

Heekerens, Hans Peter

Effektivität aufsuchender Familien-fokussierter Interventionen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 3, S. 130-146

urn:nbn:de:bsz-psydok-47997

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

ÜBERSICHTSARBEITEN

Effektivität aufsuchender Familien-fokussierter Interventionen

Hans-Peter Heekerens

Summary

Effectiveness of in-home family-focused interventions

Results of evaluation studies with a (quasi-)experimental design covering different models of in-home family-focused interventions are reviewed. These models are of the family support or the family preservation type of program. The methodological quality of the evaluation is high or very high in the case of the two family support programs *Nurse Home Visitation* and *Healthy Families America* and the two family preservation programs *Functional Family therapy* and *Multisystemic Therapy*. All of them are producing clinically relevant positive long-term effects. The models of in-home family-focused intervention currently used in Germany are to be evaluated in studies with (quasi-)experimental design.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 130-146

Keywords

family-focused – in-home – family therapy – evaluation

Zusammenfassung

Betrachtet werden die Ergebnisse (quasi-)experimenteller Evaluationsstudien zu verschiedenen Modellen aufsuchender Familien-fokussierter Interventionen. Die verschiedenen Modelle lassen sich zwei Gruppen zuordnen: Familienunterstützungs- und Familienerhaltungs-Programmen. Als gut oder sehr gut evaluiert anzusehen sind von den Familienunterstützungs-Programmen das *Nurse Home Visitation*- und das *Healthy Families America*-Programm und von den Familienerhaltungs-Programmen die *Funktionale Familientherapie* und die *Multisystemische Therapie*. Diese Programme erzielen klinisch bedeutsame positive Langzeiteffekte. Die derzeit in Deutschland praktizierten Modelle aufsuchender Familien-fokussierter Intervention bedürfen der Evaluation durch (quasi-)experimentelle Studien.

Schlagwörter

Familien-fokussiert – aufsuchend – Familientherapie – Evaluation

Unter „Familien-fokussiert“ werden hier psychosoziale Interventionen zusammengefasst, deren Gemeinsamkeit darin besteht, dass sie (zumindest primär) das Wohlergehen von Kindern/Jugendlichen im Auge haben, dabei aber überwiegend oder gar ausschließlich mit deren familiären Bezugspersonen, insbesondere den Eltern, arbeiten. Die Begrifflichkeit ist im deutschen wie im englischen Sprachraum uneinheitlich; neben Familien-fokussiert (*Family-focused*) finden sich auch die Begriffe Familien-zentriert (*Family-centered*) oder Familien-orientiert (*Family-oriented*). Mit „aufsuchend“ ist gemeint, dass die professionelle Hilfe überwiegend oder ganz „vor Ort“ in der Wohnung der Familie erbracht wird; in der englischsprachigen Literatur wird dieses besondere Setting mit Begrifflichkeiten wie *in-home* oder *home-based* gekennzeichnet. In Deutschland praktizierte Modelle aufsuchender Familien-fokussierter Intervention sind meist im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe zu finden: die Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH), die Aufsuchende Familientherapie (AFT) und die Krisenintervention nach dem *Homebuilder's*-Modell („Familie im Mittelpunkt“, „Familienaktivierungsmanagement“).

Im Nachfolgenden betrachtet werden ausschließlich die Ergebnisse von Evaluationsstudien mit (quasi-)experimentellem Design. Damit wird international üblichen Regeln für die Feststellung von Evidenzbasierung gefolgt, wie sie hierzulande beispielsweise vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (2003) vertreten werden. Was den in solchen Studien ermittelten Effekt anbelangt, so ist es üblich geworden, zwischen Wirksamkeit (*efficacy*) und Effektivität (*effectiveness*) zu unterscheiden, je nach dem ob die Evaluationsstudie eher den Charakter einer Laborstudie oder einer Felduntersuchung hat (Heekerens, 2006a, 2006b). Die Resultate (quasi-)experimenteller Feldstudien sind für die klinische Praxis von größerer Bedeutsamkeit; der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie wird daher dem Aspekt der externen Validität künftig mehr Bedeutung zukommen lassen (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2006). Im vorliegenden Zusammenhang wird zwischen Wirksamkeit und Effektivität nicht unterschieden; bei vielen Untersuchungen fehlen allzu viele Angaben dafür, hier eine eindeutige Zuordnung zu treffen. In der Mehrzahl aber wurden die nachfolgend betrachteten Evaluationsstudien „im Feld“ durchgeführt.

1 Home Visiting-Programme

In einer ganzen Reihe von Ländern finden sich Formen Familien-fokussierter Interventionen im aufsuchenden Setting, die unter der Bezeichnung *Home Visiting* (oder *Home Visitation*) zusammen zu fassen sind. Ein zentrales Anliegen dieser Programme ist die Primärprävention von Kindesvernachlässigung und -misshandlung.

Aus dem deutschsprachigen Raum ist nur ein einziges evaluiertes *Home Visiting*-Programm bekannt (Müller, 2005, 2006). Dieses in den Jahren 1998-2000 in Zürich realisierte Interventionsprojekt weist allerdings (bislang) keine Ergebnisse für die Kind-Seite aus, weshalb diese Studie im vorliegenden Zusammenhang außer Acht zu lassen ist. Was man in der Literatur vermisst, sind Evaluationsstudien aus Dänemark und Frankreich, in denen *Home Visiting*-Programme schon eine längere Geschichte haben – in Dänemark seit 1937!

Der Begriff *Home Visiting* täuscht eine Einheitlichkeit der darunter firmierenden Ansätze, Modelle und Programme vor, die nicht gegeben ist, wie ein kurzer Vergleich zwischen dem Vereinigten Königreich und den USA zeigt. Im Vereinigten Königreich suchen Hebammen alle Frauen vor der Geburt und bis zu vier Wochen nach der Entbindung zu Hause auf, und diese Frauen werden auch im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen der Kinder von *Health Visitors* zuhause aufgesucht; getrieben wird dies von einer (Armuts-)Politik, die *Home Visiting* als eine Erfolg versprechende Strategie in der Reduzierung der Ungleichheit hinsichtlich kindlicher Gesundheit ansieht (Health Development Agency, 2004). In den USA gibt es kein vergleichbares universales Programm, hingegen sehr verschiedene *Home Visiting*-Programme mit unterschiedlichen Zielsetzungen, Vorgehensweisen und theoretischen Grundlagen; eine sehr umfangreiche und aktuelle Sammlung solcher Programme präsentiert die *University of Wisconsin* (2006) im Internet. Eine zusammenfassende Beschreibung prominenterer Programme mit (vorläufiger) Bewertung der dabei erzielten Effekte findet sich bei Gomby, Culross und Behrman (1999). Bei aller Verschiedenheit weisen die meisten *Home Visiting*-Programme einige gemeinsame Grundcharakteristika auf:

- Sie wenden sich zumeist an „Risiko“- oder „Multiproblem“-Familien.
- Sie halten das familiäre Zuhause für den idealen Interventionsort.
- Sie sehen in der „helfenden Beziehung“ die zentrale Interventions-Komponente.
- Sie kommen in der früh(st)en Kindheit zur Anwendung.
- Sie werden meist von Pflegekräften, Hebammen oder Paraprofessionellen erbracht.

Die Effektivität zahlreicher *Home Visiting*-Programme wurde in den letzten Jahren verstärkt untersucht und bewertet. Zusammenfassende Darstellungen zur Effektivität von *Home Visiting*-Programmen anlässlich einer bevorstehenden oder vor kurzem erfolgten Geburt wurden im Jahre 2004 von der *Health Development Agency* (2004) vorgelegt. Zusammenfassende Effektivitätsbewertungen einzelner US-amerikanischer *Home Visiting*-Programme sind in der Frühjahr-/Sommer-Ausgabe 1999 von *The Future of Children* zu finden. An Effektivitätsstudien neueren Datums sei verwiesen auf eine Arbeit von Barlow et al. (2006), die Untersuchung der Autorengruppe um Duggan (Duggan, Fuddy, Burrell et al., 2004; Duggan, Fuddy, McFarlane et al., 2004; Duggan, McFarlane et al., 2004; El-Kamary, Higman, Fuddy, McFarlane, Sia, Duggan, 2004), eine Studie von DuMont, Mitchell-Herzfeld, Green, Lee, Lowenfels und Rodriges (2006) sowie *Evaluation of the Healthy Families Alaska Program* (2005).

Ergebnisse aus experimentellen Feldstudien zeigen – und das gilt für das gesamte Feld der Familienunterstützungs- (*Family Support*)-Programme (McCroskey u. Meezan, 1998) – ein ernüchterndes Bild: Erwiesene Langzeiteffekte sind selten zu registrieren, bei den Kurzzeiteffekten werden eine Reihe von Zielkriterien verfehlt und wenn sich bei anderen ein positiver Effekt zeigt, so ist dessen Stärke recht gering. Von Mangel an nachhaltigem Positiveffekt muss man insbesondere bei Kindesmisshandlung, beurteilt auf der Basis von anderen Kriterien als den Selbstauskünften der jeweiligen Mütter selbst, sprechen (Duggan, McFarlane et al., 2004); das letztgenannte Ergebnis verwundert wenig, zeigt eine weitere Analyse doch, dass das betreffende *Home Visiting*-Programm, das *Hawaii's Healthy Start*-Programm, keine Veränderung bei den auf Elternebene liegenden Risikofaktoren für Kindesmisshandlung – namentlich Gewalttätigkeit in der Partnerschaft, Drogenmissbrauch und/oder Depression eines Elternteils oder beider Eltern – verändert hat (Duggan, Fuddy, Burrell et al., 2004; Duggan, Fuddy, McFarlane et al., 2004). Als zentrale Ursache für mangelnde Effektivität sehen die Duggan-Gruppe und andere Beobachter des Feldes (etwa Chaffin, 2004) die geringe Strukturqualität vieler US-amerikanischer *Home-Visiting*-Programme an: als *Home Visitors* werden Paraprofessionelle, also Laienhelfer mit mehr oder minder intensiver Kurzschulung, eingesetzt.

Sind die *Home Visitors* allerdings Fachkräfte und für die anstehende Aufgabe besonders qualifiziert und eigens geschult, können sich hinsichtlich (vermiedener) Kindesvernachlässigung und -misshandlung ermutigende Effekte einstellen – auch bei Langzeitbeurteilung. Dies ist der Fall beim *Nurse Home Visitation* (oder: *Nurse-Family Partnership*)-Projekt, für das in einer experimentellen Feldstudie ein 15-Jahre-Langzeiteffekt nachgewiesen werden konnte (Olds et al., 1997, 1998). Damit hat dieses Modell Vorbildfunktion (so auch Weisz, Sadler, Durlak, Anton, 2005). Und am Beispiel eben dieses Projektes wurde denn auch in einem Feldexperiment gezeigt, dass Paraprofessionelle (Laien mit Programm-spezifischer Schulung/Supervision) gegenüber Nichtbehandlung (Kontrollgruppe) nahezu keinen positiven Effekt erzielten, professionelle Pflegekräfte mit derselben Programm-spezifischen Schulung/Supervision (Vergleichsgruppe) hingegen sehr wohl (Olds et al., 2002). Da die vorgenommene Prüfung bei einem Programm erfolgte, dessen (Langzeit-)Effektivität – wenn durch Pflegekräfte durchgeführt! – außer Frage steht und sich in den Händen der Pflegekräfte denn auch im vorliegenden Falle als wirksam erwies, kann die mangelnde Effektivität der Paraprofessionellen nicht auf eine generell fehlende Wirksamkeit des Programms zurück geführt werden.

Das *Nurse Home Visitation* (oder: *Nurse-Family Partnership*)-Projekt ist nicht nur hinsichtlich seiner positiven Langzeiteffekte vorbildlich, sondern auch bezüglich seiner Evaluationsmethodik. In seinem Bericht zur Lage der Nation (*State of the Union Address*) hatte US-Präsident Bush im Jahre 2005 eine Initiative unter dem Namen *Helping America's Youth* (HAY) unter Schirmherrschaft der Präsidentengattin angekündigt. Als eine der bereits im Jahre 2006 realisierten Maßnahmen wurde durch eine Reihe von Bundeseinrichtungen eine Liste von 180 evidenzbasierten Programmen zur Prävention/Reduktion von delinquentem Verhalten oder anderen problematischen Verhaltensweisen (darunter Drogen- oder Alkoholkonsum) von Kindern und Jugendlichen zusam-

mengestellt (<http://guide.helpingamericasyouth.gov>). Der Grad der Evidenzbasierung, im Wesentlichen bestimmt durch das Maß der Sicherung der internen Validität bei der jeweiligen Evaluationsforschung, reicht dabei von Level 1 (Evidenzbasierung durch experimentelles Vergleichs-/Kontrollgruppen-Design) bis Level 3 (mindestens Pre-Post-Einzelgruppe-Design). Für das *Nurse Home Visitation* (oder: *Nurse-Family Partnership*)-Programm wird Level 1 angegeben, Level 2 für *Healthy Families America* (einschließlich *Hawaii's Healthy Start*-Programm) und Level 3 für *Parents as Teachers*.

2 Interventionen nach dem Homebuilder's-Modell

Die *Home Visiting*-Programme zählen nach einer in den USA gebräuchlichen und unter Sachgesichtspunkten sinnvollen Unterscheidung zu den Familienunterstützungs- (*Family Support*) Programmen im Unterschied zu den Familienerhaltungs- (*Family Preservation*)-Programmen (vgl. McCroskey u. Meezan, 1998), die der Vermeidung/Verhinderung von Fremdplatzierung dienen. Fremdplatzierung kann im konkreten Einzelfall Verschiedenes bedeuten: Unterbringung bei Verwandten, in einer Pflegefamilie, in einem Heim, in einer stationären Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber im Arrest oder Gefängnis, da die Familienerhaltungs-Programme in drei unterschiedlichen Bereichen zu finden sind: dem der Kinder- und Jugendwohlfahrt, dem des Jugendrechts und dem der Seelischen Gesundheit (Fraser, Nelson, Rivard, 1997). Mit Blick auf die Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland: Von den Hilfen zur Erziehung nach SGB VIII wäre, gemessen an der zentralen Grundintention und dem faktischen Einsatzschwerpunkt, nach dieser Unterscheidung die Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) den Familienunterstützungs-, die Aufsuchende Familientherapie (AFT; vgl. Heekerens, 2007) hingegen den Familienerhaltungs-Programmen zuzuordnen. Beginnend mit diesem Abschnitt wird die Effektivität von Familienerhaltungs-Programmen bei Problemlagen von Kindern und Jugendlichen betrachtet. Familienerhaltungs-Programme bei Problemlagen von (überwiegend) Erwachsenen – wie etwa Familien-Psychoedukation bei Schizophrenie (zur Wirksamkeit zusammenf. Heekerens u. Ohling, 2006), die teilweise auch im aufsuchenden Setting durchgeführt wird (Fraser, Nelson, Rivard, 1997) – bleiben damit außer Betracht.

Kriseninterventionen nach dem *Homebuilder's-Modell* sind in Deutschland unter den Namen „Familienaktivierungsmanagement“ (FAM; Darstellung: Koch u. Lam-bach, 2000 sowie im SGB VIII-Online-Handbuch: <http://www.sgbviii.de/S47.html>) und „Familie im Mittelpunkt“ (FiM; Darstellung: Gehrman u. Müller, 2001) bekannt geworden; da die genannten Darstellungen leicht zugänglich sind, wird hier auf eine inhaltliche Darstellung verzichtet. Zur Wirksamkeit von „Familie im Mittelpunkt“ in Deutschland liegen lediglich Katamnese-Daten vor (Gehrman u. Müller, 2000, 2001), nicht aber Resultate (quasi-)experimenteller Studien. Wenn Gehrman und Müller (2001) von „nachweisbaren“ (S. 17) Erfolgen sprechen, können sie sich dabei nur mit eingeschränktem Recht auf US-amerikanische Studien berufen. Die einzige experi-

mentelle (Feld-)Studie, die *Michigan Families First Effectiveness Study* von 1999 (<http://michigan.gov>) vergleicht die Wirksamkeit von *Families First* mit der Unterbringung in Pflegefamilien (nicht aber mit Nicht-Behandlung) mit dem Ergebnis, dass *Families First* besser abschneidet bei Vermeidung/Verringerung von Fremdplatzierung, nicht aber bei anderen Indikatoren wie Kindesvernachlässigung und -misshandlung, Delinquenz oder Schulverhalten. Nach den genannten HAY-Kriterien wird die Gesamtevaluation des *Homebuilder's*-Modell lediglich mit Level 3 bewertet; das Programm erscheine Erfolg versprechend, doch bedürfe es zur Bestätigung Evaluationsstudien von methodisch höherer Qualität (<http://guide.helpingamericasyouth.gov>).

Bei dieser Bewertung nicht berücksichtigt sind Ergebnisse einer jüngeren experimentellen Feldstudie, die Ende der 1990er in der Bronx, New York durchgeführt wurde (Evans, Boothroyd, Armstrong, 1997; Evans, Boothroyd, Armstrong, Greenbaum, Brown, Kuppinger, 2003). Dort waren drei verschiedene Kriseninterventionsformen bei drohender Hospitalisierung von 5-17jährigen Kindern aus „Multiproblem“-Familien meist Afro- oder Hispano-amerikanischer Herkunft auf ihre Effekte geprüft worden. Eine Interventionsform (n = 90) basierte auf dem *Homebuilder's*-Modell, das für Ende der 1990er in der Bronx als Standardvorgehen angesehen werden konnte. Die zweite Interventionsform (n = 85) kann als „*Homebuilder's*-Modell plus“ gekennzeichnet werden, da es verschiedene Zusatzkomponenten, die v.a. der ethnischen Herkunft der Klientel und der hohen Wahrscheinlichkeit von Gewalt(erfahrung) gerecht werden wollten, gab. Die dritte Intervention (n = 63; höchste Ausfallquote!) folgte einem *Intensive Case Management*-Modell, wie es in New York bereits etabliert war (http://www.omh.state.ny.us/omhweb/ebp/children_icm.htm); dieses Modell war weniger zeitaufwändig als die beiden ersten und enthielt im Unterschied zu diesen keine klinische Treatmentkomponente.

Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: 1. Nach Behandlungsende – für einen späteren Zeitpunkt werden keine Angaben berichtet – waren 82 % aller Kinder in der Familie, in der sie vor Behandlungsbeginn gelebt hatten; Gruppenunterschiede sind dabei nicht zu finden. 2. Ein halbes Jahr nach Behandlungsende sind (weiterhin im Verhältnis zum Behandlungsende) Behandlungserfolge hinsichtlich verschiedener Indikatoren das Kind selbst, die Eltern bzw. die Familie als Ganzes betreffend zu registrieren; Gruppenunterschiede sind dabei nicht (mehr wie teilweise beim Behandlungsende) zu finden. Das Gesamtergebnis wirft die ernste Frage auf, welchen besonderen Effekt bei solchen Problemlagen aufwändige klinische Treatmentkomponenten gegenüber Case Management-Modulen haben. Die Untersuchung hatte mit der Bronx zwar einen besonderen sozialen Brennpunkt im Blick, aber völlig untypisch ist der Ort der Untersuchung nun doch auch wieder nicht. Sicher, zu Krisen kann es in Familien aller Sozialschichten kommen; zu solchen aber, in denen dabei die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder in ein Heim erfolgt, kommt es umso wahrscheinlicher, je tiefer man die soziale Leiter hinunter steigt.

Krisenintervention nach dem *Homebuilder's*-Ansatz ist in Deutschland nicht nur unter dem Namen „Familie im Mittelpunkt“, sondern auch unter dem Begriff „Familienaktivierungsmanagement“ bekannt geworden. Hierzulande gibt es mehrere Institutionen, die in Krisenfällen Clearing und/oder Intervention auf der Basis des *Homebuilder's*-Modells betreiben. Die Arbeit von vier solcher Anbieter wurde im Auftrag des BMFSFJ Ende der 1990er evaluiert (Koch u. Lambach, 2000). Aber diese Evaluation bediente sich – wie die schon erwähnte von Familie im Mittelpunkt (Gehrmann u. Müller, 2000, 2001) – nicht eines (quasi-)experimentellen Designs. Für Holland hatte die Arbeitsgruppe um Veerman im Jahre 2003 Ergebnisse einer unkontrollierten Wirksamkeitsstudie zu *Families First* berichtet (Veerman, de Kemp, ten Brink, Slot, Scholte, 2003); wie wenig überzeugend sie von der Methodik – nicht von den Inhalten – her nach außen gewirkt hat, ist abzulesen an dem Umstand, dass unter Leitung von Veerman ist jetzt eine experimentelle Feldstudie zur Wirksamkeit von *Families First* in den Niederlanden projektiert ist (*The Dutch Families First Effectiveness Study*; <http://www.onderzoekinformatie.nl>).

3 Die Funktionale Familientherapie

Die Funktionale Familientherapie (*Functional Family Therapy*; FFT) gehört nicht zum Mainstream der Familientherapie in Deutschland bzw. dem deutschsprachigen Raum; etwas bekannt und in die psychotherapeutische Weiterbildung hie und da in Ansätzen integriert ist sie lediglich im verhaltenstherapeutischen Lager. Ihr Programm wurde seit 1987 (Heekerens, 1987) immer wieder und der Fortentwicklung des Ansatzes Rechnung tragend in jeweils aktualisierter Form vorgestellt; für eine Darstellung neueren Datums sei auf Heekerens (2006c, 2006d) verwiesen. Da diese Darstellungen gut zugänglich sind und nichts an Aktualität verloren haben, können wir uns hier kurz fassen. Die FFT arbeitet mit Familien auch (mehr dazu unten) in aufsuchender Form; ihre Klientel sind Familien (neuerdings dominieren „Multiproblem“-Familien) mit Kindern/Jugendlichen zwischen 11 und 17, die wegen aggressiv-dissozialem Verhalten auffällig sind, schon mit dem Gesetz (meist wegen Drogenkonsum und/oder Gewalttätigkeit) in Konflikt geraten sind, Fremdunterbringung schon hinter bzw. eine (erneute) drohende vor sich haben und als „unmotiviert“ oder „therapieresistent“ gelten. Die FFT hat sich aus der Tradition der behavioralen Elterntrainings heraus entwickelt und integriert eine (kognitiv-) behaviorale Grundorientierung mit einer systemischen. Nach dem lizenzierten FFT-Ansatz wird außerhalb der USA in den Niederlanden gearbeitet (<http://www.fftcss.com>); über die Implementierung der FFT in eine psychiatrische Tagesklinik für jugendliche Delinquente in Amsterdam liegt ein erster Bericht vor (Breuk et al., 2006), und mit Unterstützung des niederländischen Justizministeriums steht eine kontrollierte Effektivitätsprüfung der FFT an (<http://www.onderzoekinformatie.nl>).

Über die bisherige Evaluationsforschung zur FFT informieren zusammenfassend neuere deutschsprachige Darstellungen (Heekerens, 2006a; Sydow, Beher, Retzlaff, Schweitzer, 2007); ausführlichere Darstellungen einzelner Evaluationsstudien finden sich in dem (englischsprachigen) Handbuchbeitrag von Sexton, Alexander und Mease (2004). Der Qualität ihrer Evaluationsforschung wegen wurde der FFT wiederholt von namhaften Beobachtern des Feldes Respekt gezollt. Nach den o. g. HAY-Kriterien wird die MST mit Level 1 eingestuft, sie findet sich in der von Chambless und Ollendiek (2001) veröffentlichten Liste psychosozialer Interventionen, deren Wirksamkeit als sehr gut gesichert (Güteklasse I) angesehen werden kann, seit dem Jahre 2002 ist sie vom *Center for the Study of and Prevention of Violence* an der Universität von Colorado als *Blueprint for Violence Prevention* ausgewiesen (<http://www.colorado.edu>) und im neuen *Sherman-Report* (Sherman, Farrington, Welsh, MacKenzie, 2002) wird sie unter den evidenzbasierten Verfahren aufgeführt (Farrington u. Welsh, 2002). Als Anerkennung durch den Mainstream der Klinischen Psychologie/Psychotherapie ist Folgendes zu werten: In der neusten (fünften) Auflage des *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* wurde mit der Erarbeitung des Kapitels zum Kenntnisstand auf dem Feld der Paar- und Familientherapie (Sexton, Alexander, Mease, 2004) die FFT-Gruppe beauftragt.

Im Unterschied zur unten dargestellten Multisystemischen Therapie, bei der Arbeit im aufsuchenden Setting essentieller Bestandteil des Gesamtkonzeptes ist, wird die FFT im aufsuchenden und im nicht-aufsuchenden Setting durchgeführt. Die aufsuchende Spielart firmiert außerhalb des Bereichs der lizenzierten FFT unter dem Namen *Home-Based Behavioral Systems Family Therapy* und ist mit dem Namen des (inzwischen emeritierten) Psychologie-Professors Gordon von der Ohio University in Athens, OH verknüpft. Die Arbeitsgruppe um Gordon hat die Wirksamkeit der aufsuchenden FFT in einer quasi-experimentellen Langzeitstudie, die hier kurz referiert sein soll, untersucht (Gordon, Arbuthnot, Gustafson, McGreen, 1988; Gordon, Graves, Arbuthnot, 1995).

Verglichen wurde in einer quasi-experimentellen Feldstudie der mittel- und langfristige Effekt zweier Interventionen bei Jugendlichendelinquenz. Zur Behandlungszeit waren die weißen und meist männlichen Jugendlichen, die wegen leichter bis schwerer krimineller Handlungen gerichtsauffällig geworden waren und aus sozio-ökonomisch benachteiligten Familien (in der Mehrzahl Familien allein erziehender Mütter) eines von hoher Arbeitslosigkeit geprägten ländlichen Gebiets von Ohio (Appalachen-Gebiet) stammten, zwischen 14 und 16 Jahre alt. Die Vergleichsgruppe (n = 27) erhielt die übliche Bewährungshilfe, die Experimentalgruppe (n = 27) zusätzlich eine aufsuchende FFT. Aus rechtlichen und ethischen Gründen konnte keine Zufallszuteilung zu den Gruppen vorgenommen werden. Unter sonst gleichen Bedingungen wies die Experimentalgruppe erschwerende Merkmale auf: Nach Einschätzung des Gerichts war die Rückfallwahrscheinlichkeit erhöht, die Anzahl der Straftaten war höher und mindestens ein Elternteil wollte den Jugendlichen aus dem Haus haben. Trotz der ungünstigeren Ausgangssituation schnitt die FFT-Gruppe mittel- und langfristig besser ab. Zwei bis zweieinhalb Jahre nach Behandlungsende lag die Rückfallrate der FFT-Gruppe bei 11, die der Vergleichsgruppe aber bei 67 % und nach weiteren rund 32

Monaten für die Fälle, die dann noch betrachtet werden konnten (FFT-Gruppe: $n = 23$, Vergleichsgruppe: $n = 22$) bei 9 bzw. 41 %.

4 Die Multisystemische Therapie

Mit der FFT haben wir zum ersten Mal ein Modell der Familientherapie als einer bestimmten Untergruppe der Familien-fokussierten Interventionen zu Gesicht bekommen. Wie im Ursprungsland USA gilt die Multisystemische Therapie (*Multisystemic Therapy*; MST) auch hierzulande ebenfalls als Familientherapie (Heekerens, 2006a; Mattejat, 2006; Sydow et al., 2007), wofür es gute Gründe gibt. Man sollte sich freilich vor Augen halten, dass die MST im Unterschied zu anderen Ansätzen und Modellen der Familientherapie nicht nur die Familie (und ihre Subsysteme, darunter den kindlichen/jugendlichen Index-Patienten), sondern auch andere „Systeme“ wie die Peer-Gruppe, die Schule u. a. mehr diagnostisch ins Auge fasst und therapeutisch angeht. Die MST steht in der Tradition sowohl der Klinischen Psychologie/Psychotherapie als auch der Sozialen Arbeit; das Zweite zeigt sich nicht zuletzt darin, dass die MST von Anfang an und konzeptionell verankert mit Familien zuhause arbeitet und Elemente von Gemeinwesenarbeit integriert. Was die Traditionslinie der Klinischen Psychologie/Psychotherapie anbelangt, so dominieren Elemente der behavioralen Grundorientierung, neben denen sich einige aus der systemischen Grundorientierung finden.

Bis zum Jahre 2005 war die MST in Deutschland und dem deutschsprachigen Raum zumeist nur denjenigen, die sich mit Fragen der Evidenzbasierung von *Familientherapie* beschäftigen, ein Begriff. In den Jahren 2005 und 2006 erschienen von Vertretern der MST selbst verfasste und ins Deutsche übersetzte Darstellungen des Ansatzes in Familiendynamik (Swenson u. Henggeler, 2005) bzw. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* (Henggeler, Sheidow, Lee, 2006), und im Jahre 2006 erfolgten erste deutschsprachige Gesamtdarstellungen aus einer Fremdperspektive (Heekerens, 2006e, 2006f). Da alle vier Darstellungen gut zugänglich sind und nichts an Aktualität verloren haben, sei auf sie zur Vertiefung verwiesen. Hier nur so viel: Die Klientel der MST sind Multiproblemfamilien mit Kindern/Jugendlichen zwischen 11 und 17, die wegen aggressiv-dissozialem Verhalten auffällig sind, schon mit dem Gesetz (meist wegen Drogenkonsum und/oder Gewalttätigkeit) in Konflikt geraten sind, Fremdunderbringung schon hinter bzw. eine (erneute) drohende vor sich haben und als „unmotiviert“ oder „therapieresistent“ gelten. Mit lizenzierte MST-Programmen wird derzeit nicht nur in der Mehrzahl der US-Bundesstaaten, sondern auch in Australien und Neuseeland, Kanada und einigen europäischen Staaten (Dänemark, Irland, Niederlande, Norwegen, Schweden und Vereinigtes Königreich) gearbeitet (<http://mst-services.com>).

Über die Evaluationsforschung zur MST informieren zusammenfassend die oben genannten deutschsprachigen Arbeiten; ausführlichere Darstellungen einzelner Evaluationsstudien finden sich in einem neueren (englischsprachigen) Buchbeitrag

der MST-Gruppe (Henggeler u. Lee, 2003). Ergänzend sei auf drei jüngere Evaluationsstudien (Henggeler, Halliday-Boykins, Cunningham, Randall, Shapio, Chapman, 2006; Rowland et al., 2005; Schaeffer u. Borduin, 2005) sowie einige neuere Sekundäranalysen zur Effektivität (auch) der MST (Dowden u. Andrews, 2003; Latimer, 2001, 2005; Littell, Popa, Forsythe, 2005) verweisen. Wie im Falle der FFT steht auch für die MST eine Effektivitätsprüfung der FFT in Holland, unterstützt durch das niederländische Justizministerium, an (<http://www.onderzoekinformatie.nl>). Die Qualität der Evaluationsforschung hat der MST von prominenter Seite vielfache Anerkennung gebracht. Nach den o.g. HAY-Kriterien wird die MST mit Level 1 eingestuft, sie findet sich in der von Chambless und Ollendiek (2001) veröffentlichten Liste psycho-sozialer Interventionen, deren Wirksamkeit als sehr gut gesichert (Güteklasse I) angesehen werden kann, seit dem Jahre 2002 ist sie vom *Center for the Study of and Prevention of Violence* am Institut für Verhaltenswissenschaft der Universität von Colorado als *Blueprint for Violence Prevention* (<http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/model/overview.html>) ausgewiesen und im neuen *Sherman-Report* (Sherman et al., 2002) unter den evidenzbasierten Verfahren aufgeführt (Farrington u. Welsh, 2002). Als Anerkennung durch den Mainstream der Familientherapie in den US ist Folgendes zu werten: Als die *American Association of Marital and Family Therapy* im Jahre 2003 zum zweiten Mal in ihrer Geschichte eine Gesamtbilanz der Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie zog und in seinem Organ, dem *Journal of Marital and Family Therapy* veröffentlichte, wurde die Aufgabe, den Forschungsstand für den Bereich der Verhaltensstörungen und der Delinquenz im Jugendalter darzustellen (Henggeler u. Sheidow, 2003), der MST-Gruppe übertragen.

Von den o. g. drei jüngeren Evaluationsstudien, die in zusammen fassenden Darstellungen bislang keine Berücksichtigung fanden, sei eine hier kurz dargestellt. Dies deshalb, weil sie mit einem Follow-up-Zeitpunkt von im Schnitt 13,7 Jahren nach Behandlungsende einen ungewöhnlichen langen Katamnesezeitraum erfasst. Eine Langzeitbetrachtung ist gerade bei aggressiv-dissozialen Störungen bedeutsam, weil sie – und das gilt für das männliche Geschlecht in stärkerem Maße als für das weibliche – eine hohe zeitliche Stabilität haben, eine höhere als Angst, Depression und hyperkinetische Störung (Ihle u. Esser, 2002; Ihle, Esser, Schmidt, 2005; Petermann, 2005). Die untersuchte Gesamtgruppe war zu etwa drei Vierteln weiß und männlichen Geschlechts. Eine Gruppe hatte im Jugendlichenalter (Mittelwert: 14 Jahre) eine Individualtherapie (IT) erhalten (n = 84), die andere an der MST teilgenommen (n = 92). Im Erwachsenenalter (Mittelwert: rund 28 Jahre) unterschieden sich die beiden Gruppen, beurteilt auf der Grundlage von Daten aus dem Justizsystem, bedeutsam. Um nur drei Einzelangaben zu nennen: Während nach der Behandlung „nur“ die Hälfte der MST-Gruppe strafbare Handlungen begangen hatte, waren es bei der IT-Gruppe 81 %, die seitherige allgemeine Verhaftungsrate der IT-Gruppe war vier Mal so hoch wie die der MST-Gruppe und die für Gewaltverbrechen (etwa Überfall und Vergewaltigung) rund zweieinhalb Mal so hoch.

5 Effektivitäts-Studien zu sonstigen Familienerhaltungs-Interventionen

In einer frühen experimentellen Felduntersuchung hat Trankina (1975) zwei Behandlungsmodalitäten hinsichtlich ihrer Effekte zum Post-Test-Zeitpunkt mit einander verglichen. Die eine Gruppe ($n = 115$) erhielt eine Behandlung nach dem klassischen Erziehungsberatungsmodell (EB) mit dem Merkmalen: Kind-zentrierte Vorgehensweise bei überwiegender Komm-Struktur, die andere eine Krisenintervention (KI) mit den Merkmalen: Familien-orientiert (keine nähere Bezeichnung) und überwiegend Geh-Struktur (Hausbesuche). In der EB-Gruppe waren die meisten Fälle nach 9, in der KI-Gruppe aber schon nach 2 Monaten abgeschlossen; das waren die jeweiligen Post-Test-Zeitpunkte. Hinsichtlich Kind- und Familien-bezogener Erfolgskriterien zeigten sich keine Gruppenunterschiede. Wohl aber gab es außer der geringeren Behandlungsdauer in der KI-Gruppe zwei weitere für sie sprechende Nebeneffekte: Die Ausfallquote war um mehr als ein Drittel geringer und die von den befragten Müttern geäußerte Zufriedenheit mit der Arbeit der Professionellen höher.

In einer experimentellen Feldstudie haben Cherniss und Herzog (1996) geprüft, ob eine Familientherapie mit den Merkmalen „Arbeit an Kommunikation, Rollen und transgenerationalen Mustern“, durchgeführt von lizenzierten Familientherapeuten, als Zusatzangebot zu einem (Individual-)Standardangebot für Teenager-Müttern (im Mittel 17 Jahre alt) positive Effekte zeigt; in beiden Gruppen waren jeweils 58 junge Mütter. Diese kamen aus städtischen Ballungszentren, gehörten der Afro- oder Hispano-amerikanischen Ethnie an, hatten eine geringe Schulbildung, waren in der Regel ohne Partner, wohnten zumeist bei der (Stief-) Mutter, wiesen eine geringe Schulbildung auf und waren durch eine Reihe von emotionalen und Verhaltensstörungen gekennzeichnet. Das Standardangebot wurde teilweise, das familientherapeutische Zusatzangebot ausschließlich zuhause durchgeführt; von den Familienmitgliedern waren Geschwister bzw. (Stiefmütter) bei rund der Hälfte der Sitzungen mit dabei. Die (gesamte) Behandlung dauerte im Mittel 10-11 Monate und umfasste im Schnitt 21 (Standardangebot) bzw. 30 (Standardangebot plus Zusatzangebot) Sitzungen. Als Erfolgsindikatoren wurden einerseits drei Indikatoren für die soziale Anpassung Mutter (erneute Schwangerschaft, Abhängigkeit von Wohlfahrtsmitteln, Abbruch einer Ausbildung), andererseits drei Indikatoren für das familiäre Funktionsniveau (Entwicklung des Kindes, Erziehungsqualität der Mutter, soziale Unterstützung der Familie) betrachtet. Ein Jahr nach Behandlungsbeginn zeigte sich die Familientherapie-Gruppe bei der Abhängigkeit von Wohlfahrtsmitteln und bei der Erziehungsqualität der Mutter überlegen, und dieser Effekt war nicht auf die höhere Sitzungszahl zurück zu führen ist. Zwei Jahren nach Behandlungsbeginn aber waren keine Gruppenunterschiede mehr vorhanden; in beiden Gruppen waren für die soziale Anpassung der Mutter keine positiven Effekte mehr vorhanden, wohl aber für Indikatoren des familiären Funktionsniveaus.

In einer neueren experimentellen Feldstudie (Wilmschurst, 2002) wurde der Effekt eines im aufsuchenden Setting durchgeführten Familienerhaltungs-Programms ($n = 48$) verglichen mit dem einer stationären Behandlung plus nachfolgender Reintegrations-

arbeit (n = 34). Die Kinder der beiden Gruppen unterschieden sich weder hinsichtlich Geschlecht (ganz überwiegend Jungen) noch Alter (im Mittel 11 Jahre) noch Symptomatik (schwere emotionale und Verhaltensstörungen mit hoher Komorbidität). Die Kinder entstammten – auch hier kein Gruppenunterschied – „Risiko“-Familien mit den Merkmalen: niedriges Einkommen, niedriger (Aus-)Bildungsstand, hohe Anzahl allein erziehender Mütter. Bei der stationären Behandlung, die über ein viertel Jahr lief und während der auch Elterngespräche (im Mittel 26) stattfanden, waren die Kinder/Jugendlichen an den Wochenenden zuhause; anschließend fanden in der Reintegrationsphase von ebenfalls einem viertel Jahr Familiengespräche (im Mittel 18) mit dem Ziel der Wiedereingliederung der Kinder/Jugendlichen in die Familien statt. Die Arbeit in der stationären Einrichtung folgte im Wesentlichen den Grundlinien einer Lösungs-orientierten Kurzzeittherapie. Das Familienerhaltungs-Programm enthielt eine Reihe von Elementen aus der MST (s. o.), ohne ein lizenziertes MST-Programm zu sein. In der Intensivphase des ersten Vierteljahres wurde die Hilfe in Form von Hausbesuchen angeboten, und wie bei der MST war ein Familienhelfer jeder Zeit im Krisenfall für die Familie erreichbar; im Mittel wurden 48 Arbeitsstunden pro Familie aufgewendet. Nach dieser Intensivphase wurde weitere Hilfe in Form von Elternunterstützungsgruppen angeboten; im Mittel kam es zu weiteren 20 Kontakten mit der Familie. Von den zahlreichen Ergebnissen der Studie seien als wesentliche nur die genannt, welche eventuelle klinisch bedeutsame positive Veränderung (Heilung oder Besserung) zum 1-Jahres-Follow-up ins Auge fassten. Das Familienerhaltungs-Programm zeigte sich deutlich überlegen bei ADHS, (allgemeiner) Ängstlichkeit und depressiver Verstimmung. Auch alle anderen Betrachtungen auf der Ergebnisseite zeigen die Überlegenheit des Programms. Dass nur Ergebnisse auf der Basis von Elternangaben, nicht aber von externen (Fach-)Beobachtern vorliegend, ist eine, wie die Autorin selbst einräumt, methodische Schwäche dieser ansonsten in methodischer Hinsicht guten Evaluationsstudie.

Für viele Kinder und Jugendliche ist eine Fremdplatzierung kein einmaliges Ereignis. Nach Angaben aus den USA für die 1980er kehren die Hälfte bis drei Viertel aller fremdplatzierten Kinder und Jugendlichen wieder in ihre Familie zurück und 20 bis 40 % davon erleben (mindestens) eine erneute Fremdplatzierung (Walton, Fraser, Lewis, Pecora, Walton, 1993). Die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Unterbringung außerhalb der Familie kann verringert werden, wenn man die familiäre Situation verbessert. Insofern können auch Programme, die die Rückkehr der Kinder und Jugendlichen durch Arbeit mit der Familie vorbereiten/unterstützen (*Family Reunifying-Programme*) prinzipiell Familienerhaltungs-Programme sein.

Ob und in welchem Maße dies gelingen kann, ist in einer experimentellen Feldstudie von Walton, Fraser, Lewis, Pecora und Walton (1993) geprüft worden. Betrachtet wurden (meist) weiße Kinder im Alter von 1 Jahr bis 17 Jahren (Mittelwert: 11 Jahre) aus Familien in prekären sozio-ökonomischen Verhältnissen; rund die Hälfte lebte bei einer allein erziehenden Mutter. Kindesvernachlässigung, -misshandlung und -missbrauch waren neben Störungen des Sozialverhaltens der Kinder/Jugendlichen die häufigsten Behandlungsanlässe – in bis zu einem Drittel der Fälle. Im Mittel lagen pro

Kind schon drei Fremdunterbringungen mit einer Gesamtdauer von rund einem Jahr vor. Verglichen wurden 53 Kinder/Jugendliche, für die das übliche Rückführungsangebot zur Verfügung stand, mit 57, die zusätzlich ein *Family Reunifying* (RF)-Programm im aufsuchenden Setting erhielten. Am Ende der dreimonatigen Behandlungsphase waren von den 57 Kindern der RF-Gruppe 53 zuhause, beim Halbjahres-Follow-up 40 und beim Ein-Jahres-Follow-up 43, bei der Vergleichsgruppe mit 53 Kindern lauten die entsprechenden Zahlen 15, 22 und 26; die Unterschiede sind zu jeden Betrachtungszeitpunkt statistisch signifikant und praktisch bedeutsam.

6 Wir brauchen (quasi-)experimentelle Feldexperimente zu SPFH und AFT

Als zentrales Ergebnis der dargestellten Forschungsergebnisse zur Effektivität aufsuchender Familien-fokussierter Interventionen bei unterschiedlichen Problemlagen von Kindern und Jugendlichen ist festzuhalten, dass sie im Vergleich zu Nicht-Behandlung oder alternativer Behandlung (darunter „üblicher Behandlung“) wirksam sein können – oder auch nicht. Für die einzelnen Formen dieses Interventionstyps, die bislang überhaupt noch nicht angemessen – und das heißt: nicht in Form (quasi-)experimenteller Felduntersuchungen – evaluiert wurden, ergibt sich damit die Forderung, sie auf den Prüfstand zu stellen. Das gilt für die in Deutschland anzutreffenden Formen v. a. für die SPFH und die AFT; für Kriseninterventionen nach dem *Homebuilder's*-Modell haben wir immerhin schon akzeptable Evaluationsstudien aus den USA. Während für die AFT bislang nur vereinzelte katamnestische Ergebnisangaben vorliegen, hat die SPFH in der Jugendhilfe-Effekte-Studie (Schmidt u. a., 2002) eine erste Evaluation mit anspruchsvoller Methodik erfahren; allerdings handelt es sich dabei nicht um eine Effektivitätsstudie in Form einer prospektiven Gruppenstudie mit (quasi-)experimentellem Design.

Evaluationsstudien dieses Typs sind auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland bzw. im deutschsprachigen Raum sehr selten; man kann sie an einer Hand abzählen. Zu verweisen ist hier auf die Studie zur Wirksamkeit eines Elterntrainingsprogramms für allein Erziehende (Klinkner, 2000), den von Körner (2006) vorgenommenen Wirksamkeitsvergleich dreier Interventionsformen bei Jugendlichendelinquenz (Soziale Trainingskurse, Sozialkognitives Einzeltraining, Bewährungshilfe) sowie die Evaluation eines bestimmten erlebnispädagogischen Programms (Boeger, 2005). In den Niederlanden werden, wie oben schon erwähnt, solche Studien derzeit zur Effektivitätsprüfung von *Families First*, der FFT und der MST projektiert. Damit wird eine Forschungsstrategie fortgesetzt, wie sie schon beim Zandwijk-Projekt (van Engeland u. Matthys, 1988) zum Tragen kam. Was in den Niederlanden möglich ist, sollte in Deutschland nicht unmöglich sein. Die Notwendigkeit solch kontrollierter Evaluationsforschung wird in der Disziplin Soziale Arbeit, die diese Thematik lange vernachlässigt hat, neuerdings zunehmend betont: „Die Untersuchung von Wirkungen ambulanter Jugendhilfeangebote ist ein überfälliges Programm. Man sollte sie als fachlich und methodisch anspruchsvolle Herausforderung annehmen“ (Köckeritz, 2006, S. 121).

Literatur

- Barlow, A., Varipatis-Baker, E., Speakman, K., Ginsberg, G., Friberg, I., Goklish, N., Coybow, B., Fields, P., Hastings, R., Pan, W., Reid, R., Santosham, M., Walkup, J. (2006). Home-visiting intervention to improve child care among American Indian Adolescent mothers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160, 1101-1107.
- Boeger, A. (2005). Angewandte Erlebnispädagogik in Deutschland: Evaluation eines project adventure Programms. In A. Boeger, Th. Schut, (Hrsg.), *Erlebnispädagogik in der Schule – Methoden und Wirkungen* (S. 67-90). Berlin: Logos.
- Breuk, R. E., Sexton, T. L., van Dam, A., Disse, C., Doreleijers, T. A. H., Slot, W. N., Rowland, M. K. (2006). The implementation and the cultural adjustment of Functional Family Therapy in a Dutch psychiatric day-treatment center. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 515-529.
- Chaffin, M. (2004). Is it time to rethink Healthy Start/Healthy Families? *Child Abuse and Neglect*, 28, 589-595.
- Chambless, D. L., Ollendiek, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Cherniss, C., Herzog, E. (1996). Impact of Home-based family therapy on maternal and child outcomes in disadvantaged adolescent mothers. *Family Relations*, 45, 72-79.
- Dowden, C., Andrews, D. A. (2003). Does family intervention work for delinquents? Results of a meta-analysis. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 45, 327-342.
- Duggan, A., McFarlane, E., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S. M., Windham, A., Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program: Impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 28, 597-622.
- Duggan, A., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S. M., McFarlane, E., Windham, A., Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program: Impact in reducing parental risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 28, 623-643.
- Duggan, A., Fuddy, L., McFarlane, E., Burrell, L., Windham, A., Higman, S. M., Sia, C. (2004). Evaluating a statewide home visiting program to prevent child abuse in at-risk Families of newborns: Fathers' participation and outcomes. *Child Maltreatment*, 9, 3-17.
- DuMont, K., Mitchell-Herzfeld, S., Green, R., Lee, E., Lowenfels, A., Rodriguez, M. (2006). Healthy Families New York (HFNY) randomized clinical trial: Impacts on parenting after the first two years (<http://www.ocfs.state.ny.us/main/prevention/assets/HFNYRandomizedTrialWorkingPaper>).
- El-Kamary, S. S., Higman, S. M., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C., Duggan, A. K. (2004). Hawaii's Healthy Start home visiting program: Determinants and impact of rapid repeat birth. *Pediatrics*, 114, 317-326.
- Evaluation of the Healthy Families Alaska Program – Final Report (2005) (http://www.hss.state.ak.us/ocs/Publications/johnsHopkins_HealthyFamilies.pdf).
- Evans, M. E., Boothroyd, R. A., Armstrong, M.I. (1997). The development and implementation of an experimental study of the effectiveness of intensive in-home crisis services for children and their families. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 5, 93-105.
- Evans, M. E., Boothroyd, R. A., Armstrong, M. I., Greenbaum, P. E., Brown, E. C., Kuppinger, A. D. (2003). An experimental study of the effectiveness of intensive in-home crisis services for children and their families: Program outcomes. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 11, 93-102.

- Farrington, D. P., Welsh, B. C. (2002). Family-based prevention. In L. W. Sherman, D. P. Farrington, B. C. Welsh, D. L. MacKenzie (Eds.), *Evidence-Based Crime Prevention* (pp. 22-55). London.
- Fraser, M. W., Nelson, K. E., Rivard, J.C. (1997). Effectiveness of family preservation services. *Social Work Research*, 21, 138-153.
- Gehrman, G., Müller, K. D. (2000). Was bringt FiM? *Sozialmagazin*, 25, 61-63.
- Gehrman, G., Müller, K. D. (2001). *Praxis sozialer Arbeit: Familie im Mittelpunkt: effektives Krisenmanagement für Familien* (2., erw. Aufl.). Regensburg: Walhalla und Praetoria Verlag.
- Gomby, D. S., Culross, P. L., Behrman, R. E. (1999). Home visiting: Recent program evaluations – Analysis and recommendations. *The Future of Children*, 9, 4-26.
- Gordon, D. A., Arbuthnot, J., Gustafson, K. E., McGreen, P. (1988). Home-based behavioral-systems family therapy with disadvantaged juvenile delinquents. *American Journal of Family Therapy*, 16, 243-255.
- Gordon, D. A., Graves, K., Arbuthnot, J. (1995). The effect of functional family therapy. *Criminal Justice and Behavior*, 22, 60-73.
- Health Development Agency (2004). Ante- and post-natal home-visiting programmes: A review of reviews. Evidence briefing (http://www.hda.nhs.uk/documents/home_visiting.pdf).
- Heekerens, H.-P. (1987). Familientherapie mit delinquenten Jugendlichen. In F. Petermann (Hrsg.), *Verhaltensgestörtenpädagogik* (S. 44-63). Berlin: Marhold.
- Heekerens, H.-P. (2006a). Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz von Familientherapie. *Psychotherapie*, 11, 38-45.
- Heekerens, H.-P. (2006b). Vom Labor ins Feld. Die Psychotherapieevaluation geht neue Wege. *Psychotherapeut*, 50, 357-366.
- Heekerens, H.-P. (2006c). Die Funktionale Familientherapie: Ein effektives klinisches Behandlungsverfahren. *Psychotherapie*, 11, 16-24.
- Heekerens, H.-P. (2006d). Die Funktionale Familientherapie. In F. Mattejat (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (S. 351-361). München: CIP-Medien.
- Heekerens, H.-P. (2006e). Die Multisystemische Therapie – Ein evidenz-basiertes Verfahren zur Rückfallprophylaxe bei Jugendlichendelinquenz. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 17, 163-171.
- Heekerens, H.-P. (2006f). Ein effektives und effizientes Verfahren bei schweren Störungen des Sozialverhaltens: die Multisystemische Therapie. *Neue Praxis*, 36, 658-664.
- Heekerens, H.-P. (2007). Aufsuchende Familientherapie von der Erziehungsberatungsstelle aus. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 4, 19-23.
- Heekerens, H.-P., Ohling, M. (2006). Familien-Psychoedukation als Rückfallprophylaxe bei Schizophrenie: Wirkung und Wirkungsweise. *Psychotherapie*, 11, 26-36.
- Henggeler, S. W., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Randall, J., Shapio, S. B., Chapman, J. E. (2006). Juvenile drug court: Enhancing outcomes by integrating evidence-based treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 42-54.
- Henggeler, S. W., Lee, T. (2003). Multisystemic treatment of serious clinical problems. In A. E. Kazdin, J. R. Weisz (eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 301-322). New York: Guilford Press.
- Henggeler, S. W., Sheidow, A. J. (2003). Conduct disorder and delinquency. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 505-525.
- Henggeler, S. W., Sheidow, A. J., Lee, T. (2006). Multisystemische Behandlung schwerwiegender Verhaltensprobleme bei Jugendlichen und ihren Familien. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 27, 491-514.

- Ihle, W., Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169.
- Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. H. (2005). Aggressiv-dissoziale Störungen und rechtsextreme Einstellungen: Prävalenz, Geschlechtsunterschiede, Verlauf und Risikofaktoren. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 26 (Sonderh. 1), 81-101.
- Klinkner, M. (2000). Elternberatung für Alleinerziehende. Eine Evaluationsstudie. Landau: Verlag empirische Pädagogik.
- Koch, G., Lambach, R. (2000). *Familienerhaltung als Programm*. Münster: Votum.
- Köckeritz, C., 2006: Wirksamkeit ambulanter Jugendhilfe: Bedeutung und Perspektiven einer überfälligen Debatte. In Evangelischer Erziehungsverband e.V. (Hrsg.), *Wirkungen in den Erziehungshilfen* (S. 108-123). Hannover: Evangelischer Erziehungsverband e.V.
- Körner, J. (2006). Wirksamkeit ambulanter Arbeit mit delinquenten Jugendlichen. Erste Ergebnisse einer vergleichenden Studie. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 17, 267-275.
- Latimer, J. (2001). A meta-analytic examination of youth delinquency, family treatment, and recidivism. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 43, 237-254.
- Latimer, J. (2005). *Multisystemic Therapy as a Response to Serious Youth Delinquency*. Ottawa, ON: Research and Statistics Division, Department of Justice Canada (http://www.justice.gc.ca/en/ps/rs/rep/jusrresearch/jr/jr12_005d.html).
- Littell, J. H., Pops, M., Forsythe, B. (2005). Multisystemic Therapy for Social, Emotional, and Behavioral Problems in Youth Aged 10-17. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue4. Art. No.: CD004797.pub4.DOI:10.1002/14651858.CD004797.pub4 (http://www.campbellcollaboration.org/doc-pdf/Mst_Littell_Review.pdf).
- Mattejat, F. (2006). Kognitiv-behaviorale Elternarbeit und Familientherapie. In F. Mattejat (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (S. 363-379). München: CIP-Medien.
- McCroskey, J., Meezan, W. (1998). Family-centered services: Approaches and effectiveness. *The Future of Children*, 8, 54-71.
- Müller, G. P., 2005: Gewaltloses Handeln in der Familie: Empirische Befunde zu einem Home Visiting Experiment in der Stadt Zürich. In J. Küchenhoff, A. Hügli, U. Mäder, (Hrsg.), *Gewalt – Ursachen, Formen, Prävention* (S. 225-244). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Müller, G. P. (2006). Conflict puffers and marital satisfaction: On effects of different forms of social support. *Journal of Happiness Studies*, 7, 499-515.
- Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., Sidora, K., Morris, P., Pettitt, L. M., Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 278, 637-643.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettitt, L., Sidora, K., Morris, P., Powers, J. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1238-1244.
- Olds, D. L., Robinson, J., O'Brien, R., Luckey, D. W., Pettitt, L.M., Henderson, C. R., Ng, R. K., Sheff, K. L., Korfmacher, J., Hiatt, S., Talmi, A. (2002), Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 110, 486-496.
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 48-57.

- Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Henggeler, S. W., Cunningham, P. B., Lee, T. G., Kruesi, M. J., Shapiro, S. B. (2005). A randomized trial of Multisystemic Therapy with Hawaii's Felix Class youth. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 13, 13-23.
- Schaeffer, C. M., Borduin, C. M. (2005). Long-term follow-up to a randomized clinical trial of Multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 445-453.
- Schmidt, M., Schneider, K., Hahn, E., Pickartz, M., Macsenaere, M., Petermann, F., Flosdorf, P., Hölzl, H., Knab, E. (2002). Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe (Schriftenreihe des BMFSFJ Bd. 219). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sexton, T. L., Alexander, J. F., Mease, A. L. (2004). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In M. J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 590-646). New York: Wiley.
- Sherman, L. W., Farrington, D. P., Welsh, B. C. MacKenzie, D. L. (Eds.) (2002). *Evidence-Based Crime Prevention*. London: Routledge.
- Swenson, C. C., Henggeler, S. W. (2005). Die multisystemische Therapie: Ein ökologisches Modell zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei Jugendlichen. *Familiendynamik*, 30, 128-144.
- Sydow, K.v., Beher, S., Retzlaff, R., Schweitzer, J. (2007). *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Trankina, F. J. (1975). *Aggressive and Withdrawn Children as Related to Family Perception and Outcome of Different Treatment Methods*. Unveröff. Diss., University of Arizona Tuscon.
- van Engeland, H., Matthys, W. (1988). Ergebnisse von Jugendhilfe-Maßnahmen bei dissozialen Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 26, 63-69.
- Veerman, J. W., de Kemp, R. A. T., ten Brink, Slot, N. W., Scholte, E. M. (2003). The implementation of Families First in the Netherlands: A one year follow-up. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 227-244.
- University of Wisconsin (2006). Comprehensive home visitation programs for families with young children: Resource material (http://uwex.edu/ces/flp/homevisit/program/pdfs/resource_guide.pdf)
- Walton, E., Fraser, M. W., Lewis, R. E., Pecora, P. J., Walton, W. K. (1993). In-home family-focused reunification: An experimental study. *Child Welfare*, 72, 473-487.
- Weisz, J. R., Sadler, I. N., Durlak, J. A., Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 60, 628-648.
- Wilmshurst, L. A. (2002). Treatment programs for youth with emotional and behavioral disorders: An outcome study of two alternate approaches. *Mental Health Services Research*, 4, 85-96.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2003). Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie (geänderte Fassung nach dem Beschluss des Beirats vom 15.9.2003) (<http://www.wbpsychotherapie.de>).
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2006). Verfahrensregeln des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie (Entwurfsfassung, Stand: 8.12.2006, Version 2.0) (<http://www.wbpsychotherapie.de>).

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Dr. Hans-Peter Heekerens, Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften der Fachhochschule München, Am Stadtpark 20, 81243 München. E-Mail: heekeren@fhm.edu