacht werden wie über Effekte auf das tatsächliche Verhalten oder die Eltern-Kind-Interaktion.

Neben der Frage, ob ein Computer als Trainingsmedium verwendet werden kann, wurde in einer Studie von Strozier, Elrod, Beiler, Smith und Carter (2004) untersucht, inwieweit die Vermittlung von Computerkenntnissen von Pflegeeltern positiv bewertet wird. Aufgrund der geringen inhaltlichen Relevanz wird diese Studie nicht in tabellarischer Form zusammengefasst. In der Studie wurde zur Evaluation lediglich ein Fragebogen verwendet, bei dem die Pflegeeltern die positiven Auswirkungen des Computertrainings (z.B. im Hinblick auf die Fähigkeit, den Kindern mittels des Computers zu helfen) einschätzen sollten. Die positiven Befunde der Studie können aufgrund methodischer Mängel (fehlende Kontrollgruppe, kein prä-post-Vergleich, Selbsteinschätzungen von Kenntnissen als abhängige Variable) nicht fundiert bewertet werden, und der Erkenntnisgewinn aus der Studie ist somit als gering zu bewerten.

**Fazit.** Insgesamt stellen computerbasierte Trainingskonzepte als Baustein eines umfassenderen Trainings durchaus eine Möglichkeit dar, um grundlegendes Wissen über einen Themenbereich zu vermitteln. Ungeklärt ist jedoch, inwieweit dieses Wissen über einen längeren Zeitraum behalten wird und wie dieses Wissen von den Pflegeeltern umgesetzt wird. So können auf Basis der vorhandenen Studien keinerlei Aussagen über die Wirkung eines online-basierten Trainings auf tatsächliches Verhalten der Pflegeeltern und somit auch auf die Beziehung zum Pflegekind und das Verhalten des Pflegekindes getroffen werden.

Tabelle 7: Übersicht über sonstige Evaluationsbefunde (alphabetisch nach Erstautor sortiert)

Studie	N	Design	Stichprobe	Struktur, Aufbau & Dauer Training	Abhängige Variablen
Buzhardt & Heitzman-Powell (2005-06)	22	<ul style="list-style-type: none"> <li>Messwiederholungsdesign: vor Training &amp; unmittelbar nach Training</li> <li>Keine Kontrollgruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>22 Pflegeeltern</li> <li>überwiegend (82%) Pflegemütter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 online-Trainingsmodule zum Thema „ Problemverhalten“ und „ Rechtsgrundlagen von Pflegeverhältnissen“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wissen über Inhalte der Module (SP, online-Befragung)</li> <li>Außerdem: Zufriedenheit mit dem Training (SP, online-Befragung)</li> </ul>
Cobb, Leitenberg & Burchard (1982)	38	<ul style="list-style-type: none"> <li>Messwiederholungsdesign: vor Training &amp; 1 Monat nach Training</li> <li>Kontrollgruppendesign (nicht randomisiert) <ul style="list-style-type: none"> <li>Verhaltenstraining mit Pflegeeltern als Trainer (<math>n = 13</math>)</li> <li>Verhaltenstraining mit professionellen Trainern (<math>n = 17</math>)</li> <li>Kein Training (<math>n = 18</math>)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>48 Pflegeeltern (22 Paare, 4 Pflegemütter)</li> </ul>	<p><b>Verhaltenstheoretisches Trainingsprogramm</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>16 wöchentliche Sitzungen (2 Stunden/Woche)</li> <li>zudem: alle 2 Wochen Hausbesuche durch Fachkraft</li> <li>Inhalte des Trainings: kommunikative Fertigkeiten, Verhaltensmanagement-Techniken, Konfliktlösestrategien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kommunikationskompetenz im Rollenspiel- aktives Zuhören und offener Ausdruck von Gefühlen (ER)</li> <li>Konfliktlösestrategien im Rollenspiel - (ER)</li> </ul>
Hampson, Schulte & Ricks (1983)	18	<ul style="list-style-type: none"> <li>Messwiederholungsdesign: vor Training &amp; nach Training, follow-up nach 6 Monaten</li> <li>Vergleichsgruppen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Gruppentraining (<math>n = 9</math>)</li> <li>Individuelles Training zu Hause (<math>n = 9</math>)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>18 Pflegeeltern (17 Mütter, 12 Väter)</li> <li>Alter der Pflegekinder 2- 15 Jahre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individuelles Training: 11 wöchentliche Hausbesuche (1 Stunde/Woche)</li> <li>Gruppentraining: 11 wöchentliche Sitzungen a (je 1½ Stunden)</li> <li>Themen in beiden Gruppen: Verhaltensmanagement &amp; Erziehungstechniken; Eltern-Kind-Kommunikation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstellung zur Elternrolle (SP, Fragebogen)</li> <li>Verständnis von Verhaltenstechniken (SP, Fragebogen)</li> <li>Verhaltensprobleme des Kindes (SP, Fragebogen)</li> <li>Eltern-Kind-Interaktion (VB)</li> <li>Follow-Up: Verbesserungen durch das Training (SP, Fragebogen)</li> </ul>
Kessler <i>et al.</i> (2008)	479	<ul style="list-style-type: none"> <li>Messwiederholungsdesign: Baseline-Daten aus Akten &amp; nach Training 11 bis 13 Jahre nach Betreuungsende</li> <li>Kontrollgruppendesign (nicht randomisiert) <ul style="list-style-type: none"> <li>Casey family program (<math>n = 111</math>)</li> <li>Staatlich betreute Pflegefamilien (<math>n = 386</math>)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>479 Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren</li> <li>Nacherhebung im Erwachsenenalter</li> <li>Baseline-Unterschiede zwischen Gruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Casey Family Program</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>intensivere und qualitativ hochwertigere Betreuung der Pflegefamilien (besser ausgebildete und besser bezahlte Berater, weniger Familien pro Berater)</li> <li>höhere Bezahlung der Pflegeeltern</li> <li>mehr jugendspezifische Angebote (z.B. summer camps)</li> <li>besondere schulische Förderung (z.B. spezielle Stipendienprogramme)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl der Fremdunterbringungen (SK, Interview)</li> <li>Dauer in Pflege (SK, Interview)</li> <li>Scheitern einer Rückführung (SK, Interview)</li> <li>Erneute Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch (SK, Interview)</li> <li>Psychische Erkrankungen (SK, Interview)</li> <li>Medizinische Erkrankungen (SK, Interview)</li> </ul>

Anmerkung. Abhängige Variablen: Selbstbericht der Kinder (SK), Selbstbericht der Pflegeeltern (SP), Fremdrating von Erziehern oder Lehrern (FR), Expertenrating (ER), systematische Verhaltensbeobachtung (VB), standardisierte Tests (Test)

Studie	N	Design	Stichprobe	Struktur, Aufbau & Dauer Training	Abhängige Variablen
Pacifici, Delaney, White, Cummings & Nelson (2005)	74	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholungsdesign: vor Training &amp; 3 Wochen nach Training</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventionsgruppe: online-Training (<math>n = 34</math>)</li> <li>▪ Kontrollgruppe: kein Training (<math>n = 40</math>)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 74 Pflegeeltern</li> <li>▪ überwiegend (92%) Pflegemütter</li> <li>▪ Alter der Pflegekinder: <math>M = 10</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medium: DVD „Anger outburst“</li> <li>▪ 3wöchiges Training: Anweisung an Pflegeeltern, mindestens 1mal/Woche die DVD anzusehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wissen und Einstellung der Pflegeeltern bzgl. kindlichen Ärgerausbrüchen (SP, Telefoninterview)</li> <li>▪ Zufriedenheit mit dem Training (Telefoninterview)</li> </ul>
Pacifici, Delaney, White, Nelson & Cummings (2006)	97	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messwiederholungsdesign: vor Training &amp; 1 Woche nach Training</li> <li>▪ Randomisiertes Kontrollgruppendesign <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervention: online-Training (<math>n = 97</math>)</li> <li>▪ Kontrollgruppe: kein Training (<math>n = 97</math>)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 97 Pflegeeltern</li> <li>▪ überwiegend (69%) Pflegemütter</li> <li>▪ Alter der Pflegekinder: <math>M = 7.8</math> Jahre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medium: DVD über Lügen bzw. sexualisiertes Verhalten</li> <li>▪ 1wöchiges Training</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wissen und Einstellung der Pflegeeltern über kindliches Lügen bzw. sexualisiertes Verhalten (SP, Fragebogen)</li> <li>▪ Zufriedenheit mit dem Training (Fragebogen)</li> </ul>
Unrau, Wells & Hartnett (2004)	816	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluationszeitraum: die letzten 15 Monate (Zeitraum seit „Promise-Einführung“)</li> <li>▪ Kontrollgruppendesign (nicht randomisiert) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Promise“ Pflegeelternprogramm (<math>n = 380</math>)</li> <li>▪ Staatlich betreute Pflegefamilien (<math>n = 436</math>)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 380 Pflegekinder (261 Familien) vs. 436 Pflegekinder (319 Familien)</li> <li>▪ Altersmedian: 8.5 Jahre</li> <li>▪ 52% Jungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Promise“-Programm <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ individualisierte Unterstützung der Pflegefamilien (z.B. zusätzliche Mittel für Trainings/Therapien)</li> <li>▪ multiprofessionelle Teams von Fachkräften</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Platzierungsstabilität innerhalb von 15 Monaten (Akten)</li> <li>▪ Betreuungsstabilität durch Fachkräfte (Akten)</li> <li>▪ Art der dauerhaften Unterbringung (Akten)</li> </ul>

*Anmerkung.* Abhängige Variablen: Selbstbericht der Kinder (SK), Selbstbericht der Pflegeeltern (SP), Fremdrating von Erziehern oder Lehrer (FR), Expertenrating (ER), systematische Verhaltensbeobachtung (VB), standardisierte Tests (Test)

### **3.5.2 Individuelle vs. gruppenbasierte Trainingsprogramme**

Der Frage, ob individuelle oder gruppenbasierte Trainingsmethoden unterschiedliche Effekte auf die Trainingserfolge der Pflegefamilien hatte, gingen Hampson, Schulte und Ricks (1983) in ihrer Studie nach. Die Autoren verglichen ein gruppenbasiertes Training zu den Themen Erziehung und Kommunikation mit einem individuellen Training zu den gleichen Inhalten, bei dem die Eltern zu Hause besucht und dort trainiert wurden. In beiden Gruppen nahmen jeweils neun Pflegefamilien teil; die Gruppenzuteilung erfolgte zum Teil auf eigenen Wunsch der Pflegeeltern, zum Teil zufällig. Die Evaluation basierte auf einem Messwiederholungsdesign, indem die Eltern vor und nach dem Training zu ihren Einstellungen zur Elternrolle sowie zu ihrem Verständnis von Verhaltenstechniken befragt und in Interaktion mit ihrem Pflegekind beobachtet wurden. Sechs Monate später wurden die Eltern erneut zu den Veränderungen durch das Training befragt (vgl. Tabelle 7). Die Befunde zeigten, dass beide Gruppen in allen untersuchten Variablen vom Training positiv profitierten. Ein Vergleich beider Trainingsgruppen lieferte insgesamt nur geringe Unterschiede zwischen den Gruppen. Einzige Unterschiede waren, dass die zu Hause trainierten Pflegeeltern von signifikant größeren Verbesserungen im kindlichen Verhalten und in der Eltern-Kind-Interaktion berichteten als die Eltern, die am Gruppentraining teilgenommen hatten. Bei der beobachteten Interaktion zeigten sich diese Unterschiede allerdings nicht. Im follow-up-Fragebogen wurde erneut deutlich, dass die Pflegeeltern, die zu Hause trainiert wurden, zufriedener mit dem Training waren und stärkere sowie dauerhaftere Verhaltensänderungen bei den Pflegekindern berichteten als die Eltern des Gruppentrainings. Insgesamt weisen die Befunde von Hampson et al. (1983) darauf hin, dass sowohl individualisierte Trainings als auch Gruppentrainings zu einer Verbesserung nicht nur von elterlichen Einstellungen und Wissen, sondern tatsächlich auch zu Veränderungen in der Eltern-Kind-Interaktion führen können. Die unterschiedlichen Wahrnehmungen der Pflegeeltern beider Gruppen lassen allerdings die Schlussfolgerungen zu, dass Pflegeeltern, die individuell trainiert werden, dem Training insgesamt positiver gegenüber eingestellt sind und somit langfristig möglicherweise auch den Erfolg des Trainingsprogramms erhöhen. Die Richtung der (nicht-signifikanten) Unterschiede hinsichtlich der elterlichen Einstellung weist jedoch darüber hinaus darauf hin, dass gruppenbasierte Trainingsformen bei der Veränderungen von Einstellungen möglicherweise Vorteile aufweisen, da hier der Austausch der Pflegeeltern untereinander förderlich sein kann. Kritisch an der Studie anzumerken ist die fehlende randomisierte Zuordnung zu den Gruppen, da möglicherweise nicht analysierte Motivationsunterschiede zwischen den Gruppen die Unterschiede bedingt haben könnten.

### **3.5.3 Einfluss des Trainers auf den Trainingserfolg: professionelle Leiter vs. Pflegeeltern**

Cobb, Leitenberg und Burchard (1982) gingen der Frage nach, inwieweit Pflegeeltern als Trainer in Pflegeelterninterventionen ähnliche Trainingserfolge erzielen können wie Fachkräfte. Zur

Evaluation wurde vor dem Training sowie ein Monat nach Trainingsende die Kommunikationskompetenz (aktives Zuhören, offener Ausdruck von Gefühlen) sowie die Konfliktlösefähigkeit der teilnehmenden Pflegeeltern in Rollenspielen erfasst und von Experten beurteilt. Dabei wurde neben einer Trainingsgruppe mit professionellen Leitern sowie einer von Pflegeeltern geleiteten Trainingsgruppe eine Kontrollgruppe untrainierter Pflegeeltern einbezogen. Ein prä-post-Vergleich der drei Gruppen zeigte, dass beide trainierte Gruppen – unabhängig ob von Pflegeeltern oder Fachkräften trainiert – im Vergleich zur Kontrollgruppe untrainierter Pflegeeltern einen signifikant stärkeren Zuwachs an Kommunikationskompetenz und Konfliktlösefähigkeit aufwiesen. Dagegen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden trainierten Gruppen. Die Befunde legen nahe, dass Pflegeeltern auch vom Training profitieren, wenn andere Pflegeeltern als Trainer fungieren. Nach Meinung der Autoren kompensierte die größere Autorität der professionellen Trainer möglicherweise die größere Erfahrung der Pflegeeltern, so dass keine Unterschiede in der Wirkung erzielt wurden. Methodisch problematisch an der Studie war vor allem die geringe Stichprobengröße, die eine Generalisierbarkeit der Befunde einschränkt. Zudem ist aufgrund der verwendeten abhängigen Variablen nicht zu folgern, inwieweit die Kommunikations- und Problemlösekompetenz im Alltag mit den Kindern tatsächlich durch das Training positiv beeinflusst wurde.

#### **3.5.4 Evaluation privater Pflegefamilienagenturen**

Zwei Evaluationsstudien beschäftigten sich mit dem Erfolg privater Pflegeagenturen. Ähnlich wie bei den treatment-foster care-Programmen ist die vorhandene Literatur deutlich umfangreicher, weitere Studien wurden allerdings aufgrund großer methodischer Mängel nicht in die Expertise einbezogen.

Kessler *et al.* (2008) evaluierten die Wirkung des Pflegekinderprogramms „Casey Family Program“ auf die Platzierungsdauer im Vergleich zu staatlich betreuten Pflegefamilien. Das „Casey Family Program“ zeichnet sich durch eine intensivere und qualitativ hochwertigere Betreuung der Pflegefamilien aus (z.B. besser ausgebildete und besser bezahlte Berater, weniger Familien pro Berater) (vgl. auch Fanshel, Finch & Grundy, 1989). Die Pflegeeltern erhalten eine höhere Bezahlung für ihr Tätigkeit, und die Kinder / Jugendlichen erhalten mehr jugendspezifische Angebote (z.B. summer camps) sowie eine besondere schulische Förderung (z.B. spezielle Stipendienprogramme). Die Besonderheit der Studie von Kessler *et al.* (2008) liegt im follow-up-Zeitpunkt, da die ehemaligen Pflegekinder elf bis 13 Jahre nach Ende des Programms interviewt wurden. Die Evaluation bezog sich einerseits auf die Stabilität der Pflegeverhältnisse, gescheiterte Rückführungen und erneute Erfahrungen von Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch, zum anderen auf das Auftreten von physischen und psychischen Erkrankungen in den letzten 12 Monaten vor dem Interview. Die Befunde bestätigten insgesamt die positiven Auswirkungen des Casey Family Program auf alle untersuchten abhängigen Variablen: ehemali-



ge Pflegekinder des „Casey Family Program“ berichteten von längeren und weniger verschiedenen Fremdunterbringungen, signifikant weniger erfolglosen Rückführungen und signifikant weniger erneuten Misshandlungs-, Vernachlässigungs- oder Missbrauchserfahrungen als die Vergleichsgruppe. Zudem gaben die Probanden der privaten Pflegekinderorganisation signifikant seltener an, im letzten Jahr vor dem Interview unter psychischen Erkrankungen gelitten zu haben. Etwas heterogener waren die Befunde bezüglich der physischen Erkrankungen; hier fanden sich zum Teil Befunde in der von den Autoren erwarteten Richtung, zum Teil aber auch gegenteilige Effekte. Die Befunde sprechen insgesamt für einen positiven Effekt der intensiveren Betreuung im Casey Family Program, wenngleich die spezifischen Wirkfaktoren auf Basis der Studie von Kessler et al. (2008) nicht zu eruieren sind. Positiv hervorzuheben ist vor allem der lange Evaluationszeitraum. Nachteil dieses Vorgehens ist allerdings gleichzeitig die retrospektive Befragung der ehemaligen Pflegekinder; zudem war der dropout in allen Gruppen recht hoch. Nicht auszuschließen ist, dass die teilnehmenden ehemaligen Pflegekinder eine Positivauswahl der Gesamtstichprobe repräsentieren und somit die gefundenen Effekte überschätzt wurden. Kritisch ist zudem, dass keine randomisierte Zuordnung zu den Gruppen stattfand, dass kein prä-post-Design verwendet wurde sowie dass erneut nur Selbstberichte als abhängige Variablen herangezogen wurden.

Auch das private Pflegeelternprogramm „Promise“ (Unrau, Wells & Hartnett, 2004) bietet Pflegefamilien eine individuelle, umfangreichere Betreuung als staatliche Pflegeelternprogramme. Die den Pflegeeltern gewährten Hilfen werden an den Bedürfnissen der Pflegefamilien orientiert; es stehen beispielsweise zusätzliche finanzielle Mittel für Trainingsangebote für Pflegeeltern zur Verfügung. Die Fachkräfte arbeiten in multiprofessionellen Teams zusammen und betreuen die Pflegefamilien gemeinsam (vgl. Tabelle 7). Zentrales Ziel ist die maximale Autonomie, um die Angebote individuell angepasst an die Bedürfnisse der Pflegefamilie zu Verfügung stellen zu können. Als Evaluationskriterien im Vergleich mit staatlich betreuten Pflegeeltern wurden die Platzierungsstabilität, die Stabilität der Betreuung durch die Fachkräfte sowie die Art der dauerhaften Unterbringung herangezogen; der Evaluationszeitraum bezog sich auf die letzten 15 Monate. Die beiden Gruppen unterschieden sich vor Beginn der Programme hinsichtlich der bisherigen Dauer in Pflege sowie der Art der Pflege: Pflegekinder der staatlichen Betreuung waren im Mittel signifikant länger im Pflegefamilienprogramm als Kinder des „Promise“-Programms; gleichzeitig waren weniger „Promise“-Kinder in Verwandtenpflege untergebracht als Pflegekinder in der staatlichen Betreuung. Der Großteil der Pflegekinder beider Gruppen verbrachte die 15 Monate des Evaluationszeitraums in einer stabilen Pflegefamilie. Dennoch zeigte sich, dass Pflegekinder der „Promise“-Gruppe lediglich stabilere Betreuung durch die Fachkräfte erfuhren; auf die Platzierungsstabilität hatte die Gruppenzugehörigkeit ebenso wenig Einfluss wie auf die Art der dauerhaften Unterbringung. Insgesamt wurden bezüglich der untersuchten Variablen kaum Vorteile des „Promise“-Programms gegenüber einer staatlichen

Betreuung der Pflegefamilien deutlich. Möglicherweise zurückzuführen sind die geringen Effekte auf die geringe Passung zwischen Design und abhängigen Variablen. So bezog der Evaluationszeitraum sich lediglich auf die letzten 15 Monate; die abhängigen Variablen jedoch sind eher längerfristig orientierte Variablen, die möglicherweise in diesem kurzen Zeitraum zu wenig Varianz aufweisen, um qualitative Unterschiede der Gruppen abbilden zu können.

**Fazit.** Insgesamt sind die Befunde beider berichteten Studien als heterogen zu bewerten. Während Kessler et al. (2008) durchgehend positive Einflüsse des Casey Family Programs auf die weitere Entwicklung der Pflegekinder berichteten, fanden Unrau et al. (2004) kaum Vorteile des privaten „Promise“-Programms gegenüber der Standardbetreuung von Pflegefamilien. Die Gründe für diese unterschiedlichen Befunde sind nicht eindeutig zu eruieren. Einen Erklärungsansatz bieten die unterschiedlichen abhängigen Variablen in beiden Studien sowie der sehr unterschiedlich gewählte Evaluationszeitraum. Möglich scheint, dass die Vorteile einer intensiveren Betreuung sich erst langfristig zeigen und somit der von Unrau et al. (2004) gewählte Evaluationszeitraum zu kurz war, um Veränderungen abbilden zu können.

#### 4 Integration der Befunde

Insgesamt wurden 51 Studien zu Interventionen in Pflegefamilien ausführlich beschrieben und diskutiert. Was lässt sich über die Effektivität der Interventionen sagen? Eine pauschale Bewertung der Effektivität der Studien kann aufgrund der Heterogenität der Befunde nicht vorgenommen werden. Die vier Gruppen von Interventionen – Interventionen, die sich vor allem an Pflegeeltern richten, Interventionen, die kindzentriert arbeiten, interaktionsorientierte Interventionen sowie multimodale Interventionen – wurden in der bisherigen Forschung teilweise sehr zahlreich, teilweise fast gar nicht evaluiert. Auch die methodische Qualität der Studien variierte sehr stark.

Kaum Aussagen möglich sind über die Effektivität von kindzentrierten Interventionen. Nur eine Studie, in der eine ausschließlich mit Pflegekindern durchgeführte Intervention evaluiert wurde, wurde bei der Literatursichtung eruiert. Das Fehlen spezifischer Interventionen für Pflegekinder bemängeln auch Craven und Lee (2006) in ihrem Literaturüberblick: *„Gaps were found in the current literature regarding the lack of specific interventions utilized with foster children. ... With the increasing number of foster children entering the system, effective, evidence-based, therapeutic interventions are needed to treat this vulnerable population of children“* (p. 301f.). Zukünftige Studien haben die Aufgabe, diese Forschungslücke zu füllen, um evidenzbasierte Interventionen zur Therapie von Pflegekindern einsetzen zu können.

Auch interaktionsorientierte Interventionen bei Pflegefamilien wurden in der bisherigen Forschung kaum evaluiert. Wenngleich bindungstheoretisch fundierte Interventionen recht häufig durchgeführt werden, sind bisher insgesamt nur drei Evaluationsstudien mit Pflegekindern veröffentlicht; diese beschränken sich zudem auf eine Arbeitsgruppe. *„Attachment-based therapies and studies are not nearly as well represented or regarded in the scientific literature as they are in contemporary children’s services practice“* (Barth, Crea, John, Thoburn & Quinton, 2005). Die bisherigen Evaluationsstudien beschränken sich auf die Auswirkungen bindungstheoretisch fundierter Interventionen auf das Bindungsverhalten und die physiologische Regulation von Kleinkindern (Dozier et al., in preparation; Dozier et al., 2008; Dozier et al., 2006). Die vorhandenen Befunde belegen positive Effekte der Intervention sowohl auf physiologischer als auch auf Verhaltensebene. Dies bestätigt, dass Effektivität von Interventionen vor allem dann nachgewiesen werden kann, wenn auf ein spezifisches elterliches oder kindliches Merkmal fokussiert wird, und die Intervention inhaltlich und theoretisch darauf abgestimmt ist. Offen ist jedoch, inwieweit bindungstheoretische Interventionen bei Pflegefamilien auch auf andere Bereiche, z.B. die Stabilität der Pflegeverhältnisse oder kindliches Problemverhalten, Einfluss nehmen können. Die Generalisierbarkeit der Befunde ist zudem aufgrund von methodischen Problemen (fehlender prä-post-Vergleich, Erfassung des Bindungsverhaltens durch Elternberichte) eingeschränkt. Zu-

dem sollten in zukünftigen Studien auch ältere Kinder einbezogen werden, um mehr Informationen über die Wirksamkeit von Bindungsinterventionen auch bei älteren Kindern zu gewinnen.

Verhaltenstherapeutisch fundierte Eltern-Kind-Therapien gelten aufgrund zahlreicher positiver Evaluationsstudien bei klinisch auffälligen Stichproben als evidenzbasierte Therapie (Craven & Lee, 2006); insbesondere bei Kindern mit externalisierenden Verhaltensproblemen erwies sich diese Interventionsform als erfolgreich. Die beiden vorhandenen Studien mit Pflegekinderstichproben (McNeil et al., 2005; Timmer et al., 2006) bestätigen die positiven Einflüsse auf kindliches und elterliches Verhalten, lassen aber aufgrund methodischer Mängel (v.a. das Fehlen einer Kontrollgruppe) keine endgültigen Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit der Intervention bei Pflegefamilien zu.

Deutlich zahlreicher sind Studien sowohl zu elternfokussierten Trainingsprogrammen, die meistens verhaltenstherapeutische Methoden verwenden, als auch zu multimodalen, systemisch orientierten Interventionen, von denen vor allem die „treatment foster care“-Programme zahlreich evaluiert wurden. Aus methodischer Perspektive ist die Forschungslage zu diesen Interventionsformen sehr unterschiedlich: während zu treatment foster care-Programmen mehr als 15 methodisch hochwertige Studien (randomisiertes Kontrollgruppendesign mit Messwiederholungsdesign und follow-up-Untersuchungen) vorhanden sind, ist das Bild bei den verhaltenstheoretisch fundierten Programmen deutlich heterogener. Einzelne Studien basieren auch in diesem Bereich auf randomisierten Kontrollgruppendesigns mit Messwiederholungen, allerdings ist bei diesen Studien der Evaluationszeitraum deutlich kürzer, als dies bei den Evaluationsstudien zu treatment foster care-Programmen der Fall ist. Die methodische Grundlage für eine Bewertung des Forschungsstands ist somit bei den verhaltenstheoretisch fundierten Programmen erschwert.

Wenngleich die verhaltensorientierten Interventionsprogramme auch in sich sehr heterogen sind, weisen sie Gemeinsamkeiten auf, die vor allem in Abgrenzung zu den treatment foster care-Programmen interessant sind. Die beschriebenen Pflegeelterntrainings sind – wie häufig bei verhaltenstherapeutisch fundierten Programmen – Kurzzeitverfahren, die Dauer der beschriebenen Programme lag zwischen 4 bis maximal 16 Sitzungen. Verhaltenstherapeutische Kurzzeitinterventionen werden in der Forschung im Vergleich zu Langzeittherapien oft als erfolgreicher bewertet (Steinhausen, 2002). Insgesamt weisen die Befunde der vorhandenen Studien mit Pflegefamilien jedoch darauf hin, dass kurzzeitorientierte elternfokussierte Trainings bei dieser Population nur eingeschränkt effektiv sind; insbesondere wenn es um die Veränderung des kindlichen Verhaltens geht, zeigten sich kaum positive Interventionseffekte. Eine alternative Erklärung ist der zu kurze Evaluationszeitraum vieler Studien, so dass über Veränderungen im Elternverhalten vermittelte Veränderungen im kindlichen Verhalten eventuell noch nicht zum Ausdruck kamen. Weitere Studien mit follow-up-Untersuchungen sind notwendig, um endgültig

ge Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit der verhaltensorientierten Programme ziehen zu können.

Dagegen fanden sich für die multimodalen treatment foster care-Programme deutliche Effekte in verschiedensten Bereichen (Stabilität der Pflegeverhältnisse, Art der dauerhaften Unterbringung, Problemverhalten der Kinder / Jugendlichen, physiologische Regulationsprozesse und Bindungsverhalten der Kinder, wahrgenommener Stress der Eltern, schulische Variablen). Vorbildlich waren auch die Evaluationszeiträume der meisten Studien, die bis zu zwei Jahre nach Beginn der Intervention umfassen. Die Effekte wurden zudem in verschiedenen Stichproben – sowohl bei delinquenten Jugendlichen als auch bei Vorschulkindern mit Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen – bestätigt.

Pflegekinder gelten als besonders vulnerable Gruppe von Kindern und Jugendlichen, die zahlreichen Risikofaktoren ausgesetzt sind und ein hohes Risiko für eine abweichende Entwicklung aufweisen. Befunde zum klinischen Profil von Pflegekindern belegen, dass Pflegekinder komplexe emotionale und kognitive Probleme aufweisen, die in einem enorm hohen Förderbedarf resultieren. Die mäßigen Erfolge von kurzzeitorientierten Trainingsprogrammen lassen sich möglicherweise durch ihr Defizit, diesen komplexen Anforderungen gerecht zu werden, erklären. Dagegen beinhalten treatment foster care-Programme intensive therapeutische Angebote nicht nur für die Eltern, sondern auch für die Pflegekinder, die nach Forschungslage den Bedürfnissen der Pflegekinder eher entsprechen und daher deutlichere Effekte erzielen. Relevant bei foster care-Programmen ist vor allem die Rolle, die Pflegeeltern einnehmen: Pflegeeltern werden als professionelle Fachkräfte in der therapeutischen Arbeit mit dem Kind integriert und erhalten eine deutlich höhere Bezahlung als herkömmliche Pflegeeltern. Interessant in diesem Zusammenhang sind die Befunde von Testa und Rolock (1999), die die Auswirkungen von professionalisierten Pflegesystemen, d.h. Pflegeeltern, die für ihre Tätigkeit ein einer Vollzeitbeschäftigung entsprechendes Gehalt statt lediglich Pflegegeld erhalten, auf die Platzierungsstabilität untersuchten. Die Befunde weisen darauf hin, dass Pflegekinder, die bei professionellen Pflegeeltern untergebracht waren, weniger Betreuungswechsel erlebten als Kinder bei herkömmlichen Pflegefamilien; gleichzeitig wurde eine doppelt so hohe Rückführungsquote (13.2%) erreicht. Die Professionalisierung von Pflegeeltern stellt somit – insbesondere bei der Versorgung von Pflegekindern mit gravierenden psychischen Problemen - ein wichtiges Ziel zukünftiger Pflegekinderhilfe dar.

## 5 Literatur<sup>4</sup>

- Bagner, D. M. & Eyberg, S. M. (2007). Parent-child interaction therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(3), 418-429.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., Mesman, J., Alink, L. R. A. & Juffer, F. (2008). Effects of an attachment-based intervention on daily cortisol moderated by dopamine receptor D4: A randomized control trial on 1- to 3-year-olds screened for externalizing behavior. *Development and Psychopathology, 20*(3), 805-820.
- Barth, R. P., Crea, T. M., John, K., Thoburn, J. & Quinton, D. (2005). Beyond attachment theory and therapy: Towards sensitive and evidence-based interventions with foster and adoptive families in distress. *Child & Family Social Work, 10*(4), 257-268.
- Berrick, J. D., Courtney, M. & Barth, R. P. (1993). Specialized foster care and group home care: Similarities and differences in the characteristics of children in care. *Children and Youth Services Review, 15*(6), 453-473.
- Boyd, L. H. & Remy, L. L. (1978). "Is Foster-Parent Training Worthwhile?" *Social Service Review, 52, 275-296.***
- Statistisches Bundesamt (2007). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe Hilfe zur Erziehung außerhalb des Elternhauses - Hilfen am 31.12.2005. Wiesbaden.
- Burry, C. L. (1999). Evaluation of a training program for foster parents of infants with prenatal substance effects. *Child Welfare, 78*(1), 197-214.**
- Buzhardt, J. & Heitzman-Powell, L. (2006). Field Evaluation of an Online Foster Parent Training System. *Journal of Educational Technology Systems, 34*(3), 297-316**
- Chamberlain, P. (1990). Comparative evaluation of specialized foster care for seriously delinquent youths: A first step. *Community Alternatives: International Journal of Family Care, 2*(2), 21-36.**
- Chamberlain, P. (2003a). The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care model: Features, outcomes, and progress in dissemination. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*(4), 303-312.
- Chamberlain, P. (2003b). An overview of the history and development of the Multidimensional Treatment Foster Care model and the supporting research. In *Treating chronic juvenile offenders: Advances made through the Oregon multidimensional treatment foster care model.* (pp. 47-67). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Chamberlain, P., Leve, L. D. & DeGarmo, D. S. (2007). Multidimensional treatment foster care for girls in the juvenile justice system: 2-year follow-up of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(1), 187-193.**
- Chamberlain, P. & Moore, K. (1998). A clinical model for parenting juvenile offenders: A comparison of group care versus family care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 3*(3), 375-386.
- Chamberlain, P., Moreland, S. & Reid, K. (1992). Enhanced services and stipends for foster parents: Effects on retention rates and outcomes for children. *Child Welfare, 71*(5), 387-401.
- Chamberlain, P., Price, J., Leve, L. D., Laurent, H., Landsverk, J. A. & Reid, J. B. (2008). Prevention of behavior problems for children in foster care: Outcomes and mediation effects. *Prevention Science, 9*(1), 17-27.

<sup>4</sup> Die in der Expertise beschriebenen und diskutierten Evaluationsstudien sind hervorgehoben.

- Chamberlain, P. & Reid, J. B. (1991). Using a specialized foster-care community treatment model for children and adolescents leaving the state mental hospital. *Journal of Community Psychology, 19*(3), 266.
- Chamberlain, P. & Reid, J. B. (1998). Comparison of two community alternatives to incarceration for chronic juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(4), 624-633.
- Chernoff, R., Combs-Orme, T., Risley-Curtiss, C. & Heisler, A. (1994). Assessing the health status of children entering foster care. *Pediatrics, 93*, 594-601.
- Clark, H. B., Prange, M., Lee, B., Stewart, E., McDonald, B. & Boyd, L. (1998). An individualized wraparound process for children with emotional/behavioral disturbances: Follow-up findings and implications from a controlled study. In M. Epstein, K. Kutash & A. J. Duchnowski (Eds.), *Outcomes for children and youth with emotional and behavioral disorders and their families: Programs and evaluation best practices* (pp. 686–707). Autin: Pro-Ed.
- Clark, H. B., Prange, M. E., Lee, J. H., Boyd, A., McDonald, B. A. & Stewart, E. S. (1994). Improving adjustment outcomes for foster children with emotional and behavioral. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders, 2*(4), 207-218.
- Clausen, J. M., Landsverk, J., Ganger, W., Chadwick, D. & Litrownik, A. J. (1998). Mental health problems of children in foster care. *Journal of Child and Family Studies, 7*, 283-296.
- Cobb, E. J., Leitenberg, H. & Burchard, J. D. (1982). Foster parents teaching foster parents: Communication and conflict resolution skills training. *Journal of Community Psychology, 10*(3), 240-249.
- Craven, P. A. & Lee, R. E. (2006). Therapeutic Interventions for Foster Children: A Systematic Research Synthesis. *Research on Social Work Practice, 16*(3), 287-304.
- Cross, T. P., Leavey, J., Mosley, P. R., White, A. W. & Andreas, J. B. (2004). Outcomes of Specialized Foster Care in a Managed Child Welfare Services Network. *Child Welfare, 83*(6), 533-564.
- DJI & DJuF (2006). Projektbericht. Pflegekinderhilfe in Deutschland: Teilprojekt 1 Exploration. Retrieved 8.11.2008, from [http://www.dji.de/pkh/pkh\\_projektbericht\\_exploration.pdf](http://www.dji.de/pkh/pkh_projektbericht_exploration.pdf)
- Dore, M. M. & Mullin, D. (2006). Treatment family foster care : its history and current role in the foster care continuum. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services, 8*(4), 475-482.
- Dozier, M., Brohawn, D., Lindhiem, O., Perkins, E. & Peloso, E. (in preparation). Effects of a Foster Parent Training Program on Young Children's Attachment Behaviors: Preliminary Evidence from a Randomized Clinical Trial.
- Dozier, M., Dozier, D. & Manni, M. (2002). Recognizing the special needs of infants' and toddlers' foster parents: Development of a relational intervention. *Zero to Three Bulletin, 22*, 7-13.
- Dozier, M., Lindhiem, O., Ackerman, J. P., Berlin, L. J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L. et al. (2005). Attachment and Biobehavioral Catch-Up: An Intervention Targeting Empirically Identified Needs of Foster Infants. In L. Berlin, Y. Ziv, L. Jackson & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy*. (pp. 178-194). New York, NY, US: Guilford Press.
- Dozier, M., Peloso, E., Lewis, E., Laurenceau, J.-P. & Levine, S. (2008). Effects of an attachment-based intervention of the cortisol production of infants and toddlers in foster care. *Development and Psychopathology, 20*(3), 845-859.
- Dozier, M., Peloso, E., Lindhiem, O., Gordon, M. K., Manni, M., Sepulveda, S. et al. (2006). Developing Evidence-Based Interventions for Foster Children: An Example of a Randomized Clinical Trial with Infants and Toddlers. *Journal of Social Issues, 62*(4), 767-785.

- Eddy, J. M. & Chamberlain, P. (2000). Family management and deviant peer association as mediators of the impact of treatment condition on youth antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 857-863.
- Eddy, J. M., Whaley, R. B. & Chamberlain, P. (2004). The Prevention of Violent Behavior by Chronic and Serious Male Juvenile Offenders: A 2-Year Follow-up of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 12*(1), 2-8.
- Eisenstadt, T. H., Eyberg, S., McNeil, C. B. & Newcomb, K. (1993). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: Relative effectiveness of two stages and overall treatment outcome. *Journal of Clinical Child Psychology, 22*(1), 42-51.
- Evans, M. E., Armstrong, M. & Kuppinger, A. (1996). Family-centered intensive case management: A step toward understanding individualized care. *Journal of Child and Family Studies, 5*(1), 55-65.
- Evans, M. E., Armstrong, M. I., Dollard, N., Kuppinger, A. D., Huz, S. & Wood, V. M. (1994). Development and evaluation of treatment foster care and family-centered intensive case management. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders, 2*(4), 228.
- Evans, M. E., Armstrong, M. I., Kuppinger, A. D., Huz, S. & McNulty, T. L. (1998). Preliminary outcomes of an experimental study comparing treatment foster care and family-centered intensive case management. In M. H. Epstein & K. Kutash (Eds.), *Outcomes for children and youth with emotional and behavioral disorders and their families: Programs and evaluation best practices* (pp. 543-580). Austin: Pro-Ed.
- Eyberg, S. M. (1988). Parent-Child Interaction Therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. *Child & Family Behavior Therapy, 10*(1), 33-46.
- Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hembree-Kigin, T. L., McNeil, C. B., Querido, J. G. & Hood, K. K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy, 23*(4), 1-20.
- Eyberg, S. M. & Robinson, E. A. (1982). Parent-child interaction training: Effects on family functioning. *Journal of Clinical Child Psychology, 11*(2), 130-137.
- Fanshel, D., Finch, S. J. & Grundy, J. F. (1989). Foster Children in Life-Course Perspective: The Casey Family Program Experience. *Child Welfare, 68*(5), 467-478.
- Fasulo, S. J., Cross, T. P., Mosley, P. & Leavey, J. (2002). Adolescent runaway behavior in specialized foster care. *Children and Youth Services Review, 24*(8), 623-640.
- Fish, B. & Chapman, B. (2004). Mental health risks to infants and toddlers in foster care. *Clinical Social Work Journal, 32*, 121-140.
- Fisher, P. A., Burraston, B. & Pears, K. (2005). The Early Intervention Foster Care Program: Permanent Placement Outcomes From a Randomized Trial. *Child Maltreatment: Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children, 10*(1), 61-71.
- Fisher, P. A., Ellis, B. H. & Chamberlain, P. (1999). Early intervention foster care: A model for preventing risk in young children who have been maltreated. *Children's Services: Social Policy, Research, & Practice, 2*(3), 159-182.
- Fisher, P. A., Gunnar, M. R., Chamberlain, P. & Reid, J. B. (2000). Preventive intervention for maltreated preschool children: Impact on children's behavior, neuroendocrine activity, and foster parent functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1356.
- Fisher, P. A., Gunnar, M. R., Dozier, M., Bruce, J. & Pears, K. C. (2006). Effects of a therapeutic intervention for foster children on behavior problems, caregiver attachment, and stress regulatory neural systems. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1094*, 215-225.



- Fisher, P. A. & Kim, H. K. (2007). Intervention effects on foster preschoolers' attachment-related behaviors from a randomized trial. *Prevention Science, 8*(2), 161-170.
- Fisher, P. A. & Stoolmiller, M. (2008). Intervention effects on foster parent stress: Associations with child cortisol levels. *Development and Psychopathology, 20*, 1003-1021.
- Freeling, N. W., Kissel, S. & Sargent, L. (1976). Parenting for foster parents. *Child Psychiatry & Human Development, 6*(4), 244-250.
- Funderburk, B. W., Eyberg, S. M., Newcomb, K., McNeil, C. B., Hembree-Kigin, T. & Capage, L. (1998). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: Maintenance of treatment effects in the school setting. *Child & Family Behavior Therapy, 20*(2), 17-38.
- Gabler, S. (2008). Erziehungsberatung von Pflegefamilien: Problembelastung, Beratungsverlauf und Beratungszufriedenheit im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Universität Erlangen-Nürnberg: unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Galaway, B., Nutter, R. W. & Hudson, J. (1995). Relationship between discharge outcomes for treatment foster-care clients and program characteristics. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 3*(1), 46-54.
- Gilbertson, R., Richardson, D. & Barber, J. (2005). The Special Youth Carer Program: An Innovative Program for At-Risk Adolescents in Foster Care. *Child & Youth Care Forum, 34*(1), 75-89.
- Golding, K. & Picken, W. (2004). Group work for foster carers caring for children with complex problems. *Adoption and Fostering 28*(1), 25-37.
- Grimm, B. (2003). Foster parent training: What the CFS review do and don't tell us. *Youth Law News, 3*-29.
- Guerney, L. (1977). A description and evaluation of a skills training program for foster parents. *American Journal of Community Psychology, 5*(3), 361-371.
- Guerney, L. F. & Wolfgang, G. (1981). Long-range evaluation of effects on foster parents of a foster parent skills training program. *Journal of Clinical Child Psychology, 10*(1), 33.
- Hahn, R. A., Bilukha, O., Lowy, J., Crosby, A., Fullilove, M. T., Liberman, A. et al. (2005). The Effectiveness of Therapeutic Foster Care for the Prevention of Violence: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine, 28*(2), 72-90.
- Hahn, R. A., Lowy, J., Bilukha, O., Snyder, S., Briss, P., Crosby, A. et al. (2004). Therapeutic foster care for the prevention of violence: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR Recommendations and Reports, 53*, 1-8.
- Hampson, R. B., Schulte, M. A. & Ricks, C. C. (1983). Individual vs. group training for foster parents: efficiency/effectiveness evaluations. *Family Relations 32*, 191-201.
- Hawkins, R. P., Meadowcroft, P., Trout, B. A. & Luster, W. C. (1985). Foster Family-based Treatment. *Journal of Clinical Child Psychology, 14*(3), 220.
- Herschell, A. D., Calzada, E. J., Eyberg, S. M. & McNeil, C. B. (2002). Parent-child interaction therapy: New directions in research. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*(1), 9-15.
- Hill-Tout, J., Pithouse, A. & Lowe, K. (2003). Training foster carers in a preventive approach to children who challenge: mixed messages from research. *Adoption and Fostering, 27*(1), 47-56.
- Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G. & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1017-1026.
- Hudson, J., Nutter, R. W. & Galaway, B. (1994). Treatment foster care programs: A review of evaluation research and suggested directions. *Social Work Research, 18*(4), 198-210.

- Kessler, R. C., Pecora, P. J., Williams, J., Hiripi, E., O'Brien, K., English, D. *et al.* (2008). Effects of Enhanced Foster Care on the Long-term Physical and Mental Health of Foster Care Alumni. *Archives of General Psychiatry*, 65(6), 625-633.
- Kißgen, R. & Suess, G. (2005). Bindunsthoretisch fundierte Intervention in Hoch-Risiko-Familien: Das STEEP-Programm. *Frühförderung interdisziplinär*, 24, 124-133.
- Levant, R. F. & Slattery, S. C. (1982). Systematic skills training for foster parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 11(2), 138.
- Leve, L. D. & Chamberlain, P. (2005). Association with Delinquent Peers: Intervention Effects for Youth in the Juvenile Justice System. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(3), 339-347.
- Leve, L. D. & Chamberlain, P. (2007). A randomized evaluation of multidimensional treatment foster care: Effects on school attendance and homework completion in juvenile justice girls. *Research on Social Work Practice*, 17(6), 657-663.
- Leve, L. D., Chamberlain, P. & Reid, J. B. (2005). Intervention Outcomes for Girls Referred From Juvenile Justice: Effects on Delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1181-1185.
- Linares, L. O., Montalto, D., Li, M. & Oza, V. S. (2006). A Promising Parenting Intervention in Foster Care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 32-41.
- Macdonald, G. & Turner, W. (2005). An experiment in helping foster-carers manage challenging behaviour. *British Journal of Social Work*, 35(8), 1265.
- Macdonald, G. & Turner, W. (2008). Treatment foster care for improving outcomes in children and young people: Cochrane Database.
- MacMillan, H. L. & Munn, C. (2001). The sequelae of child maltreatment. *Current Opinion in Psychiatry*, 14(4), 325-331.
- McIntyre, A. & Keesler, T. Y. (1986). Psychological disorders among foster children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 297-303.
- McNeil, C. B., Eyberg, S., Eisenstadt, T. H. & Newcomb, K. (1991). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: Generalization of treatment effects to the school setting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20(2), 140-151.
- McNeil, C. B., Herschell, A. D., Gurwitch, R. H. & Clemens-Mowrer, L. (2005). Training Foster Parents in Parent-Child Interaction Therapy. *Education & Treatment of Children*, 28(2), 182-196.
- Meadowcroft, P. (1989). Treating emotionally disturbed children and adolescents in foster homes. *Child & Youth Services*, 12(1), 23-43.
- Minnis, H. & Devine, C. (2001). The effect of foster carer training on the emotional and behavioural functioning of looked after children. *Adoption and Fostering*, 25(1), 44-54.
- Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A. J., Dunn, J. & Knapp, M. (2006). Children in foster care: Mental health, service use and costs. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(2), 63.
- Minnis, H., Pelosi, A. J., Knapp, M. & Dunn, J. (2001). Mental health and foster carer training. *Arch. Dis. Child.*, 84, 302-306.
- Newton, R. R., Litrownik, A. J. & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: Disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1363-1374.
- Nilsen, W. (2007). Fostering Futures: A Preventive Intervention Program for School-age Children in Foster Care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(1), 45-63.
- Noble, L. S. & Euster, S. D. (1981). Foster Parent Input: A Crucial Element in Training. *Child Welfare*, 60(1), 35-42.

- Pacifici, C., Delaney, R., White, L., Cummings, K. & Nelson, C. (2005). Foster Parent College: Interactive Multimedia Training for Foster Parents. *Social Work Research*, 29(4), 243-251.
- Pacifici, C., Delaney, R., White, L., Nelson, C. & Cummings, K. (2006). Web-based training for foster, adoptive, and kinship parents. *Children and Youth Services Review*, 28(11), 1329-1343.
- Pallett, C., Scott, S., Blackeby, K., Yule, W. & Weissman, R. (2002). Fostering changes: a cognitive-behavioural approach to help foster carers manage children. *Adoption and fostering* 26(1), 39-48.
- Palmer, S. E. (1996). Placement stability and inclusive practice in foster care: An empirical study. *Children and Youth Services Review*, 18(7), 589-601.
- Pears, K. C. & Fisher, P. A. (2005). Developmental, Cognitive, and Neuropsychological Functioning in Preschool-aged Foster Children: Associations with Prior Maltreatment and Placement History. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 26(2), 112-122.
- Pears, K. C., Fisher, P. A. & Bronz, K. D. (2007). An intervention to promote social emotional school readiness in foster children: Preliminary outcomes from a pilot study. *School Psychology Review*, 36(4), 665-673.
- Penn, J. V. (1978). A Model for Training Foster parents in behavior Modification Techniques. *Child Welfare*, 57(3), 175-180.
- Pithouse, A., Hill-Tout, J. & Lowe, K. (2002). Training foster carers in challenging behaviour: A case study in disappointment? *Child & Family Social Work*, 7(3), 203-214.
- Price, J. M., Chamberlain, P., Landsverk, J., Reid, J. B., Leve, L. D. & Laurent, H. (2008). Effects of a foster parent training intervention on placement changes of children in foster care. *Child Maltreatment*, 13(1), 64-75.
- Racusin, R., Maerlender, A. C., Jr., Sengupta, A., Isquith, P. K. & Straus, M. B. (2005). Psychosocial Treatment of Children in Foster Care: A Review. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 199-221.
- Redding, R. E., Fried, C. & Britner, P. A. (2000). Predictors of placement outcomes in treatment foster care: Implications for foster parent selection and service delivery. *Journal of Child and Family Studies*, 9(4), 425.
- Reddy, L. A. & Pfeiffer, S. I. (1997). Effectiveness of treatment foster care with children and adolescents: A review of outcome studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(5), 581-588.
- Richman, N. (1993). *Communicating with Children: Helping children in distress*. Unpublished manuscript, London.
- Rubinstein, J. S., Armentrout, J. A., Levin, S. & Herald, D. (1978). The parent-therapist program: alternate care for emotionally disturbed children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48(8), 654-662.
- Runyan, A. & Fullerton, S. (1981). Foster Care Provider Training: a Preventive Program. *Children and Youth Services Review*, 3, 127-141.
- Sanchirico, A. & Jablonka, K. (2000). Keeping foster children connected to their biological parents: The impact of foster parent training and support. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 17(3), 185-203.
- Simms, M. D. & Halfon, N. (1994). The health care needs of children in foster care: A research agenda. *Child Welfare Journal*, 73(5), 505-524.
- Snodgrass, R. (1989). Treatment foster care: A proposed definition. *Community Alternatives: International Journal of Family Care*, 1(2), 79-82.

- Snodgrass, R. & Bryant, B. (1991). *New York family-based treatment program year-end report to the office of mental health*. Staunton: People Places.
- Spangler, G. & Bovenschen, I. (2008). *Effekte von psychosozialen Interventionen zur Vorbereitung von Pflegeeltern auf ihre Aufgabe: Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche* (Unveröffentlichte Expertise). München: DJI.
- Stein, E., Evans, B., Mazumdar, R. & Rae-Grant, N. (1996). The mental health of children in foster care: A comparison with community and clinical samples. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(6), 385-391.
- Steinhausen, H.-C. (2002). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. München: Urban & Fischer.
- Strozier, A. L., Elrod, B., Beiler, P., Smith, A. & Carter, K. (2004). Developing a network of support for relative caregivers. *Children and Youth Services Review*, 26(7), 641-656.
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and Youth Services Review*, 30, 1-25.
- Taussig, H. N., Culhane, S. E. & Hettleman, D. (2007). Fostering Healthy Futures: An innovative preventive intervention for preadolescent youth in out-of-home care. *Child Welfare Journal*, 86(5), 113-131.
- Testa, M. F. & Rolock, N. (1999). Professional Foster Care: A Future Worth Pursuing? *Child Welfare*, 78(1), 108-124.
- Timmer, S. G., Urquiza, A. J. & Zebell, N. (2006). Challenging foster caregiver-maltreated child relationships: The effectiveness of parent-child interaction therapy. *Children and Youth Services Review*, 28(1), 1-19.**
- Unrau, Y., Wells, M. & Hartnett, M. A. (2004). Removing barriers to service delivery: An outcome evaluation of a 'remodelled' foster care programme *Adoption and Fostering*, 28(2), 20-30.**
- Van Camp, C. M., Montgomery, J. L., Vollmer, T. R., Kosarek, J. A., Happe, S., Burgos, V. et al. (2008). Behavioral parent training in child welfare: Maintenance and booster training. *Research on Social Work Practice*, 18(5), 392-400.
- Van Camp, C. M., Vollmer, T. R., Goh, H.-L., Whitehouse, C. M., Reyes, J., Montgomery, J. L. et al. (2008). Behavioral parent training in child welfare: Evaluations of skills acquisition. *Research on Social Work Practice*, 18(5), 377-391.**
- van den Boom, D. C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development*, 65(5), 1457-1477.
- Warman, A., Pallett, C. & Scott, S. (2006). Learning from each other: Process and outcomes in the Fostering Changes training programme *Adoption and Fostering*, 30(3), 17-28.**
- Webster-Stratton, C. (2001). *Incredible Years: The parents, teachers, and children training series*. Unpublished manuscript, Seattle, WA.
- Westermark, P. K., Hansson, K. & Vinnerljung, B. (2007). Foster parents in Multidimensional Treatment Foster Care: How do they deal with implementing standardized treatment components? *Children and Youth Services Review*, 29(4), 442-459.
- Zeanah, C. H., Larrieu, J. A., Heller, S. S., Valliere, J., Hinshaw-Fuselier, S., Aoki, Y. et al. (2001). Evaluation of a preventive intervention for maltreated infants and toddlers in foster care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 214-221.
- Ziegenhain, U., Fries, M., Bütow, B. & Derksen, B. (2004). *Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern: Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.