



universität  
wien

## Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Evaluation der Krisenintervention für Kinder und Jugendliche  
bei pro mente kinder jugend familie

Verfasserin

Laura Stoiber

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2014

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Mag. Dr. Marko Lüftenegger

## **Danksagung**

Zunächst möchte ich meiner ganzen Familie und insbesondere meinen Eltern danken, die mich während meines gesamten Studiums nicht nur finanziell unterstützt haben, sondern mir auch in vielen anderen Situationen eine große Stütze waren. Herrn Mag. Dr. Marko Lüftenegger möchte ich für die sehr kompetente und gewissenhafte Betreuung meiner Diplomarbeit danken. Vielen Dank auch an Frau Mag. Dr. Monika Finsterwald, die mich bei einigen Fragen mit ihren fachlichen Kenntnissen unterstützte. Ein großer Dank geht dabei an pro mente kinder jugend familie in Kärnten, die mir dieses spannende Thema ermöglichte. Des Weiteren möchte ich mich bei all meinen Freunden sowie Studienkollegen bedanken, die mir während meines ganzen Studiums immer zur Seite standen und mich in langen Lernzeiten seelisch unterstützten. Ein besonderer Dank geht an Andrea, die mich während meiner Diplomarbeitszeit und Lernzeit immer wieder motivierte.

## **Zusammenfassung**

Aufgrund einer fordernden Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich und einer Überprüfung der Effizienz sowie der Effektivität der Krisenintervention für Kinder und Jugendliche wurde bei pro mente kinder jugend familie Kärnten in zwei Kriseninterventionszentren (KIZ) eine Evaluation durchgeführt. Zusätzlich wurden neben objektiven Daten auch subjektive Beurteilungen der Kinder und Jugendlichen und deren Eltern erhoben. In dieser Diplomarbeit standen 131 Kinder und Jugendliche, welche vor und nach der Betreuung im KIZ mittels Fragebogen über das KIZ befragt wurden, im Fokus. Die Ziele des KIZ waren Schutz und Sicherheit, Beruhigung und Deeskalation, emotionale Stabilität, das Erlernen von Bewältigungsstrategien sowie Zukunftsperspektiven für die Kinder und Jugendlichen, die alle nach Einschätzungen der KlientInnen erreicht wurden. Weiters war das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen nach der Krisenintervention signifikant besser als davor. Zwischen der Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen und der Fremdeinschätzung der Eltern des Wohlbefindens wurde kein signifikanter Unterschied festgestellt. Die Erreichung der selbst festgelegten Ziele der Kinder und Jugendlichen wurden zum größten Teil ebenfalls erreicht, wobei das am häufigsten angegebene Ziel die Wiederherstellung des Kontakts mit den Bezugspersonen war. Die am häufigsten angegebene Strategie in einer zukünftigen Krise war jene, wieder in das KIZ zu gehen. Insgesamt wurden die Ziele gut erreicht, was für eine effektive und effiziente Krisenintervention spricht. Zusammenfassend ist es empfehlenswert, dass das Gesundheitsministerium pro mente kinder jugend familie fördert und dadurch weiterhin eine derartig professionelle Krisenintervention für Kinder und Jugendliche ermöglicht.

## **Abstract**

Due to a required quality assurance in public health and to review the efficiency and effectiveness of crisis intervention for children and adolescents, pro mente kinder jugend familie Kärnten carried out an evaluation in two crisis intervention centres (KIZ). In addition to objective data, a subjective assessment of children and their parents were collected. This work focused on 131 children and adolescents who completed a self-reporting questionnaire before and after getting support from KIZ. Defined objectives for KIZ comprised security and safety, slow-down and de-escalation, emotional stability, acquirement of coping strategies and future perspectives. According to the clients of pro mente kinder jugend familie, all these goals had been achieved. Moreover, participation in crisis intervention had significant impact on well-being in children and adolescents. In this context, no significant difference was seen between a self-evaluated well-being by the children and adolescents and the perception of well-being by their parents. Most children and adolescents achieved their self-chosen objectives and re-establishing contact with important others was the most commonly mentioned aim. Regarding strategies for upcoming problems in the future, most children proposed to visit KIZ again when getting in trouble. Altogether, the targets set for the evaluation were mostly achieved and there is strong evidence to suggest efficiency and effectiveness of crisis intervention. In conclusion, it is advisable that the department of health supports pro mente kinder jugend familie to provide professional crisis intervention for children and adolescents in difficult circumstances.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Krisenintervention .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Krisen und kritische Lebensereignisse .....</b>	<b>9</b>
2.1.1 Arten von Krisen .....	10
2.1.2 Arten von kritischen Lebensereignissen .....	11
<b>2.2 Konzepte und Ziele von Krisenintervention .....</b>	<b>12</b>
<b>2.3 Krisen, kritische Lebensereignisse und Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter .....</b>	<b>13</b>
2.3.1 Bewältigungsstrategien bei Kindern und Jugendlichen .....	15
2.3.2 Studie über die Fremd- und Selbsteinschätzung des Wohlbefindens.....	16
<b>2.4 Pro mente kinder jugend familie.....</b>	<b>17</b>
<b>2.5 Krisenintervention bei pro mente kinder jugend familie .....</b>	<b>18</b>
<b>3. Evaluation .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Definition Evaluation .....</b>	<b>22</b>
<b>3.2 Partizipative Evaluation.....</b>	<b>25</b>
<b>3.3 Summative Evaluation.....</b>	<b>26</b>
<b>3.4 Evaluation der Krisenintervention bei pro mente kinder jugend familie aus kindlicher sowie jugendlicher Sicht .....</b>	<b>27</b>
<b>4. Hypothesen .....</b>	<b>28</b>
<b>5. Methode.....</b>	<b>30</b>
<b>5.1 Stichprobe .....</b>	<b>30</b>
<b>5.2 Design .....</b>	<b>30</b>
<b>5.3 Messinstrument.....</b>	<b>31</b>
<b>5.4 Indirekte, direkte Veränderungsmessung und Zielerreichungsmessung</b>	<b>33</b>
<b>5.5. Auswertungsverfahren .....</b>	<b>34</b>
5.5.1 Statistische Auswertung .....	34
5.5.2 Qualitative Inhaltsanalyse.....	39
<b>6. Ergebnisse .....</b>	<b>40</b>
<b>6.1 Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen vor / nach dem KIZ.....</b>	<b>40</b>
<b>6.2 Ziele des KIZ für die Kinder und Jugendlichen .....</b>	<b>42</b>
<b>6.3 Ziele der Kinder und Jugendlichen im KIZ .....</b>	<b>45</b>

<b>7. Diskussion der Ergebnisse.....</b>	<b>48</b>
7.1 Limitationen.....	50
7.2 Implikationen .....	50
7.3 Ausblick .....	51
<b>8. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>53</b>
8.1 Abbildungsverzeichnis.....	56
8.2 Tabellenverzeichnis .....	56
<b>9. Anhang .....</b>	<b>56</b>
9.1 Fragebögen der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern .....	57
9.2 Eidesstattliche Erklärung und Curriculum Vitae .....	77

*„Wie wir mit den Kindern heute umgehen, das wird die Welt von morgen prägen.“  
(Hans Jonas, Philosoph)*

## **1. Einleitung**

Kindheit und Jugend gelten im Vergleich zum Erwachsenenalter als die unbeschwertere Zeit im Leben. Dennoch werden Kinder und Jugendliche heutzutage immer mehr mit vielfältigen Herausforderungen, Belastungen sowie Krisen konfrontiert. Ihre Bewältigungskompetenzen in Krisensituationen sind allerdings nicht so ausgereift wie bei Erwachsenen und das wiederum führt zu einer schnelleren Überforderung. Daher ist es besonders wichtig, frühzeitig professionelle Hilfe einzuleiten, um ungünstige Entwicklungsverläufe zu vermeiden und Kinder und Jugendliche in schwierigen Lebensphasen so gut wie möglich zu unterstützen (Papastefanou, 2013). Auch Angehörige von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen oder psychischen Krisen sehen sich häufig mit vielen verschiedenen Betreuungsangeboten konfrontiert. Aus diesen dann das beste Angebot für die aktuellen Probleme auszuwählen und verschiedene Maßnahmen zu koordinieren, führt bei den meisten Betreuungspersonen zu einer Überforderung. Daraus folgen oftmals lange Behandlungsverläufe und Betreuungsabbrüche. Das wiederum führt zu hohen Kosten sowohl für die Angehörigen als auch für das Gesundheitssystem. Gleichzeitig steigt aber aufgrund der Ressourcenknappheit sowie dem hohen Kostendruck gerade im Gesundheitsbereich in den letzten Jahren die Forderung nach mehr Transparenz und einer laufenden Qualitätssicherung. Deswegen sind Evaluationen, welche die Effizienz sowie Effektivität therapeutischer Eingriffe überprüfen sowie Transparenz und Qualitätssicherung schaffen, immer wichtiger. Gerade aber auf dem Gebiet psychischer Gesundheit von Kindern sowie Jugendlichen gestaltet sich eine Evaluation als überaus schwierig, da für die Bewertung des Behandlungserfolgs keinerlei allgemeine Standards existieren und die meisten therapeutischen Interventionen erst langfristig nachgewiesen werden können (Wernisch-Pozewaunig, Finsterwald, & Spiel, 2010).

Die pro mente kinder jugend familie GmbH ist in Kärnten für die Bereiche Prävention, Krisenintervention, Ambulanz, Soziotherapie sowie Rehabilitation zuständig und bietet entwicklungsorientierte Offerten für Kinder und Jugendliche an. Sie stellt sich der vorher erwähnten Herausforderung mittels einer Evaluation. Qualitätssicherung

ist bei pro mente kinder jugend familie bereits seit 2009 ein wichtiges Thema und passend dazu wurde eine Stabstelle für Evaluation und Innovation eingerichtet.

Das Ziel dieser Arbeit besteht einerseits darin, aufzuzeigen, dass wissenschaftliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie Kostenrechtfertigung bei pro mente kinder jugend familie in den jeweiligen Kriseninterventionszentren getroffen werden und andererseits die Effizienz sowie Effektivität der Krisenintervention für die Kinder und Jugendlichen sichtbar zu machen und daraus notwendige Maßnahmen abzuleiten (Wernisch-Pozewaunig, Finsterwald & Spiel, 2010).

In dieser Diplomarbeit wird somit der Fokus auf die ergebnisorientierte Evaluation der Krisenintervention von pro mente kinder jugend familie Kärnten gelegt. An den Kriseninterventionszentren werden Kinder und Jugendliche beim Auftreten von persönlichen Krisen umfassend ambulant oder stationär bis zu einer Dauer von zwei Monaten betreut. Dies bietet eine gute Voraussetzung für die Durchführung einer Evaluation, da aufgrund der Dauer der Krisenintervention Veränderungen der Kinder und Jugendlichen zu erwarten sind. Da die Beurteilung des Erfolges der Maßnahmen aufgrund der noch nicht abgeschlossenen kognitiven und sozioemotionalen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen eingeschränkt ist, ist es notwendig, möglichst viele verschiedene Beurteilungsperspektiven und Erhebungsmethoden getrennt voneinander zu erheben. Um verschiedene Sichtweisen bzw. Perspektiven zu erhalten, werden objektive Daten sowie subjektive Beurteilungen der Kinder und Jugendlichen aber auch jene von deren Eltern näher analysiert. In der vorliegenden Arbeit wird jedoch speziell die Sicht der Kinder und Jugendlichen vor und nach der Betreuung in den Kriseninterventionszentren der pro mente kinder jugend familie GmbH im Zentrum stehen.

## 2. Krisenintervention

Zu Beginn dieses Kapitels werden die Begriffe Krise und kritische Lebensereignisse erläutert und es wird auf die verschiedenen Arten von Krisen und kritischer Lebensereignisse eingegangen. Anschließend werden verschiedene Konzepte und Ziele einer Krisenintervention beleuchtet sowie weiterführend die Besonderheit einer Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter fokussiert. Weiters wird auf die Bewältigungsstrategien in einer Krisensituation im Kindes und Jugendalter eingegangen und eine Studie über die Fremd- und Selbsteinschätzung des Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen und deren Eltern in Krisensituationen vorgestellt. Am Schluss wird das Unternehmen pro mente kinder jugend familie beschrieben und der Verlauf einer Krisenintervention bei pro mente kinder jugend familie sowie deren Ziele für die Kinder und Jugendlichen näher erläutert.

Krisensituationen erlebt jeder Mensch im Laufe seines Lebens mit begleitenden Emotionen wie Angst oder Verzweiflung beispielsweise vor neuen schwierigen Lebensaufgaben. Krisen entwickeln sich meist über einen längeren Zeitraum und man benötigt Bewältigungsstrategien, um diese Krisen zu meistern. Bei schwierigen Krisensituationen jedoch, welche zu einer starken Überforderung führen und wo eigene Bewältigungsstrategien nicht mehr ausreichen, um die Krise zu bewältigen, ist eine professionelle Hilfe durch eine Krisenintervention notwendig (Sonneck, Kapusta, Tomandl, & Voracek, 2012).

„Krisenintervention ist jene Form psychosozialer Betreuung und Behandlung, die sich mit Symptomen, Krankheiten und Fehlhaltungen befasst, deren Auftreten in engerem Zusammenhang mit Krisen steht“ (Sonneck et al., 2012, S. 15). Die Krisenintervention umfasst daher sämtliche Aktionen, die zur Bewältigung von aktuellen Schwierigkeiten beitragen. Dadurch können diverse negative Folgen psychischer, medizinischer oder sozialer Natur verhindert werden. Die Komplexität von Kriseninterventionen besteht darin, bedeutende Zusammenhänge für die Bewältigung der Krise zu nutzen (Sonneck et al., 2012). Krisenintervention gilt weiters „als kurzfristig wirksame professionelle Hilfe für Menschen, die sich in einer akuten psychischen Notlage befinden“ (Dross, 2001, S. 9). Krisenintervention versteht sich daher als Hilfe zur Selbsthilfe und ist „im Normalfall in erster Linie ein klientenorientierter Klärungsprozess, der vorhandene Selbsthilfemöglichkeiten

aktiviert“ (Dross, 2001, S. 36). Außerdem bedeutet eine Intervention der Krise eine Vorbeugung oder Prävention psychischer Störungen und zielt darauf ab, der Krise eine Wende zu geben und durch die Krise entstehende Störungen zu verhindern (Fiedler, 1998). Zusammenfassend stimmen die meisten Definitionen vom Begriff der Krisenintervention darin überein, dass es sich um eine akute Unterstützung und Behandlung für / von Menschen, die in Krisensituationen sind, handelt. Die Intervention hilft Betroffenen dabei, die Krise zu bewältigen und ihre normale Tätigkeit wieder ausführen zu können oder sogar ein höheres Funktionsniveau im Vergleich zur letzten Lebenssituation vor der Krise zu erreichen (Papastefanou, 2013).

## **2.1 Krisen und kritische Lebensereignisse**

In der Klinischen Psychologie bezeichnet man den Begriff Krise meist als einschneidende schwierige Situationen im Leben. Der aus dem Griechischen stammende Begriff „Krisis“ bedeutet übersetzt Wende oder Entscheidungssituation in Bezugnahme auf eine gefährliche Entwicklung (Papastefanou, 2013). Wenn man das Wort Krise aber aus den chinesischen Schriftzeichen ableitet, bedeutet es einerseits „Gefahr“ und andererseits „Chance“. Jede Krise enthält sowohl einen Hinweis als auch eine Aufforderung, denn sie erzeugt Gefahr und fordert gleichzeitig auch eine Neuorientierung. Eine Krisensituation bietet demnach die Möglichkeit, Veränderungen in Angriff zu nehmen und Entscheidungen zu tätigen (Sonneck, et al., 2012). Zudem versteht man unter einer Krise „den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen sowie Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbene Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern“ (Sonneck et al., 2012, S.15). Betroffene sind daher in schwierigen Situationen in ihren Bewältigungskompetenzen so sehr überfordert, dass sie diese Situation nicht mehr ohne professionelle Hilfe meistern können und sich somit in einer Krise befinden (Sonneck et al., 2012). Außerdem werden verschiedene Arten von Krisen unterschieden, die im Folgenden näher erläutert werden.

### 2.1.1 Arten von Krisen

Es wird zwischen traumatischen Krisen und Veränderungskrisen unterschieden. Zunächst werden die Phasen einer traumatischen Krise und darauffolgend wird der Ablauf einer Veränderungskrise beschrieben.

Als **traumatische Krisen** gelten beispielsweise schlagartige Schicksalsschläge, zum Beispiel eine plötzliche Krankheit oder ein unvorhergesehener Tod (Sonneck et al., 2012). Dabei zählt man vier Phasen, die ein Mensch bei einer traumatischen Krise durchläuft. Die erste Phase beginnt mit dem Krisenschock, der nur wenige Sekunden, aber auch bis zu einem Tag dauern kann. In dieser Phase befindet man sich innerlich in einem chaotischen Zustand und die Wirklichkeit wird verdrängt. Die zweite Phase ist die Reaktionsphase, welche einige Tage oder auch Wochen in Anspruch nehmen kann. In dieser Phase kommt es häufig zu einer Realisierung der Krise, die meist mit Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Depressivität, Wut, Trauer Hilflosigkeit, Feindseligkeit oder Aggression verbunden ist. Falls es in dieser Phase zu keiner Hilfe oder Intervention kommt, kann es zu einer chronischen psychischen Krankheit wie Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit oder sogar zu suizidalem Verhalten kommen. Die dritte Phase ist mit der Konfrontation und der Bearbeitung der Krise gekennzeichnet, die im besten Fall zu einer Loslösung der Vergangenheit führt. Bei günstigen Voraussetzungen kann es zu einer Neuorientierung kommen, wodurch die vierte und letzte Phase erreicht ist (Sonneck et al., 2012).

**Veränderungskrisen** sind Situationen, die allgemein zum Leben dazugehören und von vielen Menschen auch als etwas Positives bezeichnet werden. Veränderungskrisen werden somit nicht nur als negativ, sondern auch als hoffnungsvoll und optimistisch erlebt. Als Beispiele sind an dieser Stelle der Einzug in die erste eigene Wohnung oder eine Heirat zu nennen. Sie setzen daher nicht schlagartig ein, sondern entwickeln sich erst im Laufe der Zeit. Wichtig ist auch, dass Veränderungskrisen in jeder Phase beendet werden können, indem Lösungsstrategien frühzeitig entwickelt werden. Veränderungskrisen entwickeln sich innerhalb einiger Tage bis zu maximal sechs Wochen. Es kommt dabei zu sechs Phasen, wobei sich das akute Stadium erst am Ende der dritten Phase befindet und in der vierten Phase voll ausgeprägt ist. In der ersten Phase geht es um eine

Konfrontation mit der Krise und darum, dass es aufgrund des gewohnten Problemlösungsverhaltens zu Spannungen und Unbehagen kommt. Die bis jetzt erworbenen Bewältigungsstrategien bleiben wirkungslos. In der zweiten Phase merken die Betroffenen, dass die vergangenen Bewältigungsmittel keine Wirkung erzielen und fühlen sich somit als VersagerInnen. Dadurch sinkt das Selbstwertgefühl, was wiederum zu einer starken Verzweiflung führt. In der dritten Phase kommt es zur Mobilisierung neuer Bewältigungsstrategien, beispielsweise sucht man eine Krisenintervention oder diverse Beratungsstellen auf. Das kann einerseits zur Bewältigung der Krise, andererseits aber auch zu einem Gefühl der Resignation führen. In der vierten Phase kommt es durch das Vollbild der Krise zu einer Isolation. Daher wirkt der oder die Betroffene nach außen womöglich geordnet oder stabil, ist jedoch aufgrund einer Verzerrung und Verleugnung der Wirklichkeit innerlich meist sehr zerstreut oder orientierungslos. In dieser Phase besteht wie bei der traumatischen Krise die Gefahr des Substanzmissbrauchs, der Chronifizierung und des suizidalen Verhaltens. In der fünften Phase kommt es zur Bearbeitung bzw. Auseinandersetzung mit der Krise durch neue Lösungsstrategien, meist geschieht dies mit professioneller Hilfe. Schlussendlich gelangen Betroffene in die sechste Phase, die durch die Entwicklung neuer Anpassungsstrategien im besten Fall mit einer Neuanpassung endet (Sonneck et al., 2012).

### **2.1.2 Arten von kritischen Lebensereignissen**

In der Entwicklungspsychologie hat sich im Zusammenhang mit Krisen in den letzten Jahrzehnten auch ein sogenanntes „kritisches Lebensereignis“ durchgesetzt. Kritische Lebensereignisse sind im Gegensatz zu Krisen neutral besetzt und markieren Wendepunkte im Leben. Diese neuen Wendepunkte erzeugen Unsicherheit, aber gleichzeitig auch eine Neuorientierung der Betroffenen. Es lässt sich daher sagen, dass kritische Lebensereignisse einerseits positive Ausgänge wie beispielsweise persönliche Reife oder veränderte Werthaltungen und andererseits negative Folgen wie einen Zusammenbruch mit sich bringen können (Papastefanou, 2013).

Aus dieser Sicht werden drei Arten von kritischen Lebensereignissen unterschieden.

**1. Normative kritische Lebensereignisse** sind normale Meilensteine im Lebenslauf, die jeweils in einer bestimmten Altersphase auftreten wie beispielsweise

der Schuleintritt in der Kindheit. Normative Ereignisse strukturieren das Leben und sind deshalb wichtig für jede normale Entwicklung.

**2. Non-normative kritische Lebensereignisse** treten eher selten auf und betreffen nur einzelne Personen. Non-normative kritische Ereignisse sind weder vorhersehbar noch kontrollierbar. Ein Beispiel wäre die plötzliche Schwangerschaft.

**3. Historische kritische Lebensereignisse** sind kritische Ereignisse, die zeitgleich auf alle Menschen einwirken und in den gleichen kulturellen oder geographischen Lebensräumen stattfinden. Als Beispiele sind hier eine Flutkatastrophe oder ein Erdbeben zu nennen (Papastefanou, 2013).

Außerdem ist die erfolgreiche Bewältigung von kritischen Lebensereignissen sehr wichtig, denn diese führt zu Zufriedenheit. Menschen gehen gestärkt und mit neuen Bewältigungskompetenzen im Umgang mit späteren Lebenskrisen daraus hervor. Krisen gelten als wichtiges Element im Leben, da sie einen Veränderungsprozess in Gang setzen und somit zu einer Weiterentwicklung beitragen (Keil, 2002).

## **2.2 Konzepte und Ziele von Krisenintervention**

Krisenintervention erfolgt meist in vier Abschnitten. Die erste Phase befasst sich mit der Einschätzung der Krise der PatientInnen und es kommt zu einer Planung der Intervention. Im zweiten Schritt ist die Beeinträchtigung der PatientInnen zu klären und die Auswirkungen der Krise auf das soziale Umfeld müssen näher beleuchtet werden. Der dritte Schritt, also die Intervention an sich, ist die Hilfe bei der Krisenbewältigung. In dieser Phase geht es überwiegend um die Erarbeitung von alternativen Bewältigungsstrategien und um die Verarbeitung der Krise. Der letzte Schritt sind die Auflösung der Krise sowie die Zukunftsplanung durch das Zusammenfassen und Anwenden der gelernten Bewältigungsstrategien und der Formulierung realistischer Zukunftspläne. Das bildet den Abschluss einer erfolgreichen Krisenintervention (Aguilera, 2000).

Als allgemeine Grundsätze der Krisenintervention sind ein rascher Beginn, eine hohe Aktivität vonseiten des / der Helfenden sowie Flexibilität der Methoden, wie beispielsweise Hilfe im psychologischen oder sozialen, aber auch im biologisch-medikamentösen Bereich zu nennen. Der Fokus ist auf die allgemeine Situation der KlientInnen gelegt, in welcher das Miteinbeziehen des Umfelds, das Herbeiführen

einer entsprechenden Befreiung von emotionalen Schwierigkeiten und eine multiprofessionelle Zusammenarbeit eine wichtige Rolle spielen (Sonneck et. al., 2012).

Im Folgenden werden wichtige Prinzipien, die eine grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Krisenintervention darstellen, beschrieben. Krisenintervention muss eine sofortige Hilfe darstellen, daher sollte die Kontaktaufnahme innerhalb von 24 bis 48 Stunden stattfinden, da lange Wartezeiten die Krise verstärken. Jeder Mensch, der sich in einer Krisensituation befindet, sollte sich auf einfachem Wege, zum Beispiel durch einen Telefonanruf, Zugang zu professioneller Hilfe verschaffen können. Weiters muss die Krisenintervention in einem begrenzten Zeitraum von ca. 2 bis 3 Monaten stattfinden. Schließlich resultiert daraus ausgeprägte Zielstrebigkeit sowie ein hoher Handlungsdruck, die Krise zu überwinden (Papastefanou, 2013). Ein weiterer Faktor für eine effektive Krisenintervention ist das Ressourcenkonzept. Ressourcen sind somit Mittel bzw. Hilfsmittel zur Bewältigung von Krisen sind. Sie stellen Stärken unseres Lebens, welche für zielorientierte Handlungen eingesetzt werden sowie zu einer positiven Lebensgestaltung führen und die uns vor neuen Krisen schützen, dar (Nestmann, 1997).

Wenn wir die Ziele der Krisenintervention näher beleuchten, dann sind wichtige Ziele die Auflösung der Krise und die Wiederherstellung der letzten stabilen Situation vor der Krise. Im Idealfall kommt es zu einer Steigerung der letzten Situation (Aguilera, 2000). Außerdem gibt es verschiedene Arten von Zielen. Einerseits existieren kurzfristige Ziele, wie zum Beispiel das Erkennen einer Gefährdung, das Abwenden einer Bedrohung, der Beziehungsaufbau, die rasche Beseitigung von störenden Symptomen sowie die Reduzierung des Stresses, ausgelöst durch die Situation. Andererseits existieren auch längerfristige Ziele wie beispielsweise die Wiederherstellung von Selbstvertrauen oder die Anwendung neuer Bewältigungsstrategien (Papastefanou, 2013).

### **2.3 Krisen, kritische Lebensereignisse und Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter**

Kinder und Jugendliche sind heutzutage immer mehr mit vielfältigen Herausforderungen, Belastungen und Krisen konfrontiert. Bei aversiven Ereignissen,

die früh im Leben eintreten, ist das Risiko für negative Folgen besonders hoch. Das endet meist mit Vulnerabilitäten wie beispielsweise einem beeinträchtigten Bewältigungsverhalten oder einem negativen Entwicklungsverlauf. Daher ist es besonders wichtig, Interventionen frühzeitig einzuleiten, um ungünstige Entwicklungsverläufe zu vermeiden (Papastefanou, 2012). Außerdem stellen Kinder und Jugendliche eine besonders schwierige Gruppe in Bezugnahme auf Krisen und Krisenintervention dar. Denn aufgrund ihrer kurzen Lebensdauer und ihrem geringen Entwicklungsstandes besitzen sie weniger Ressourcen und Bewältigungsstrategien, um eine Krise zu überwinden, was wiederum zu einer schnelleren Überforderung führt (Juen, Werth, Roner, Schönherr, & Brauchle, 2003). Das Lebensalter hat sich daher als wichtige Einflussvariable im Hinblick auf das subjektive Erleben und Verarbeiten kritischer Lebensereignisse herauskristallisiert (Papastefanou, 2013).

Weiters werden Lebensereignisse, je nach Belastungsgrad speziell für Kinder und Jugendliche unterteilt. Es gibt in jedem Leben normative Ereignisse, womit alterstypische Entwicklungsaufgaben wie beispielsweise der Eintritt in die Pubertät, gemeint sind. Weiters kommt es, vor allem in der Pubertät, zu alltäglichen wiederkehrenden Frustrationen und Ärgernissen, die häufig durch Streitereien unter Freunden oder durch Schulprobleme ausgelöst werden. Jedoch kann es auch zu kritischen Lebensereignissen kommen, wie beispielsweise zur Trennung der Eltern oder zum Tod einer wichtigen Person, was oftmals zu einer Überforderung führt und eine Krisensituation im Kindes- und Jugendalter auslöst (McNamara, 2000).

Ein professionelles Interventionskonzept für eine akute Krisenintervention ist das BELLA Konzept. Dieses Interventionskonzept stellt eine kurzgefasste, praktische Anleitung für die Arbeit mit Erwachsenen, aber auch mit Kindern und Jugendlichen in Krisensituationen dar (Sonneck et al., 2012). BELLA ist eine Abkürzung und unter den einzelnen Buchstaben ist Folgendes zu verstehen:

„**B**eziehung aufbauen

**E**rfassen der Situation

**L**inderung von Symptomen

**L**eute einbeziehen, die unterstützen

**A**nsatz zur Problembewältigung“ (Sonneck et al., 2012, S. 106).

Diese fünf Aspekte sind besonders entscheidend für eine erfolgreiche Krisenintervention. Zuerst schafft man eine einladende erste Begegnung, in welcher die Kinder und Jugendlichen ihre Probleme ruhig schildern können und wo ihnen mit viel Respekt und Aufmerksamkeit zugehört wird und somit ein Beziehungsaufbau entsteht. Unter dem zweiten Aspekt versteht man die Situationserfassung, in der man die Gründe der Krise der Kinder und Jugendlichen sowie ihre derzeitige Lebenssituation erfasst. Ein darauf folgender Punkt ist die Linderung von Symptomen durch das Eingehen auf die emotionale Situation. In dieser Phase werden die Kinder und Jugendlichen beispielsweise durch Entspannungsübungen entlastet. Im Anschluss bezieht man das soziale Umfeld oder die Familie, die bei der Krisensituation unterstützen, mit ein. Der letzte, aber ebenso sehr wichtige Aspekt ist die Problembewältigung. Hier unterstützt man die Kinder und Jugendlichen dabei, das eigentliche Problem zu definieren, Widersprüchlichkeiten zu sehen, die gefühlsmäßige und reale Bedeutung des Problems zu erfassen und letztendlich eine Veränderung und somit Neuorientierung zu schaffen (Sonneck et al., 2012).

Grundsätzlich sollte Krisenintervention außerdem wesentliche Charakteristika wie das gemeinsame Arbeiten an bestehenden Beziehungen, die Konfrontation mit dem emotionalen Ereignis, die Konzentration auf den aktuellen Anlass und das Miteinbeziehen des Umfelds umfassen (Reimer, 1987).

### **2.3.1 Bewältigungsstrategien bei Kindern und Jugendlichen**

Unter Bewältigungskompetenz versteht man die Fähigkeit, in bestimmten problematischen Krisensituationen ein spezifisches Bewältigungsverhalten zeigen zu können, das ein erfolgreiches Überwinden der Schwierigkeiten gewährleistet. Kinder und Jugendliche haben jedoch aufgrund ihrer kurzen Lebensdauer, der mangelnden Lebenserfahrung und ihrer noch nicht ausgereiften kognitiven sowie sozioemotionalen Entwicklung weniger Bewältigungsstrategien als Erwachsene, um eine Krise überwinden zu können (Juen et al., 2003).

Trotzdem können Kinder ab dem Grundschulalter mittels Fragebögen über ihr Bewältigungsverhalten nach Krisen befragt werden. Wenn Kinder mit einem offenen Antwortformat befragt werden, so standen vermeidende Strategien wie schlafen, spielen und fernsehen an erster Stelle, gefolgt von der Suche nach sozialer Unterstützung im familiären oder sozialen Umfeld wie zum Beispiel „sich von der

Mama trösten lassen“. Das dritthäufigste Bewältigungsverhalten waren die problemorientierten Strategien wie zum Beispiel „mehr für die Schule zu lernen“ (Papastefanou, 2013, S. 34).

Jugendliche haben bereits ein breiteres Repertoire an Copingstrategien, wobei diese am häufigsten sowohl aktiv handlungsbezogene wie zum Beispiel „Ich bespreche das Problem mit meinen Eltern oder mit Freunden“ als auch kognitiv reflektierende Bewältigungsstrategien wie beispielsweise „Ich denke über das Problem nach und spiele in Gedanken verschiedene Lösungsmöglichkeiten durch“, angaben (Papastefanou, 2013, S. 35).

### **2.3.2 Studie über die Fremd- und Selbsteinschätzung des Wohlbefindens**

In Krisensituationen sind nicht nur die Kinder und Jugendlichen belastet, sondern meist auch deren Eltern. Die kognitive Entwicklung ist bei Kindern und Jugendlichen jedoch viel geringer ausgeprägt als bei Erwachsenen, was oft zu verfälschten Beurteilungen oder Aussagen führen kann (Juen et al., 2003). Deswegen ist es notwendig, möglichst viele Beurteilungsperspektiven in Krisensituationen miteinander zu vergleichen. An der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters der Philipps-Universität Marburg wurde deshalb mit sämtlichen ambulant aufgenommenen Kindern, Jugendlichen sowie deren Eltern eine Befragung über das Wohlbefinden in Krisensituationen durchgeführt.

Die Mittelwerte der Angaben durch die Eltern über Kinder bzw. über Jugendliche in Tabelle 1 weisen im Hinblick auf ihren Aufbau eine Ähnlichkeit zu den Angaben der Kinder bzw. Jugendlichen auf. Nichtsdestotrotz fällt auf, dass die eigene elterliche Belastung jeweils durch die Schwierigkeiten der Kinder leicht höhere ungünstigere Durchschnittswerte aufweist. Eltern fühlen sich daher ein wenig stärker belastet als Kinder und Jugendliche. Sämtliche Rating-Werte sind in gleicher Art und Weise von 1 = sehr gut bis 5 = sehr schlecht skaliert. Das Durchschnittsalter der Kinder und Jugendlichen betrug bei den Jungen 10,56 Jahre und bei den Mädchen 13,61 Jahre (Mattejat et al., 1998).

**Tabelle 1.** Mittelwerte und Standardabweichungen der Selbst- und Fremdeinschätzung der Kinder und Jugendlichen und von deren Eltern von einer poliklinischen Stichprobe (Mattejat et al., 1998)

Item	Kinder (N= 39)		Jugendliche (N=34)		Eltern über Kind (N=46)		Eltern über Jugendliche (N=25)	
	MW*	SD*	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Schule	2,26	1,01	2,72	0,96	2,83	1,07	3,04	0,98
Familie	2,08	1,16	2,15	0,89	1,78	0,88	2,24	0,78
Andere Kinder	2,26	1,09	1,94	0,81	2,49	1,04	2,56	0,96
Alleine	2,64	1,42	1,97	0,87	2,50	1,11	1,92	1,08
Körp. Gesundheit	2,23	1,31	2,35	0,92	1,83	0,68	2,28	0,89
Nerven und Laune	2,41	1,04	2,74	0,79	2,87	0,89	3,12	0,88

Anmerkung: MW= Mittelwert, SD= Standardabweichung

## 2.4 Pro mente kinder jugend familie

Die pro mente kinder jugend familie GmbH wurde 1997 in Kärnten gegründet und beschäftigt sich mit der positiven Entwicklung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren. Die Angebote orientieren sich jeweils an altersadäquaten Entwicklungsaufgaben sowie an deren individueller Lösung. Dabei wird versucht, den Spannungen zwischen individuellen Entwicklungswünschen und den gesellschaftlichen Ansprüchen gerecht zu werden. Pro mente kinder jugend familie, besteht aus den fünf Fachbereichen Ambulanz, Prävention, Krisenintervention, Soziotherapie und Rehabilitation, wobei bei dieser Arbeit der Fokus auf die Kriseninterventionszentren in Spittal an der Drau und in Klagenfurt gelegt wird. Für die Betreuung der Kinder und Jugendlichen steht ein Team aus ÄrztInnen, klinischen PsychologInnen, PädagogInnen, PsychotherapeutInnen und funktionellen TherapeutInnen zur Verfügung. Das Ziel ist eine Unterstützung während des Aufenthalts bei pro mente kinder jugend familie sowie eine positive Persönlichkeitsentwicklung, neue Bewältigungsstrategien in Krisensituationen, die Stärkung des emotionalen und sozialen Bereichs, der Aufbau persönlicher, sozialer und Kompetenzen und die Integration in Schule, Arbeit und die Gesellschaft als Ganze. Um diese Förderung optimal und möglichst nachhaltig zu gestalten, werden

bei pro mente kinder jugend familie die Eltern bzw. Angehörigen und anderen Helfersysteme soweit wie möglich in die Betreuung miteinbezogen (Wernisch-Pozewaunig, Finsterwald, & Spiel, 2010).

Der erste Fachbereich bei pro mente kinder jugend familie ist die Prävention, welche aus einem Jugend- und Beratungszentrum besteht und verschiedene Projekte zur Gesundheitsförderung anbietet. Den zweiten Bereich stellt die Ambulanz, in der das Angebot von Diagnostiken, Beratungen und Therapien für Kinder, Jugendliche und Angehörige in Mini-Ambulatorien stattfindet, dar. Weiters werden im Bereich der Soziotherapie betreute Wohngemeinschaften oder Tageszentren für Kinder und Jugendliche, welche kognitive Beeinträchtigungen bzw. psychische Störungen haben, angeboten und im Bereich der Rehabilitation Qualifizierungsprojekte für einen Lehrberuf bzw. für die tatsächliche Ausbildung von Jugendlichen zur Verfügung gestellt (Spiel & Finsterwald, 2010).

Der Fokus dieser Studie liegt jedoch nur bei den Kriseninterventionszentren, in denen Kinder und Jugendliche in Krisensituationen durch eine Krisenintervention mit diagnostischer und therapeutischer Versorgung in psychischen Krisen betreut werden.

## **2.5 Krisenintervention bei pro mente kinder jugend familie**

Krisenintervention ist ein wichtiges Thema bei pro mente kinder jugend familie, da der Bedarf an professioneller Hilfe für Kinder und Jugendliche kontinuierlich steigt. Die Krisensituationen bei pro mente kinder jugend familie variieren von Schwierigkeiten in der Schule, Verlust einer liebevollen Beziehung oder Orientierungslosigkeit bis hin zu physischer oder psychischer Gewalt in der Familie, drohender Verwahrlosung und sexuellem Missbrauch. Um weitere negative Entwicklungsverläufe aufgrund solcher Krisen im Kindes- und Jugendalter zu vermeiden, ist eine professionelle Krisenintervention notwendig (Wernisch-Pozewaunig, Finsterwald, & Spiel, 2010).

Im Folgenden wird der standardmäßigen Betreuungsablauf bei pro mente kinder jugend familie vom Erstkontakt bis zum Ende der Krisenintervention beschrieben (Unveröffentlichtes Evaluationskonzept, zitiert nach Finsterwald, Buffa, Burger, Hafner, Herzele, Jost, Grote, Spiel, & Vogels, 2009).

**Erstkontakt:** Dieser kann telefonisch oder persönlich erfolgen. Kinder und Jugendliche, welche sich in einer Krisensituation befinden, können auf einfachem Wege, beispielsweise durch einen Telefonanruf oder persönlich bei pro mente kinder jugend familie, Hilfe in Anspruch nehmen. Beim Gespräch werden die Grunddaten zur Person vermerkt sowie eine Terminvereinbarung für das folgende Erstgespräch festgelegt.

**Erstgespräch:** Das Erstgespräch findet bei der Aufnahme der aktuellen Krisensituation statt und gibt einen Überblick über die jeweiligen Zielvorstellungen und Entscheidungen. Hier wird entschieden, ob es zu einer Soforthilfe kommt oder ob der Fall auf die Warteliste gesetzt bzw. weiter verwiesen wird. Falls es zu einer Aufnahme der Kinder und Jugendlichen kommt, folgt eine Konkretisierung des Hilfsangebots, in der festgestellt wird, ob entweder eine ambulante Betreuung möglich oder doch eher ein stationärer Aufenthalt notwendig ist.

**Clearing/Klärung der Situation:** Wird ein Aufenthalt im Kriseninterventionszentrum entschieden, so beginnt dieser mit einem Aufnahmegespräch bzw. einem Clearing, wo es um die Aktualisierung, Erweiterung und Klarstellung der bereits erhobenen Daten sowie um die organisatorische Struktur (Hausordnung, rechtl. Grundlagen, Tagesstruktur etc.) geht. Es gibt bei pro mente kinder jugend familie zwei Arten von Klärungen (engl. Clearings), wobei in die Evaluation nur jene Kinder aufgenommen werden, die einen stationären Aufenthalt und beide Clearings, also sowohl ein pädagogisch-psychologisches als auch ein klinisch-psychologisches Clearing, hatten.

**Pädagogisches psychologisches Clearing bei pro mente kinder jugend familie:** Zuerst erfolgt ein pädagogisches Erstgespräch zur Erfassung der Situation sowie der Vorgeschichte der Kinder und Jugendlichen. Es erfolgt eine Sozial- bzw. Entwicklungsanamnese, wobei nach Kubinger (2009, S. 11) Anamnese allgemein „die Sammlung der typischerweise mit dem gegebenen Sachverhalt in Verbindung stehender Informationen“ bedeutet. Es wird also die Krisensituation der Kinder und Jugendlichen pädagogisch abgeklärt.

### **Klinisch-psychologisches Clearing bei pro mente kinder jugend familie:**

In diesem Clearing erfolgt eine Aktual- und Entwicklungsanamnese, auch somatische Anamnese oder Sozialanamnese genannt, welche durch einen Psychologen oder durch eine Psychologin hypothesengeleitet, daher störungsspezifisch bzw. an der Fragestellung orientiert, durchgeführt wird. Weiters kommt es zu einer testpsychologischen Diagnostik, wobei den Kindern und Jugendlichen ein Fragebogen bzw. ein Inventar zur Ermittlung der Lebensqualität bzw. des Wohlbefindens (ILK) innerhalb der ersten Woche der Betreuung und beim Verlassen des Kriseninterventionszentrums vorgelegt wird.

Danach erfolgt eine **Betreuungsplanung**, in welcher besprochen wird, ob es um die Planung einer Einzel- oder Gruppenbetreuung geht. Außerdem gibt es sogenannte Helferseminare, die meist in der ersten Woche der Betreuung erstmals stattfinden, in denen die BetreuerInnen, Eltern sowie Kinder und Jugendlichen die Formulierung der individuellen Ziele der Krisenintervention festlegen. Die Erreichung der Ziele der Kinder und Jugendlichen ist ein weiterer Indikator für die Evaluation und wird beim Verlassen des Kriseninterventionszentrums neben dem Wohlbefinden (ILK) abgefragt.

Darüber hinaus werden im Folgenden **wichtige Ziele** für die Betreuung und Behandlung der Kinder und Jugendlichen im Kriseninterventionszentrum, welche zentrale Punkte in der Behandlung, aber auch bei der Evaluation, bei pro mente kinder jugend familie näher beschrieben. Die Umsetzung der fünf Ziele wird im Folgenden näher beschrieben (Unveröffentlichtes Evaluationskonzept zitiert nach Finsterwald et. al., 2009).

**1. Schutz und Sicherheit** wird meistens geschaffen, indem es zu einer Trennung vom Bezugssystem kommt. Das Kriseninterventionszentrum ist ein neutraler Ort, an dem sich die Kinder sicher fühlen sollen. Falls die Sicherheit der Kinder und Jugendlichen innerhalb der Gruppe der Kinder und Jugendlichen oder auch während der Zeit der Betreuung aus verschiedenen Gründen gefährdet sein sollte, kommt es zum Eingreifen durch die BetreuerInnen.

**2. Beruhigung und Deeskalation** wird erzeugt, indem seitens der BetreuerInnen die Anwaltschaft übernommen wird sowie beruhigende Gespräche eingeleitet werden.

Danach werden Möglichkeiten und Ressourcen besprochen. Zusätzlich werden stützende Alltagsstrukturen wie gemeinsame Mahlzeiten oder diverse Freizeitaktivitäten, welche zur Beruhigung der Situation beitragen, angeboten.

**3. Emotionale Stabilisierung** wird aufgebaut, indem versucht wird auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen einzugehen und eine wertschätzende Haltung zu vermitteln. Es werden verschiedene Themenbereiche gemeinsam in der Gruppe erarbeitet und alle Kinder und Jugendlichen sollen ihre eigenen Rollen in der Gruppe finden. Zudem findet ein gemeinsames Problemlösen statt, bei dem sich die Kinder und Jugendlichen wohlfühlen und sich mit der Zeit immer mehr emotional stabilisieren.

**4. Arbeit an Bewältigungsstrategien** ist ebenfalls ein wichtiges Ziel, wo es um die Beratung und Aufklärung der Ursache der Krise geht. Der nächste Schritt ist eine gemeinsame Erarbeitung von Handlungsmöglichkeiten für ähnliche Situationen sowie die Darlegung von Ressourcen der KlientInnen. Zudem lernen die Kinder und Jugendlichen verschiedene Interventionen für die Bewältigung der Krise kennen wie beispielsweise diverse Entspannungstechniken, soziale Kompetenz- oder Antiaggressionstrainings. Das führt sowohl zu einem vorbildhaften Umgang mit zukünftigen Krisensituationen als auch zu einer besseren Anwendung neuer Bewältigungsstrategien.

**5. Perspektiveneröffnung** ist weiters ein wichtiger Punkt bei pro mente kinder jugend familie. In Beratungsgesprächen und in den Helferkonferenzen werden gemeinsam Ziele für die Zukunft vereinbart und Optionen aufgezeigt, wie diese erreicht werden können. Es wird einerseits für ältere Jugendliche Hilfe bei der Jobsuche bzw. der beruflichen Integration geboten und andererseits wird den Kindern bei schulischen Fragestellungen geholfen. Zusätzlich wird eine schrittweise Annäherung an die Familie unterstützt. Außerdem werden Stärken, Schwächen und personale Ressourcen gemeinsam erarbeitet und Motivationsarbeit für therapeutische Hilfestellungen geleistet.

### 3. Evaluation

Das dritte Kapitel Evaluation widmet sich anfangs der allgemeinen Erklärung einer Evaluation und leitet dann auf die partizipative sowie summative Evaluation über. Darauf aufbauend wird die Evaluation der Krisenintervention bei pro mente kinder jugend familie aus kindlicher und jugendlicher Sicht beschrieben, indem das Evaluationskonzept genauer erläutert wird.

#### 3.1 Definition Evaluation

Unter einer Evaluation versteht man allgemein die Beschreibung, Analyse und Bewertung von Projekten oder Prozessen in den unterschiedlichsten Kontexten. Sie beinhaltet eine systematische Anwendung empirischer Forschungsmethoden, bei denen beispielsweise ein Untersuchungsplan analysiert oder wie in dieser Evaluation die Wirksamkeit einer Intervention bewertet wird. Eine Evaluation ist eine angewandte Wissenschaft, die eine Entscheidungsgrundlage für konkrete Problemstellungen liefern soll (Ditton, 2009). Bei einer Evaluation geht es außerdem darum, aufzuzeigen, wo Verbesserungspotenziale vorliegen und wo durch verschiedene Prozesse eine Optimierung des Projektes zu schaffen sei (Wottawa & Thierau, 2003). Für den Gesundheitsbereich bedeutet dies zusammenfassend, Ziele zu formulieren, diese durch wissenschaftliche Methoden zu überprüfen und anschließend die Qualität der Maßnahmen festzustellen sowie geeignete Maßnahmen abzuleiten (Spiel & Finsterwald, 2010).

Um die derzeit gegebene Qualität der Kriseninterventionszentren zu überprüfen, das Verbesserungspotential zu erkennen und die Maßnahmen weiterzuentwickeln, wurde ein Evaluationsmodell für die Krisenintervention konzipiert, das sich an folgenden Funktionen orientiert (Wernisch-Pozewaunig, Finsterwald, & Spiel, 2010).

**Erkenntnisfunktion:** Evaluationsforschung ist eine wichtige Maßnahme für die Sammlung von wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Auswirkungen und Eigenschaften von Interventionen.

**Optimierungsfunktion:** Bei der Optimierungsfunktion werden Stärken bzw. Schwächen im Hinblick auf die Interventionsziele analysiert und es wird versucht, die Schwächen zu beseitigen.

**Kontrollfunktion:** Unter der Kontrollfunktion versteht man die korrekte Umsetzung des Projekts, indem man die Effektivität und Effizienz der Maßnahme kontrolliert sowie negative Nebenwirkungen reduziert.

**Entscheidungsfunktion:** Hier wird entschieden, ob eine Intervention gefördert, umgesetzt, weiterentwickelt oder genutzt werden soll.

**Legimitationsfunktion:** Die Durchführung der Evaluation soll einen Beitrag dazu leisten, die Durchführung und Entwicklung einer Intervention zu legitimieren und in Bezugnahme auf die Inanspruchnahme öffentlicher Geldmittel eine begründete Erklärung zu liefern (Stockmann, 2000, S. 72-74).

Weiters haben Evaluationen gemäß den Evaluationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval), welche aus dem originalen amerikanischen Standardset abgeleitet wurden, vier wichtige Eigenschaften, nämlich Fairness, Nützlichkeit, Durchführbarkeit sowie Genauigkeit, aufzuweisen (Bortz & Döring, 2006). Um die derzeit gegebene Qualität der Kriseninterventionszentren ausfindig zu machen, vorhandenes Verbesserungspotenzial zu identifizieren und die Maßnahmen weiterzuentwickeln, richtet sich das Evaluationsmodell für die Krisenintervention bei pro mente kinder jugend familie (Wernisch-Pozewaunig, Finsterwald, & Spiel, 2010), zusätzlich nach den DeGEval Standards.

**Nützlichkeitsstandards:** Laut DeGEval (2011, S. 10) sollen „die Nützlichkeitsstandards überprüfen, ob sich die Evaluation an den geklärten Evaluationszwecken sowie am Informationsbedarf der vorgesehenen Nutzer und Nutzerinnen ausrichtet.“ Die Nützlichkeitsstandards der Evaluation sollen sich beispielsweise mit der Klärung des Zweckes der Evaluation, aber auch mit der Glaubwürdigkeit und der Kompetenz der EvaluatorInnen befassen. Weiters sollten die Evaluationsberichte klar und verständlich formuliert werden (Bortz & Döring, 2006).

**Durchführbarkeitsstandards:** Die DeGEval (2011, S. 11) gibt an, dass „die Durchführbarkeitsstandards sicherstellen sollen, dass eine Evaluation realistisch, gut durchdacht, diplomatisch und kostenbewusst geplant und ausgeführt wird.“ Das bedeutet, dass berücksichtigt werden muss, dass in der Evaluation angemessene Verfahren zur Anwendung kommen. Daher muss die Aufwand-Nutzen-Relation der Evaluation in einem adäquaten Verhältnis zueinander stehen und somit die Kosten

rechtfertigen (Bortz & Döring, 2006).

**Fairnessstandards:** DeGEval (2011, S. 11) meint „die Fairnessstandards sollen sicher stellen, dass in einer Evaluation respektvoll und fair mit den betroffenen Personen und Gruppen umgegangen wird.“ Diese Standards sollen die individuellen Rechte aller Beteiligten schützen. Darunter fallen zum Beispiel eine unparteiische Haltung der EvaluatorInnen, ein respektvoller Umgang mit allen Beteiligten sowie die Aufrechthaltung der Menschenwürde während der Evaluation. Weiters muss mit den finanziellen Mitteln verantwortungsvoll und fair umgegangen werden (Bortz & Döring, 2006).

**Genauigkeitsstandards:** Als letzte wichtige Eigenschaft gibt die DeGEval (2011, S. 12) Genauigkeitsstandards an, welche sicherstellen sollen, „dass eine Evaluation gültige Informationen und Ergebnisse zu dem jeweiligen Evaluationsgegenstand und den Evaluationsfragestellungen hervor bringt.“ Diese Standards sind somit dafür verantwortlich, dass die Evaluation korrekt, genau, unparteilich und fair dokumentiert wird. Außerdem müssen quantitative und qualitative Informationen angemessen bearbeitet werden (Bortz & Döring, 2006).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Evaluation bei pro mente kinder jugend familie, sofern möglich, allen oben angeführten Standards entsprechen soll. Denn nur dann können die Ergebnisse den aktuellen Qualitätsstandards gleichkommen und somit verwertbare und richtige Ergebnisse liefern. Außerdem sollte am Ende einer Evaluationsstudie stets eine klare Entscheidung fallen, ob eine Maßnahme weitergeführt werden oder beendet werden soll (Bortz & Döring, 2006).

Abhängig davon, ob es sich um eine externe oder interne Evaluation handelt, wird im ersten Fall von einem Auftraggeber / einer Auftraggeberin ein Evaluationsteam herangezogen oder es werden bei einem internen Vorgehen Selbstevaluationen ohne Beteiligte von außen durchgeführt. Teil einer Evaluation sind neben den EvaluatorsInnen auch die TeilnehmerInnen, welche auch StakeholderInnen genannt werden. Diese können je nach Bereich unterschiedliches Interesse am Verlauf und am Ergebnis der Evaluation haben (Ulrich & Wenzel, 2003).

Wie und mit welchen EvaluatorsInnen und TeilnehmerInnen der Prozess einer Evaluation durchgeführt wird, hat starke Auswirkungen auf die Evaluationsergebnisse sowie auf die spätere Nutzung und sollte somit auf

Akzeptanz, Commitment (Bindung) und Glaubwürdigkeit bei den Beteiligten stoßen. Die Wichtigkeit von Commitment ist bei einer Evaluation nicht zu unterschätzen, da dieses die Identifikation sowie die Bindung mit dem Projekt beschreibt und dadurch wesentlich zum Verständnis und der Umsetzung der Maßnahmen beiträgt (Ulrich & Wenzel, 2003).

### **3.2 Partizipative Evaluation**

Eine Evaluation mit externen EvaluatorenInnen und Bewertungen führt bei den Betroffenen häufig zu Unverständnis und Verunsicherung bei der Umsetzung, da sie meist als ein Prozess von außen erlebt wird und nur wenig Mitentscheidungsrecht am Evaluationsprozess möglich ist. Durch die geringe Bindung der TeilnehmerInnen werden eingeführte Maßnahmen oftmals nicht umgesetzt. Deshalb wurde in den letzten Jahrzehnten ein Modell entwickelt, das eine Evaluation erfolgversprechender und interaktiver gestaltet, sodass auch andere Perspektiven inkludiert und Bewertungsmonopole geöffnet werden (Ulrich & Wenzel, 2003).

Dieses Modell, welches das Commitment bzw. das Engagement der TeilnehmerInnen erhöht, ist die sogenannte partizipative Evaluation. Die gemeinsame Zielerreichung aller Beteiligten steht hierbei im Mittelpunkt. Dabei sind die EvaluatorenInnen und TeilnehmerInnen als gleichberechtigte GestalterInnen im gesamten Prozess involviert. An diesem Punkt spielt der neue Standpunkt der EvaluatorenInnen eine besonders große Rolle, denn die Erkenntnis des eigenen Tuns, die Mitsprache im Hinblick auf Verbesserungen des Evaluationsprozess sowie die dadurch entstandene vertiefte Reflexion ergänzen sich wechselseitig und führen zu einem höheren Commitment im Evaluationsprozess. Somit wird auch das Ziel des höheren Nutzens der durchgeführten Evaluation gestärkt (Ulrich & Wenzel, 2003).

Allgemein betrachtet ist die partizipative Evaluation dann sinnvoll, wenn die Umsetzung der Ergebnisse in die Praxis erleichtert werden soll, da alle StakeholderInnen teilnehmen und somit auch das Verständnis für Maßnahmen erhöht wird. Ein weiterer Vorteil ist neben der Erhöhung des Commitments auch die demokratische Vorgehensweise, da sowohl die Transparenz als auch die Glaubwürdigkeit wechselseitig zu einem gemeinsam verbesserten Ergebnis führen. Das Ziel der partizipativen Evaluation besteht darin, Evaluationsergebnisse besser

zu nutzen und die daraus abgeleiteten Maßnahmen in der Praxis anwendbar zu machen (Ulrich & Wenzel, 2003).

Auch bei pro mente kinder jugend familie wird mit einer partizipativen Evaluation gearbeitet. Dieser Ansatz gilt als grundlegendes Prinzip, d.h. die MitarbeiterInnen sind nicht nur für die Erhebung der Daten zuständig, sondern werden bereits in den Prozess der Zielexplication und die Erstellung des Konzepts miteinbezogen. Auch die Daten und Evaluationsergebnisse werden mit allen Beteiligten besprochen, wodurch eine positive Evaluationskultur entstehen soll (Unveröffentlichtes Evaluationskonzept zitiert nach Finsterwald et. al., 2009).

### **3.3 Summative Evaluation**

Bei der Evaluation bei pro mente kinder jugend familie handelt es sich somit einerseits um eine partizipative bzw. interne Evaluation, da die MitarbeiterInnen für die Erhebung der Daten und die Erstellung des Konzepts zuständig sind, aber andererseits auch, um eine summative Evaluation, da die Hypothesen nach der Maßnahme extern von der Universität Wien im Rahmen dieser Diplomarbeit ergebnisorientiert überprüft werden.

Bei einer summativen Evaluation wird die Hypothesenprüfung durchgeführt, nachdem die Maßnahme abgeschlossen wurde. Diese ergebnisorientierte Evaluation überprüft daher, ob die Maßnahme wirklich wirksam ist und in genau dieser Art und Weise wirkt, wie man es theoretisch erwarten würde. Zusätzlich ist es wichtig, dass man versichert, dass die Veränderungen, Effekte oder Wirkungen der Maßnahme ohne deren Einsatz ausbleiben. Denn nur so ist sichergestellt, dass keine andere Einflussgröße die Veränderungen verursachen. Es geht zusammenfassend um eine abschließende Bewertung oder Überprüfung der Intervention (Bortz & Döring, 2006). Die summative Evaluation wird insgesamt als: „zusammenfassend, bilanzierend und ergebnisorientiert“ beschrieben (Stockmann, 2006, S.19).

Da das Ergebnis bzw. die Ziele der Evaluation bei pro mente kinder jugend familie im Fokus stehen, handelt es sich primär um eine Ergebnisevaluation bzw. um eine summative Evaluation. Die ergebnisorientierte Bewertung der festgelegten Ziele der Krisenintervention steht somit im Vordergrund und wird im Folgenden erläutert (Bortz & Döring, 2006).

### **3.4 Evaluation der Krisenintervention bei pro mente kinder jugend familie aus kindlicher sowie jugendlicher Sicht**

Für das summative und daher ergebnisorientierte Evaluationskonzept beschränke ich mich auf die Sicht der Kinder und Jugendlichen, welche im Kriseninterventionszentrum betreut wurden. Zunächst werden die Ziele für die Kinder und Jugendlichen, die gleichzeitig einen Teil der Hypothesen für die Wirksamkeitsüberprüfung der Maßnahme darstellen, beschrieben. Die Ziele für die Kinder und Jugendlichen bei pro mente kinder jugend familie wurden in einem partizipativen Prozess mit PsychologInnen, ÄrztInnen, PädagogInnen und sonstigen MitarbeiterInnen festgelegt (Unveröffentlichtes Evaluationskonzept zitiert nach Finsterwald et. al., 2009).

Die **Ziele** für die Kinder und Jugendlichen im Kriseninterventionszentrum (KIZ), die im oberen theoretischen Teil der Diplomarbeit bereits erläutert wurden, lauten wie folgt:

- **Schutz und Sicherheit:** Die Kinder und Jugendlichen sollen während und nach der Betreuung im KIZ geschützt sein.
- **Beruhigung und Deeskalation:** Die Situation der Kinder und Jugendlichen soll sich beruhigen.
- **Emotionale Stabilisierung:** Die Kinder und Jugendlichen sollen emotional wieder aufgebaut werden.
- **Erlernen von Bewältigungsstrategien:** Die Kinder und Jugendlichen sollen die Ursachen der Krise verstehen können und zukünftige Handlungsmöglichkeiten für ähnliche Situationen erlernen.
- **Perspektiveneröffnung:** Es sollen Zukunftsperspektiven umgesetzt werden, die innerhalb und außerhalb der Familie besprochen wurden (Unveröffentlichtes Evaluationskonzept zitiert nach Finsterwald et. al., 2009).

Pro mente kinder jugend familie geht zusätzlich davon aus, dass das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen durch die Bewältigung der Krise oder kritischer Lebensereignisse und der Betreuung im Kriseninterventionszentrum besser ist als vor dem Eintritt in das Kriseninterventionszentrum.

Somit ist ein weiteres **Ziel das Steigern des Wohlbefindens / der Lebensqualität** der Kinder und Jugendlichen während der Krisenintervention (Unveröffentlichtes Evaluationskonzept zitiert nach Finsterwald et. al., 2009).

Es wurden außerdem Selbst- bzw. Fremdbewertungen (Kinder / Jugendliche und Eltern) erhoben, wobei bei dieser Evaluation der Fokus auf der Selbstbewertung der Kinder und Jugendlichen lag. Aufgrund der bereits beschriebenen Studie über die Selbst- und Fremdeinschätzung des Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern entstand die Annahme, dass die Selbsteinschätzung des Wohlbefindens bei den Kindern und Jugendlichen zu Beginn und am Ende der Behandlung / Betreuung im Kriseninterventionszentrum besser ist als die Fremdeinschätzung der Eltern.

Durch die Bewältigung der Krise im Kriseninterventionszentrum geht pro mente kinder jugend familie außerdem davon aus, dass die Kinder und Jugendlichen Bewältigungskompetenzen erlernen. Bei dieser Studie sind daher die gelernten Bewältigungsstrategien der Kinder und Jugendlichen eine wichtige Hypothese bzw. ein wichtiges Ziel und werden deshalb zusätzlich qualitativ nach der Krisenintervention befragt.

Die **Erreichung der Ziele, welche die Kinder** innerhalb der ersten Woche im Kriseninterventionszentrum **selbst festlegen**, ist zusätzlich ein wichtiges Ziel bzw. eine weitere Annahme<sup>1</sup> (Unveröffentlichtes Evaluationskonzept, zitiert nach Finsterwald et al., 2009).

#### **4. Hypothesen**

Aus diesen Zielen und Annahmen und dem bereits beschriebenen theoretischen Hintergrund ergaben sich folgende Hypothesen für die Studie.

##### **Hypothese über Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen vor / nach dem KIZ**

(Hypothese 1)

Kinder und Jugendliche, die im KIZ betreut werden, haben nach der Betreuung ein besseres allgemeines Wohlbefinden als vor der Krisenintervention. (H1a)

Die Selbsteinschätzung des Wohlbefindens ist bei Kindern und Jugendlichen zu Beginn und am Ende der Betreuung im KIZ besser als die Fremdeinschätzung der Eltern. (H1b)

## **Hypothese über Ziele des KIZ für die Kinder und Jugendlichen**

(Hypothese 2)

Kinder und Jugendliche, die im KIZ betreut werden, fühlen sich nach der Betreuung sicherer bzw. geschützter als vor der Krisenintervention. (H2a)

Die Situation der Kinder und Jugendlichen, die im KIZ betreut wurden, hat sich nach der Betreuung beruhigt bzw. deeskaliert. (H2b)

Kinder und Jugendliche, die im KIZ betreut werden, sind nach der Betreuung emotional stabiler als vor der Krisenintervention. (H2c)

Kinder und Jugendliche, die im KIZ betreut werden, haben nach der Betreuung Bewältigungsstrategien für zukünftige Krisen entwickelt. (H2d)

Es werden nach der Betreuung im KIZ verschiedene Arten von Bewältigungsstrategien für zukünftige Krisen von den Kindern und Jugendlichen angegeben. (H2di)

Kinder und Jugendliche, die im KIZ betreut werden, haben nach der Behandlung / Betreuung Zukunftsperspektiven für das weitere Leben. (H2e)

## **Hypothese über Ziele der Kinder und Jugendlichen im KIZ**

(Hypothese 3)

Kinder und Jugendliche, die im KIZ betreut werden, schätzen die Zielerreichung in den Helferseminaren nach der Betreuung positiv ein. (H3a)

Es werden nach der Betreuung im KIZ die Ziele, die in den Helferseminaren von den Kindern und Jugendlichen selbst festgelegt wurden, angegeben. (H3b)

## **5. Methode**

In diesem Kapitel werden die Stichprobe, das Design und das Messinstrument der Studie beschrieben. Zusätzlich wird die verwendete indirekte, direkte Veränderungsmessung und Zielerreichungsmessung erläutert. Weiters werden die beiden Auswertungsmethoden, d.h. die statistische Auswertung als auch die qualitative Inhaltsanalyse beschrieben.

### **5.1 Stichprobe**

Die gesamte Stichprobe bestand aus 257 Kindern und Jugendlichen zum Messzeitpunkt 1, wovon 131 die Betreuung im Kriseninterventionszentrum zum Messzeitpunkt 2 abschlossen. Von den insgesamt 257 Kindern und Jugendlichen nahmen 158 im Kriseninterventionszentrum in Klagenfurt und 99 in Spittal an der Drau zum ersten Messzeitpunkt an der Evaluation teil. Beim zweiten Messzeitpunkt nahmen von den insgesamt 131 KlientInnen, 87 im Kriseninterventionszentrum in Klagenfurt und 44 in Spittal an der Drau, teil. Das Alter lag insgesamt zwischen 6 und 17 Jahren (Mittelwert=13,98; Standardabweichung=2,29). Insgesamt waren von den Kindern und Jugendlichen 57% weiblich und 43% männlich.

### **5.2 Design**

Die Datenerhebung erfolgte nur bei einer stationären längerfristigen Betreuung von zwei Monaten zu zwei Messzeitpunkten, d.h. alle Kinder und Jugendlichen, die sowohl ein pädagogisch-psychologisches als auch ein klinisch-psychologisches Clearing, durchlaufen hatten. Der erste Fragebogen wurde beim Eintritt in das Kriseninterventionszentrum zum ersten Messzeitpunkt (MZP1), daher innerhalb der ersten Woche, ausgefüllt. Der zweite Fragebogen wurde beim Austritt des Kriseninterventionszentrums zum zweiten Messzeitpunkt (MZP2), daher zeitlich nach der Entlassung des KIZ und vor dem Abschlussgespräch, ausgefüllt. Auch den Eltern wurde beim Eintritt sowie beim Verlassen des KIZ ein Fragebogen vorgelegt. Die Dauer der Erhebung lief von Jänner 2010 bis Dezember 2012. Der Fokus der Evaluation war die Erhebung der Daten der Kinder und Jugendlichen sowie zusätzlich das Wohlbefinden deren Eltern. Die Daten der BetreuerInnen wurden bei dieser Studie nicht analysiert.

### 5.3 Messinstrument

Als Messinstrument wurde ein Fragebogen konzipiert, der bei Projekteintritt, d.h. vor der Krisenintervention sowie beim Projektaustritt, also nach der Krisenintervention, vorgelegt wurde. Der Fragebogen besteht im Original aus 2 Teilen, wobei beim ersten Teil über das Befinden der Kinder und Jugendlichen in der Krisenintervention und beim zweiten Teil über die Institution befragt wird. Da in dieser Evaluation nur der erste Teil des Fragebogens relevant war, wurde dieser in der Evaluation in drei Teile, welche die Kinder und Jugendlichen zu unterschiedlichen Messzeitpunkten ausfüllten, gegliedert.

**Der erste Teil des Fragebogens** bestehend aus einer Skala des Inventars zur Ermittlung der Lebensqualität (ILK) sowie einem Item aus dem Stärken- und Schwächen-Fragebogen (original „Strengths and Difficulties Questionnaire“ - SDQ), wurde beim Eintritt in das Kriseninterventionszentrum und beim Verlassen der Krisenintervention den Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern vorgelegt. Das ILK (Mattejat, Jungmann, Meusers, Moik, Nölkel, Schaff, Schmidt, Scholz, & Remschmidt, 1998) ist ein Screening-Instrument, das die Lebensqualität bzw. das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen, aber auch das von Erwachsenen erfasst. Das Inventar ist somit sehr gut für eine Therapie-Evaluation und Qualitätssicherung geeignet, da man verschiedene Blickwinkel des Wohlbefindens miteinander vergleichen kann. Zusammengefasst kann das ILK also von den Eltern, den BetreuerInnen und den Kindern sowie Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren ausgefüllt werden, wobei in dieser Evaluation speziell das Wohlbefinden der Kinder näher betrachtet und der Vergleich des Wohlbefindens mit dem der Eltern während und nach der Krisenintervention behandelt wurde. Dadurch entstanden verschiedene Blickwinkel, die aufgrund des gleichen Fragebogens gut miteinander vergleichbar waren. Das Wohlbefinden bzw. die Lebensqualität kann gut durch die Selbstbeurteilung der KlientInnen, also durch die Innenperspektive, erfasst werden (Mattejat et al., 1998). Die erfasste Lebensqualität wird beim ILK in verschiedene Bereiche gegliedert, die getrennt in verschiedenen Skalen erfasst werden und folgende Bereiche beinhalten: Schule, Familie, soziale Verbindungen zu gleichaltrigen Personen, Vorlieben und Hobbys. Hinzu kommen zwei gesundheitsbezogene Skalen: körperliche Gesundheit und psychische Gesundheit (Mattejat et al., 1998). Bei pro mente kinder jugend familie wurden allerdings nur die

Items der Skala psychische Gesundheit „Nerven und Laune“ im Fragebogen verwendet, da man hier die meisten Veränderungen im Zeitraum von zwei Monaten erwartete.

Zusätzlich zu den Items des IKLs der psychischen Gesundheit wurde das Item „Ich hatte häufig Kopf- und Bauchschmerzen“ aus dem Stärken- und Schwächen-Fragebogen (SDQ) verwendet. Der Stärken- und Schwächen Fragebogen bezeichnet ein Werkzeug, mit Hilfe dessen man Verhaltensstärken und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern sowie Jugendlichen im Alter von 4-16 Jahren erfasst. Es gibt jedoch auch eine Parallelversion für Erwachsene wie beim ILK. Er enthält 25 Items, die in ausgewogener Form nach Stärken und Schwächen fragen und bei denen jeweils 5 Items eine Skala bilden. Die fünf Skalen sind aufgeteilt in die Bereiche emotionale Probleme, externalisierende Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme, Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen sowie prosoziales Verhalten (Klasen, Woerner, Rothenberger, & Goodman, 2003).

Das Item, das bei pro mente kinder jugend familie verwendet wurde, war von der Skala „Emotionale Probleme“. Weiters wurde neben der Skala „psychische Gesundheit“ und dem oben bereits beschriebenen Item aus der Skala „emotionale Probleme“ „Ich hatte häufig Kopf- und Bauchschmerzen“ des SDQ, die Kurzversion des IKLs vorgelegt, welche verschiedene Items des IKLs aus der Gesamtversion beinhaltet. Bei dieser Skala war die Drop Out Quote der Kinder und Jugendlichen jedoch so hoch, dass diese Skala aufgrund von zu vielen fehlenden Daten, nicht ausgewertet wurde.

Um den Gesamtscore des Fragebogens für die Auswertung des Wohlbefindens zu erhalten, wurde mit den Items der Skala „psychische Gesundheit“ sowie mit dem Item des SDQ über „emotionale Probleme“, eine Faktorenanalyse gerechnet, die im Kapitel 7 „Ergebnisse“ näher erläutert wird. In der folgenden Tabelle werden die verwendeten Items der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern zum Wohlbefinden dargestellt.

**Tabelle 2.** *Verwendete Items der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern zum Wohlbefinden*

<b>Verwendete Items der Kinder und Jugendlichen</b>	<b>Verwendete Items der Eltern</b>
1. Ich habe mir viele Sorgen gemacht.	1. Mein Kind wirkte oft bedrückt.
2. Ich habe gut geschlafen.	2. Mein Kind hat oft geweint.
3. Ich hatte häufig Kopf oder Bauchschmerzen.	3. Kind war unruhig oder zappelig.
4. Ich war gut drauf.	4. Mein Kind war leicht reizbar
5. Ich habe viel geweint.	5. Ich hatte den Eindruck, dass mein Kind viel Angst hat.
6. Ich habe mich für viele Dinge entschuldigt.	6. Ich hatte den Eindruck, dass sich mein Kind oft einsam fühlt.
7. Ich habe mich sicher gefühlt.	7. Mein Kind hat häufig über Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen geklagt.
8. Es sind mir viele gute Dinge passiert.	

**Der zweite Teil des Fragebogens** bestand aus einer Befragung über die Erreichung der Ziele der Kinder und Jugendlichen, die sie innerhalb der ersten Betreuungswoche in den Helferseminaren festlegten. Dieser Teil wurde nur zum zweiten Messzeitpunkt, also beim Verlassen des Kriseninterventionszentrums, vorgelegt, wobei die Kinder und Jugendlichen retrospektiv die erreichten Ziele beschreiben sollten. (Beispielitems: „Ich kann mich an die Ziele erinnern, die in den Helferkonferenzen vereinbart wurden.“ oder „In den Helferkonferenzen wurden folgende Ziele vereinbart.“)

**Als dritter Teil des Fragebogens** wurden die bereits beschriebenen Ziele von pro mente kinder jugend familie (Schutz und Sicherheit, Beruhigung und Deeskalation, emotionale Stabilität, Bewältigungsstrategien sowie Zukunftsperspektiven) ebenfalls beim Verlassen des Kriseninterventionszentrums nur zum zweiten Messzeitpunkt, d.h. retrospektiv, befragt. (Beispielitems: „Ich weiß jetzt, wie ich in Zukunft mit einer ähnlichen Situation besser zu Recht kommen kann.“ oder „Ich fühle mich jetzt sicherer.“)

#### **5.4 Indirekte, direkte Veränderungsmessung und Zielerreichungsmessung**

Insgesamt ließen sich in dieser Evaluation somit drei Veränderungsmessungen unterscheiden. Einerseits die direkte Veränderungsmessung sowie die indirekte Veränderungsmessung und andererseits die Zielerreichungsmessung.

Die direkte Veränderungsmessung erfolgt meist durch eine retrospektive Einschätzung der Veränderung nach einer Intervention. Diese Veränderung kann man durch eine unmittelbare Einschätzung des Effektes nach der Behandlung mittels eines Fragebogens durchführen. Somit ist eine Veränderungsabschätzung einfach und ökonomisch möglich (Schulte, 1993). In dieser Studie geschah dies durch die retrospektive Einschätzung der Ziele der Kinder und Jugendlichen beim Verlassen des Kriseninterventionszentrums.

Bei der indirekten Veränderungsmessung, wird die Veränderung durch die Differenz der Veränderungswerte zu Behandlungsbeginn und jener zum Behandlungsabschluss ermittelt (Schulte, 1993). Dies geschah durch die Vorgabe des Fragebogens vor und nach der Behandlung bei pro mente kinder jugend familie, wodurch sich Veränderungswerte ergaben und somit eine Veränderungsmessung durchgeführt wurde.

Als Ergänzung zur direkten und indirekten Veränderungsmessung wird bei manchen Evaluationen die Definition der Zielerreichung durch eine Formulierung mehrerer Behandlungsziele am Anfang einer Behandlung festgelegt. Dadurch kommt es zu einer höheren Relevanz für die KlientInnen und das führt wiederum zu einer Festlegung von realistischen, erreichbaren Zielen (Lutz, 2003). Auch dieser Punkt wurde bei der Evaluation beachtet, denn die Kinder und Jugendlichen formulierten gemeinsam mit den BetreuerInnen individuelle Therapieziele am Beginn der Krisenintervention.

## **5.5. Auswertungsverfahren**

In dieser Studie gab es zwei Arten von Auswertungsverfahren. Einerseits die statistische Auswertung zur Beantwortung der Veränderungshypothesen und andererseits die qualitative Inhaltsanalyse für die Auswertung der offenen Antworten der Kinder und Jugendlichen im Fragebogen.

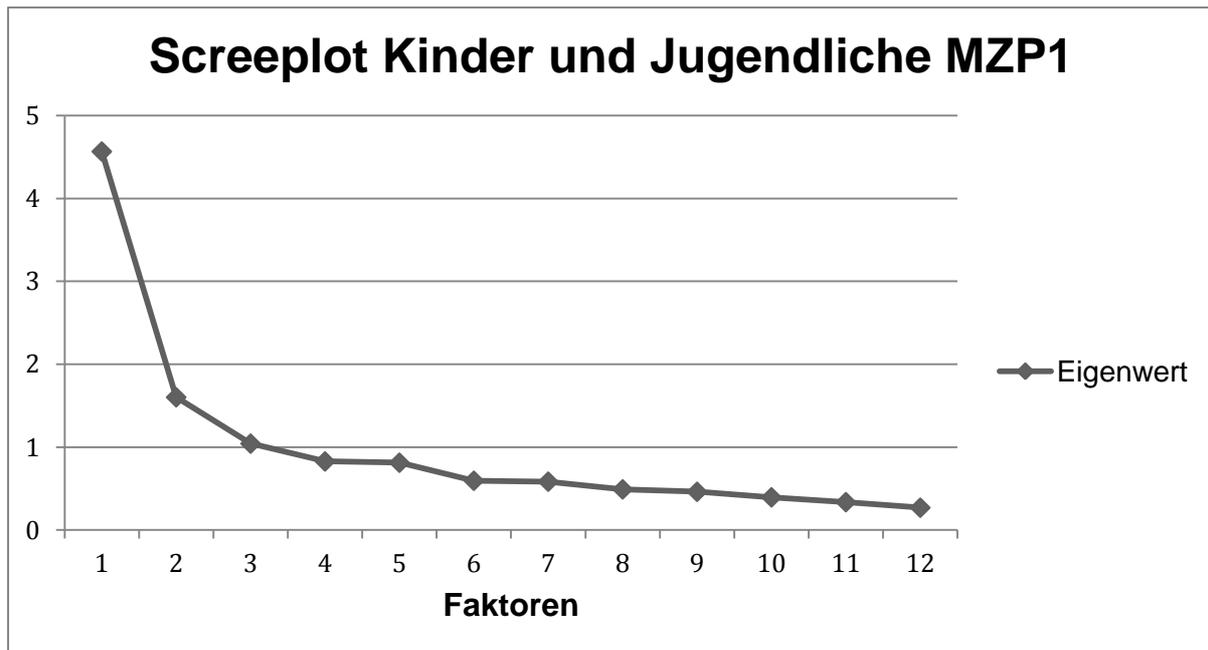
### **5.5.1 Statistische Auswertung**

Zur statistischen Auswertung wurde das Programm SPSS Statistics 21 herangezogen. Das Signifikanzniveau lag bei 5% und von einem hoch signifikanten Unterschied wurde ab 1% ( $p < 0,01$ ) gesprochen. Von ursprünglich 257 Kindern zum

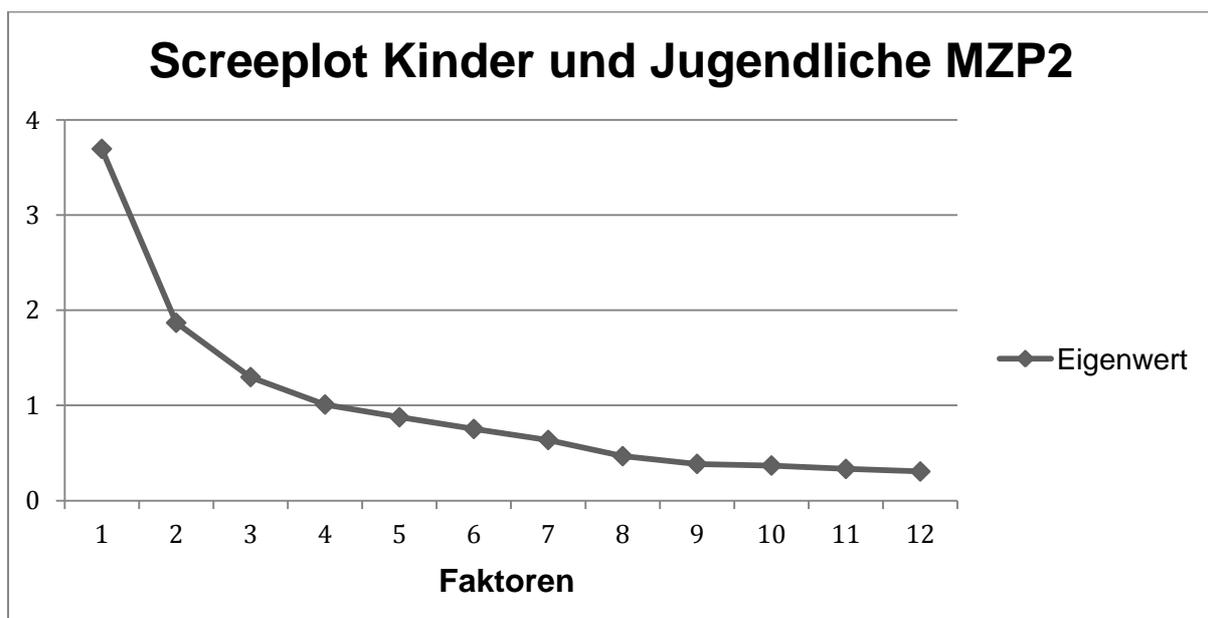
ersten Messzeitpunkt wurden 131 Kinder in die Evaluation aufgenommen, da bei den restlichen Kindern der zweite Messzeitpunkt der Datenerhebung fehlte.

Die Hypothese über das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen vor und nach der Krisenintervention (1a) wurde mittels abhängigen T-Tests untersucht. Die Normalverteilung, welche durch den Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft wurde, war für das Wohlbefinden zum Messzeitpunkt 1 ( $K-S=1,24$   $p=0,09$ ) und zum Messzeitpunkt 2 ( $K-S=1,15$ ,  $p=0,14$ ) gegeben. Die Verteilung der Daten unterscheidet sich daher nicht signifikant von der Normalverteilung. Die abhängige Variable „Wohlbefinden“ wurde durch die Items der Skala psychische Gesundheit des ILKs und des Items des SDQs gebildet.

Nach der Prüfung der Faktorenstruktur mittels einer explorativen, unrotierten Faktorenanalyse ergaben sich aus ursprünglich 12 Items, 7 Items der Skala des ILKs zur psychischen Gesundheit sowie ein Item des SDQ Fragebogens aus der Skala emotionale Probleme. Diese verwendete Skala lieferte insgesamt eine Varianzaufklärung bei MZP1 von 37% und bei MZP2 von 31%. Die ausgeschlossenen Items (insg. 4 Items) luden am höchsten auf Faktor zwei und drei. Diese Zweifaktorenlösung (zu MZP1) bzw. Dreifaktorenlösung (zu MZP2) konnte durch den Screeplot und das Elbowkriterium bestätigt werden. (Siehe Abbildung 1 für MZP1 und Abbildung 2 für MZP2). Aufgrund der geringen Anzahl der Items, die auf einen zweiten und dritten Faktor laden, wurden diese jedoch ausgeschlossen und lediglich die verbliebenen 8 Items zu einer Skala zusammengefasst.



**Abbildung 1.** Screeplot der Eigenwerte der Faktorenanalyse der Kinder und Jugendlichen zum MZP1

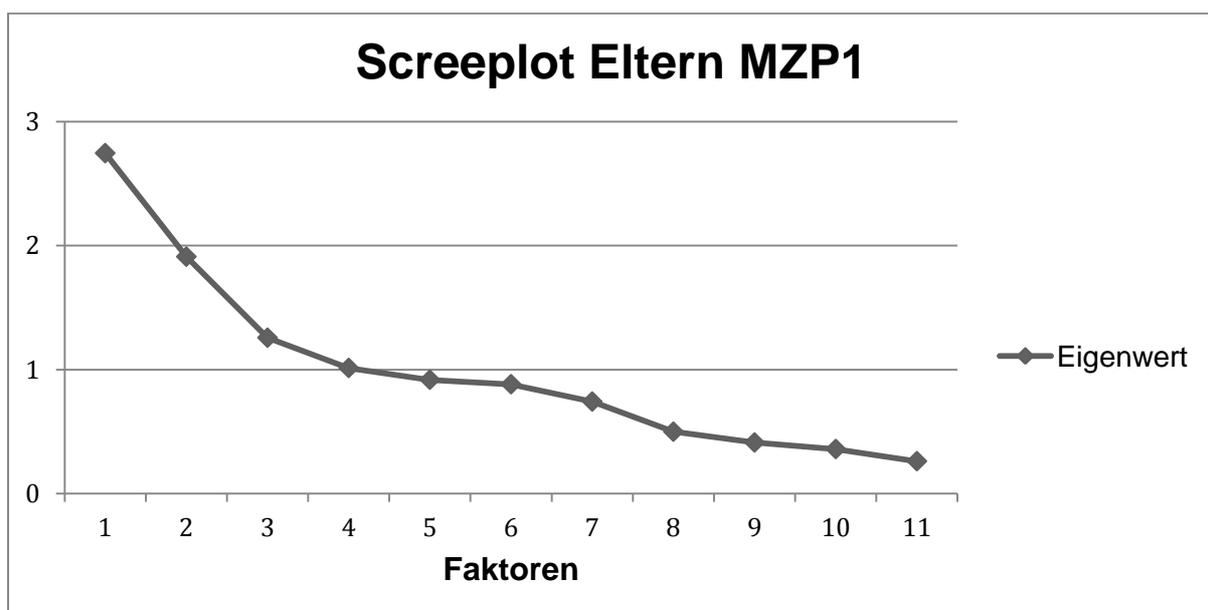


**Abbildung 2.** Screeplot der Eigenwerte der Faktorenanalyse der Kinder und Jugendlichen zum MZP2

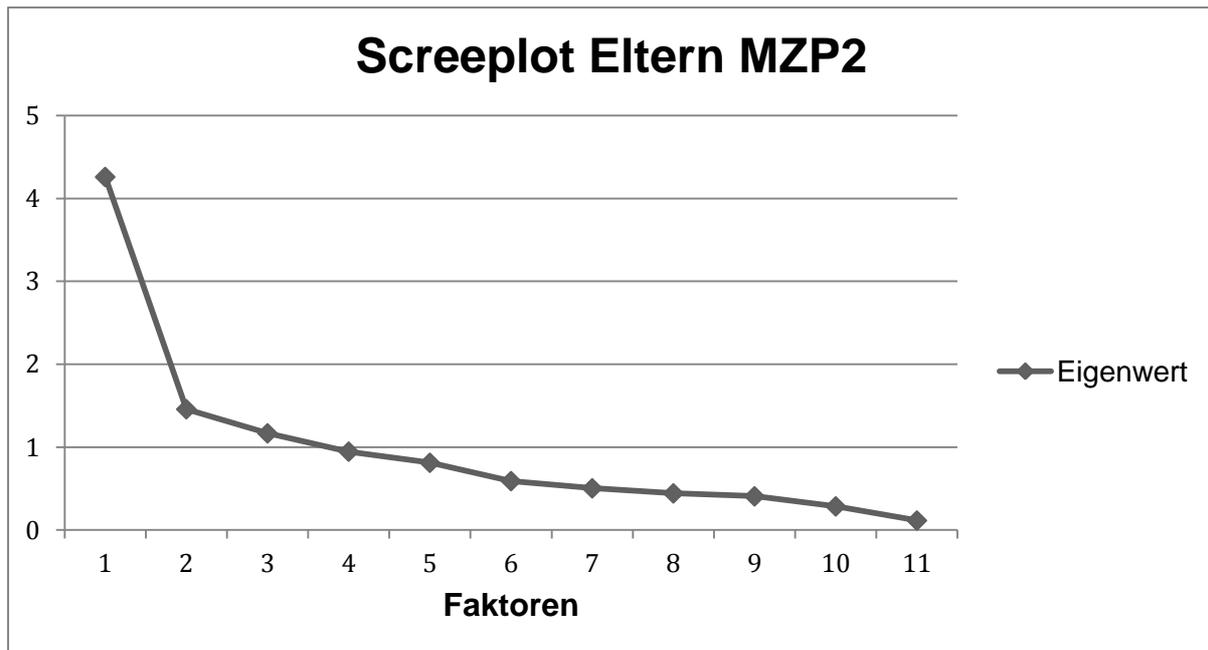
Zum Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzung des Wohlbefindens der Kinder und Jugendlichen (Hypothese 1b) wurde eine 2x2 ANOVA mit Messwiederholung herangezogen. Eine Normalverteilung wurde durch den Kolmogorov-Smirnov-Test ermittelt. Die Normalverteilung, war für das Wohlbefinden zum Messzeitpunkt 1 (K-S=0,71, p=0,70) und zum Messzeitpunkt 2 (K-S=0,72, p=0,69) bei den Kindern und Jugendlichen sowie auch bei deren Eltern zum Messzeitpunkt 1 (K-S=0,55, p=0,93)

und zum Messzeitpunkt 2 ( $K-S=0,75$ ,  $p=0,63$ ) gegeben. Die unabhängigen Variablen bildeten den Faktor Zeit (MZP1 und MZP2) und die Selbst- und Fremdeinschätzung durch die Kinder und Jugendlichen sowie von den Eltern. Als abhängige Variable fungierte wiederum das „Wohlbefinden“, dass aus dem Gesamtwert der Items des ILKs und einem Item des SDQs von den Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern, gebildet wurde.

Bei den Eltern gingen 6 Items der ursprünglichen Skala (insg. 11 Items) zur Fremdeinschätzung der psychischen Gesundheit des ILKs und ein Item über emotionale Probleme des SDQs in den Gesamtscore mit ein, die zu einer Varianzaufklärung von 25% zu MZP1 und 39% zu MZP2 führte. Zum MZP1 ergab die explorative Faktorenlösung laut Screeplot und Elbowkriterium eine Dreifaktorenlösung und zum MZP2 ergab die Faktorenanalyse laut Screeplot und Elbowkriterium eine Zweifaktorenlösung. Aufgrund der geringen Anzahl der Items (insg. 4 Items), die auf einen zweiten und dritten Faktor laden, wurden diese ausgeschlossen und lediglich die verbliebenen 7 Items zu einer Skala zusammengefasst. Die Screeplots der beiden MZP der Eltern können der Abbildung 3 und 4 entnommen werden. Dargestellt werden die Eigenwerte der Faktorenanalyse.



**Abbildung 3.** Screeplot der Eigenwerte der Faktorenanalyse der Eltern zum MZP1



**Abbildung 4.** *Screeplot der Eigenwerte der Faktorenanalyse der Eltern zum MZP2*

Bei der ANOVA wurden nur diejenigen Kinder und Jugendlichen untersucht, bei denen beide Messzeitpunkte von den Kindern und Jugendlichen und von deren Eltern vorhanden waren. Somit hat sich die Stichprobe bei der ANOVA von ursprünglich 131 Kindern und Jugendlichen zum MZP2 auf 47 Kinder und Jugendliche und deren Eltern verkleinert, da bei den restlichen Kindern und Jugendlichen die Daten der Eltern zum MZP2 fehlten.

Zur Angabe der Effektstärken werden im Folgenden für den T-Test Cohens  $d$  und für die ANOVA Eta Quadrat beschrieben. Cohens  $d$  wird als standardisierte Distanz zwischen zwei Mittelwerten definiert, wobei man bei  $d=0,20$  von einem kleinen, bei  $d=0,40$  von einem mittleren und bei  $d=0,60$  von einem großen Effekt spricht. Eta Quadrat ( $\eta^2$ ) spiegelt den Anteil der aufgeklärten Varianz an der Gesamtvarianz wider. Ein kleiner Effekt ist vorhanden, wenn  $\eta^2 > 0,01$ , ein mittlerer Effekt, wenn  $\eta^2 > 0,06$  und ein großer Effekt, wenn  $\eta^2 > 0,16$  ist (Rasch, Friese, Hofmann, & Naumann, 2010).

Die Erreichung der Ziele des KIZ für die Kinder und Jugendlichen (Hypothese 2a,b,c,d,e,) und die Erreichung der selbst festgelegten Ziele der Kinder und Jugendlichen im KIZ (Hypothese 3b) wurden mittels deskriptiver Analyse festgestellt.

### 5.5.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Die individuell festgelegten Ziele, aber auch die Bewältigungsstrategien der Kinder und Jugendlichen, wurden am Ende der Behandlung zum zweiten Messzeitpunkt qualitativ befragt und anschließend mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Nach Mayring (2002, S. 114) besteht das Grundkonzept der qualitativen Inhaltsanalyse darin, „Texte systematisch zu analysieren, indem man das Material schrittweise theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystem bearbeitet“. Es geht darum, den Sinn des Textes in Kategorien zusammenzufassen und an Beispielen festzulegen. Der Grundgedanke besteht darin, dass man Texte eines Fragebogens systematisch in das Kategoriensystem einarbeitet und danach versucht, zu beschreiben. Das Ziel ist es zusammenfassend, das Material so zu reduzieren, dass nur noch auf die Fragestellungen bezogenes, wesentliches Material übrig bleibt (Mayring, 2002).

Dabei sind nach Mayring (2002) drei Grundverfahren von Bedeutung:

- Zusammenfassung: Das Material sollte so zusammengefasst werden, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben.
- Explikation: Zu fraglichen Textteilen wird zusätzliches Material hinzugezogen, um das Verständnis zu erweitern, welches die Textstelle erläutert und erklärt.
- Strukturierung: Das Material wird unter festgelegten Kriterien strukturiert, sodass man es in Kategorien einordnen kann (Mayring, 2002, S. 115).

Die insgesamt drei Techniken der Analyse - nämlich Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung sind keine hintereinander folgenden Phasen bei der Auswertung, sondern vielmehr sollten sie entsprechend der Forschungsfrage und dem Material ausgesucht werden (Mayring, 2002). Bei dieser Studie wurde speziell die Strukturierung als Grundverfahren angewandt. Die offenen Antworten der Kinder und Jugendlichen wurden somit in festgelegte Kategorien, dazugehörige Definitionen sowie Beispiele eingeordnet. Dadurch konnten die qualitativen Antworten gut kategorisiert und die Hypothesen zu den Arten der Bewältigungsstrategien (Hypothese 2di) und den retrospektiv angegebenen Zielen (Hypothese 3a) beantwortet werden. Als Maß zur Berechnung der Interrater Reliabilität bei der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring gilt der sogenannte Kappa-Koeffizient nach

Cohen (1968), der in der Forschung als Standard anerkannt ist und das am häufigsten angewandte Maß auf Nominalskalenniveau für die Übereinstimmung von Einschätzungen zweier RaterInnen darstellt.

Der Kappa-Koeffizient macht daher Aussagen über den Grad der Übereinstimmung zweier BeurteilerInnen. Je höher der Kappa-Koeffizient ausfällt, desto häufiger benutzen zwei RaterInnen die gleiche Kategorie, d.h. umso besser stimmen sie also in ihrer jeweiligen Beurteilung der einzelnen Kategorie überein (Asendorpf & Walbott, 1979). In Anlehnung an Landis & Koch (1977) werden Werte bis 0,4 als gering, Werte größer als 0,4 als mittelmäßig und Werte größer als 0,6 als gut bezeichnet.

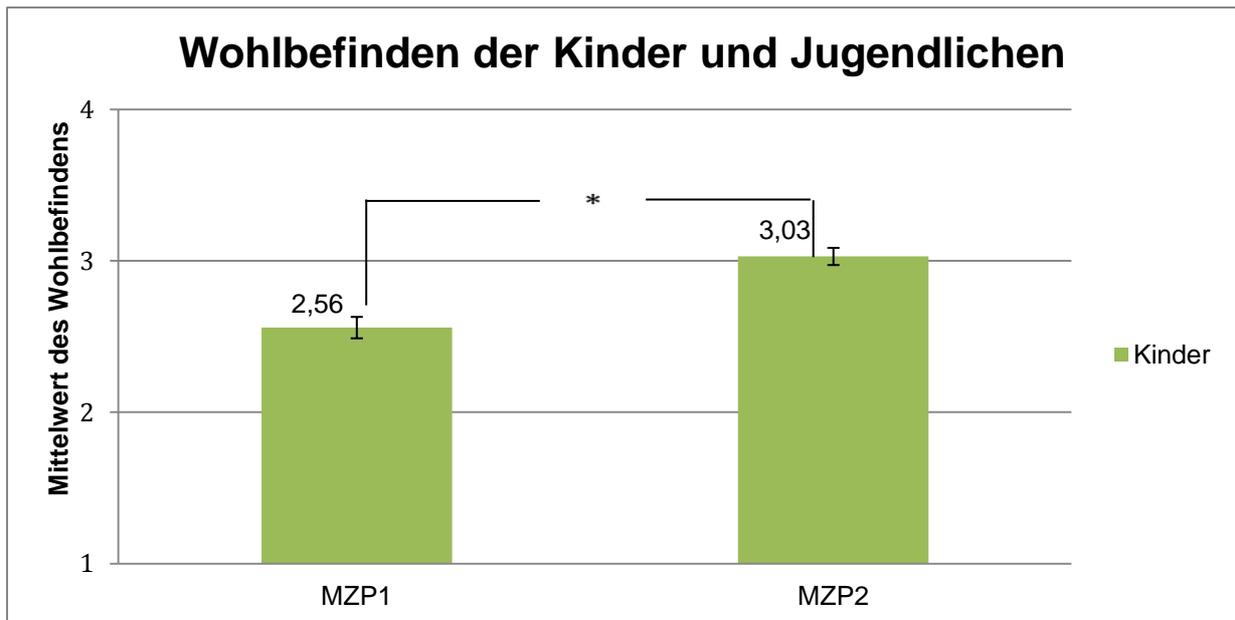
## **6. Ergebnisse**

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der einzelnen Hypothesen der Studie genau beschrieben und darauf aufbauend die Abbildungen sowie die dazugehörigen Tabellen zu deren Verdeutlichung dargestellt.

### **6.1 Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen vor / nach dem KIZ**

Der abhängige T-Test zur Überprüfung der Hypothese über das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen (H1a) konnte zeigen, dass sich das subjektive Wohlbefinden der Kinder vor und nach der Krisenintervention hoch signifikant unterscheidet ( $t(130)=-5,59, p<0,001, d=0,60$ ). Die Kinder und Jugendlichen schätzten daher ihr Wohlbefinden nach der Krisenintervention als deutlich besser ein als davor.

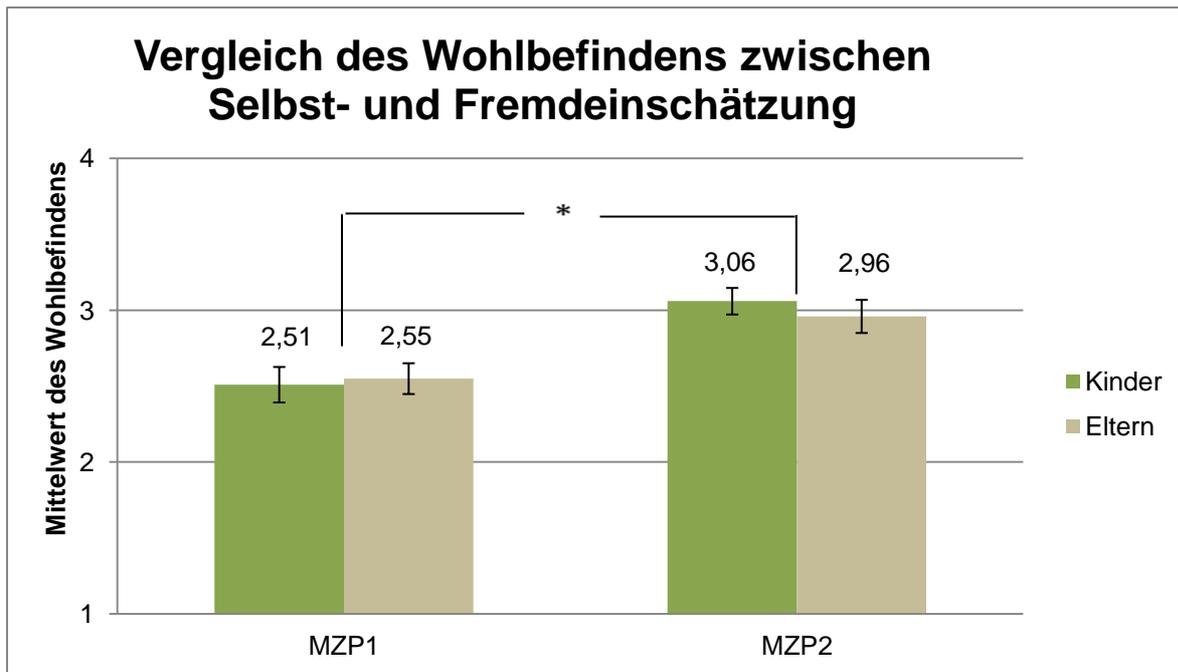
Das Ergebnis des T-Tests wird in Abbildung 5 dargestellt. Angegeben werden die Mittelwerte der Kinder und Jugendlichen mit einem Mittelwert von 2,56 zum Messzeitpunkt 1 sowie einem Mittelwert von 3,03 zum Messzeitpunkt 2. Ein höherer Mittelwert entspricht außerdem einem höheren Wohlbefinden. Die dazugehörigen Standardfehler bilden das Streuungsmaß. Die Sternchen verweisen auf einen signifikanten Unterschied. Dieser Unterschied wird graphisch in Form eines Balkendiagrammes dargestellt.



**Abbildung 5.** Mittelwert Unterschiede zum Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen

Durch die 2x2 ANOVA zur Selbst- und Fremdeinschätzung über beide Messzeitpunkte hinweg konnte bei einer Stichprobe von 47 Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern kein signifikanter Unterschied zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung (Hypothese 1b) gefunden werden ( $F(1,42)=0,008, p=0,93, \eta^2=0,00$ ) (siehe Abbildung 6).

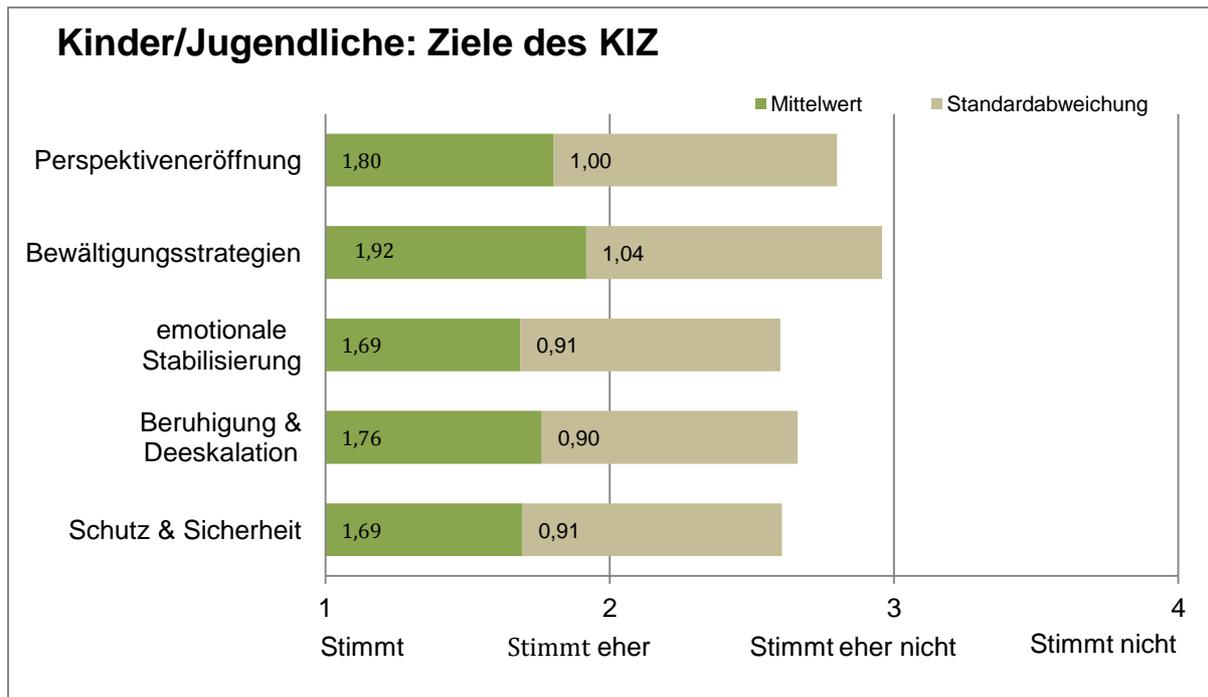
Die Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern unterscheiden sich daher nicht hinsichtlich der Beurteilung des Wohlbefindens. Allerdings konnte gezeigt werden, dass die Beurteilung des Wohlbefindens sowohl bei den Kindern und Jugendlichen als auch bei den Eltern nach der Krisenintervention signifikant besser ausfällt, denn ein höherer Mittelwert entspricht einem höheren Wohlbefinden ( $F(1,42)=15,12, p<0,001, \eta^2=0,27$ ). Die Ergebnisse der ANOVA können der Abbildung 6 entnommen werden.



**Abbildung 6.** Vergleich des Wohlbefindens zwischen Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen und der Fremdeinschätzung der Eltern

## 6.2 Ziele des KIZ für die Kinder und Jugendlichen

In Abbildung 7 wird die von den Kindern und Jugendlichen eingeschätzte Zielerreichung des KIZ (Hypothese 2a, b, c, d, e) dargestellt. Die Kinder und Jugendlichen konnten ihre Zielerreichung von einer Beurteilungsskala von 1 (Stimmt) bis 4 (Stimmt nicht) ankreuzen. Im Folgenden werden die jeweiligen Mittelwerte mit den entsprechenden Standardabweichungen mittels einem Balkendiagramm abgebildet, wobei alle Ziele des KIZ nach Angaben der Kinder und Jugendlichen gut erreicht wurden.



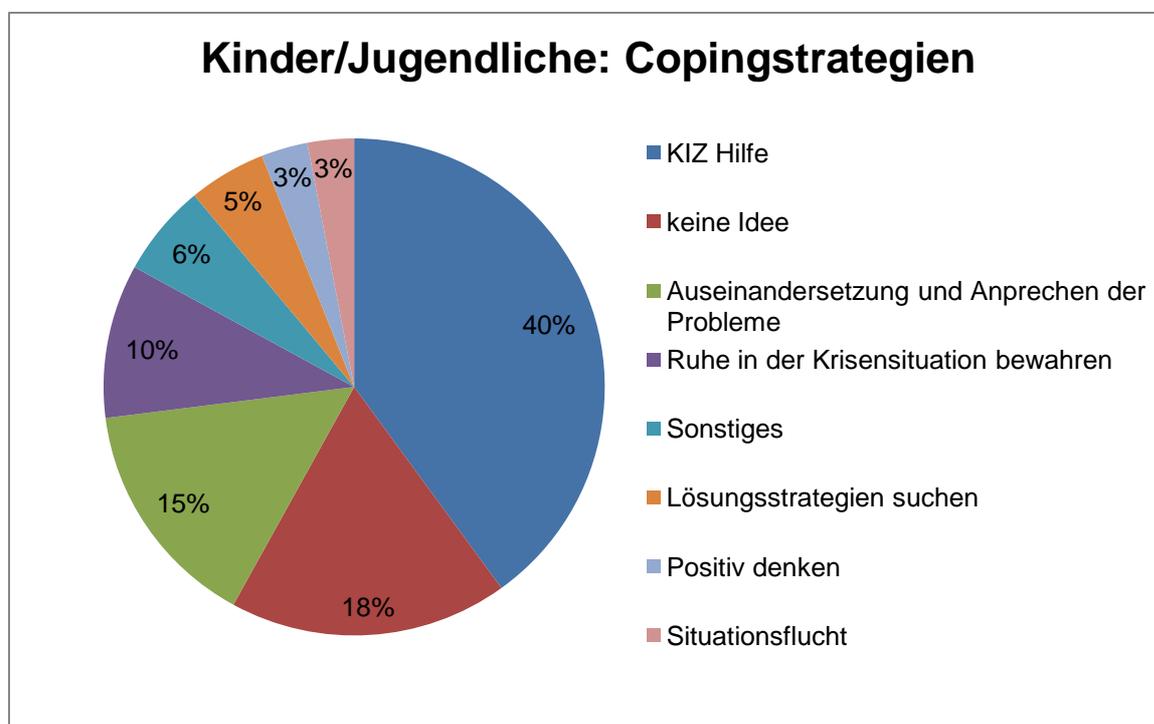
**Abbildung 7.** Ziele des KIZ für die Kinder und Jugendlichen

In Tabelle 3 werden die erlernten Copingstrategien (Hypothese 2di) der Kinder und Jugendlichen für zukünftige Krisensituationen, die sie nach der Betreuung im Kriseninterventionszentrum angegeben haben, in Kategorien definiert und an Beispielen beschrieben. 99 von 131 Kinder und Jugendlichen gaben Bewältigungsstrategien an. Der Kappa-Koeffizient, der die Interrater Reliabilität misst und durch zwei Interraterinnen ermittelt wurde, betrug 0,75 und kann daher als gut eingestuft werden (Landis & Koch, 1977). Anschließend werden die acht verschiedenen erlernten Bewältigungsstrategien der Kinder und Jugendlichen in einem Kreisdiagramm (Abbildung 8) dargestellt.

**Tabelle 3.** Kategoriensystem der erlernten Copingstrategien der Kinder und Jugendlichen

Kategorien der Copingstrategien	Definitionen	Beispiele	n	%
KIZ Hilfe	In einer Krisensituation sich wieder an das KIZ zu wenden.	„Ich würde wieder das KIZ als Hilfe aufsuchen.“	39	39,5
Keine Idee	Keine Idee an Bewältigungsstrategien.	„Ich habe keine Ahnung.“	18	18,0
Auseinandersetzung und Ansprechen der	In einer Krisensituation das Problem im sozialen	„Ich würde meine	15	15,2

Probleme	Umfeld oder in der Familie anzusprechen sowie sich mit der Situation gedanklich auseinanderzusetzen.	Probleme im sozialen Umfeld oder in der Familie ansprechen und darüber nachdenken.“		
Ruhe in der Krisensituation bewahren	In der Krisensituation ruhig zu bleiben.	„Ich versuche ruhig zu bleiben“.	10	10,1
Lösungsstrategien suchen	Als Bewältigungsstrategie selbst Lösungen für eine Krisensituation zu finden und selbst nachzudenken.	„Überlegen, wie es zu dieser Situation gekommen ist und eine Lösung suchen.“	5	5,1
Sonstiges	Es handelt sich um keine Copingstrategien.	„Bi werden oder so.“	6	6,1
Positiv Denken	In einer Krisensituation positiv zu denken.	„Ich werde positiv denken.“	3	3,0
Situationsflucht	In einer Krisensituation zu flüchten.	„Ich würde weglaufen oder abhauen.“	3	3,0
<b>Summe</b>			<b>99</b>	<b>100</b>

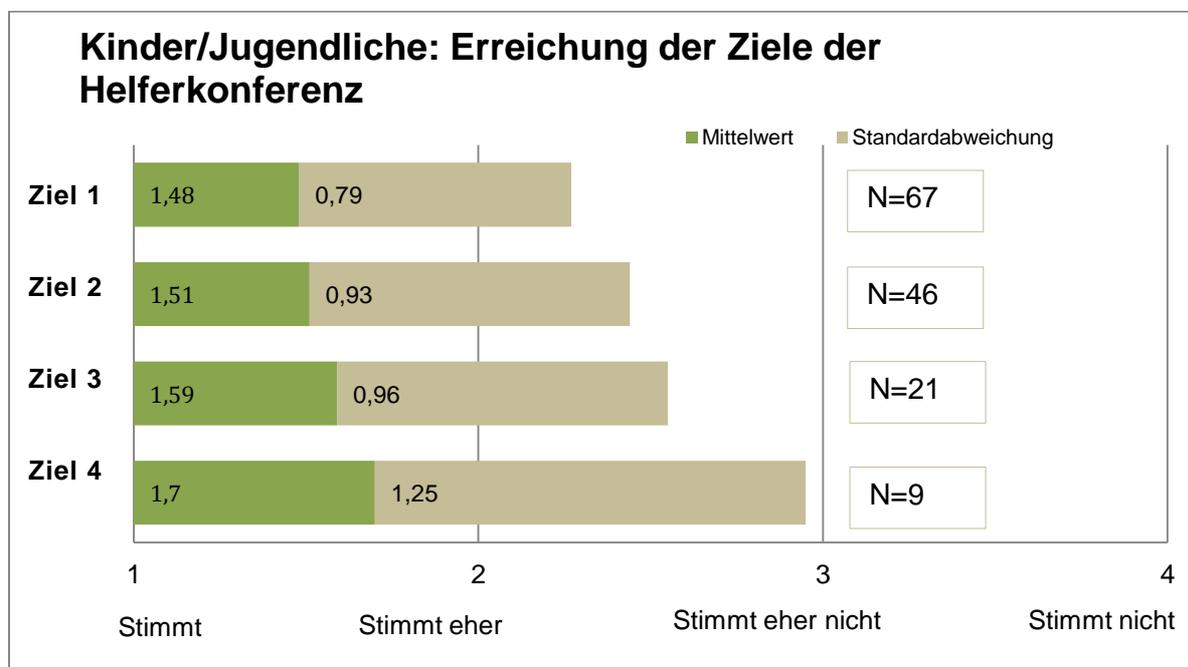


**Abbildung 8.** Elernte Copingstrategien der Kinder und Jugendlichen

### 6.3 Ziele der Kinder und Jugendlichen im KIZ

In Abbildung 9 wird die durch die Kinder und Jugendlichen eingeschätzte Zielerreichung der wiedererinnerten Ziele aus der Helferkonferenz (Hypothese 3a) dargestellt. Eingeschätzt wurde dies von den Kindern und Jugendlichen mittels einer vierstufigen Skala (1-stimmt bis 4-stimmt nicht).

Zunächst (Abbildung 9) werden die Mittelwerte und die Standardabweichungen der insgesamt 143 angegebenen Ziele, die mit niedrigen Mittelwerten erreicht wurden, beschrieben, wobei man sagen kann, dass alle selbst festgelegten Ziele der Kinder und Jugendlichen gut erreicht wurden.



**Abbildung 9.** Erreichung der Ziele der Kinder und Jugendlichen

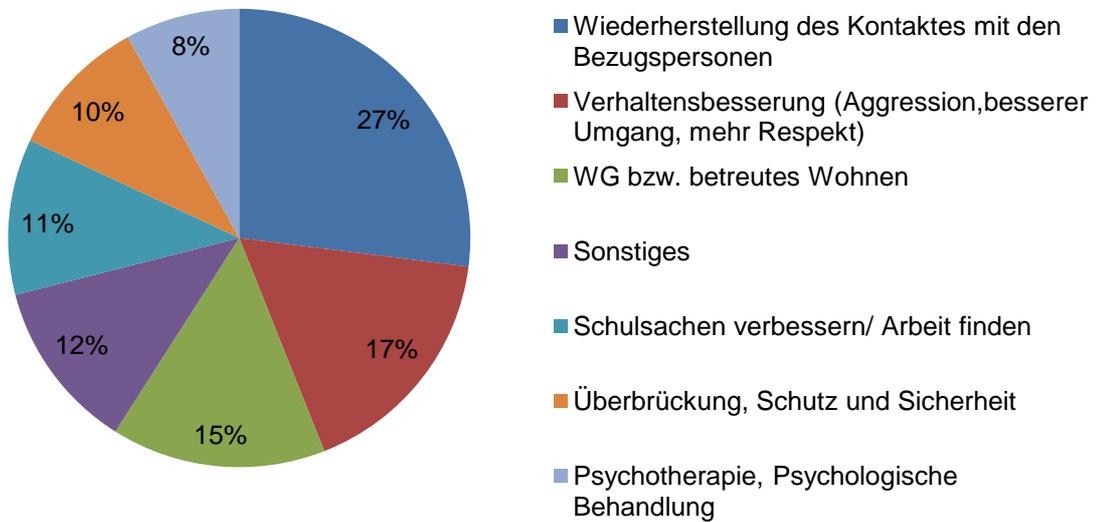
In der Tabelle 4 werden die wiedererinnerten Ziele der Kinder und Jugendlichen, welche vor der Krisenintervention in der Helferkonferenz festgelegt wurden, in einem Kategoriensystem dargestellt (Hypothese 3b). Auch das zugehörige Kreisdiagramm (Abbildung 10) der selbst definierten und wiedererinnerten Ziele der Helferkonferenz der Kinder und Jugendlichen wird anschließend dargestellt. Die Abfrage fand zum zweiten Messzeitpunkt, d.h. nach der Beendigung der Betreuung im Kriseninterventionszentrum, statt.

In Tabelle 4 werden die insgesamt sieben verschiedenen Kategorien sowie Definitionen, Beispiele und Häufigkeiten der definierten Ziele der Kinder und Jugendlichen dargestellt. Der Kappa Koeffizient, der durch zwei Interraterinnen ermittelt wurde und die Interrater Reliabilität misst, betrug 0,71 und kann daher als gut eingestuft werden (Landis & Koch, 1977). Anschließend folgt das zugehörige Kreisdiagramm (Abbildung 10), wo nochmal die genannten Ziele der Kinder und Jugendlichen anschaulich dargestellt werden.

**Tabelle 4.** *Kategoriensystem der wiedererinnerten Ziele der Kinder und Jugendlichen*

<b>Kategorien der Ziele</b>	<b>Definitionen</b>	<b>Beispiele</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Wiederherstellung des Kontaktes mit den Bezugspersonen	Den Kontakt mit der Familie oder den Bezugspersonen wieder herzustellen oder zu verbessern.	„Ich möchte wieder mit meiner Familie besser auskommen.“	39	27,3
Verhaltensbesserung	Eine Art von Verhaltensbesserung wie einen besseren Umgang oder eine Aggressionsverminderung zu erreichen.	„Ich möchte mein Verhalten gegenüber Erwachsenen ändern und Aggressionen mehr unter Kontrolle haben.“	25	17,4
WG bzw. betreutes Wohnen	Einen Antrag auf betreutes Wohnen oder eine Wohngemein.	„Ich will bald in eine WG kommen.“	21	14,7
Sonstige	Es handelt sich um einzelne verschiedene Ziele, ohne Zusammenhang.	„Ein gemeinsames Essen.“	17	11,8
Schulsachen verbessern/ Arbeit finden	Die Schulsachen zu verbessern oder eine Arbeit zu finden.	„Ich will mehr für Schularbeiten und Tests lernen.“	15	10,6
Überbrückung, Schutz und Sicherheit	Schutz und Sicherheit sowie Überbrückungszeit (meist weg von den Eltern) zu wollen.	„Ich möchte gerne Sicherheit und hier eine Überbrückungszeit.“	14	9,8
Psychotherapie, Psychologisches Behandlung	Eine psychologische Behandlung oder Psychotherapie machen zu wollen.	„Ich hätte gerne eine Psychologin.“	12	8,4
<b>Summe</b>			<b>143</b>	<b>100</b>

## Kinder/Jugendliche: definierte Ziele der Helferkonferenz



**Abbildung 10.** Wiedererinnerte Ziele der Kinder und Jugendlichen

## 7. Diskussion der Ergebnisse

Mit der anschließenden Diskussion der dargestellten Ergebnisse geht die Beantwortung der drei Hypothesen einher, wobei die Ziele sowie Limitationen und Implikationen der Studie beschrieben werden.

Das allgemeine Ziel der Evaluation bei pro mente kinder jugend familie war es, einerseits zu zeigen, dass Maßnahmen für die Qualitätssicherung getroffen werden um sämtliche Kosten zu rechtfertigen, und andererseits die Effektivität und Effizienz der Krisenintervention für die Kinder und Jugendlichen zu überprüfen.

Die erste Hypothese bezog sich auf das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen vor und nach dem Kriseninterventionszentrum, welches nach der Krisenintervention signifikant anstieg. Man kann daher davon ausgehen, dass die Kinder und Jugendlichen eine Steigerung der Lebensqualität erlebten, was für eine sehr professionelle und vor allem hilfreiche Krisenintervention spricht. Zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung des Wohlbefindens wurde jedoch kein signifikanter Unterschied festgestellt, d.h. dass sich die Kinder und Jugendlichen in der Wahrnehmung des Wohlbefindens nicht, wie ursprünglich angenommen, von den Eltern unterscheiden.

In einer anderen Studie wurde jedoch festgestellt, dass die Beurteilungsübereinstimmung zwischen Kindern und Jugendlichen und deren Eltern höher ist, wenn die Symptomatik der Kinder und Jugendlichen vorher konkret diagnostiziert wurde (Herjanic & Reich, 1982). Außerdem konnte man zusätzlich feststellen, dass, wenn das Verhalten der Jugendlichen von den Eltern beobachtbar ist und über verschiedene Situationen hinweg konsistent wahrgenommen wird, die Selbst- und Fremdeinschätzung eine ebenfalls sehr hohe Übereinstimmung aufweist. Die Beurteilungsübereinstimmung ist außerdem hoch, wenn die Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen im Gedächtnis der Eltern einfacher und leichter abrufbar sind (Karver, 2006). Diese beschriebenen Beispiele können Gründe dafür sein, dass die Selbst- und Fremdeinschätzung des Wohlbefindens in dieser Evaluation keine signifikanten Unterschiede zwischen den Eltern und deren Kinder zeigen konnte.

Die nächste Hypothese und zugleich die festgelegten Ziele des Kriseninterventionszentrums von pro mente kinder jugend familie war es, Schutz und

Sicherheit, Beruhigung und Deeskalation, emotionale Stabilität, Erlernen von Bewältigungsstrategien sowie Zukunftsperspektiven für die Kinder und Jugendlichen in der Krisenintervention zu ermöglichen. Diese wurden nach retrospektiven Einschätzungen der Kinder und Jugendlichen alle erreicht, was für eine gute Arbeit in den Kriseninterventionszentren spricht. Zusätzlich zu der Hypothese über die Erreichung der Ziele des KIZ, wurde nach den Copingstrategien in zukünftigen Krisen der Kinder und Jugendlichen gefragt. Die am häufigsten angegebene Strategie war „wieder in das Kriseninterventionszentrum zu gehen“. Aus dieser Antwort kann man einerseits darauf schließen, dass die Kinder und Jugendlichen das Kriseninterventionszentrum durchaus als hilfreich und wichtig im Umgang mit Krisensituationen befanden. Andererseits kann man jedoch auch daraus folgern, dass die Kinder und Jugendlichen möglicherweise die Frage des Fragebogens nicht richtig verstanden haben, da es sich bei einem weiteren Aufenthalt im Kriseninterventionszentrum um keine Copingstrategie im weiteren Sinne handelt. Als Verbesserungsmaßnahme für die Erhebung sollte man diese Frage gezielter auf die Bewältigungsstrategien zukünftiger Krisen formulieren. Zusätzlich muss man gerade bei jüngeren Kinder und Jugendlichen genau erklären, was unter dem Begriff Bewältigungsstrategien verstanden wird oder im besten Fall einen eigenen Fragebogen für jüngere Kinder und Jugendliche entwickeln. Denn manche Kinder und Jugendliche gaben sogar überhaupt keine Bewältigungsstrategien an. Im Einklang mit der Theorie haben einige Kinder und Jugendliche jedoch auch problemorientierte Copingstrategien, beispielsweise die Auseinandersetzung mit dem Problem, aktiv handlungsbezogene Copingstrategien wie Ruhe in der Krisensituation zu bewahren sowie reflektierende Bewältigungsstrategien, wie zum Beispiel über mögliche Lösungsmöglichkeiten nachzudenken, angegeben.

Die Hypothese über die Erreichung der selbst festgelegten Ziele der Kinder und Jugendlichen kann ebenfalls positiv beantwortet werden. Viele Ziele, die von den Kindern und Jugendlichen in der Helferkonferenz selbst festgelegt wurden, sind somit erreicht worden. Das am häufigsten angegebene Ziel der Kinder und Jugendlichen war die Wiederherstellung des Kontakts mit den Eltern oder anderen Bezugspersonen. Dies wiederum bietet eine sehr gute Ausgangsbasis, um weiterhin ressourcenorientiert mit Kindern und Jugendlichen unter Einbezug des sozialen Umfeldes zu arbeiten.

## **7.1 Limitationen**

Im psychischem Gesundheitsbereich von Kindern und Jugendlichen gibt es bislang noch keine Standards für eine Überprüfung oder Beurteilung eines Behandlungserfolgs. Der Nachweis solcher Erfolge ist meist sehr eingeschränkt und wenn dann überhaupt nur auf Dauer nachweisbar. Es gibt somit keine erforschte Evaluationsstruktur für eine Krisenintervention von Kindern und Jugendlichen. Die sozioemotionale und kognitive Entwicklung ist außerdem noch viel geringer ausgeprägt als bei Erwachsenen, was wiederum die Schwierigkeit und Fehlerquote bei Befragungen erhöht (Wernisch-Pozewaunig, Finsterwald, & Spiel, 2010).

Außerdem ist es so, dass das derzeitige Evaluationskonzept nur diejenigen Kinder und Jugendlichen zulässt, die in stationärer, längerfristiger Betreuung sind. Alle anderen Kinder und Jugendliche werden somit nicht untersucht. Dies ist jedoch schwierig zu verändern, da ein längerfristiger Aufenthalt notwendig ist, um Veränderungen festzustellen und dadurch eine Evaluation zu ermöglichen.

Weiters wurde beim Ausfüllen des Fragebogens zum zweiten Messzeitpunkt generell eine hohe Drop Out Quote festgestellt, da über 100 Kinder und Jugendliche den zweiten Fragebogen nicht mehr ausfüllten. Auch bei den Eltern waren viele fehlende Daten zu beobachten. Es ist natürlich zu berücksichtigen, dass sich die Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern beim Ausfüllen des Fragebogens in einer Krisensituation befinden und man somit mit einer höheren Drop Out Quote rechnen muss, als bei Stichproben, ohne Belastungssituationen. Weiters kann man vermuten, dass der Leidensdruck der Angehörigen oder der Eltern sowie deren Kinder beim Eintritt in die Krisenintervention noch stärker war und dadurch die Bereitschaft den Fragebogen auszufüllen noch größer war, als beim Verlassen des Kriseninterventionszentrums. Hierbei wäre wichtig, dass unmittelbar vor oder nach dem Abschlussgespräch beim Austritt des Kriseninterventionszentrums der Fragebogen vorgelegt wird.

## **7.2 Implikationen**

Um die Drop Out Quote sowohl bei den Kindern und Jugendlichen als auch bei den Eltern zu verringern und wichtige Informationen zu behalten, ist ein kürzerer Fragebogen, der weniger Zeit in Anspruch nimmt, zu empfehlen. Außerdem wäre ein

kontrollierter Ablauf in Bezugnahme auf die Daten seitens der MitarbeiterInnen bei pro mente kinder jugend familie empfehlenswert, um eine bessere Datenanalyse zu ermöglichen.

Weiters kann man die fehlenden Werte der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern mittels verschiedenen statistische Verfahren verringern. Es gibt neben den *klassischen Verfahren* wie beispielsweise ein fallweiser Ausschluss der fehlenden Werte, noch *imputationsbasierte Verfahren*, wo fehlende Werte bzw. Daten ersetzt oder imputiert werden sowie *modellbasierte Verfahren*, in denen die Schätzung und Behandlung der fehlenden Daten in einem Schritt durchgeführt wird (Lüdtke, Robitzsch, Trautwein, & Köller, 2007).

Außerdem sollten die Fragen am Fragebogen für die Kinder und Jugendlichen verständlicher beschrieben werden bzw. Begriffe oder Fragestellungen genauer erklärt werden, um ein Auslassen oder Nichtbeantworten von Fragen zu vermindern. Eventuell könnte man in einem partizipativen Prozess zusammen mit den Kindern und Jugendlichen, deren Eltern und den BetreuerInnen verständlichere und kürzere Fragen erstellen.

Da manche Kinder auch gar keine Bewältigungsstrategien angaben wäre es zudem empfehlenswert, als zukünftige Maßnahme einen größeren Fokus auf das Erlernen von Bewältigungsstrategien zu legen. Beispielsweise könnte man hier als praktische Implikation einen „Bewältigungsstrategien Workshop“, in dem die KlientInnen zusammen mit deren Betreuer Copingstrategien in zukünftigen Krisensituationen lernen, einführen.

### **7.3 Ausblick**

Zukünftig wäre es interessant, die Ergebnisse der Fragebögen der Eltern und Betreuer und der Kinder und Jugendlichen mittels einer weiteren summativen Evaluation zu überprüfen und schließlich die drei verschiedene Sichtweisen bzw. Blickwinkel zu analysieren sowie Unterschiede der verschiedenen Ansichten herauszuarbeiten. Außerdem ist eine fortlaufende formative Evaluation der Krisenintervention der Kinder und Jugendlichen bei pro mente kinder jugend familie in den nächsten Jahren notwendig, um die Wirksamkeit und Qualität der Krisenintervention weiterhin zu gewährleisten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass dank pro mente kinder jugend familie negative Lebensentwicklungen sowie psychische Störungen vieler Kinder und Jugendlicher durch die Krisenintervention präventiv verhindert werden können. Es ist daher sehr empfehlenswert, dass das Gesundheitsministerium pro mente kinder jugend familie fördert. Dadurch kann weiterhin eine gute Krisenintervention, die eine positive Entwicklung vieler Kinder und Jugendlicher in Krisensituationen ermöglicht, bestehen.

Somit schließe ich zusammenfassend mit einem bedeutsamen Satz ab, den einst vor 70 Jahren der Philosoph Hans Jonas sagte und auch für diese wichtige und notwendige Arbeit bei pro mente kinder jugend familie spricht, denn *„wie wir mit den Kindern heute umgehen, das wird die Welt von morgen prägen.“*

## 8. Literaturverzeichnis

- Aguilera, D. (2000). *Krisenintervention. Grundlagen-Methoden-Anwendung*. Bern: Huber.
- Asendorpf, J. & Walbott, H. (1979). Ein systematischer Vergleich. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 10, 243-252.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Cohen, J. (1968). Weighted kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*, 70, 213–220.
- DeGEval - Deutsche Gesellschaft für Evaluation (2011). *Standards für Evaluation* Verfügbar unter <http://www.degeval.de/degeval-standards/standards/> [3.3.2014].
- Ditton, H. (2009). Evaluation und Qualitätssicherung. In R. Tippelt & B. Schmidt (Hrsg.), *Handbuch Bildungsforschung* (2. Aufl., S. 607-623). Wiesbaden: VS Verlag.
- Dross, M. (2001). *Krisenintervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (1998). *Traumatisierung in Kindheit und Jugend*. München: Reinhardt.
- Finsterwald, M., Buffa, F., Burger, B., Hafner, D., Herzele, C., Jost, H., Grote, F., Spiel, G. & Vogels, B. (2009). *Unveröffentlichtes Evaluationskonzept von pro mente kinder jugend familie*.
- Herjanic, B. & Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychiatry*, 10, 307-324.
- Juen, B., Werth, M., Roner, A., Schönherr, C. & Brauchle, G. (2003). *Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch für psychosoziale Fachkräfte*. Innsbruck: Studia Universitätsverlag.
- Karver, M. (2006). Determinants of multiple informant agreement on child and adolescent behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 251-262.
- Keil, S. (2002). Klientenzentrierte Krisenintervention in der Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 353-376). Wien: Springer.
- Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A. & Goodman, R. (2003). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu). Übersicht

- und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52 (7), 491-502.
- Kubinger, K.D. (2009). *Psychologische Diagnostik -Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Landis, J. & Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometric*, 33, 159.
- Lüdtke, O., Robitzsch, A., Trautwein, U., & Köller, O. (2007). Umgang mit fehlenden Werten in der psychologischen Forschung. *Psychologische Rundschau*, 58, 103-107.
- Lutz, W. (Hrsg.). (2003). *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung: Ein Beitrag zur patientenorientierten Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Nölkel, P., Schaff, C., Schmidt, M.H., Scholz, M. & Remschmidt, H. (1998). Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) - Eine Pilotstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 26, 174-182.
- McNamara, S. (2000). *Stress in young people*. London: Continuum.
- Mayring, P. (2002). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Nestmann, F. (Hrsg.). (1997). *Beratung: Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Papastefanou, C. (2013). *Krisen und Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2010). *Quantitative Methoden 1*. Berlin: Springer.
- Reimer, C. (1987). Prävention und Therapie der Suizidalität. In K. P. Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller & E. Strömngren (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart 2. Krisenintervention, Suizid, Konsiliarpsychiatrie* (S. 133-173). Berlin: Springer.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 12, 374-393.
- Sonneck, G., Kapusta, N., Tomandl, G. & Voracek, M. (2012). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas Universitätsverlag.

- Spiel, G. & Finsterwald, M. (2010). Indikatoren für die Evaluation der Behandlung psychischer Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters: Bestrebungen innerhalb von Europa. In R. Kerbl, L. Thun-Hohenstein, L. Damm & F. Waldhauser (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche im besten Gesundheitssystem der Welt, 4. Jahrestagung Politische Kindermedizin* (S. 53-71). Wien: Springer.
- Stockmann, R. (Hrsg.) (2000). *Evaluationsforschung: Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder*. Opladen: Leske & Budrich.
- Stockmann, R. (2006). Evaluationsforschung. Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder. In R. Stockmann (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung* (3. Aufl., Band 1). Münster: Waxmann.
- Ulrich, S. & Wenzel, F. (2003). *Partizipative Evaluation. Ein Konzept für die politische Bildung*. Gütersloh: Bertelsmann.
- Wernisch-Pozewaunig, C., Finsterwald, M. & Spiel, G. (2010). Evaluation bei pro mente: kinder jugend familie am Beispiel der Mini-Ambulatorien in Kärnten. *Pädiatrie & Pädologie*, 45 (2), 30-34.
- Wottawa, H. & Thierau, H. (2003). *Lehrbuch Evaluation* (3. Auflage). Bern: Huber.

## 8.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Screeplot der Eigenwerte der Faktorenanalyse der Kinder und Jugendlichen zum MZP1.....	36
Abbildung 2. Screeplot der Eigenwerte der Faktorenanalyse der Kinder und Jugendlichen zum MZP2.....	36
Abbildung 3. Screeplot der Eigenwerte der Faktorenanalyse der Eltern zum MZP1 .	37
Abbildung 4. Screeplot der Eigenwerte der Faktorenanalyse der Eltern zum MZP2 .	38
Abbildung 5. Mittelwert Unterschiede zum Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen.....	41
Abbildung 6. Vergleich des Wohlbefindens zwischen Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen und der Fremdeinschätzung der Eltern.....	42
Abbildung 7. Ziele des KIZ für die Kinder und Jugendlichen .....	43
Abbildung 8. Erlernte Copingstrategien der Kinder und Jugendlichen.....	44
Abbildung 9. Erreichung der Ziele der Kinder und Jugendlichen.....	45
Abbildung 10. Wiedererinnerte Ziele der Kinder und Jugendlichen .....	47

## 8.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Mittelwerte und Standardabweichungen der Selbst- und Fremdeinschätzung der Kinder und Jugendlichen und von deren Eltern von einer poliklinischen Stichprobe (Mattejat et al.,1998) .....	17
Tabelle 2. Verwendete Items der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern zum Wohlbefinden .....	33
Tabelle 3. Kategoriensystem der erlernten Copingstrategien der Kinder und Jugendlichen .....	43
Tabelle 4. Kategoriensystem der wiedererinnerten Ziele der Kinder und Jugendlichen .....	46

## 9. Anhang

Im Anhang befinden sich die Fragebögen der Kinder und Jugendlichen und deren Eltern von pro mente kinder jugend familie zum ersten und zweiten Messzeitpunkt. Anschließend befindet sich noch meine eidesstattliche Erklärung über meine Diplomarbeit sowie mein Curriculum Vitae.

## 9.1 Fragebögen der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern



# **Fragebogen für Kinder und Jugendliche des KIZ**

**(Bei Projekteintritt – MZP1)**

In diesem kurzen Fragebogen möchten wir wissen, wie es dir zuhause ging und wie wir dir am besten helfen können. Um helfen zu können, benötigen wir deine ehrlichen Antworten. Selbstverständlich werden deine Angaben vertraulich behandelt.

**Zunächst aber ein paar Angaben zu dir:**

Ich **heiße** (Vorname und Nachname):

\_\_\_\_\_

Ich bin...  ... ein **Mädchen**  ... ein **Junge**

Ich bin \_\_\_\_\_ Jahre alt.

Ich bin im KIZ seit (**Datum** einfügen): \_\_\_\_\_

Ich habe den Fragebogen ausgefüllt am (**Datum** einfügen):

\_\_\_\_\_

Denke bitte bei der Beantwortung der Fragen **hauptsächlich an die letzte Woche vor dem Aufenthalt im KIZ.**

	Stimmt	Stimmt eher	Stimmt eher nicht	Stimmt nicht
Ich habe mir viele Sorgen gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe gut geschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte viel Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe viel geweint.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe über meine Sorgen mit jemandem gesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe schnell wütend reagiert, wenn andere mich geärgert haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe zugehauen, wenn andere mich geärgert und wütend gemacht haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich für viele Dinge schuldig gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich sicher gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es sind mir viele gute Dinge passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr gut	eher gut	teils teils	eher schlecht	sehr schlecht	trifft für mich nicht zu
Wie kommst du mit den schulischen Anforderungen zurecht?	<input type="checkbox"/>					
Wie ist deine Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern (Eltern, Geschwister)?	<input type="checkbox"/>					
Wie kommst du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit aus?	<input type="checkbox"/>					
Wie kannst du dich alleine beschäftigen (Interessen, Aktivitäten)?	<input type="checkbox"/>					
Wie schätzt du deine körperliche Gesundheit ein?	<input type="checkbox"/>					
Wie schätzt du deinen "nervlichen" und seelischen Zustand ein (Gefühle, Nerven, Laune)? Bist du meistens gut drauf oder meistens nicht so gut drauf?	<input type="checkbox"/>					
Wenn du alle Fragen zusammenfasst: Wie geht es dir zurzeit insgesamt?	<input type="checkbox"/>					

**Was ist für mich gerade das wichtigste? Was brauche ich gerade am meisten?**

**Wie kann mich das KIZ dabei konkret unterstützen?**

**DANKE FÜR'S AUSFÜLLEN!**

# **Fragebogen für Kinder und Jugendliche des KIZ**

**(Bei Projektaustritt – MZP2)**

Dieser Fragebogen besteht aus zwei Teilen:

- Im 1. Teil möchten wir wissen, wie es dir jetzt geht und was sich bei dir durch den Aufenthalt im KIZ geändert hat.
- Im 2. Teil möchten wir eine kurze Rückmeldung, wie es dir im KIZ gefallen hat und ob du noch Anregungen hast, was wir verändern sollten.

Für das Ausfüllen wirst du ungefähr 10-15 Minuten brauchen. Selbstverständlich werden deine Angaben vertraulich behandelt.

***Deine ehrliche Rückmeldung ist uns sehr wichtig:  
Du hilfst uns damit, unsere Arbeit zu verbessern!***

**Zunächst aber ein paar Angaben zu dir:**

Ich **heiße** (Vorname und Nachname):

---

Ich habe den Fragebogen ausgefüllt am (**Datum** einfügen):

---

# 1) Fragen zu dir:

Denke bitte bei der Beantwortung **hauptsächlich an die letzte Woche.**

	Stimmt	Stimmt eher	Stimmt eher nicht	Stimmt nicht
Ich habe mir viele Sorgen gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe gut geschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte viel Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe viel geweint.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe über meine Sorgen mit jemandem gesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe schnell wütend reagiert, wenn andere mich geärgert haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe zugehauen, wenn andere mich geärgert und wütend gemacht haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich für viele Dinge schuldig gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich sicher gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es sind mir viele gute Dinge passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr gut	eher gut	teils teils	eher schlecht	sehr schlecht	trifft für mich nicht zu
Wie kommst du mit den schulischen Anforderungen zurecht?	<input type="checkbox"/>					
Wie ist deine Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern (Eltern, Geschwister)?	<input type="checkbox"/>					
Wie kommst du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit aus?	<input type="checkbox"/>					
Wie kannst du dich alleine beschäftigen (Interessen, Aktivitäten)?	<input type="checkbox"/>					
Wie schätzt du deine körperliche Gesundheit ein?	<input type="checkbox"/>					
Wie schätzt du deinen "nervlichen" und seelischen Zustand ein (Gefühle, Nerven, Laune)? Bist du meistens gut drauf oder meistens nicht so gut drauf?	<input type="checkbox"/>					
Wenn du alle Fragen zusammenfasst: Wie geht es dir zurzeit insgesamt?	<input type="checkbox"/>					

Jetzt 2 Fragen zu den **Helferkonferenzen** (das waren die Gespräche, an denen du selbst, deine Bezugsperson aus dem KIZ, die zuständige Sozialarbeiterin/ der zuständige Sozialarbeiter und zumeist auch deine Eltern teilgenommen haben).

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	<b>GAB KEINE</b>
Ich kann mich an die Ziele erinnern, die in den <b>Helferkonferenzen</b> vereinbart wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wenn du soeben JA angekreuzt hast:**

Trage bitte im Folgenden **(1)** die vereinbarten Ziele ein und schätze **(2)** ein, inwiefern diese erreicht wurden:

**(2)** Das Ziel wurde erreicht:

	<b>Stimmt</b>	<b>Stimmt eher</b>	<b>Stimmt eher nicht</b>	<b>Stimmt nicht</b>	<b>Wird gerade eingeleitet</b>
<b>(1)</b> In den Helferkonferenzen wurden folgende Ziele vereinbart:					
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

**Wenn Du an die Situation vor der Zeit am KIZ denkst und diese mit der heutigen Situation vergleichst: Was hat sich geändert?**

	Stimmt	Stimmt eher	Stimmt eher nicht	Stimmt nicht
Die Situation hat sich entspannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich jetzt sicherer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es geht mir jetzt besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß jetzt, wie ich in Zukunft mit einer ähnlichen Situation besser zu Recht kommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schaue optimistischer in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann verstehen, wie es zu dieser Situation gekommen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, was die nächsten Schritte sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Stell dir vor, du kommst wieder in eine ähnliche Situation, wie damals als du dich ans KIZ gewandt hast.**

**Ich würde Folgendes machen:**

## 2) Fragen zum KIZ:

Ich kann das KIZ an Kinder/ Jugendliche weiter empfehlen, die in einer ähnlichen Situation sind, wie ich damals gewesen bin.

Stimmt	Stimmt eher	Stimmt eher nicht	Stimmt nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Was mir besonders im KIZ gefallen hat:

### Was ich mir im KIZ noch gewünscht hätte:

	sehr	eher	eher nicht	gar nicht
Wie hilfreich fandest du die <b>Tagesstrukturierung</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Platz für Anregungen:</i>				
Welche der <b>Freizeitaktivitäten</b> <u>haben</u> dir besonders gut getan?				

<p>Welche Freizeitaktivitäten <u>hätten dir</u> noch gut getan?</p>
---

Wie hilfreich fandest du die <b>Gruppen/ Haussitzungen</b> ...	sehr	eher	eher nicht	gar nicht
... für dich und deine Anliegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... für die Hausatmosphäre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Platz für Verbesserungsvorschläge:</i>				

	sehr	eher	eher nicht	gar nicht
Wie hilfreich waren die <b>wöchentlichen Thementage/ Gruppenaktivitäten</b> für dich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Platz für Anregungen:</i>				

	sehr	eher	eher nicht	gar nicht
Wie hilfreich waren die <b>Helferkonferenzen</b> für dich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Platz für Anregungen:</i>				
<b>DANKE FÜR'S AUSFÜLLEN!</b>				

# Elternfragebogen

## KIZ

(Bei Projekteintritt – MZP1)

In diesem kurzen Fragebogen möchten wir wissen, wie es Ihrer Einschätzung nach Ihrem Kind geht und wie wir am besten helfen können. Ihre ehrliche Einschätzung ist uns deshalb sehr wichtig. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

***Füllen Sie den Fragebogen, wenn möglich, gleich aus!  
Dann können wir Ihre Einschätzungen für die Betreuung  
Ihres Kindes am besten nutzen!***

**Zunächst aber ein paar Angaben zu Ihnen:**

Mein **Name:** \_\_\_\_\_  
(Vorname und Nachname)

Ich bin ...  ... die **Mutter**  ... der **Vater**

von \_\_\_\_\_  
(Vorname und Nachname des Kindes/ Jugendlichen)

Fragebogen **ausgefüllt am** \_\_\_\_\_

(Datum einfügen)

**Was braucht mein Kind gerade am meisten? Was ist für mein Kind das wichtigste?**

**Wie kann das KIZ mein Kind dabei konkret unterstützen?**

**Was brauche ich gerade am meisten? Was ist für mich das wichtigste?**

**Wie kann das KIZ mich dabei konkret unterstützen?**

## Wie schätzen Sie das Befinden Ihres Kindes ein?

Denken Sie bitte bei der Beantwortung der Fragen **hauptsächlich an die letzte Woche bevor Ihr Kind ins KIZ** gekommen ist.

	Stimmt	Stimmt eher	Stimmt eher nicht	Stimmt nicht	Weiß nicht
Mein Kind wirkte oft bedrückt.	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind hat oft geweint.	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind war unruhig oder zappelig.	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind war leicht reizbar.	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind war häufig aggressiv.	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind reagierte positiv auf Bestätigung/ Anerkennung.	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind konnte schlecht Kritik annehmen.	<input type="checkbox"/>				
Ich hatte den Eindruck, dass mein Kind viel Angst hat.	<input type="checkbox"/>				
Ich hatte den Eindruck, dass sich mein Kind oft einsam fühlt.	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind hat häufig über Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen geklagt.	<input type="checkbox"/>				

	Sehr gut	Eher gut	Teils teils	Eher schlecht	sehr schlecht	Weiß nicht/ trifft nicht zu
Wie kommt Ihr Kind mit den schulischen Anforderungen zurecht?	<input type="checkbox"/>					
Wie ist die Beziehung Ihres Kindes zu Ihnen?	<input type="checkbox"/>					
Wie ist die Beziehung Ihres Kindes zu anderen Familienmitgliedern (Erwachsene und Kinder)?	<input type="checkbox"/>					
Wie kommt Ihr Kind mit anderen Kindern/ Jugendlichen in der Freizeit aus?	<input type="checkbox"/>					
Wie kann Ihr Kind sich alleine beschäftigen (Aktivitäten, Interessen, ...)?	<input type="checkbox"/>					
Wie schätzen Sie die körperliche Gesundheit Ihres Kindes ein?	<input type="checkbox"/>					
Wie schätzen Sie den nervlichen/ seelischen Zustand Ihres Kindes ein?	<input type="checkbox"/>					
Wenn Sie nun diese Fragen zusammenfassen: Wie geht es Ihrem Kind zurzeit insgesamt?	<input type="checkbox"/>					

**Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?**

**VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!**

# Elternfragebogen

## KIZ

(Bei Projektaustritt - MZP2)

Dieser Fragebogen besteht aus drei Teilen:

Wir möchten ...

- ... (1) eine kurze Rückmeldung, wie Sie die Arbeit im KIZ bewerten und ob Sie Anregungen für Veränderungen haben.
- ... (2) wissen, wie es Ihrer Einschätzung nach Ihrem Kind jetzt geht und was sich durch den Aufenthalt im KIZ geändert hat.
- ... (3) wissen, wie es Ihnen jetzt geht und was sich durch das KIZ geändert hat.

Für das Ausfüllen werden Sie ungefähr 10-15 Minuten brauchen.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

***Ihre ehrliche Rückmeldung ist uns sehr wichtig:  
Sie helfen uns damit, unsere Arbeit zu verbessern!***

**Zunächst aber ein paar Angaben zu Ihnen:**

Mein **Name:** \_\_\_\_\_  
(Vorname und Nachname)

Ich bin ...  ... die **Mutter**  ... der **Vater**

von \_\_\_\_\_  
(Vorname und Nachname des Kindes/ Jugendlichen)

Fragebogen ausgefüllt am \_\_\_\_\_ (Datum einfügen)

## **1) Fragen zum KIZ**

	<b>Stimmt</b>	<b>Stimmt eher</b>	<b>Stimmt eher nicht</b>	<b>Stimmt nicht</b>
Ich kann das KIZ an Kinder/ Jugendliche bzw. deren Eltern weiter empfehlen, die in einer ähnlichen Situation sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Aufenthalt im KIZ war für die Entwicklung meines Kindes förderlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Was mir besonders am KIZ gefallen hat:**

**Was ich mir vom KIZ noch gewünscht hätte:**

## 2) Fragen zu Ihrem Kind

Wenn Sie an die Situation vor der Zeit Ihres Kindes am KIZ denken und diese mit der Situation jetzt vergleichen:

Welchen Eindruck haben Sie jetzt von Ihrem Kind?

	Stimmt	Stimmt eher	Stimmt eher nicht	Stimmt nicht	Weiß nicht
Die Situation hat sich für mein Kind entspannt.	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind fühlt sich jetzt sicherer.	<input type="checkbox"/>				
Meinem Kind geht jetzt besser.	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind weiß jetzt, wie es mit einer ähnlichen Situation in Zukunft zu Recht kommen kann.	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind schaut jetzt optimistischer in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>				
Die empfohlenen Maßnahmen sind für die Entwicklung meines Kindes förderlich.	<input type="checkbox"/>				

### Wie schätzen Sie das Befinden Ihres Kindes ein?

Denken Sie bitte bei der Beantwortung der folgenden Fragen **hauptsächlich an die letzte Woche**.

	Stimmt	Stimmt eher	Stimmt eher nicht	Stimmt nicht	Weiß nicht
Mein Kind wirkte oft bedrückt.	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind hat oft geweint.	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind war unruhig oder zappelig.	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind war leicht reizbar.	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind war häufig aggressiv.	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind reagierte positiv auf Bestätigung/ Anerkennung.	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind konnte schlecht Kritik annehmen.	<input type="checkbox"/>				
Ich hatte den Eindruck, dass mein Kind viel Angst hat.	<input type="checkbox"/>				
Ich hatte den Eindruck, dass sich mein Kind oft einsam fühlt.	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind hat häufig über Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen geklagt.	<input type="checkbox"/>				

	Sehr gut	Eher gut	Teils teils	Eher schlecht	sehr schlecht	Weiß nicht/ trifft nicht zu
Wie kommt Ihr Kind mit den schulischen Anforderungen zurecht?	<input type="checkbox"/>					
Wie ist die Beziehung Ihres Kindes zu Ihnen?	<input type="checkbox"/>					
Wie ist die Beziehung Ihres Kindes zu anderen Familienmitgliedern (Erwachsene und Kinder)?	<input type="checkbox"/>					
Wie kommt Ihr Kind mit anderen Kindern/ Jugendlichen in der Freizeit aus?	<input type="checkbox"/>					
Wie kann Ihr Kind sich alleine beschäftigen?	<input type="checkbox"/>					
Wie schätzen Sie die körperliche Gesundheit Ihres Kindes ein?	<input type="checkbox"/>					
Wie schätzen Sie den nervlichen/ seelischen Zustand Ihres Kindes ein?	<input type="checkbox"/>					
Wenn Sie nun diese Fragen zusammenfassen: Wie geht es Ihrem Kind zurzeit insgesamt?	<input type="checkbox"/>					

### **3) Fragen zu Ihnen**

**Wenn Sie an sich selbst und die Situation vor der Zeit Ihres Kindes am KIZ denken und diese mit der Situation jetzt vergleichen:**

Was hat sich für Sie persönlich geändert?

	Stimmt	Stimmt eher	Stimmt eher nicht	Stimmt nicht
Die Situation hat sich für mich entspannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es geht mir jetzt besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann verstehen, wie es zu dieser Situation gekommen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß jetzt, wie ich in Zukunft mit einer ähnlichen Situation besser zu Recht kommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schaue optimistischer in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, was die nächsten Schritte sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden kommen 2 Fragen zu den **Helferkonferenzen** (das waren die Gespräche, an denen Sie, die Bezugsperson Ihres Kindes aus dem KIZ sowie die zuständige Sozialarbeiterin/ der zuständige Sozialarbeiter teilgenommen haben).

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	<b>GAB KEINE</b>
Ich kann mich an die Ziele erinnern, die in den <b>Helferkonferenzen</b> vereinbart wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wenn Sie soeben JA angekreuzt hast:**

Tragen Sie bitte im Folgenden **(1)** die vereinbarten Ziele ein und schätze **(2)** ein, inwiefern diese erreicht wurden:

**(2)** Das Ziel wurde erreicht:

	Stimmt	Stimmt eher	Stimmt eher nicht	Stimmt nicht	Wird gerade eingeleitet
	<b>(1)</b> In den Helferkonferenzen wurden folgende Ziele vereinbart:				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Damit es nicht wieder zu einer ähnlichen Situation kommt:**

Ich finde es hierfür wichtig, dass mein Kind weiter an sich arbeitet.
Ich finde es hierfür wichtig, an mir zu arbeiten.

Stimmt	Stimmt eher	Stimmt eher nicht	Stimmt nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?**

Sie können dies gerne auf der Rückseite des Fragebogens machen!

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

## **9.2 Eidesstattliche Erklärung und Curriculum Vitae**

Ich versichere hiermit die Diplomarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als angegebene Quellen nicht benützt und die den benutzten Quellen wortwörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht zu haben.

Laura Stoiber

Wien, 2014

# Curriculum Vitae

## Laura Stoiber

Geburtsdatum: 22.07.1991 | Oberndorf bei Salzburg

### AUSBILDUNG

- 2001-2009            *Matura* | Gymnasium Braunau am Inn
- 2009-2014            *Diplomstudium der Psychologie* /Hauptuniversität Wien  
mit Schwerpunkt in Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie  
sowie in Evaluation und Forschungsmethoden

### ARBEITS- ERFAHRUNGEN

- 07/2008-09/2008    *Ferialarbeit* | Verkaufsbereich bei Intersport, Oberösterreich  
07/2009-08/2009    Beratung und Verkauf
- 07/2010-09/2010    *Ferialarbeit* | St. Nikolaus Kindertagesheimstiftung, Wien  
07/2011-09/2011    Finanzbereich
- 10/2012-01/2013    *Praktikum* | St. Anna Kinderspital, Wien  
Klinisches- und gesundheitspsychologisches Praktikum im  
psychosomatischen Bereich
- 09/2013-11/2013    *Praktikum* | Humanware, Wien  
Arbeits- und organisationspsychologisches Praktikum im Bereich  
Human Resources

### KOMPETENZEN

- Soziale Kompetenz    *Seminare, Workshops zur sozialen Kompetenz* | Med. Universität und  
Wirtschaftsuniversität Wien zu folgenden Themen:
- Überzeugend argumentieren und präsentieren
  - Stimme, Bewegung und Körpersprache
  - Selbstbewusstsein und soziale Kompetenz
  - Transkulturelle Psychologie und Diversity Management
  - Stressmanagement und emotionale Kompetenz
- Fremdsprachen        Englisch fließend in Wort und Schrift, gute Kenntnisse in Französisch
- Computer                Sehr gute Windows-Office (Word, Excel, PP), Apple Kenntnisse
- Sport                     Tenniscoach, vielfache Jugend Landes- und Staatsmeisterin im Tennis