

Verein
für
Kommunalwissenschaften e.V.



Aktuelle Beiträge
zur Kinder- und Jugendhilfe 51

**Diagnostik in der
Kinder- und
Jugendhilfe
Vom Fallverstehen
zur richtigen Hilfe**

Dokumentation der Fachtagung
vom 21.-22. April 2005
in Berlin

Verein für Kommunalwissenschaften e.V.
Straße des 17. Juni 112 · D-10623 Berlin · Telefon 030 39001-0 · Telefax 030 39001-100
Fachtagungen Jugendhilfe
Telefon 030 39001-136 · Telefax 030 39001-146 · e-mail: agfj@vfk.de · Internet: www.vfk.de/agfj

Die Fachtagung wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert.

Impressum:

Herausgeber:

Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (VfK)
Ernst-Reuter-Haus ⊕ Straße des 17. Juni 112 ⊕ 10623 Berlin
Postfach 12 03 21 ⊕ 10593 Berlin

Redaktion, Satz und Layout:

Dörte Jessen
Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe
VfK, Berlin

Fotos:

Rita Rabe
Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin

Herstellung:

Verein für Kommunalwissenschaften e.V.

Berlin 2005

Hinweise zur Download-Ausgabe:

Der vorliegende Tagungsband wird vom Verein für Kommunalwissenschaften e.V. nicht mehr als Druckfassung aufgelegt. Es besteht die Möglichkeit, die Fachbeiträge und Diskussionen aus dem Internet herunter zu laden. Die Texte sind schreibgeschützt.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	7
BRUNO PFEIFLE <i>Leiter des Jugendamtes der Stadt Stuttgart, und</i> KERSTIN LANDUA <i>Leiterin der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe des Vereins für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin</i>	
<u>Fachreferate</u>	
„Diagnostik“ als Grundlage für eine fachlich begründete Hilfeplanung: Inhaltliche Anforderungen und angemessene Semantik	13
PROF. DR. JOACHIM MERCHEL <i>Fachhochschule Münster, Fachbereich Sozialwesen</i>	
Anforderungen an eine sozialpädagogische Diagnostik, exemplarisch am Beispiel des Forschungsprojektes „Sozialpädagogische Diagnosen familiärer Notlagen und Hilfekonzepte“	30
PROF. DR. UWE UHLENDORFF <i>Professor am Institut für Sozialpädagogik, Erwachsenenbildung und Pädagogik der frühen Kindheit der Universität Dortmund</i>	
Familien (sich) Veränderungen zutrauen. Das Konzept der Resilienz und seine Bedeutung für pädagogisches Handeln	45
DR. MARIE-LUISE CONEN <i>Leiterin des Context-Instituts für systemische Therapie und Beratung, Berlin</i>	
<u>Arbeitsgruppen: Erfahrungswerte, angewandte Methoden und Konzepte</u>	
Arbeitsgruppe 1: Sozialpädagogische Diagnosen für Kinder, Jugendliche und Familien: Berichte aus der Praxis	58
STEPHAN CINKL <i>Diplom-Psychologe, Supervisor und Familientherapeut, Brandenburgisches Institut für Familientherapie, Strausberg,</i> MICHAEL KLUTTIG <i>Ambulanter Familienhelfer, Alida-Schmidt-Stiftung, Hamburg</i>	
Arbeitsgruppe 2: Die sozialpädagogische Diagnose. Rahmenvorgaben des Deutschen Vereins	73
KARL-HEINZ WEYRICH <i>Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialen Dienstes, München</i>	

Arbeitsgruppe 3:

Zugang zu Diagnostik und Hilfeplanung in einer

Erziehungsberatungsstelle: Wer definiert, was richtig ist?

76

DR. EGINHARD WALTER

*Diplom-Psychologe, Erziehungs- und Familienberatungsstelle
Berlin-Schöneberg*

Arbeitsgruppe 4:

Ein Modell der Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie

98

DAGMAR VON HERMANNI

Leiterin des Allgemeinen Sozialen Dienstes, Jugendamt der Stadt Leipzig

Arbeitsgruppe 5:

Fallrekonstruktive Familienhilfe – Ein Forschungsprojekt der Friedrich-Schiller-Universität zum Genogramm

107

PD DR. KARL FRIEDRICH BOHLER

*Johann Wolfgang Goethe-Universität, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften,
Institut für Gesellschafts- und Politikanalyse, Frankfurt am Main/
Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Soziologie,
Sonderforschungsbereich 580, Jena*

Arbeitsgruppe 6:

Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen des Bayerischen Landesjugendamts

118

HANS HILLMEIER

*Leiter des Sachgebietes Erziehung und Familie, Bayerisches
Landesjugendamt, München;*

SIGRID SCHERER und BIRGIT VIETZKE

*Mitarbeiterinnen des Evaluationsprojektes Sozialpädagogische
Diagnose-Tabellen (EST), Bayerisches Landesjugendamt, München*

Fachreferate:

Konzept und Bausteine einer Sozialpädagogischen Diagnostik

127

PROF. DR. CHRISTIAN SCHRAPPER

*Erziehungswissenschaftler, Seminar Pädagogik,
Universität Koblenz-Landau, Koblenz*

Strengths Model und Ressourcencheck:

Philosophie und Technik zum Entdecken von Stärken

140

WOLFGANG BUDDE

PROF. DR. FRANK FRÜCHTEL

*Dozenten am Fachbereich Soziale Arbeit der Otto-Friedrich-Universität
Bamberg*

Psychosoziale Diagnostik in der niederländischen Kinder- und Jugendhilfe

161

DR. PETER M. VAN DEN BERGH

*Fachbereich Erziehungswissenschaften, Institut für Orthopädagogik,
Abteilung Kinder- und Jugendhilfe, Universität Leiden*

Inputreferate in den Arbeitsgruppen: Konsequenzen für die Hilfeplanung

Arbeitsgruppe 1:

Partizipation – Technik des Ressourcencheck

176

WOLFGANG BUDDE

PROF. DR. FRANK FRÜCHTEL

Dozenten am Fachbereich Soziale Arbeit der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Arbeitsgruppe 2 a:

Dokumentation – Diagnostische Erkenntnisse in der Jugendhilfe als Grundlage für die Leistungsgewährung und die Hilfeplanung

187

DAGMAR VON HERMANNI

Leiterin des Allgemeinen Sozialen Dienstes, Jugendamt der Stadt Leipzig

Arbeitsgruppe 2 b:

Zur Bedeutung der Dokumentation in der Bezirkssozialarbeit

216

HANS HILLMEIER

*Leiter des Sachgebietes Erziehung und Familie,
Bayerisches Landesjugendamt, München*

Arbeitsgruppe 3:

Kooperation – Das multidisziplinäre Team in der Jugendhilfe als Voraussetzung für Erkennen

225

SABINA SCHAEFER

*Dipl. Psychologin, Supervisorin, Leiterin des Beratungszentrums Mitte,
Jugendamt der Stadt Stuttgart*

Arbeitsgruppe 4:

Wirtschaftliche Jugendhilfe – Feststellung von Erforderlichkeit und Geeignetheit des diagnostischen Bedarfs für die Umsetzung in Leistungskategorien des SGB VIII (Notwendigkeit zur Beteiligung anderer Fachkräfte des Jugendamts)

237

ANTON DAUSER

Leiter des Jugendamtes Ostalbkreis, Aalen

Arbeitsgruppe 5:

Das Diagnosemodell München:

Kurze Einführung in die Sozialarbeitsdiagnose nach Staub-Bernasconi/Geiser. Vorstellung des Projektkonzeptes der flächendeckenden Einführung und Umsetzung der Diagnose für den kommunalen Sozialdienst München

243

SILKE VLECKEN

Master of Social Work, Bezirkssozialarbeit, München

Literaturhinweise

255

Vorwort

Die hier dokumentierte Fachtagung wurde vom Verein für Kommunalwissenschaften e.V. am 21./22. April 2005 im Ernst-Reuter-Haus in Berlin veranstaltet und von 190 interessierten Fachkräften aus der öffentlichen und freien Jugendhilfe sowie Vertreterinnen und Vertretern angrenzender Professionen besucht. Das große Interesse der Fachöffentlichkeit an der Tagung zeigt, dass Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe derzeit (wieder) ein vieldiskutiertes Thema ist.

Bei Fachdiskussionen wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Jugendhilfe bisher keine jugendhilfespezifischen Standards und Verfahren entwickelt hat, die in der Praxis Anwendung finden (könnten) und dass es große Defizite im Methodenwissen und dessen Umsetzung in die Praxis gibt. Je nach professioneller Herkunft und Selbstverständnis der Fachkräfte kommen verschiedene Ansätze zur Anwendung, mehr oder weniger systematisch. Darauf verweist schon der 11. Kinder- und Jugendbericht. Und dies bedeutet, dass zur Feststellung des Bedarfs und der Geeignetheit von Hilfen in den Jugendämtern und sicherlich auch bei freien Trägern unterschiedliche Betrachtungs- und Herangehensweisen existieren, die zu unterschiedlichen Lösungs- und Hilfeangeboten führen. Das langfristige Ziel für die Kinder- und Jugendhilfe sollte also sein, einen verbindlichen Rahmen und verbindliche Standards für eine Diagnostik der Jugendhilfe zu beschreiben, die Antworten auf folgende zwei Fragen ermöglichen: Wie ist die Diagnostik fachlich und organisatorisch zu gestalten, um eine transparente Grundlage für Hilfeentscheidungen zu gewinnen? Welche diagnostischen Möglichkeiten außerhalb der Jugendhilfe sind ergänzend bei Bedarf zu nutzen? Welche professionellen Kompetenzen braucht die Jugendhilfe zur Erfüllung ihrer Aufgabe, wie sind diese optimal organisatorisch einzubinden und erst jetzt: welche diagnostischen Anteile können durch wen innerhalb der Jugendhilfe erbracht werden?

Ziel der Fachtagung war es, eine erste Antwort auf die Frage zu finden, wie eine praxisorientierte jugendhilfespezifische Diagnostik aussehen sollte, wie Hilfebedarfe besser und genauer geplant werden können, um Fehlentscheidungen weitestgehend zu vermeiden und damit eine Verbesserung der fachlichen Qualität und Erhöhung der Wirksamkeit der Jugendhilfe zu erreichen. Hierzu wurden im Verlauf der Tagung sowohl aktuelle Forschungsergebnisse als auch Praxiserfahrungen vorgestellt und diskutiert.

So erklärte zu Beginn der Tagung Prof. Dr. Joachim Merchel von der Fachhochschule Münster in seinem Einführungsvortrag, dass der Begriff „Diagnostik“ mehrdeutig sei, das heißt, dass es immer unterschiedliche Herangehensweisen und Sichtweisen gebe. In seinem Vortrag stellte er inhaltliche Kriterien und Verfahrensweisen in der Erziehungshilfe als „Regeln der fachlichen Kunst“ vor und referierte über die Verwendung des Begriffs „Diagnostik“ in der Kinder- und Jugendhilfe. Er gab zu bedenken, dass Hilfeplanung ein komplexer Prozess von Entscheidungen sei und formulierte die These, dass Diagnostik nicht nur am Anfang des Hilfeprozesses stehe, sondern ein impliziter Teil des gesamten Hilfeprozesses sei. Damit verbunden sei die Erwartung, Handlungssicherheit durch die Verfügbarkeit und Anwendung von Instrumenten im Prozess der Entscheidungsfindung zu gewinnen. Das Fazit seines Vortrages lautete: Ist der Diagnosebegriff für die Kinder- und Jugendhilfe semantisch wirklich angemessen, wenn es um fallbezogenes Verstehen und Erkennen geht? Und sollte es nicht besser Sozialpädagogisches Fallverstehen heißen?

Prof. Dr. Uwe Uhlendorff, Universität Dortmund, stellte erste Ergebnisse des Forschungsprojektes „Sozialpädagogische Diagnosen familiärer Notlagen und Hilfekonzep-te“ sowie die Methode der hermeneutischen Diagnostik („Die Familie besser verstehen als sie sich selbst.“) vor. Innerhalb dieses Projekts wurden insgesamt 76 Familien in die Untersuchung einbezogen, die Hilfen zur Erziehung erhalten. In einem ersten Schritt wurden Interviews mit den Eltern geführt, die auf den Familienalltag fokussiert waren. Gegenstand der Interviews waren die Familiengeschichte, die sozioökonomischen Rahmenbedingungen, die institutionellen Erfahrungen, die Organisations- und Beziehungsstrukturen in der Familie sowie die Problemdeutungen und Orientierungen der einzelnen Familienmitglieder. Parallel dazu wurden die zuständigen Fachkräfte zur Situation in der Familie befragt, anschließend diese Interviews kategorisiert, es folgte die Beschreibung zentraler Konfliktthemen in den Familien und die sich daraus ergebende Aufgabenstellung zur Problemlösung. Geprüft werden muss nun allerdings noch, wie sich dieser Ansatz der Sozialpädagogischen Diagnosen familiärer Notlagen und Hilfekonzep-te in der Praxis in der Zusammenarbeit mit den Familien und Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe bewährt.

Dr. Marie-Luise Conen, Leiterin des Context-Instituts für systemische Therapie und Beratung Berlin, sprach über das Konzept der Resilienz und seine Bedeutung für pädagogisches Handeln. Sie führte aus, dass sehr häufig Alltagsstress, kritische Lebensereignisse beziehungsweise deren Kumulation zu einem problematischen Verhalten von Kindern und entsprechenden Erziehungsversuchen der Eltern führe. Dann sei eine stabile emotionale Beziehung zu einer anderen Person wichtig für eine positive Entwicklung der Kinder. Sie stellte aber auch klar, dass Resilienz nicht durch frühe (positive) Interaktionen für immer hergestellt werden könne. Aber: Resilienz könne zu jedem Zeitpunkt des Lebens entwickelt werden. Dr. Conen betonte, dass alle Familien – auch in krisenhaften Situationen – die Potenziale zur Selbstreparatur haben und provozierte mit der Frage, ob Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe bedeute, nicht nur nach einer geeigneten Hilfe zu suchen, sondern möglicherweise auch, Kinder und ihre Eltern aufzugeben – nun mit besseren Argumenten ...?

In zwölf verschiedenen Arbeitsgruppen wurden an beiden Arbeitstagen vielfältige Erfahrungen, Modelle und Konzepte, wie sie in verschiedenen Städten und Einrichtungen praktiziert werden (zum Beispiel in München, Leipzig, Saalfeld–Rudolstadt und Stuttgart) vorgestellt. Insbesondere das große Interesse an der Arbeitsgruppe zum Thema „Formulierung einheitlicher bundesweiter Standards“ und die Arbeitsgruppe zum Thema „Dokumentation“ machten deutlich, dass in diesem Bereich nach mehr Handlungssicherheit gesucht wird, um pädagogisches Handeln fachlich (besser) begründen zu können.

Den zweiten Arbeitstag eröffnete Prof. Dr. Christian Schrapper von der Universität Koblenz-Landau und stellte Konzept und Bausteine einer Sozialpädagogischen Diagnostik für die Jugendhilfe vor, die hier ausführlich nachzulesen sind. Ganz besonders notwendig sei, die Stimmen der „Nutzer“ zu Gehör zu bringen, die Beteiligung der Helfer bewusst zu machen und zu verstehen, dass Diagnose und Intervention „Aspekte zirkulärer Prozesse“ und nicht Stationen einer linearen Abfolge sind. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter müssten in diesem Prozess ihre Urteilsfähigkeit behaupten, da als

Grundlage aller Entscheidungen wichtig sei zu erkennen, wie und warum Urteile zustande kommen.

Prof. Dr. Frank Früchtel und Wolfgang Budde, Otto-Friedrich-Universität Bamberg, stellten in ihrem Vortrag Philosophie und Technik(en) zum Entdecken von Stärken anhand vieler interessanter Beispiele vor. Sie erklärten, dass Lebensereignisse, die Menschen vorwärts bringen, oft schwierige Lebenssituationen wären, die natürlich als große Belastung oder als Herausforderung erlebt würden. Meist seien die betroffenen Menschen an diesen Situationen aber auch gewachsen. Lebenssituationen, die Klienten in der Jugendhilfe präsentieren, böten auch immer viele Möglichkeiten und auf die sozialarbeiterische Kunst komme es an, die Chancen, die in diesen Krisen stecken, mit den Menschen zusammen herauszuarbeiten. Dabei sei der Wille der Menschen das wertvollste Gut. Nicht mit dem Willen des Klienten zu arbeiten, sei ein fundamentaler Angriff auf dessen Würde, selbst wenn es im besten pädagogischen Selbstverständnis geschehe. Die meisten Hilfeplanungsprozesse würden an der mangelnden Akzeptanz bei den Adressaten scheitern. Es könne nicht gelingen, Klientinnen und Klienten für bestimmte Lösungsplanungen zu motivieren, es könne nur darum gehen, deren Motivation zu suchen und an deren Motivation anzuschließen. Wenn das gelänge, entwickelten Klientinnen und Klienten manchmal ungeahnte Aktivitäten. Die Referenten plädierten dafür, lebensweltliche Lösungen zu schaffen, wiesen aber zugleich darauf hin, dass man damit auch die „Wasserdichtheit“ professioneller Lösungen riskiere, weil diese mehr moralische Courage und Flexibilität von unseren Hilfsorganisationen verlangen.

Wie psychosoziale Diagnostik in der niederländischen Kinder- und Jugendhilfe verstanden wird, stellte zum Abschluss der Tagung Dr. Peter van den Bergh von der Universität Leiden anhand des sogenannten *Hypothesen Testenden Modell* (HTM) vor. Dieses Modell gelte heutzutage als das Modell in der Diagnostik und der akademischen Ausbildung in den Niederlanden. Die Analyse einer Problemsituation führe zum Aufstellen von Hypothesen, die meistens deduktiv aus relevanten Referenztheorien gewonnen werden. Die im Anschluss operationalisierten Hypothesen müssten im Folgeschritt durch die Konfrontation mit den real vorfindbaren Tatsachen auf ihren Geltungsanspruch hin überprüft werden, um abschließend zu einer diagnostischen Aussage gelangen zu können. Dies sei die Grundidee, die dem HTM seinen Namen verleihe und zur Qualitätsverbesserung der Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe beitragen solle. Es bliebe aber doch die Frage, ob eine ‘Disziplinierung’ des diagnostischen Prozesses durch die Verwendung des HTM eine Erhöhung der inhaltlichen Qualität der Diagnose und der damit zusammenhängenden Hilfeangebote bewirke.

Der Verein für Kommunalwissenschaften e.V. als Veranstalter wünscht sich, einige Impulse gesetzt zu haben und in naher Zukunft diese Diskussion ein Stück weiter zu begleiten. Diese Tagung ist vielleicht am ehesten im Sinne eines konstruktiven Beitrags zur Auseinandersetzung mit der Frage nach einer eigenständigen jugendhilfespezifischen sozialpädagogischen Diagnostik zu verstehen, als ein nicht abgeschlossener Prozess, der weitere Impulse braucht, um zu einem besseren Selbstverständnis darüber in der Kinder- und Jugendhilfe zu gelangen.

Allen Mitwirkenden an dieser Veranstaltung sei an dieser Stelle noch einmal herzlich für ihr Engagement und Ihre Bemühungen rund um dieses schwierige und zugleich interessante Thema gedankt!

BRUNO PFEIFLE

Leiter des Jugendamtes der Stadt Stuttgart

und

KERSTIN LANDUA

*Leiterin der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe
Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin*

„Diagnostik“ als Grundlage für eine fachlich begründete Hilfeplanung: inhaltliche Anforderungen und angemessene Semantik ¹

PROF. DR. JOACHIM MERCHEL

Fachhochschule Münster, Fachbereich Sozialwesen

Als ich im Januar dieses Jahres die Anfrage erhielt, ob ich bei einer Tagung zur „Diagnose in der Jugendhilfe“ den einführenden Vortrag halten könne, war ich zunächst etwas überrascht. Meine erste innere Reaktion bestand in der Frage: Haben die Veranstalter sich vielleicht bei der Telefonnummer geirrt – oder sind sie versehentlich in ihrem Telefonverzeichnis in die falsche Zeile gerutscht? Denn schließlich habe ich meiner Skepsis gegenüber dem Diagnosebegriff in der Erziehungshilfe an mehreren Stellen und zu verschiedenen Zeitpunkten deutlich Ausdruck verliehen.² Auf meinen Hinweis, dass der Diagnosebegriff nicht ohne weiteres von mir im Zusammenhang der Erziehungshilfe befürwortet werde, zeigte sich die anfragende Person vom Verein für Kommunalwissenschaften darüber informiert – und somit habe ich jetzt auch die Freiheit, sowohl Stellung zu nehmen zu den inhaltlichen Anforderungen an die Vorgänge, die man mit dem Begriff „Diagnose“ gekennzeichnet hat, als auch zu den Risiken, die mit der Verwendung des Diagnosebegriffs in der Jugendhilfe einhergehen.

Die Aufgabe einer angemessenen Konzipierung des Vorgangs, bei dem über die „im Einzelfall angezeigte Hilfeart“ (§ 36 KJHG), die für die Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen als „geeignet und notwendig“ (§ 27, Abs. 1 KJHG) angesehen wird, entschieden wird, stellt sich in zweierlei Hinsicht:

- Zum einen geht es um die Benennung von inhaltlichen Kriterien und Verfahrensweisen, die den Entscheidungsvorgang in der Erziehungshilfe als ein fachlich qualifiziertes Geschehen ausweisen und damit den „Stand der fachlichen Kunst“³ markieren, ohne die keine Profession sich als solche legitimieren kann.
- Zum anderen muss auf der sprachlichen Ebene ein akzeptables Etikett gefunden werden, mit dem sich die Spezifität dieses Vorgangs in einer Weise abbilden lässt, dass die Vorstellungsmuster und die Assoziationsbreite bei denjenigen nicht allzu sehr divergiert, denen als den Angehörigen der Professionsgemeinschaft oder als den wichtigen Interaktionspartner außerhalb der eigenen Profession man sich verständlich machen will.

¹ Der Vortrag, der bei der Tagung des Vereins für Kommunalwissenschaften am 21.04.2005 gehalten wurde, basiert auf der Veröffentlichung meines Aufsatzes „Diagnose in der Hilfeplanung: Anforderungen und Problemstellungen“ in der Zeitschrift „neue praxis“ 6/2003, S. 527-542

² s. Merchel, J.: Hilfeplanung bei den Hilfen zur Erziehung § 36 SGB VIII. Stuttgart u.a. 1998, S. 41 ff.; ders.: Zwischen „Diagnose“ und „Aushandlung“. Zum Verständnis des Charakters von Hilfeplanung in der Erziehungshilfe. In: Peters, F. (Hrsg.), Diagnosen – Gutachten – Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung, Frankfurt/ Main 1999, S. 73-96; ders.: „Diagnose“ in der Hilfeplanung: Anforderungen und Problemstellungen. In: neue praxis 3/2003, S. 527-542

³ vgl. Jordan, E.: Zwischen Kunst und Kunstfertigkeit – Sozialpädagogisches Können auf dem Prüfstand. In: Zentralblatt für Jugendrecht 2/2001, S. 48-53

Es geht also um beides: um *inhaltliche Konzeptionierung* **und** um *angemessene Semantik*.

Ich bitte um Verständnis, dass ich zunächst die Vokabel „Diagnose“ zu umgehen versuche und stattdessen von „Entscheidungsfindung innerhalb der Hilfeplanung“ oder allgemein von „Hilfeplanung“ spreche. Wenn ich den Begriff „Diagnose“ gebrauche, versehen Sie ihn bitte in Gedanken immer mit Anführungsstrichen. Die Begründung werde ich in Abschnitt 3 meiner Ausführungen nachliefern. Ich werde meine Ausführungen in drei Schritte strukturieren (**Abbildung 1**):

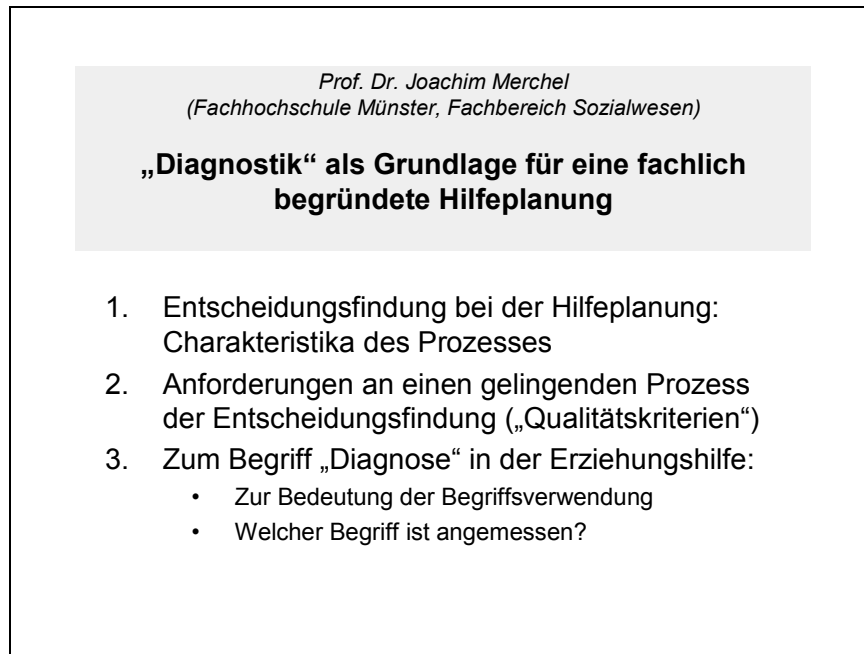


Abbildung 1

© Prof. Dr. Joachim Merchel

1. Entscheidungsfindung bei der Hilfeplanung: Charakteristika des Prozesses

Hilfeplanung ist ein komplexer Prozess, innerhalb dessen zum einen darüber entschieden werden soll,

- was das Problem ist, für dessen Bewältigung eine Hilfe zu organisieren und zu gestalten ist,
- mit welcher Hilfeform und in welchem Hilfe-Arrangement dem erkannten Problem am ehesten entsprochen werden kann,
- mit welchem Träger beziehungsweise welcher Einrichtung die Hilfe am besten gestaltet werden kann,
- mit welchem genauen Hilfeauftrag der Träger beziehungsweise die Einrichtung die Hilfe übernehmen soll,
- welche Anforderungen die einzelnen Beteiligten innerhalb des Hilfeprozesses ausführen sollen,

und in dem zum anderen Verabredungen darüber getroffen werden,

- nach welchen Zielen der Hilfeverlauf und die Zwischenergebnisse des Hilfeprozesses bewertet werden sollen,
- wann eine solche Bewertung stattfinden soll und
- in welchen personellen Konstellationen der Hilfeprozess bewertet werden soll.

Die intentionale, zielgerichtete, kooperative Hilfestellung und die strukturierte, im Grundsatz kontinuierliche Begleitung und Auswertung des Hilfeverlaufs stellen die Beteiligten vor hohe Anforderungen, deren Komplexität durch die Verfahrensanforderungen einer differenzierenden Beteiligung der Hilfe-Adressaten, einer mehrperspektivischen Entscheidungsfindung („kollegiale Beratung im Team“) und einer differenzierten Kooperation zwischen der leistungsgewährenden und der leistungserbringenden Organisation noch intensiviert wird. Jede dieser Entscheidungen ist mit einem relativ hohen Grad an Unsicherheit belastet (**Abbildung 2**).

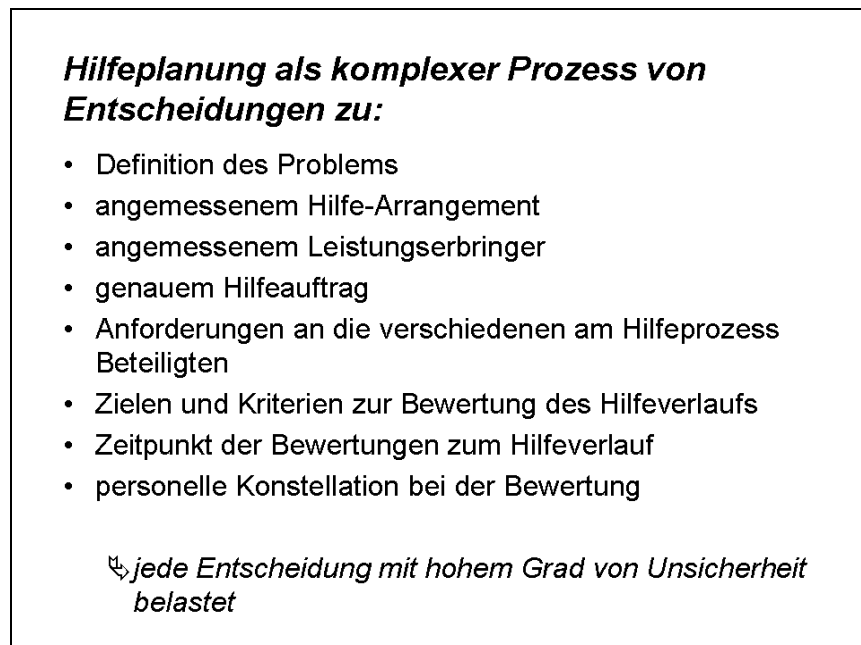


Abbildung 2

© Prof. Dr. Joachim Merchel

Die Komplexität der Hilfeplanung wird dadurch noch intensiviert, dass sie Hilfe in einer organisierten Form vollziehen muss:

- Die Hilfe ist auf spezifische Fälle ausgerichtet und – anders als allgemeine Hilfen und Unterstützungsangebote – auf spezifische Problemkonstellationen bezogen und dadurch mit einer *Zugangsschwelle* versehen, deren Überschreiten im Einzelfall kontrolliert und festgestellt werden muss.
- Ferner sorgt der Kostenaufwand bei den Erziehungshilfen für einen kritischen Blick hinsichtlich der Erforderlichkeit der Hilfe; die *Legitimationsschwelle für Hilfen* steigt gleichsam mit dem für ihre Erstellung anzusetzenden Aufwand. Diese spezifische Form der Organisiertheit drückt sich insbesondere in zwei Gestaltungsmodalitäten aus:

- Die Hilfeebringung vollzieht sich in Organisationen; denn nur in Organisationen kann sie verlässlich und kalkulierbar werden. Damit unterliegt die Hilfeleistung der Spannung zwischen dem pädagogischen Grundsatz der möglichst privaten Ausrichtung des erzieherischen Rahmens einerseits und dem grundlegenden Organisationscharakter der Hilfe andererseits. Die beabsichtigte Verlässlichkeit und Kalkulierbarkeit von Hilfen schließt die (zumindest partielle) Beruflichkeit der Hilfeebringung ein.
- Die Hilfeebringung geschieht in einer zielgerichteten und methodisch angeleiteten Form. Dies macht den fachlichen Aspekt der professionellen Erbringung der Hilfeleistung aus.

Die verschiedenen Aspekte der Organisiertheit der Hilfe müssen auch innerhalb der Hilfeplanung zum Ausdruck kommen. Sie prägen Inhalte und Verfahrensweisen der Hilfeplanung in vielfältiger Form.

Sucht man innerhalb dieses Prozesses der Planung, Begleitung und Auswertung der organisierten Erziehungshilfe den Platz für „Diagnose“, so treten gleichermaßen der Zeitpunkt des Beginns einer organisierten Hilfe wie die Zeitpunkte der vereinbarten Zwischenauswertung der Hilfe in den Blick. Zunächst ist für die Anfangssituation ein „diagnostischer Blick“ wichtig, um die Situation im Hinblick auf die spezifischen Aspekte der Hilfebedürftigkeit wahrnehmen und bewerten zu können und daraufhin ein angemessenes Hilfearrangement entwerfen zu können. Der „diagnostische Blick“ setzt sich aber auch während des Prozesses fort, weil der Verlauf der Hilfe immer wieder einer Bewertung unterzogen und im Hinblick auf die Tragfähigkeit des ursprünglichen Konstrukts der „Diagnose“ befragt werden muss. Es geht also gleichermaßen um „Beschlussdiagnostik“ wie um „Prozessdiagnostik“. Daher ist es problematisch, wenn man die „Diagnostik“ lediglich an den Beginn des Hilfeplanungsprozesses verortet, so wie es zum Beispiel der Deutsche Verein tut, wenn er in seinen Empfehlungen schreibt, die Diagnose habe „vor jeder Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII“ (Hervorhebung J.M.) stattzufinden.¹ Es mag sinnvoll sein, „Diagnostik“ als einen Teil des komplexen Hilfeplanungsprozesses herauszudifferenzieren; aber es muss erkennbar bleiben, dass „Diagnostik“ nicht ein (zeitlich und thematisch) abgrenzbarer Teil des Geschehens ist, sondern eine *funktionale* Ausdifferenzierung, die aber den gesamten Hilfeplanungsprozess durchzieht. Somit sind nicht nur die ersten beiden in **Abbildung 2** benannten Aspekte Gegenstand von „Diagnostik“, sondern „diagnostisches Bemühen“ ist ein funktionales Element in allen dort benannten Entscheidungselementen.

Die Komplexität des Vorgangs „Hilfeplanung“ und die Verortung dessen, was „Diagnostik“ in der Erziehungshilfe genannt wird, werden auch nachvollziehbar, wenn man die Handlungsstruktur bei der Hilfeplanung näher betrachtet (**Abbildung 3**).

¹ s. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge: Die Sozialpädagogische Diagnose im Kommunalen Sozialdienst – Rahmenvorgaben. Berlin 2004 (Entwurfssfassung 9/2004), S. 20. Eine ähnlich missverständliche Formulierung findet sich auch bei B. Müller, Alltagsnahe Diagnosen und der „Allgemeine Soziale Dienst“ (ASD). In: Grunwald, K./ Thiersch, H. (Hrsg.), Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Weinheim/ München 2004, S. 41-53 (hier S. 48)

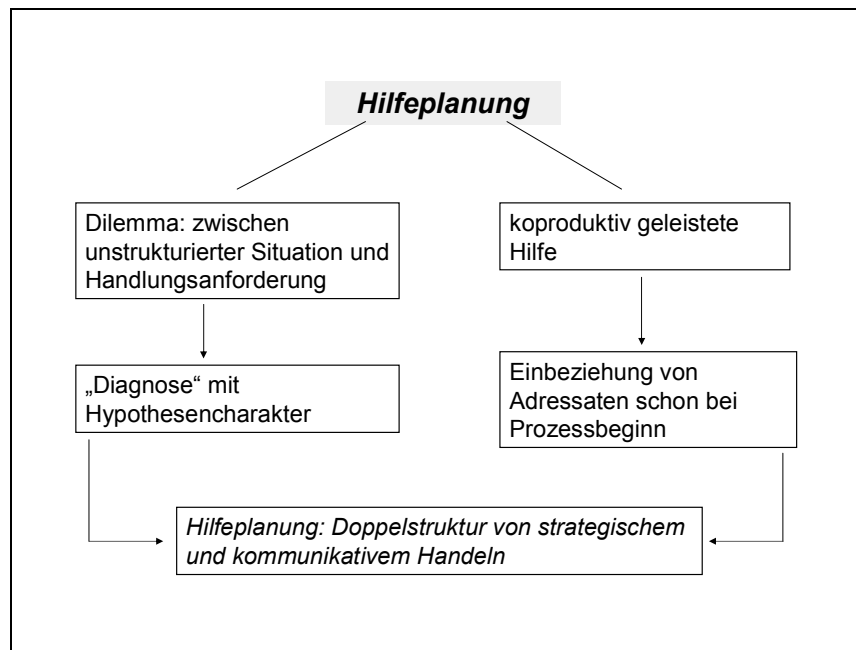


Abbildung 3

© Prof. Dr. Joachim Merchel

Vergegenwärtigt man sich insbesondere die Situation am Beginn eines möglichen Hilfeprozesses, so stehen die Akteure, die die Aufgabe haben, sich ein Bild von der Situation zu machen und mit diesem Bild eine Hilfe zu konstruieren, vor einem Dilemma. Die Situation, vor die sich die Fachkräfte gestellt sehen, hat in der Regel eine längere Entwicklung der Zuspitzung und spezifischen Ausformung von Problemen durchlaufen. Die Situation ist komplex und für Außenstehende weitgehend unstrukturiert. Die Unsicherheit, wie die Situation wahrzunehmen und zu bewerten ist, ist groß, so dass der Versuch, ein einigermaßen verlässliches Urteil über eine „richtige“ Intervention zu entwerfen, mit großen Risiken verbunden ist. Andererseits benötigt die Fachkraft ein Mindestmaß an Überschaubarkeit und Orientierungsmöglichkeit, damit überhaupt „Hilfe“ als ein zielorientiertes, strukturiertes Handeln (und nicht als zielloser Aktionismus, der mehr der Beruhigung der Fachkraft als der Verbesserung der Situation der Adressaten dient) stattfinden kann. In diesem **Dilemma zwischen Unstrukturiertheit und Handlungsanforderung** entsteht das Bedürfnis, sich eine Basis zu verschaffen, um einen gezielten Blick auf die Situation werfen und mit einer solchen gezielten Wahrnehmung strukturiert und begründet handeln zu können. Die Strukturierung der Situation erfolgt dadurch, dass die Wahrnehmung mit bestimmten Fragestellungen unterlegt wird, dass also das Bild, das sich der Fachkraft bietet, differenziert nach Informationen befragt wird, die eine Bewertungsgrundlage für die Beantwortung der Frage nach der Hilfebedürftigkeit bilden. Es erfolgt insofern eine „Diagnose“, als unterschieden wird nach unterschiedlichen Graden der Bedeutung, die verschiedenen Informationen über soziale Sachverhalte für die Einschätzung der Situation und für die Konstruktion des nachfolgenden Handelns zugesprochen wird.

Die Basis des so erzeugten „diagnostischen Blicks“ erscheint um so tragfähiger und bietet ein um so größeres Gefühl von Sicherheit für die zum Handeln Verpflichteten, je intersubjektiv verbindlicher sie gemacht werden kann, entweder durch wissenschaftlich erkundete und erprobte Kriterien und/ oder erprobte Verfahren der Informationsbewer-

tung. An „*Diagnostik*“ richtet sich somit die Erwartung, *Handlungssicherheit zu gewinnen, mangelnde Überschaubarkeit durch Gewinn an legitimierbarer Orientierung zu reduzieren*. Das Ideal von Diagnostik besteht in der Verfügbarkeit und in der Anwendung von Instrumenten, die eine Analyse von Situation so spezifisch und aussagekräftig machen, dass man möglichst treffgenau die „richtige Maßnahme“ logisch ableiten und ergreifen kann.

- Dieses aus der Perspektive der zum Handeln aufgeforderten Fachkräfte verständliche und für professionelles Handeln auch notwendige Motiv der möglichst systematischen Erkenntnisgewinnung und der darauf aufbauenden Strukturierung von Handeln steht nun in einer Spannung zur grundlegenden und nicht zu überwindenden strukturellen Unsicherheit von Situationen, die zu sozialpädagogischen Entscheidungen auffordern:
- Die Situationen sind immer mehrdeutig und erlauben je nach „diagnostischer Brille“ immer mehrere Wahrnehmungen und Interpretationen, von denen keine a priori Gültigkeit für sich in Anspruch nehmen kann. Hinzu kommt, dass der „diagnostische Blick“ der einzelnen Fachkraft immer mit eigenen normativen Prägungen im Hinblick auf den Grenzbereich von Normalität und Interventionsbedürftigkeit durchzogen ist. Je nach eigenen biografischen Erfahrungen wird eine Situation von verschiedenen Betrachtern unterschiedlich interpretiert. Auch die Prägung dieses Blicks durch die Logik und die Wahrnehmungskonstrukte der Organisation oder des Organisationssegments, der die einzelne Fachkraft angehört,¹ gemahnt an Vorsicht hinsichtlich der vermeintlichen Objektivität diagnostischen Vorgehens.
- Eindeutige Zuordnungen von Ursachen und Wirkungen können angesichts der prozesshaften Verwicklungen innerhalb der Problemgeschichten nicht vorgenommen werden.
- Auch im Hinblick auf die Effekte künftigen Handelns bewegt man sich vom Grundsatz her im Ungewissen; eindeutige, „objektiv gültige“ Prognosen sind angesichts der grundlegenden Unvorhersehbarkeit menschlichen Handelns und Reagierens nicht zu stellen und untergraben daher Bemühungen, klare Zuordnungen von Problemen und Lösungen zu konstruieren.

Angesichts dieser Situationsstrukturierung **hat jede „Diagnose“ Hypothesencharakter**, ist sie immer mit einem strukturell bedingten Anteil an Irrtumswahrscheinlichkeit belastet. Diese Irrtumswahrscheinlichkeit lässt sich auch durch eine Verfeinerung des

¹ Klatetzki spricht hier von einer „praktischen Ideologie“, die in einer Organisation herausgebildet wird: einem Muster von Wahrnehmungen, auf das sich die Organisationsmitglieder in ihrer praktischen Arbeit implizit „geeignet“ haben und mit dem sie ihre Arbeitsaufgaben ordnen und in praktische Bearbeitungsmuster bringen (Th. Klatetzki: Qualitäten der Organisation. In: Merchel, J. (Hrsg.), Qualität in der Jugendhilfe – Kriterien und Bewertungsmöglichkeiten. Münster 1998, S. 61-75). Solche „praktischen Ideologien“, die eine bestimmte Ausrichtung des „diagnostischen Blicks“ nahe legen, werden häufig noch zementiert und im Handlungsprogramm einer Organisation „vereinheitlicht“, wenn ein Großteil der Mitglieder eines Organisationssegments (z.B. eines ASD-Teams) eine gemeinsame Richtung von Fortbildungen bevorzugt. Ein ASD-Team, bei dem mehrere (oder gar alle) Mitglieder eine Zusatzausbildung in systemischer Familientherapie bzw. Familienberatung gemacht hat, wird andere „Diagnosen“ hervorbringen als ein ASD-Team, das seine Fortbildungen für die Interpretation schwieriger Erziehungssituationen und für die Hilfestaltung in einer tiefenpsychologischen oder in einer lerntheoretischen Richtung auswählt.

diagnostischen Instrumentariums nicht grundlegend verändern. Anders als zum Beispiel in der Medizin lassen sich die schwierigen Erziehungsverhältnisse nicht abgrenzen, so dass auf diese Weise die gewünschte Komplexitätsreduktion kaum stattfinden kann; die Erziehungsverhältnisse sind in den Alltag verwoben und Bestandteil der Lebenswelt der Kinder, Jugendlichen und Eltern. Die Diagnose bezieht sich nicht auf einen abgegrenzten Teil des Lebens, sondern im Grundsatz auf die gesamte Lebenssituation. Die Komplexität des zu Diagnostizierenden ist mit der Anforderung, die Lebenssituation und die darin enthaltenen Bedingungen für die erheblichen Schwierigkeiten in der Erziehung in den Blick zu bekommen, kaum noch steigerbar. Mit der Verfeinerung des diagnostischen Instrumentariums lassen sich wohl unterschiedliche Blickwinkel schärfer stellen und möglicherweise genauere Problembeschreibungen aus verschiedenen Perspektiven herstellen. Die Verschiedenheit der Blickwinkel und Problemwahrnehmungen sowie die grundlegende Unsicherheit des prognostischen Wertes solcher Analysen lassen sich damit nicht ausschalten.

Dass man sich des Hypothesencharakters der Problemannahmen und der daraus resultierenden Handlungsprogramme bewusst sein muss, bedeutet nicht, dass man lediglich nach einem banalisierten Prinzip von Versuch und Irrtum vorgehe und die Adressaten zu Objekten von Handlungstests degradiere. Selbstverständlich existiert ein fachlich begründeter Kanon von Kenntnissen und Bewertungsaspekten, die es bei der Erhebung und Interpretation von Informationen anzuwenden gilt, und sicherlich müssen sich die Situationsinterpretationen jeweils fachlich konzipieren und begründen sowie unter Zuhilfenahme fachlicher Wissensbestände plausibilisieren lassen. Ansonsten wäre das Zustandekommen einer Hilfe zufällig und gänzlich abhängig von der subjektiven Eigenheit der jeweils betrachtenden Person. Darauf kann keine Profession sich einlassen. Allerdings gehört es auch zur Professionalität, sich des Hypothesencharakters von Hilfekonstrukten und der Relativität des eigenen Blicks bewusst zu sein sowie daraus die methodischen Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Herbeiführung von Mehrperspektivität und in Richtung auf eine sorgfältige Evaluation des Hilfeverlaufs zu ziehen.

Hinzu kommt ein weiteres wichtiges Strukturmerkmal sozialpädagogischer Hilfe, das Auswirkungen auf den Prozess der Probleminterpretation und Entscheidungsfindung (also der „Diagnose“) nach sich zieht: **Sozialpädagogische Hilfe ist immer eine koproduktiv geleistete Hilfe.** Ohne eine aktive Beteiligung der Adressaten und ohne ein methodisches Arrangement, das eine Beteiligung der Adressaten herausfordert und sie zu einer aktiven Haltung bei der Hilfeerstellung motiviert, kommt keine wirkungsvolle Hilfe zustande. Diese Koproduktion muss im Fall der Erziehungshilfe mit unterschiedlichen Beteiligten in einer differenzierenden Weise gelingen: mit dem Kind/ Jugendlichen, mit den einzelnen Elternteilen und möglicherweise mit weiteren für das Kind/ den Jugendlichen relevanten Personen. Es geht dabei nicht nur um Beteiligung an der Realisierung der Hilfe, sondern um eine *gelingende Einbeziehung bereits im Prozess der „Diagnose“ am Anfang einer Hilfe*. Es muss gelingen, den Adressaten aus seiner Rolle als reiner Lieferant von Informationen herauszuholen, sondern ihm dazu zu verhelfen, dass er sich als Subjekt in den Prozess der Problemdefinition und Entscheidung der angemessenen Hilfe einbringen kann.

In den methodischen Implikationen dieser Koproduktivität in der Leistungserstellung zeigt die Hilfeplanung in der Erziehungshilfe ihre markante und gleichzeitig strukturell spannungsvolle **Doppelstruktur von strategischem und gleichzeitig kommunikativem Handeln**.¹ Einerseits vollzieht sich sozialpädagogisches Handeln und somit auch Hilfeplanung als Teil dieses Handelns zwischen im Grundsatz autonomen Subjekten, und dieses Handeln kann nur gelingen, wenn es auf der Basis einer Verständigung zu einem Modus der Kooperation kommt. Andererseits ist Soziale Arbeit (und insbesondere auch Erziehungshilfe mit ihrer Doppelstruktur von Hilfe einerseits sowie Normdurchsetzung und Schutz mit den entsprechenden Kontrollaspekten andererseits) an gesellschaftliche Aufträge und institutionelle Vorgaben gebunden, die sich in entsprechenden Erfolgsanforderungen äußern. Um diesen Anforderungen nachzukommen, müssen gleichermaßen strategische wie kommunikative, auf Verständigung ausgerichtete Anteile im Hilfeplanungsprozess aktiviert werden, und die Fachkräfte müssen in der Lage sein, diese Spannung zwischen den beiden tendenziell divergierenden Handlungstypen reflexiv zu handhaben. Für das Erstellen von „Diagnosen“ zeigt sich dies in der Anforderung, bei aller Zielorientierung („strategisches Handeln“) die strukturelle Angewiesenheit auf die Verständigung zwischen den Subjekten darüber, was „der Fall ist“, zu beachten, weil sonst eine Basis für koproduktives Handeln im Hilfeverlauf (und – strategisch kalkuliert – die Wahrscheinlichkeit von Erfolg) nicht hergestellt wird. Dies macht den **begrenzten Expertenstatus des „Diagnostikers“** aus: Er benötigt nicht nur die äußerliche Zustimmung der Adressaten zu seiner „Diagnose“, was nicht selten kaum mehr ist als ein Sich-Einfügen in das Urteil des Experten, sondern er ist im Grundsatz angewiesen auf die Zustimmung auf der Grundlage von Auseinandersetzung und gemeinsamer Problemdefinition.

2. Anforderungen an einen gelingenden Prozess der Entscheidungsfindung

Notwendig ist offenbar eine Form der „Diagnostik“, bei der Wissen erzeugt und Verfahren ermöglicht werden, die in der strukturell unsicheren Situation Handlungsfähigkeit ermöglichen, also Unsicherheit reduzieren, ohne die Illusion von nachdrücklicher Handlungssicherheit hervorzurufen. (**Abbildung 4**)

Um handlungsfähig werden zu können, müssen auf der Grundlage von Wissensbeständen und in sachlich und kommunikativ angemessenen Verfahren nachvollziehbare, fachlich begründbare und für die Beteiligten plausible Hypothesen zum Verstehen dessen, was „der Fall ist“, formuliert werden können. Diese Hypothesen müssen Handlungsoptionen plausibilisieren können und es erlauben, den aus den Hypothesen abgeleiteten Handlungsverlauf zu überprüfen und die Hypothesen dementsprechend fachlich legitimiert im Hilfe- und Erkenntnisprozess zu modifizieren.

¹ Zu dieser für die Hilfeplanung bedeutsamen Unterscheidung s. Hubbertz, K.-P.: Problemlösen und Verstehen. Ein strategisch-kommunikatives Modell beruflichen Handelns in der Sozialen Arbeit. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 2/2002, S. 84-127

Anforderungen an Problemdefinition und Entscheidungsfindung (I):

Handlungsfähigkeit ermöglichen: Unsicherheit reduzieren, ohne Illusion von Handlungssicherheit zu erzeugen

➤ Hypothesen zum Verstehen dessen, was „der Fall ist“:

in sachlich und kommunikativ angemessenen Verfahren nachvollziehbar, fachlich begründet, für verschiedene Beteiligte plausibel

➤ Handlungsoptionen ⇔ Überprüfen von Handlungsverlauf und Hypothesen

Abbildung 4

© Prof. Dr. Joachim Merchel

Die Forderung nach fachlicher Plausibilität der Hypothesen verweist zum einen auf deren Grundlegung im fachlichen Wissen, wodurch eine Hypothesenbildung nach dem banalen Motto des „Versuch und Irrtum“ zu vermeiden ist, weil sie angesichts der Ernsthaftigkeit der Probleme für das Aufwachsen eines Kindes oder Jugendlichen weder fachlich noch ethisch zu vertreten wäre. Zum anderen steckt in der Forderung die Zumutung, sich über kommunikative Verfahren (der Beteiligung der Adressaten *und* in einer Form der ernsthaften kollegialen Auseinandersetzung) des Plausibilitätsgehalts der Hypothesen zu versichern und somit auch über solche Verfahren sich eine Legitimitätsbasis für die Annahmen und daraus gefolgerten Entscheidungen zu verschaffen.

Sucht man angesichts dieser Anforderungen nach Kriterien, an denen sich eine tendenziell gute „sozialpädagogische Diagnose“ zu orientieren hätte und die als Grundlage für einen Qualitätsdiskurs und für Qualitätsentwicklungsverfahren im Hinblick auf die Hilfeplanung dienen können ¹, so wären insbesondere folgende Aspekte zu berücksichtigen (**Abbildung 5**):

¹ Zu weiteren Aspekten s. Merchel, J.: Qualität im Hilfeplanverfahren. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.), ISA-Jahrbuch zur Sozialen Arbeit 2002. Münster 2002, S. 101-121; um die hier genannten sechs Orientierungen für eine „gute sozialpädagogische Diagnose“ als Qualitätskriterien zu handhaben, bedarf es einer weiteren Konkretisierung und insbesondere einer Überführung in tragfähige und überprüfbare Indikatoren.

Anforderungen an Problemdefinition und Entscheidungsfindung (II):

- (1) Einbezug von Adressaten als „Koproduzenten“
- (2) Differenzierung zwischen Problemsichten Beteiligter
- (3) Zurückhaltende Einstellung gegenüber Geltungsanspruch der erarbeiteten „Diagnose“
- (4) Sorgfältige fachliche Begründung und Plausibilisierung von Hypothesen
- (5) Anwendung diskursiver Verfahren zur Verdeutlichung von Subjektivitäten und methodischer Kontrolle
- (6) Handlungsorientierung: insbes. durch Benennung und plausible Ableitung von Zielen

Abbildung 5

© Prof. Dr. Joachim Merchel

- (1) Die Adressaten sind als „Koproduzenten“ sowohl für den Vorgang der Problemdefinition und Entscheidungsfindung als auch bei der Gestaltung und Evaluation der Hilfe einzubeziehen. Dies bedarf einer Haltung der Fachkräfte gegenüber den Adressaten, die diese nicht primär als Informationslieferanten ansieht, sondern als Mitkonstrukteure von Problemdefinitionen und Handlungskonzepten. Schon hier kann man die skeptische Frage stellen: Ist der „Diagnose“-Begriff mit seinen Assoziationen in Richtung Expertentum auf die Herausbildung und Unterstützung einer solchen Haltung ausgerichtet?
- (2) Bereits beim „diagnostischen“ Teil der Hilfeplanung ist zu differenzieren, was für die einzelnen Beteiligten und was für die Fachkraft jeweils das Problem ist. Die in vielen Hilfeplanformularen anzutreffende Kategorie „Problem aus der Sicht der Familie“ vermeidet solche Differenzierungen, in dem sie „die Familie“ als Träger einer Problemsicht macht und nicht die divergierenden und differenzierenden Problemsichten einzelner Familienmitglieder und deren Bedeutung für die Konstituierung eines Problems in den Blick nimmt.¹ Wird eine Differenzierung der Problemsichten bereits zum Bestandteil des Prozessbeginns, dann steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die differenzierende Sicht auch in den Gestaltungsvorgängen zum weiteren Hilfeverlauf aufrechterhalten wird.

¹ Das von Ader/ Thiesmeier (Kollegiales Fallverstehen und Fallkonsultationen als Instrumente sozialpädagogischer Analyse und Deutung. In: Henkel, J./ Schnapka, M./ Schrappner, Ch. (Hrsg.), Was tun mit schwierigen Kindern? Sozialpädagogisches Verstehen und Handeln in der Jugendhilfe. Münster 2002, S. 76-96) bzw. Schattenhofer/ Thiesmeier (Kollegiale Beratung und Entscheidung – Die Inszenierung einer Diagnose. In: Ader, S./Schrappner, Ch./ Thiesmeier, M. (Hrsg.), Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster 2001, S. 62-69) beschriebene Vorgehen der Fallinszenierung in der Gruppe macht eine solche Differenzierung zu einem wichtigen Bestandteil des Fallverstehens.

- (3) Die Fachkräfte benötigen eine zurückhaltende Einstellung gegenüber dem Geltungsanspruch (oder gar „Wahrheitsanspruch“) der erarbeiteten „Diagnose“. Sie müssen sich leiten lassen von dem Bewusstsein der Relativität des als bedeutsam Erkannten. Daraus folgt die methodische Anforderung, sich an der Prozesshaftigkeit und der kontinuierlichen Evaluationsbedürftigkeit des Diagnosevorgangs auszurichten. Dies mag für die Zieldefinition und für die Durchführung der Hilfe von vielen Fachkräften noch als selbstverständlich angesehen werden, jedoch weit weniger für den Teil des Prozesses, der als „Diagnose“ verstanden wird. Denn schließlich meint man am Anfang erkannt zu haben, was „der Fall ist“, und die Frage, ob denn diese anfänglichen Annahmen sich als tragfähig erwiesen haben, geht im Alltag der Fallbearbeitung häufig unter.
- (4) Hypothesen zum Problemverstehen und zur Konzipierung einer „angemessenen Hilfe“ müssen sorgfältig fachlich begründet sowie gegenüber den Adressaten und gegenüber anderen Beteiligten (Teamkollegen, Fachkräfte des leistungserbringenden Dienstes beziehungsweise der leistungserbringenden Einrichtung, gegebenenfalls einbezogene Dritte wie zum Beispiel Lehrer oder andere Bezugspersonen des Kindes/ Jugendlichen) plausibilisiert werden. Dabei ist das der Hypothesenbildung zugrunde gelegte fachliche Wissen transparent zu machen.
- (5) Angesichts der strukturellen Unsicherheiten, die in der Aufgabe der Diagnoseerstellung bei sozialpädagogischen Kontexten enthalten sind, sowie angesichts der Perspektivenvielfalt und der unausweichlichen Einseitigkeit und Subjektivität von diagnostizierenden Betrachtungsweisen bedarf es der Anwendung diskursiver Verfahren, um Subjektivitäten transparent zu machen und methodisch zu kontrollieren. Mit „Verfahren“ sind methodisch strukturierte, innerhalb der Organisation verankerte und verlässlich praktizierte Vorgänge des fachlichen Diskurses über einen „Fall“ und dessen „Diagnose“ gemeint; Formen des eher zufälligen, des methodisch unstrukturierten oder des mit mangelnd intensiver inhaltlicher Auseinandersetzung einhergehenden Kollegengesprächs werden dieser Anforderung nicht gerecht.
- (6) „Diagnosen“ im Rahmen des institutionellen Kontextes der Erziehungshilfe haben immer einen praktischen Zweck und müssen handlungsorientiert sein. Sie müssen von einem strategischen Impuls geleitet werden. Der Grad der Handlungsorientierung von „Diagnosen“ wird insbesondere erkennbar im Benennen von Zielen, die mit dem gewählten Hilfe-Arrangement erreicht werden sollen, und in der plausiblen Ableitung solcher Ziele aus dem dokumentierten Verständnis des Falles, also aus den schriftlich niedergelegten und begründeten Hypothesen. Damit reduziert sich zum einen die Willkürlichkeit und die Allgemeinheit von Zieldefinitionen, wie sie noch in vielen Hilfeplänen zu finden sind, und zum anderen wird damit die strategische Bedeutung von „Diagnosen“ in den Mittelpunkt gerückt, weil der Zweck der Hilfestaltung einer „diagnostischen Neugier“ Grenzen setzt.

Neben diesen Anforderungen müssen für ein Gelingen des „Diagnose“-Prozesses zwei Spannungsfelder ausbalanciert werden, in dem sich die Hilfeplanung bewegt (**Abbildung 6**):

Anforderungen an Problemdefinition und Entscheidungsfindung (III):

Ausbalancierung zweier elementarer Spannungsfelder:

- Spannung zwischen
 - erforderlicher Gründlichkeit der Hypothesenbildung einerseits und
 - begrenzter Zeit und entsprechendem Handlungsdruck andererseits
- Divergenz zwischen fachlicher Logik und administrativer Logik bei der Fallbearbeitung

Abbildung 6

© Prof. Dr. Joachim Merchel

- *die Spannung zwischen der erforderlichen Gründlichkeit der Hypothesenbildung einerseits und der begrenzten Zeit mit dem daraus folgenden Handlungsdruck andererseits.* Die „Diagnose“ vollzieht sich immer in Organisationen, die den an sie gerichteten Handlungsanforderungen mit begrenzten Ressourcen nachkommen müssen. Ferner setzt häufig die Problemsituationen die Handelnden einem Aktionsdruck aus, der der eigentlich gewollten Gründlichkeit beim Fallverstehen Grenzen setzt. Manche Komplexität, die Jugendämtern in Diagnosebögen zum Zwecke der Informationssammlung vorgeschlagen wird – wie zum Beispielder vom Bayerischen Landesjugendamt erstellte Katalog mit 221 Merkmalen, bei denen die Fachkräfte jeweils Ressourcen und Risiken abschätzen sollen¹ –, ist von den Fachkräften kaum bearbeitbar oder die Komplexität des Diagnosekataloges wird sinnwidrig so verarbeitet, dass man die einzelnen Kategorien nur noch nacheinander abhakt, ohne daraus Erkenntnisse und Handlungsperspektiven zu gewinnen. Verfahren wie die biografische Analyse mittels narrativer Interviews sind für die qualitative Sozialforschung verwendungsfähig, bieten aber nur dann für die Praxis anschlussfähige Modelle, wenn sie methodisch so umgeformt werden, dass sie angesichts der institutionellen Bedingungen praktisch nutzbar gemacht werden.
- *die Divergenz zwischen fachlicher Logik und administrativer Logik bei der Fallbearbeitung.* Wenn die Fallbearbeitung lediglich in der fachlichen Logik der Profession betrachtet wird, nach der Problemkonstellationen, Entwicklungsperspektiven sowie die Optionen und Risiken einzelner Hilfe-Arrangements erkundet und dargestellt werden, so wird ein wesentlicher Aspekt ausgeklammert. Die „Diagnose“ muss auch so verfasst und ein Fall muss so dargestellt werden, dass die beab-

¹ Bayerisches Landesjugendamt: Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. München 2001

sichtigte Maßnahme innerhalb der Organisation möglichst problemlos bewilligt werden kann. Diese Anforderung erhält insbesondere dann eine hervorgehobene Bedeutung, wenn eine vom jeweiligen Team abgehobene Ebene („Fallkonferenz“ im Jugendamt, Person in der Abteilungsleitung oder Jugendamtsleitung) letztlich aufgrund der Plausibilität einer „Diagnose“ die Hilfe bewilligen muss. Da die administrative Logik die organisationsintern wirkenden Kategorien, Interpretations- und Bewertungsmuster und Bewertungsmechanismen verfolgen muss, taugt sie in der Regel kaum zur fachlichen Fallreflexion im Prozess. Angesichts dieser Divergenz müssten eigentlich beide Elemente, die fachliche Reflexion und die administrative Ausrichtung eines Falles zwei Formen von Dokumentationen beziehungsweise „Akten“ erfordern: eine „Verwaltungsakte“ und ein „Fallreflexionsdokument“¹ – eine Perspektive, die jedoch allein bei den zeitlichen Bedingungen, unter denen die ASD-Fachkräfte in den Jugendämtern arbeiten müssen, nur schwer zu realisieren sein wird. Somit müssen die Fachkräfte andere Formen finden, in denen sie die Spannung zwischen fachlicher und administrativer Logik bei ihrer Entscheidungsfindung bewältigen und die dabei auftretenden fachlichen Verluste so gering wie möglich halten.

3. Zum Begriff „Diagnose in der Erziehungshilfe

Nach den Erwägungen zu den Eigenheiten der Anforderung, zu einer fachlich angemessenen Problemdefinition und zu einer darauf ausgerichteten Hilfe-Entscheidung zu gelangen, wäre über die Frage nachzudenken, mit welchem Begriff diese Eigenheiten sprachlich möglichst präzise abgebildet werden können. Dabei sind insbesondere zwei Aspekte zu bedenken:

- Jeder Begriff verkürzt die Komplexität des Vorgangs auf eine Formel, wobei diejenige sprachliche Formel zu bevorzugen ist, die bei denjenigen, die diese Formel verwenden und die mit dieser Formel konfrontiert werden, Vorstellungen auslöst, die dem Charakter des komplexen Vorgangs möglichst nahe kommen.
- Jeder Begriff hat sowohl eine explizite Bedeutung, bei der etwas sachlich beschrieben oder charakterisiert werden soll, als auch eine implizite, konnotative Bedeutung, bei der über die sachliche Kommunikationsebene hinaus weitere Kommunikationsinhalte emotionaler Art oder Kommunikationsinhalte aus dem sprachlichen Umfeld mit transportiert werden. Jeder Begriff trägt also mit seinen potenziellen konnotativen Gehalten eine komplexe „Kommunikationsgeschichte“ mit sich (man prüfe bei sich zum Beispiel, welche Assoziationen Begriffe wie „Hospitalismus“, „Verwahrlosung“, „Sachverhaltsvermittlung“ etc. auslösen). Da man gleichzeitig nur selten Begriffe neu schöpft, sondern auf in der Alltagssprache vorhandene Begriffe zurückgreift, muss man mit den bisher aufgebauten konnotativen Bedeutungsgehalten kalkulieren, mit denen diese Begriffe durch die jeweiligen Verwendungskontexte aufgeladen sind.

Wir bewegen uns also auf der Ebene der Semantik, bei der Probleme der Verständigung und des Verstehens gleichermaßen die expliziten wie auf der konnotativen, impliziten

¹ vgl. auch Heiner, M.: Diagnostik, psychosoziale. In: Otto, H.-U./ Thiersch (Hrsg.), Handbuch Sozialarbeit/ Sozialpädagogik. 2. Aufl. Neuwied/ Kriftel 2001, S. 253-265, hier S. 261

Bedeutungsgehalten einschließen. Somit sind hier auch sprachstrategische Kalküle eingeschlossen.

Man kann den Vorgang der Problemdefinition und Entscheidungsfindung in der Erziehungshilfe mit dem Begriff „Diagnose“ belegen und die Spezifität des Sozialpädagogischen dadurch hervorzuheben versuchen, dass man das entsprechende Adjektiv beifügt und eine „sozialpädagogische Diagnose“ proklamiert in der Hoffnung, dass diese als von der Diagnose in anderen Handlungsfeldern (Medizin, Psychotherapie, Technik) merklich abgehoben wahrgenommen wird. Da Begriffe einerseits Bewusstsein widerspiegeln und andererseits Bewusstsein gestalten (irritieren, festigen oder nuancieren) und da der Begriff „Diagnose“ als ein mit technischem Denken infizierter Begriff entsprechende Vorstellungen auslöst, ist es fraglich, ob man das Spezifische, das dem fallbezogenen Erkennens- und Verstehensprozess in der Sozialpädagogik eigen ist, mit dem Diagnosebegriff angemessen zu erfassen beziehungsweise für Interaktionspartner angemessen abzubilden vermag.

Bei der sprachstrategischen Abwägung zum Diagnosebegriff in der Erziehungshilfe werden zwei Plädoyers eingebracht:

- Für eine Verwendung und Vereinnahmung des Diagnosebegriffs auch in der Sozialpädagogik werden professionspolitische Gründe ins Feld geführt. In der Orientierung am Diagnosebegriff wird die Chance gesehen, „dass die Weiterentwicklung einer eigenständigen psychosozialen Diagnostik einen wichtigen Beitrag zur Professionalisierung des Berufes leisten wird“¹. Schließlich, so der häufige Hinweis, habe bereits Alice Salomon im Jahr 1926 die kategorialen und berufspolitischen Grundlagen für eine selbstbewusste Proklamation einer „sozialen Diagnose“ gelegt, und mit dem Diagnosebegriff würde auf die methodischen „Traditionsbestände“ der Sozialen Arbeit aufmerksam gemacht.² Wenn fachliches Wissen offensiv in die Fallbeurteilung eingebracht werde und wenn eine solche Form der Vorbereitung und der begleitenden Reflexion des Interventionsprozesses mit dem in anderen Professionen gebräuchlichen Diagnosebegriff verbunden werde, seien merkliche Professionsgewinne im Handeln und im öffentlichen Ansehen zu erreichen. Mit diesem Plädoyer einher geht die Aufforderung, den Diagnosebegriff nicht allein anderen Professionen zu überlassen, sondern ihn als positiv besetztes Etikett auch für eigene Handlungsvorgänge zu reklamieren und ihn entsprechend in der Variante der „sozialpädagogischen Diagnose“ offensiv zu nutzen.³
- Gegen die Verwendung des Diagnosebegriffs wird der Einwand erhoben, dass der Begriff nicht semantisch offen und mit einer Tradition belegt sei, die das, was das Besondere am Entscheidungsprozess in der Hilfeplanung ausmacht, nicht annähernd abzubilden vermöge. Angesichts der weitgehend stabilen semantischen Festlegungen im Diagnosebegriff, die auch über einige Zeit die Vorstellungen innerhalb der Jugendhilfe geprägt haben, wird für eine Anwendung von diesem Begriff und für die Suche nach einem anderen Begriff plädiert, der das Spezifi-

¹ Heiner, in: Otto/ Thiersch 2001 (FN 10), S. 254

² Uhlendorff, U.: Sozialpädagogisch-hermeneutische Diagnosen in der Jugendhilfe. In: Thole, W. (Hrsg.), Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Opladen 2002, S. 577-588, hier S. 587

³ vgl. auch Bayerisches Landesjugendamt 2001 (FN 9), S. 5 f.

sche dieses Vorgangs im Bereich der Erziehungshilfe besser zum Ausdruck bringen vermag.¹

Gegen die Verwendung des Diagnosebegriffs spricht seine alltagsweltliche Festlegung, angesichts derer die sprachstrategische Hoffnung wenig Erfolg versprechend erscheint, man könne den Diagnosebegriff in der Variante der „sozialpädagogischen Diagnose“ bezüglich seines Bedeutungsgehaltes ausweiten, ihn auf diese Weise für die Spezifika des Handelns der eigenen Profession proklamieren und ihn wirkungsvoll gleichsam „gegen den Strich bürsten“. Die Semantik des Diagnosebegriffs wird geprägt durch Assoziationen in Richtung einer unmittelbaren Verkoppelung von Diagnose und Therapie, und auch die expertokratische und die naturwissenschaftliche Gebundenheit des Begriffs werden alltäglich bestätigt durch vielfache Konfrontationen mit der „Diagnose“ eines Arztes. Es spricht für einen sehr großen, eigentlich unrealistischen Optimismus, diese semantische Aufladung des Diagnosebegriffs, deren Relevanz durch vielfältige Vorgänge des Alltags immer wieder neu bestätigt wird, aufweichen oder variieren zu können. Pies/Schrappner weisen ferner auf eine mögliche fatale Auswirkung der Orientierung an einer wenig reflektierten Diagnoselogik hin: die falsche, in der Semantik des Diagnosebegriffs verstärkte Suggestion, man könne sich von einem Fall „distanzieren“, sich also mit Hilfe eines diagnostischen Instrumentariums von der Notwendigkeit des persönlichen Sich-Einlassens auf einen Fall und von der Reflexion des ambivalenten Vorgangs von Distanznahme und persönlichem Sich-Einlassen befreien.²

Eine weitere problematische Variante der Diskussion tritt zutage, wenn, wie in den Empfehlungen des Deutschen Vereins, die professionsförderliche Wirkung erhöht werden soll, wenn nicht nur „Diagnosen“ gefordert werden, sondern sogar „einheitliche standardisierte Diagnoseverfahren“ proklamiert werden, durch deren Einführung in den Kommunalen Sozialdienst eine Art „Qualitätssicherung“ vollzogen werden soll.³ Angesichts der Notwendigkeit von individueller und situationsadäquater flexibler Ausrichtung von Hilfestellungen in der Sozialen Arbeit wären solche Formen von „Standardisierung“ auch im Bereich der „Diagnostik“ höchst problematisch, insbesondere dann, wenn man den Begriff „Standardisierung“ unkommentiert stehen lässt und ihn der Assoziationsvielfalt der Kommunikationspartner aussetzt.⁴ Zur Fairness gegenüber den Autoren der Empfehlungen des Deutschen Vereins sei allerdings vermerkt, dass die Ausführungen, die nach der zitierten Forderung folgen, erfreulicherweise weniger „standardisiert“ im Sinne einer genau festgelegten Folge von Handlungsschritten strukturiert sind.

¹ s. Merchel, J.: Von der psychosozialen Diagnose zur Hilfeplanung. Aspekte eines Perspektivenwechsels in der Erziehungshilfe. In: Institut für soziale Arbeit (Hrsg.), Hilfeplanung und Betroffenenbeteiligung. Münster 1994, S. 44-63; Merchel, J.: Hilfeplanung bei den Hilfen zur Erziehung § 36 SGB VIII. Stuttgart u.a. 1998

² Pies, S./ Schrappner, Ch. (2003): Fachlichkeit im Hilfeplanprozess. Fachliche Standards und Qualitätsentwicklung als Element professioneller Identität. In: Forum Jugendhilfe 1/2003, S. 51-62, hier S. 59

³ Deutscher Verein 2004 (FN 4), S. 7

⁴ zur Bewertung der aktuellen Forderungen nach „Standards“ in der Sozialen Arbeit s. Merchel, J.: Der Ruf nach „Standards“ in der Sozialen Arbeit: sprachliche Intransparenz zwischen Furcht vor Standardisierung und Hoffnung auf Professionalisierung. erscheint in: Blätter der Wohlfahrtspflege 5/2005

Wäre die Formel „sozialpädagogisches Fallverstehen“, wie sie zum Teil in Reinform¹ und zum Teil in der unmittelbaren Verkoppelung „sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen“² auftaucht, eine sprachliche Alternative? Auch hier ist unter sprachstrategischen Gesichtspunkten einer in dieser Formel enthaltenen Ambivalenz nicht auszuweichen. Einerseits nimmt die Rede vom „sozialpädagogischen Fallverstehen“ zentrale Charakteristika der Hilfeplanung auf: Diskursivität, das emphatische Bemühen um Verstehen und das persönliche Sich-Einlassen auf den Fall, Prozesshaftigkeit, Hypothesencharakter. Andererseits verleiht die Formel dem Methodischen dieses Vorgangs nur begrenzt Ausdruck und fördert Assoziationen in Richtung eines rein zwischenmenschlichen, alltagsweltlichen „Verstehens“; ferner lässt die Rede vom „Fallverstehen“ das Handlungsorientierte nicht so deutlich werden, es scheint im Bedeutungshorizont nicht unmittelbar auf (so wie „Diagnose“ immer in der Verknüpfung mit der Handlungsweise „Therapie“ gedacht wird). Darüber hinaus geht es immer gleichermaßen um „Verstehen“ einer Situation beziehungsweise einer Problemkonstellation wie auch um handlungsorientierte „Verständigung“.

Bisher hat sich noch kein Begriff herausgebildet, in dem sich die semantischen Risiken merklich reduzieren lassen. Damit bleibt es beim sprachstrategischen Diskurs zur Risikoeinschätzung verschiedener Begriffe angesichts der bewusstseinsprägenden Wirkung von Sprache. Trotz des beabsichtigten Gewinns an professionellem Habitus scheint der Diagnosebegriff das größte Risiko für die langfristige Haltung zu den Prozessen der Hilfeplanung zu beherbergen. Demgegenüber scheint der Begriff des Fallverstehens semantische Gehalte zu transportieren, die sowohl den Charakter des Vorgangs abzubilden als auch das Bewusstsein der Fachkräfte zu treffen vermögen. Doch um den skizzierten semantischen Risiken des Etiketts „Fallverstehen“ zu entgehen, müsste man eigentlich klärende Adjektive hinzufügen. Aber würde die Profession wohl die lange Formel vom „methodischen, handlungsorientierten sozialpädagogischen Fallverstehen“ in ihren Sprachgebrauch integrieren? Oder wäre, wie Heiner/ Schrapper es vorschlagen³, die Formel „diagnostisches Fallverstehen“ zur Charakterisierung des Vorgangs angemessen?

Unabhängig davon, für welchen Begriff man sich letztlich entscheidet: Bei jeder sprachlichen Lösung und bei allen Nutzungen von „diagnostischen Verfahren und Instrumenten“ liegt ein elementarer Aspekt von „Qualität“ in der Haltung der „diagnostizierenden“ Fachkraft. Burkhard Müller hat dies folgendermaßen auf den Begriff gebracht: „Das wichtigste ‚Instrument‘, ohne das alles andere wenig hilft, bleibt allerdings die Person des sozialpädagogischen Diagnostikers selbst. Wenn diese nicht ein selbstbewusstes, gelassenes und von Überheblichkeit freies Verhältnis zu sich selbst und ihrer Arbeit hat, nicht zu ihren Diagnosen stehen und gleichzeitig ertragen kann, dass es mehr gibt als nur *eine* Wahrheit, dann helfen diagnostische Instrumente auch nicht weiter.“ Ein wesentlicher Aspekt von Professionalität liegt dabei in einer speziellen Fähigkeit

¹ Thimm, K. (2002): Fallverstehen in den Hilfen zur Erziehung. In: Unsere Jugend 10/2002, S. 410-417

² Schrapper, Ch. (2003): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen. In: Kreft, D./ Mielenz, I. (Hrsg.). Wörterbuch Soziale Arbeit. 5. Aufl. Weinheim/ Basel/ Berlin (im Erscheinen)

³ Heiner,/ Schrapper, Ch.: Diagnostisches Fallverstehen in der Sozialen Arbeit. Ein Rahmenkonzept. In: Schrapper, Ch. (Hrsg.), Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Weinheim/ München 2004, S. 201-221

zur reflexiven Beobachtung, die auf der von Burkhard Müller skizzierten Haltung beruht: „Aber in der Vielseitigkeit ihrer Beobachtungen sollten sich Sozialpädagogen von Laien unterscheiden und vor allem in der Fähigkeit, die Relativität ihrer eigenen Standpunkte zu beobachten, ohne dabei selbst standpunktlos zu werden. In diesen Fähigkeiten sollten sich Sozialpädagogen von keinen anderen Diagnostikern übertreffen lassen.“¹ Hilft der Diagnose-Begriff, eine solche Haltung auszubilden? Ich bin eher skeptisch!

¹ B. Müller 2004 (FN 4), S. 51 f.

Anforderungen an eine sozialpädagogische Diagnostik, exemplarisch am Beispiel des Forschungsprojektes „Sozialpädagogische Diagnosen familiärer Notlagen und Hilfekonzepte“

PROF. DR. UWE UHLENDORFF

Professor am Institut für Sozialpädagogik, Erwachsenenbildung und Pädagogik der frühen Kindheit der Universität Dortmund

Vor zwölf Jahren haben Klaus Mollenhauer und ich den Begriff „Sozialpädagogische Diagnostik“ in die Fachöffentlichkeit getragen. Damals hat sich nur eine kleine exotische Gemeinde mit diesem Begriff auseinandergesetzt und wir haben nicht damit gerechnet, dass das jetzt auf so ein großes Interesse stößt.

Von Herrn Merchel haben wir etwas über die normativen Vorgaben gehört, die man an Diagnose oder Fallverstehen im Rahmen der Hilfeplanung stellen kann und die ich auch teile. In der Fachdisziplin bleibt oft die Frage offen, *was* wir eigentlich diagnostizieren oder verstehen wollen. Gibt es überhaupt eine sozialpädagogische Terminologie dafür?

Ich möchte meinen Vortrag mit einer Szene aus einer ethnografischen Studie beginnen. Die dort beschriebenen Ereignisse haben, oberflächlich und auf den ersten Blick betrachtet, nichts mit unserem Tagungsthema zu tun. Die Szene stammt aus dem Buch „Die Raupenplage“ von dem Ethnologen Nigel Barley¹. In der Handlung kommt eine Problemstellung zum Ausdruck, mit der wir sehr wohl in der Sozialpädagogik zu tun haben.

Nigel Barley hat als Forscher mehrere Jahre in einem abgelegenen afrikanischen Dorf im Kamerun bei dem Stamm der Dowayos gelebt. Er beschreibt folgende Begebenheit: Kurz vor der Regenzeit werden die Dorfbewohner von merkwürdigen Plagen heimgesucht. Die gemeinsame Jagd war erfolglos, das Wasserloch ist von Algen verschmutzt und die Geschlechtsorgane der Rinder des Häuptlings sind von Würmern befallen. Das Schlimmste ist jedoch, dass die Hirsernte von einer Raupenplage bedroht ist. Diese Vorfälle haben den Zeitrhythmus der kleinen Dorfgemeinschaft unheimlich durcheinander gebracht. In dieser Situation weiß der Stammesführer einen Rat. Er schaltet einen Wahrsager aus dem Nachbardorf ein und dieser macht sich sogleich an die Arbeit.

Nigel Barley beschreibt diese Person folgendermaßen: „Er trug einen grauen Kittel, er erinnerte wahrhaft an einen Facharzt in einem modernen Krankenhaus.“ Der Schamane versammelt die männliche Dorfbevölkerung um sich und beginnt mit einer systematischen Befragung hinsichtlich der Vorfälle. Dann wendet er das so genannte Zepto-Orakel an, das heißt, der Schamane zerschneidet eine kaktusartige Pflanze in Scheiben, es wird eine Frage gestellt und dabei zwei Scheiben mit den Händen aneinander gerieben. Kleben die Scheiben zusammen, bedeutet das die Verneinung der Frage, zerreißen die Scheiben, heißt das „Ja“.

¹ **Nigel Barley** : Die Raupenplage. Von einem, der auszog, Ethnologie zu betreiben. Aus d. Engl. v. Enderwitz, Ulrich. Stuttgart: Klett-Cotta, 1990. - ISBN: 3-608-93124-4

Mit Hilfe dieser Prozedur kommt der Fachmann zu folgendem Ergebnis: Ein Ahne, dem zu wenig Aufmerksamkeit zuteil wurde, hat die Plagen verursacht. Man muss dazu wissen, dass die Dowayos glauben, die Toten hielten sich in einer Zwischenwelt auf und würden durch eine bestimmte Zeremonie zu Ahnen gemacht. Diese Toten müssten durch Bier und Blutopfer bedacht werden. Schließlich würden sie durch ein bestimmtes Ritual, das von den Dorfbewohnern zu einem bestimmten Zeitpunkt zelebriert wird, zur Wiedergeburt gedrängt.

Die Dorfbewohner schenken nach Barleys Beschreibung dem Schamanen allerdings kein Vertrauen, sie sind skeptisch. Sie vermuten eher, dass die Plagen von einer besonders unbeliebten Person verursacht wurden. Ein zweiter Schamane wird eingeschaltet, die Prozedur wird nach genau denselben Regeln wiederholt. Er kommt zu einem anderen Ergebnis, nämlich zu dem, das die Dorfbewohner auch vermutet hatten: Hinter den bösen Ereignissen steckt eine Frau, die kürzlich verstorben ist und die Dorfbewohner schon zu Lebzeiten geplagt hat. Die Diagnose fand noch in derselben Nacht ihre Bestätigung. Einem Mann erschien die besagte Frau im Traum, um ihm mit einiger Ausführlichkeit ihre Beschwerden vorzutragen. Die Dorfbewohner glauben daran.

Was hat nun diese Geschichte mit unserem Thema „Diagnose in der sozialen Arbeit“ zu tun? Ich meine, dass es sich hier um eine Diagnose handelt. Nigel Barley verwendet selbst diesen Ausdruck. Man kann von Diagnose in mehrfacher Hinsicht sprechen: Eine Problemsituation tritt auf, die von den Beteiligten mit den herkömmlichen Deutungsprozeduren nicht eindeutig geklärt werden kann. Die Beteiligten sind ratlos, wie das Problem zu lösen ist. In dieser Situation schalten sie einen Fachmann ein. Dieser inszeniert nun gemeinsam mit den Betroffenen ein Deutungsritual, das nach bestimmten Regeln abläuft. Bestimmte Vorbereitungen, wie eine Reinigungszeremonie, sind notwendig. Die Informationssammlung, die Erhebung von Daten erfolgt durch gezielte Befragung der Dorfbewohner und mit Hilfe eines Diagnoseinstruments, hier mit den Scheiben des Zepto-Kaktuses, werden Hypothesen gebildet.

Die Herstellung eines Deutungszusammenhangs und die Generierung der Hypothesen erfolgen also nach bestimmten Regeln methodischen Handelns. Interessant ist nun, dass die Ergebnisse der Diagnose nicht bindend sind, die Dorfbewohner haben Zweifel, sie überprüfen die Diagnose im Sinne einer Kontrolle und Verifizierung.

Die Diagnose ist mit einer Prognose verbunden, mit einer Vorhersage, unter welchen Bedingungen und mit Hilfe welcher Handlungen mit einer Veränderung in der Zukunft zu rechnen ist. An die Diagnose schließen sich konkrete Handlungen an, um eine Veränderung herbeizuführen.

Bei den Diagnosen handelt es sich immer um soziale Konstruktionen von Wirklichkeit, die durch bestimmte Techniken herbeigeführt werden und bestimmte Handlungen zur Folge haben. Übrigens wenden die Mediziner der Dowayos das Zepto-Orakel auch bei der Diagnose von Krankheiten an.

Diagnosen sind also keine Wahrheitsfindungsverfahren moderner Gesellschaften und schon gar nicht der Medizin. Diagnosen gab es bereits vor der Medizin, beispielsweise in der Astrologie. Unsere heutigen Diagnosen, die in der Medizin, Psychiatrie und in der Sozialen Arbeit angewandt werden, und das werden sie seit den 20er Jahren, unter-

scheiden sich nicht wesentlich von der hier beschriebenen Deutungsprozedur. **Diagnosen sind regelgeleitete soziale Konstruktionen der Wirklichkeit, mit der Absicht, einen Sachverhalt zu klären und dessen weitere Entwicklung im Sinne einer Prognose vorauszusagen.** Diagnosen funktionieren, weil man an sie glaubt, oder eben auch nicht. Unsere Nachfahren werden sich über unsere Diagnosemethoden genauso amüsieren wie wir uns über die Deutungsrituale der Dowayos oder die Interpretation von Vogelflügen im alten Rom.

Hypothesen

Im Folgenden möchte ich auf die intellektuellen Ratespiele unserer Disziplin, also der Sozialpädagogik, eingehen. Vorweg möchte ich meine Hypothesen formulieren:

- 1. Die Soziale Arbeit hat im Verlauf ihrer Geschichte Diagnosen hervorgebracht oder sich unterschiedlicher Diagnoseformen bedient, die oft in Konkurrenz zu einander standen und sich dadurch behindert haben.** Beispielsweise hat man in den 20er Jahren im Hamburger Jugendamt mit einer sozialpädagogischen Diagnose gearbeitet, die in Konkurrenz zu einer psychiatrischen Diagnose stand. Den Grund für diese Konkurrenz sehe ich darin, dass in der sozialen Arbeit unterschiedliche Professionen tätig sind oder auf sie einwirken und mit sich ihrem fachspezifischen Ratespiel Vorteile ihrer Profession und Einfluss ihrer Disziplin auf das Arbeitsfeld erhoffen. Die Geschichte der Jugendhilfe lässt sich am Beispiel der Diagnose als eine Geschichte von Professionskämpfen beschreiben.
- 2. Diagnosen sollen die Hoffnung erfüllen, sozialpädagogisches Handeln planbar zu machen und Rationalitätskriterien zu unterwerfen.** Allerdings geht sozialpädagogisches Handeln in der Praxis darin nicht auf. Sozialpädagogisches Handeln und professionelle Entscheidungen bleiben mit Unwägbarkeiten behaftet. Pädagogische Handlungsfelder und administratives Handeln, das sich auf dieses Feld bezieht, tragen immer auch irrationale Momente in sich. Dies hängt, denke ich, mit der Eigenheit pädagogischer Handlungsfelder zusammen.

Das sei vorweg gesagt, um vielleicht allzu hohen Erwartungen an Diagnosen im Hinblick auf Rationalisierungsbestrebungen in der Jugendhilfe entgegenzuwirken. Sozialpädagogische Diagnosen sollte man auch nicht auf die Hilfeplanung reduzieren. Das ist ein Bereich, in dem wir es mit Fallverstehen zu tun haben. Es gibt andere Bereiche, wo Diagnosen oder Fallverstehen erforderlich sind. Ich plädiere für einen pragmatischen Umgang mit Diagnosen.

Das Profil einer sozialpädagogischen Familiendiagnose

Ich möchte Ihnen im Folgenden das Profil einer sozialpädagogischen Familiendiagnose skizzieren, die im Rahmen eines zweieinhalbjährigen Projektes¹ entstanden ist.

¹ „Familien in der Jugendhilfe – Sozialpädagogische Diagnosen familiärer Notlagen und Hilfekonzepte. Ein Projekt der Internationalen Gesellschaft für erzieherische Hilfen (IGfH). Laufzeit: 1. September 2002 bis 28. Februar 2005

1. Theoretische und empirische Grundlagen der Familiendiagnose

Warum brauchen wir eine Grundlagenforschung im Bereich der Jugendhilfe und im Bereich der Diagnose? Das Besondere des Einzelfalls lässt sich gerade dann am besten erkennen, wenn man ihn in Bezug zum Allgemeinen setzt. Das impliziert eigentlich auch der Begriff „Diagnose“, er heißt übersetzt „auseinander erkennen, unterscheiden“. Bei einer Diagnose versuche ich, den Einzelfall auf etwas Allgemeines, auf Begrifflichkeiten und Kategorien zu beziehen. Dabei erkenne ich das Besondere des Einzelfalls. Diagnostizieren bedeutet also, dass ich Informationen und Merkmale sammle, deute beziehungsweise interpretiere und sie mit Begriffen und Kategorien in Bezug setze, Ähnlichkeiten und Unterschiede feststelle.

Es ist ein falsches Verständnis von Diagnose, zumindest in unserem Bereich, wenn man davon ausgeht, dass man die Merkmale des Einzelfalls unter Begriffe oder bestimmte Kategorien subsumiert. Wenn man Hilfeplangespräche oder Fallgespräche untersucht, wird man feststellen, dass wir als Praktiker immer dazu neigen, subsumtionslogisch zu denken. Das ist mit sozialpädagogischer Diagnose, so wie ich sie verstehe, jedoch nicht gemeint. Es ist vielmehr ein Hin- und Herbewegen zwischen allgemeinen Begriffen, mit denen wir operieren, und der Besonderheit des Einzelfalls.

Das setzt eine Grundlagenforschung voraus, wo man Begrifflichkeiten und Kategorien einer Diagnose in der Sozialpädagogik erst einmal definiert. Eine Diagnose kommt ohne Kategorien nicht aus. Außerdem geht es um Analysedimensionen. In welchen Bereichen versuche ich die Regelvorgaben inhaltlich zu beschreiben, wenn ich ein Problem benenne und mit der Familie aushandle?

Ziele des Projektes

Das Projekt ist von der Stiftung Deutsche Jugendmarke gefördert worden. Träger war die Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (IGfH). Es wurde in Kooperation zwischen der Universität Kassel, der Universität Osnabrück und dem Brandenburgischen Institut für Familientherapie sowie Trägern in Hamburg, Brandenburg und Hessen durchgeführt.

1. Erstes Ziel des Projektes war, typische Belastungssituationen und familiäre Problemlagen zu beschreiben, typische Deutungsmuster zu ermitteln, die Selbstdeutungen der Familien zu analysieren.
2. Ein zweites Ziel dieses Forschungsansatzes war es, sozialpädagogische Aufgabstellungen zu beschreiben, Aufgabentypen zu finden.
3. Als drittes Ziel haben wir formuliert, Musterhilfepläne zu erstellen, Verbesserungsvorschläge für die bestehende Angebotsstruktur zu machen.
4. Das vierte Ziel war die Entwicklung einer Konzeption eines sozialpädagogischen Familiendiagnosemodells.

Arbeitsschritte und Methoden

Bei dem Forschungsprojekt haben wir insgesamt 76 Familien in Hessen, in Brandenburg und in Hamburg und im Raum Osnabrück interviewt, die von den Allgemeinen Sozialen Diensten oder von anderen Bereichen im Rahmen der Hilfen zur Erziehung betreut werden.

Es wurde ein breites Spektrum von unterschiedlichen Familien einbezogen. Die **Abbildung 1** gibt eine Übersicht über die Fälle.

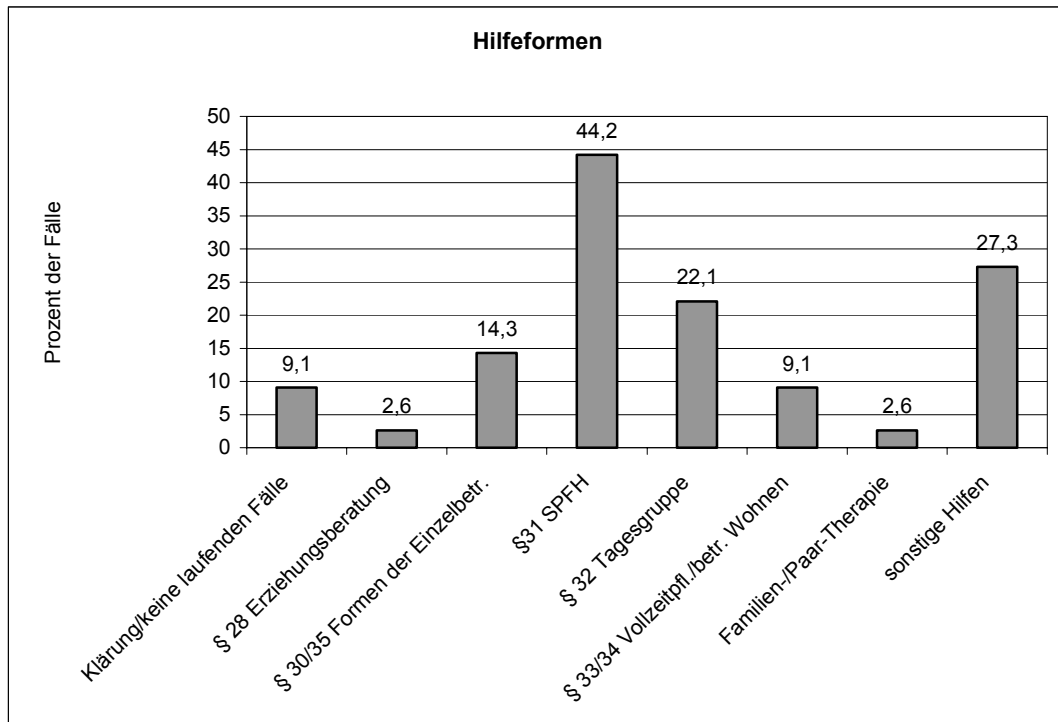


Abbildung 1

© Prof. Dr. Uwe Uhlenhorff

Die befragten Familien setzten sich aus unterschiedlichen Familienformen zusammen (**Abbildung 2**).

Wir haben die Interviews nach einem **Leitfaden** durchgeführt. Die Fragen beziehen sich sehr stark auf den Alltag, auf die biografischen Erfahrungen und auch auf die Zukunftsperspektiven der Familien. Wir haben die Familienmitglieder einzeln interviewt, die Mutter, den Vater und die Kinder, soweit sie auf Grund ihres Alters dazu in der Lage waren.

Das Projekt lehnt sich an die klassische qualitative Sozialforschung an. Die Arbeitsschritte des Projektes sind in **Abbildung 3** aufgelistet. Wir haben die Interviews transkribiert. Wir haben das über 4.000 Seiten umfassende Material themenbezogen ausgewertet. Daraufhin wurden 40 Fallprofile entwickelt. Die Fälle wurden verglichen, es wurden Synopsen erstellt. Anschließend wurden sie einer Clusteranalyse unterzogen.

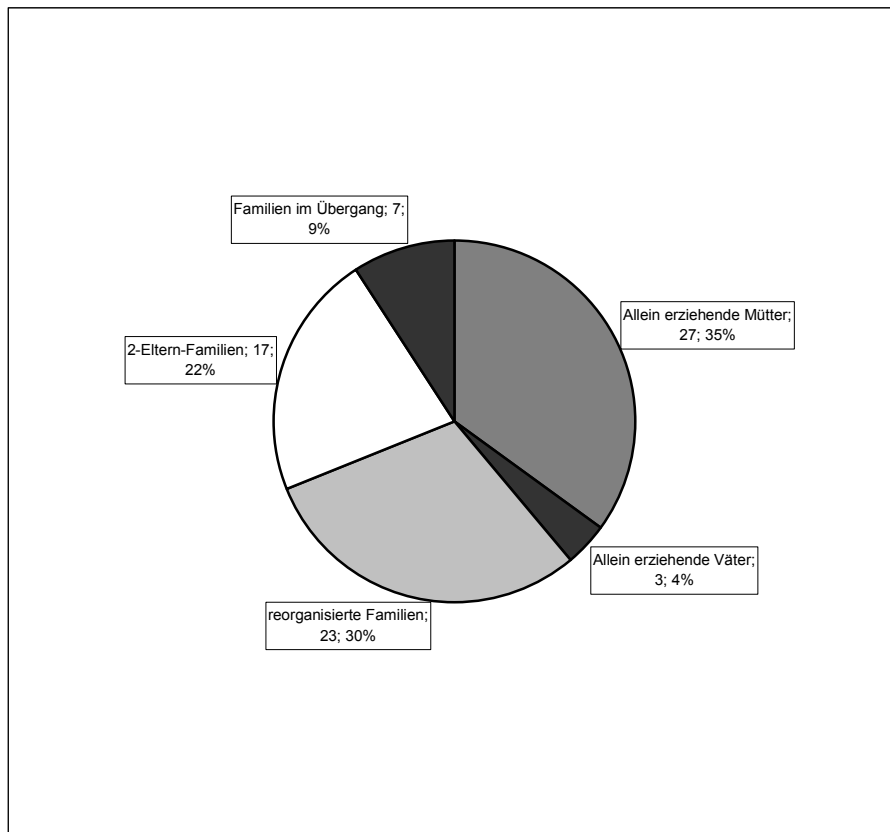


Abbildung 2

© Prof. Dr. Uwe Uhlendorff

Forschungsmethode – Auswertungsschritte

1. Entwicklung und Erprobung von Interviewleitfäden
2. Durchführung der Interviews, Aufnahme auf Tonband
3. Transkription der Interviews
4. Themenbezogenes Codieren aller Interviews nach 13 Auswertungskategorien
5. Erstellen von 40 „Fallskripten“
6. Überprüfung der Auswertungskategorien – Reduktion auf 12 Auswertungskategorien
7. Erstellen von Synopsen zu den Auswertungskategorien
8. Bildung von Merkmalsräumen
9. Zuordnung aller Fälle zu den Merkmalsräumen
10. Analyse und inhaltliche Beschreibung von Deutungsmustern mit Hilfe der Merkmalsräume
11. Zuordnung aller Einzelfälle zu den Deutungsmustern
12. Computerunterstützte, explorative Clusteranalysen
13. Identifikation von 5 Clustern (Eltern-/erwachsenenbezogene Hilfethematiken) mit 16 Unterclustern (Eltern-/erwachsenenbezogene Konfliktthemen)
14. Identifikation von 6 Clustern (Familienbezogene Aufgabentypen)

Abbildung 3

© Prof. Dr. Uwe Uhlendorff

Die Kodierung und Auswertung des Materials erfolgte nach 13 Auswertungskategorien (**Abbildung 4**). Ziel war es nicht, Familie zu typisieren, sondern bestimmte Erfahrungsdimensionen des Familienalltags, das heißt die Typen beziehen sich auf ganz bestimmte Alltagskategorien, auf bestimmte Lebensbereiche der Familien. Diese Kategorien sind letztlich auch für das Diagnosemodell bedeutsam.

Auswertungskategorien
1. Biografische Erfahrungen und Familiengeschichte
2. Sozioökonomische Rahmenbedingungen
3. Erfahrungen mit öffentlichen Institutionen
4. Einbindung in informelle Unterstützungs- und Helfersysteme
5. Aktuell relevante sozialpädagogische und therapeutische Belastungen der Familienmitglieder
6. Familiäre Arbeitsteilung
7. Familiäre Zeitstruktur
8. Kindererziehung
9. Selbstbilder und Personenentwürfe
10. Familiäre Interaktionserfahrungen, Fürsorgemuster, Bindungen
11. (Allgemeine Normen und Werte)
12. Partnerschaftskonzepte
13. Subjektiver Hilfeplan

Abbildung 4

© Prof. Dr. Uwe Uhlendorff

Bei den Auswertungskategorien 6 bis 13 handelt es sich um solche, die aus sozialpädagogischer Sicht relevant sind. Viele Konflikte ergeben sich in der Familie bei der Arbeitsteilung, das war eine wichtige Hypothese, die sich bestätigt hat. Die familiäre Arbeitsteilung ist eine sehr zentrale Kategorie unserer Grundlagenforschung und auch der Falldiagnose. Die familiäre Zeitstruktur (vgl. 7.), wie der Alltag oder das Wochenende der Familie strukturiert ist, sowie Fragen der Kindererziehung (vgl. 8.) – Erziehungskonzepte der Eltern, Erziehungsprobleme, Erziehungs- und Lernerfolge der Kinder – sind ebenso wichtige Kategorien.

Die Selbstbilder und Personenentwürfe (vgl. 9.) geben an, wie die einzelnen Familienmitglieder sich selbst beschreiben, bezogen auf ihren familiären Kontext, ihrer Rolle als Mutter, als Vater, älterer Bruder, jüngere Schwester etc.

Eine sehr zentrale theoretische Annahme ist, dass wir es in der Familie mit Formen der Sorge zu tun haben, der Sorge um sich selbst und um den anderen. Daher haben wir die familiären Interaktionserfahrungen, Fürsorgemuster und Bindungen (vgl. 10.) in den Familien untersucht und berücksichtigen dies auch bei den Falldiagnosen.

Die Kategorie „Allgemeine Normen und Werte“ (11.) war später für uns nicht relevant. Wir haben sie daher gestrichen. Die allgemeinen Normen und Werte sind in den anderen Kategorien enthalten.

Unter der Kategorie „Partnerschaftskonzepte“ (12.) haben wir die Vorstellungen der Familienmitglieder von Partnerschaft verstanden. Gerade bei allein Erziehenden gibt es sehr unterschiedliche Partnerschaftskonzepte, die teilweise zu Konflikten führen können, weil sich das eigene vielleicht nicht mit dem Partnerschaftskonzept des neuen Partners deckt.

Wir sind von der Hypothese ausgegangen, dass die Familien subjektive Hilfepläne haben (vgl. 13.). Sie haben Vorstellungen darüber, wie die Probleme zu lösen sind, und zwar nicht nur bezogen auf das Jugendamt und auf die Hilfen zur Erziehung, sondern allgemein auf alle Probleme in der Familie.

Diese Kategorien sind die Begrifflichkeiten, mit denen wir später in der Familiendiagnose operieren.

Der erste Schritt der Analyse bestand darin, dass wir Typen auf der Ebene der **Selbstdeutungen** gebildet haben. Ein Deutungsmuster ist letztlich auch ein Typ. Wir haben versucht, Selbstdeutungsmuster in den 12 Kategorien zu analysieren. Im Zentrum stand dabei die Frage: Was sind typische Selbstdeutungsmuster, bezogen auf biografische Erfahrungen, familiäre Arbeitsteilung, familiäre Zeitstruktur etc.?

Es ist ein sehr aufwändiges Verfahren, bei 76 Familien, die sehr ausführlich über ihre Alltagsprobleme sprechen, in diesen Bereichen zu übersichtlichen Ergebnissen zu kommen. Bei der Auswertung haben wir mit verschiedenen so genannten **Merkmalsräumen** gearbeitet, das heißt verschiedene Merkmale wurden in Bezug gesetzt. Wir haben Hypothesen entwickelt, die wir immer am vorhandenen Material kontrolliert haben. Aus den 49 Deutungsmustern möchte ich Ihnen einige vorstellen.

Bei der Kategorie „Biografische Erfahrungen“ haben wir drei interessante Deutungsmuster gefunden (**Abbildung 5**). Es gibt Familien beziehungsweise Einzelpersonen, die ihr Leben als eine durchgängige Leidensgeschichte beschreiben. Es waren insgesamt 29 Familien, bei denen dieses Muster überwiegt, bei einem oder bei beiden Partnern. Das Leben wird als eine Kette ständig neuer Belastungen und Probleme beschrieben.

Erfahrungsdimension „Biografische Leidensmuster“	
<u>Deutungsmuster:</u>	
1. Das Leben als durchgängige Leidensgeschichte	
2. Das Leben als Erfahrung des Scheiterns der eigenen Familiengründung	
3. Das Leben als eine mit Erziehungsproblemen belastete Eltern-Kind-Beziehung	

Abbildung 5

© Prof. Dr. Uwe Uhlenhorff

Eine zweite Gruppe von 22 Familien beschreibt das Leben als eine Erfahrung des Scheiterns der eigenen Familiengründung. Die Kindheit wird noch als relativ glücklich gesehen. Die Probleme beginnen mit der eigenen Familiengründung. Es gibt Trennungen, Scheidungen, Auseinandersetzungen, Konflikte usw. Der Belastungsverlauf der dritten Gruppe (insgesamt 21 Familien) verläuft ab der Familiengründung episodisch. Die Belastungen beziehen sich in erster Linie auf ein Kind.

Bei den Belastungen haben wir drei Muster gefunden (**Abbildung 6**).

Erfahrungsdimension „Aktuell relevante familiäre Belastungen“	
<u>Deutungsmuster:</u>	
1. Aktuelle Belastungen erwachsenenzentriert	
2. Aktuelle Belastungen kindzentriert	
3. Aktuelle Belastungen zirkulär	

Abbildung 6

© Prof. Dr. Uwe Uhlendorff

Bei dem ersten Muster sind die aktuellen Belastungen erwachsenenzentriert, das heißt die psychosozialen Belastungen werden in erster Linie auf das Elternsystem bezogen. Diese wirken sich erst in zweiter Linie auf das Kindersystem aus: Paarkonflikte und Streitigkeiten haben Auswirkungen auf die Kindererziehungen und erzeugen weitere Probleme in der gesamten Familie. Das war bei 27 Familien der Fall.

Eine zweite Gruppe von Familien beschreibt die Probleme in erster Linie im Kindersystem. Ihren Selbstanalysen zufolge wirken sie sich sekundär auf das Eltern-Kind-System aus. Hier ließen sich ebenfalls 27 Familien zuordnen. In der dritten Gruppe von 20 Familien sind die aktuellen Belastungen in beiden Systemen gleichgewichtig verortet. Die Belastungen sind wie ein Kreislauf und beeinflussen sich gegenseitig.

Ein drittes Deutungsmuster bezieht sich auf die Zeitstruktur (**Abbildung 7**). Eine zentrale Dimension fanden wir in den Zeitkonzepten von Eltern und Kindern/Jugendlichen in der Familie.

Erfahrungsdimension „Familiäre Zeitstruktur“	
<u>Deutungsmuster:</u>	
1. Kindzentriertes Zeitkonzept	
2. Konkurrentes Zeitkonzept	
3. Synchrones Zeitkonzept	
4. Erwachsenenzentriertes Zeitkonzept	

Abbildung 7

© Prof. Dr. Uwe Uhlendorff

Es gibt kindzentrierte Zeitkonzepte, wo die Eltern sich sehr stark auf die Bedürfnisse der Kinder einstellen, aber hinsichtlich ihrer eigenen Bedürfnisse „zu kurz“ kommen. Beim konkurrenten Zeitkonzept versuchen die Eltern ihre eigenen Bedürfnisse und die der Kinder zu berücksichtigen, aber es kommt zu elementaren Konflikten. Bei zehn Familien haben wir ein wünschenswertes synchrones Zeitkonzept, bei dem laut Aussage der Eltern viel gemeinsam in der Familie unternommen wird; die Eltern und auch die Kinder können ihre Vorstellungen ausgewogen verwirklichen. Viertens gibt es ein erwachsenenzentriertes Zeitkonzept, bei dem die Eltern ihre Bedürfnisse in den Vordergrund stellen und die Bedürfnisse der Kinder vernachlässigt werden. Das findet man häufig bei Familien, in den Ablösungsprozesse eine Rolle spielen.

In der Kategorie Erziehungsprobleme (**Abbildung 8**) haben wir vier Deutungsmuster gefunden.

Erfahrungsdimension „Erziehungsprobleme“	
<u>Deutungsmuster:</u>	
1.	„Wir sind uns über die Erziehung der Kinder nicht einig.“
2.	„Ich erziehe inkonsequent.“
3.	„Kinder brauchen Liebe – mir wächst alles über den Kopf.“
4.	„Ich kann mein Kind nicht erreichen – die emotionale Basis fehlt.“

Abbildung 8

© Prof. Dr. Uwe Uhlendorff

Die Beispiele dokumentieren den Versuch einer Typisierung auf einer ersten analytischen Ebene. Wir sind noch einen Schritt weiter gegangen und haben auf einer zweiten analytischen Ebene typische eltern- beziehungsweise erwachsenenbezogene **Konfliktthemen** rekonstruiert. Das war ein zum Teil schwieriges Verfahren, bei dem Clusteranalysen, Gruppenbildung und Vergleich eingesetzt wurden. Um zu erläutern, was unter diesen Konfliktthemen zu verstehen ist, greife ich einige Beispiele solcher Konfliktthemen auf (**Abbildung 9**).

Bei fünf Familien tauchte das Thema „da standen wir plötzlich vor einer ganz neuen Situation“. Es handelt sich um Familien, die aufgrund von Umzug, Scheidung oder aufgrund eines Todesfalls vor einer Neuorientierung standen. Das dritte Thema „und trotz alledem will ich eine gute Mutter sein ...“ betraf in erster Linie allein erziehende Mütter, auch zwei allein erziehende Väter.

Wir haben insgesamt 16 solcher Konfliktthemen diagnostiziert und beschrieben. Mit Hilfe der Deutungsmuster und Konfliktthemen haben wir im letzten Schritt **Aufgabentypen** entwickelt (**Abbildung 10**). Diese Aufgabentypen beziehen sich sowohl auf das Elternsystem als auch auf das ganze Familiensystem.

Eltern-/erwachsenenbezogene Konfliktthemen (Beispiele)

- „Da standen wir plötzlich vor einer ganz neuen Situation.“
- situativ erzwungene Neuorientierung in Familie und Arbeitswelt
- „Wenn wir uns als Eltern gut verstehen, dann klappt es auch mit der Kindererziehung.“
- Familie mit schwierigem Kind und engagiertem Vater
- „Und trotz alledem will ich eine gute Mutter sein.“
- Muttersein unter extremen Belastungen, Mutterrolle als biografischer Anker und als Herausforderung
- „Irgendwie muss ich auch zu mir selbst kommen, ich will nicht nur Mutter/Vater sein.“
- psychosozial stark belastete Alleinerziehende mit schwierigen Kindern
- „Ich habe keine Gelegenheit, mich als Mann, Ernährer und Familienoberhaupt zu beweisen.“
- Frustrierte Männer, Familien in Neuorganisation mit Rollenkonflikten und starken individuellen Belastungen der Erwachsenen und der Kinder

Abbildung 9

© Prof. Dr. Uwe Uhlenhorff

Bezogen auf das Elternsystem haben wir fünf Aufgabentypen beziehungsweise Hilfetematiken gebildet:

Eltern-/erwachsenenbezogene Hilfetematiken

1. „Wie erziehe/n ich/wir die Kinder?“
 - Suche nach Handlungsorientierungen und Handlungsmöglichkeiten in der Funktion als erziehende Eltern
2. „Wer macht was in der Familie?“
 - Klärung der Elternrollen und Zeitkonzepte im Hinblick auf die Verantwortlichkeiten und Aufgaben in der Familie
3. „Welche Ressourcen habe ich als Mutter?“
 - Wahrnehmung der Elternrolle unter besonders schwierigen Voraussetzungen
4. „Rauskommen!“
 - Wunsch nach Entlastung von der Elternrolle und Beseitigung von Armut durch berufliche Integration
5. „Können wir gute Eltern und Partner sein?“
 - Vereinbarkeit von Intimität in der Paarbeziehung und in der Eltern-Kind-Beziehung

Abbildung 10

© Prof. Dr. Uwe Uhlenhorff

Bei der zweiten Hilfetematik „Wer macht was in der Familie?“ steht beispielsweise die Klärung der Elternrollen und der Zeitkonzepte im Hinblick auf die Verantwortlichkeiten und Aufgaben in der Familie im Mittelpunkt. Eine Aufgabenstellung besteht darin, die Verantwortlichkeiten im Hinblick auf die Arbeitsteilung neu auszuloten. Bei anderen

Familien, die in Armutsverhältnissen leben, wurde der Wunsch nach Entlastung und nach beruflicher Integration geäußert. Dieses Hilfethema haben wir „Rauskommen“ genannt.

In einem letzten Schritt haben wir sechs Aufgabentypen entwickelt, die sich auf die gesamte Familie beziehen (**Abbildung 11**).

Familiäre Aufgabentypen	
1. „Fürsorgefamilien“	- Ganzheitliche Fürsorge für Mutter und Kind
2. „Verstrickte Familien“	- Abstimmen wechselseitiger Erwartungen im Elternsystem
3. „Erziehungskonfliktfamilien“	- Vater-Sohn-Beziehung stärken
4. „Überlastungsfamilien“	- Mütter entlasten, familiäre Aufgaben neu verteilen
5. „Neugründungsfamilien“	- Vereinbarkeit von Partnerschaft und Familie klären, ein zukunftsfähiges Familienkonzept fördern
6. „Verselbstständigungsfamilien“	- die familiäre Ablösung der Kinder begleiten, den Dialog der Generationen fördern

Abbildung 11

© Prof. Dr. Uwe Uhlendorff

Der Aufgabentyp „Erziehungskonfliktfamilien“ beispielsweise betrifft Familien, in denen die Jungen ihre abwesenden Väter brauchen und mit der Situation unzufrieden sind. Die sozialpädagogische Aufgabenstellung ist hier, die Vater-Sohn-Beziehung zu stärken.

Die hier beschriebene Grundlagenforschung stellt Idealtypen dar. Man findet sie nicht hundertprozentig in der Praxis. Aber mit Hilfe der Typenkonstruktion lassen Hypothesen im Hinblick auf grundlegende Aufgabenstellungen der Jugendhilfe bilden. Außerdem dienen sie als Grundlage für die Diagnose.

2. Konzept einer sozialpädagogischen Familiendiagnose

Eine Aufgabe der sozialpädagogischen Diagnose besteht darin, auf der Grundlage der eben genannten Begrifflichkeiten und Kategorien die Besonderheiten des Falls herauszuarbeiten. In diesem Kontext verwende ich den Begriff „Diagnose“. Die sozialpädagogische Diagnose zielt im Unterschied zu anderen Diagnosen auf die Lebenswelt der Klientel ab. Lebenswelt ist eigentlich ein Begriff, der aus der Phänomenologie stammt. Unter dem Begriff sind die Deutungsgewissheiten zu verstehen, die ein Individuum von sich und seiner Welt hat. Es handelt sich dabei um eine soziale Konstruktion der Wirk-

lichkeit. Diese Konstruktion versuchen wir im Rahmen der sozialpädagogischen Diagnose zu analysieren und zu beschreiben (**Abbildung 12**).

Diese Form der Diagnose reicht allerdings bei der Hilfeplanung nicht aus. Man muss natürlich noch andere Diagnosen hinzuziehen. Die sozialpädagogische Familiendiagnose, deren Schritte ich gleich vorstellen werde, basiert ausschließlich auf Interviews mit den Betroffenen. Der erste Schritt der Diagnose besteht darin, mit den Eltern Einzel-Interviews zu führen. Diese Interviews basieren auf einem Leitfaden. Im Zentrum stehen folgende Themen: Biografie, Familienalltag, Kindererziehung, Partnerschaft, Helfersysteme etc.

Arbeitsschritte einer Sozialpädagogischen Familiendiagnose

1. Auswahl des Falls und Formulierung einer Fragestellung
2. Genogramm-Erstellung
3. Leitfadengestützte Interviews
4. Teamauswertung des Sprachmaterials nach Kategorien, Diagnoseerstellung und Erarbeitung von sozialpädagogisch-therapeutischen Handlungsvorschlägen
5. Rückmeldung des Verstehensangebotes an die Familienmitglieder
6. Einbringen der Diagnose in das Hilfeplangespräch

Abbildung 12

© Prof. Dr. Uwe Uhlendorff

Die Gespräche dauern in der Regel eine bis eineinhalb Stunden. In der Praxis werden wir es vermeiden, die Aussagen zu transkribieren. Das ist sehr aufwändig. Die Interviews werden in dem Team, das mit der Familie zu tun hat (ASD oder Mitarbeiter von freien Trägern), gehört und die bedeutsamen Mitteilungen, ohne dass man sie interpretiert, nach den 12 Auswertungskategorien festgehalten.

Die Mitteilungen der einzelnen Familienmitglieder werden dann im zweiten Schritt analysiert. Man versucht dabei, die Aussagen in den 12 Merkmalsräumen zu lokalisieren und sie zu interpretieren. In diesen Merkmalsräumen – zum Beispiel „Biografische Erfahrungen“ – kann man die Aussagen und Deutungsmuster der einzelnen Familienmitglieder verorten – beispielsweise der Mutter: „Durchgängiger Belastungsverlauf seit der Kindheit“ oder des Vaters „Episodischer Belastungsverlauf seit der Familiengründung“. Ebenso bedeutsam sind die Aussagen der Personen zur familiären Arbeitsteilung. Auch hier dient der Merkmalsraum als Interpretationshilfe: Die Rollendynamik kann beispielsweise sehr schwach sein, das heißt, die Rollen sind in der Weise starr festgelegt, dass die Mutter „alles allein macht“ und der Vater „nichts macht“. Die Aufgaben sind dementsprechend personenzentriert festgelegt. Die Rollendynamik kann aber in einem anderen Fall auch sehr stark sein und zu Abstimmungsproblemen führen.

In den Merkmalsräumen werden die Selbstbeschreibungen der Familienmitglieder lokalisiert. Das wäre der erste Schritt einer Interpretation, die natürlich Hypothesencharakter hat. Daran schließt sich die Interpretation der Thematiken der Familie an. Wir versu-

chen mit Hilfe eines Diagnosemanuals, die zentralen Konfliktthemen der Familie zu beschreiben. Man kann dabei die oben beschriebenen Konfliktthemen zu Hilfe nehmen. Dies geschieht aber mit Vorsicht, weil es in erster Linie darum geht, die individuelle Thematik der Familie zu beschreiben.

Der letzte Schritt besteht darin, eine Aufgabenstellung zu entwickeln, die sehr stark Bezug auf den Alltag der Familie nimmt. Allgemeinplätze wie beispielsweise „Der Sohn braucht Unterstützung im schulischen Bereich“ werden vermieden. Es geht um die Formulierung konkreter Aufgabenstellungen. Hier ein Beispiel: Eine Familie hatte ein asynchrones Zeitmuster. Im Projekt wurde die Familie mit der Aufgabe konfrontiert, dass sie einmal am Tag gemeinsam eine warme Mahlzeit einnimmt. Die Aufgabe der sozialpädagogischen Familienhilfe war hier, auf diese Weise synchrone Zeitmuster in die Familie zu transportieren.

Diese Aufgabenstellungen werden dann der Familie vorgestellt. Bei diesem Schritt können die Hypothesen überprüft werden. Die Familie kann die Aufgabenstellungen und Hypothesen ablehnen oder abwandeln. Die fachliche Einschätzung wird der Familie vorgestellt, um im Gespräch zu einem Betreuungsplan zu kommen, der für alle Beteiligten akzeptabel ist.

3. Fazit

Ich plädiere für einen bescheidenen Umgang mit Diagnosen: Nach unseren Umfragen erscheint bei 20 Prozent der Familien, bei denen Hilfen zur Erziehung anstehen, eine ausführliche diagnostische Klärung für angebracht. Es handelt sich um Familien oder Jugendliche in besonders schwierigen Lebenssituationen oder um Familien, die schon lange betreut werden und bei denen Ungewissheit im Hinblick auf die weitere Betreuung besteht. Es erscheint also nicht notwendig, grundsätzlich jeden Fall für Hilfen zur Erziehung zu diagnostizieren.

Ein bescheidener Umgang mit Diagnosen heißt auch, dass man akzeptiert, dass es sich bei Diagnosen um riskante Konstruktionen einer Wirklichkeit handelt. In Zukunft wird es stärker darum gehen, Diagnosen als einen Prozess zu sehen, bei dem man Hilfen begleitet, die also fortgeschrieben und verändert werden. In Zukunft scheint es sinnvoll, mit verschiedenen Diagnoseverfahren zu arbeiten, die man von Fall zu Fall kombiniert. Dies erfordert eine stärkere Zusammenarbeit verschiedener Professionen und eine Akzeptanz der unterschiedlichen Ansätze.

Diagnosen eröffnen zwar einen Verstehenszugang der Fachkräfte zu den Sichtweisen und Problemen der Familien, sie fördern auch die Entwicklung eines fachlichen Standpunktes. Dennoch kann man von ihnen nicht erwarten, dass sie sozialpädagogisches Handeln planbarer machen und stärker Rationalitätskriterien unterwerfen. Auch kann man von Diagnosen keine Beurteilung hinsichtlich der Effizienz von Hilfen erwarten.

Diagnose ist zurzeit ein Modethema innerhalb der Fachdiskussion. Liest man die vielen Beiträge dazu, dann fällt auf, dass ein ganz wichtiger Aspekt in den Hintergrund tritt. Bei der Diskussion über die Bedeutung der Diagnosen konzentrierte man sich sehr stark auf Klientel und die Legitimierung von Hilfen. Das stimmt zwar, aber sind denn Diag-

nosen nicht genauso wichtig für die Sozialarbeiter? Ich behaupte, dass von der Tätigkeit des Diagnostizierens eine quasi-therapeutische Wirkung auf die Sozialpädagogen ausgeht. Der Alltag der Sozialpädagogen ist dadurch gekennzeichnet, dass man oft nur noch reagiert und den Ereignissen hinterherläuft. Diagnostizieren bietet aber die Möglichkeit, aus dem Alltagsgeschäft heraus zu treten, es ist ein Moment des Innehaltens, des Herausgehobenseins aus der Praxis. Die sozialpädagogische Diagnose ist ein utopisches Moment der Sozialen Arbeit. Die Sozialpädagogik braucht diesen Raum außerhalb der anstrengenden Praxis. Wir haben bei unserer Diagnose versucht, dieses utopische Moment zu inszenieren, indem wir an die Diagnose eine Diskussion über Aufgabenstellungen mit den Praktikern anschlossen. Die Diagnose soll zur Phantasie anregen. Auch wenn man weiß, dass die Aufgabenstellung in der Praxis nicht eins zu eins aufgeht, so hat die Diagnose längerfristig betrachtet eine verändernde Rückwirkung auf Handlungsfelder der Sozialpädagogik. Sie nötigt uns zum Nachdenken über folgende Fragestellung: Wie muss das Arbeitsfeld, das pädagogische Milieu sinnvoll gestaltet sein, um Heranwachsenden sozial verträgliche und für sie befriedigende Bildungswege und Entwicklungsmöglichkeiten zu eröffnen? Diagnosen versöhnen uns mit der Erfahrung, dass Entwicklungs- und Bildungsprozesse nur begrenzt planbar sind. In diesem Sinne sind Diagnosen Luxus, den wir uns dennoch leisten sollten und müssen, um nicht im Alltag unterzugehen. Sie versöhnen uns aber auch damit, dass Soziale Arbeit moralisch ambivalente Situationen aushalten muss. SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen können nur Hilfestellung geben, Eltern und Jugendliche begleiten.

Ausführlicher Abschlussbericht zum Forschungsprojekt im Internet unter: www.igfh.de.

Familien (sich) Veränderungen zuvertrauen.

Das Konzept der Resilienz und seine Bedeutung für pädagogisches Handeln

DR. MARIE-LUISE CONEN

Leiterin des Context-Instituts für systemische Therapie und Beratung, Berlin

Noch vor wenigen Jahren lag in der sozialen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen der Schwerpunkt auf deren Problemverhalten, Defiziten und erschwerten Bedingungen des Aufwachsens. Dies trifft sicherlich auch weiterhin für einen großen Teil von Jugendhilfeangeboten für diese Kinder und Jugendlichen zu. Dennoch hat sich seit einiger Zeit ein Begriff und damit ein Konzept mehr Gehör verschafft, das im angloamerikanischen Raum seit zwei Jahrzehnten zum Standard von Praxis, Forschung und Lehre gehört: *Resilienz*.

Mit Resilienz wird in den Sozialwissenschaften ein Begriff aus dem englischen übernommen – Resilience -, der eigentlich aus dem naturwissenschaftlichen stammt und im Oxford English Dictionary wie folgt unter anderem beschrieben wird: Elasticity: The Power of resuming the original shape or position after compression, bending; tendency to rebound or recoil (Kompression, Zusammendrücken, Biegen, Zurückspringen).

Verschiedene umfassende Studien haben daran angelehnt einige Definitionen von Resilienz hervorgebracht: Redl (1969): „... *Fähigkeit, trotz widriger Umstände den erschwerenden Einflüssen zu widerstehen und nach kurzer Zeit ohne fremde Hilfe zum normalen Funktionsniveau zurückzukehren.*“ Masten et al (1990) definieren Resilienz als einen Prozess und die Fähigkeit, eine erfolgreiche Anpassung herzustellen – obwohl Bedingungen bestehen, die dies erschweren beziehungsweise bedrohen.

Die meisten deutschen und angloamerikanischen Forschungsstudien zur Resilienz konzentrieren sich auf die Frage, was es ausmacht, dass Kinder trotz widrigster Lebensumstände und Not so integriert sind, dass ihnen eine gesellschaftliche Integration möglich wurde, das heißt es ihnen gelingt, ihren Aufgaben und Zielen gut funktionierend nachzukommen. Nur wenige Resilienzforscher gehen über die Individuumszentriertheit hinaus und betrachten die transaktionalen Prozesse, die Resilienz fördern. Noch relativ wenig ist bekannt, wie wachstumsfördernde Prozesse entstehen, sich entwickeln und auch gefördert werden könnten. Gelingt es uns zu verstehen, wie Familien es schaffen, ihr Leben trotz größter Not und Elend positiv zu gestalten, können bessere und auch effektivere Ansatzpunkte für Hilfestellungen sowohl für Kinder und Jugendliche als auch ihren Eltern entwickelt werden.

Die transaktionalen Aspekte, das heißt vor allem die Familie selbst und das soziale Umfeld als Ressourcen zu betrachten, hat vor allem Froma Walsh (1998) in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen gestellt. Ihre Definition von Resilienz ist daher meines Erachtens auch als die umfassendere zu betrachten: Sie geht davon aus, dass Resilienz die Fähigkeit umfasst, aus den widrigsten Lebensumständen gestärkt und mit größeren Res-

sources ausgestattet als zuvor herauszukommen, als dies ohne sie nicht der Fall gewesen wäre. Für Walsh gehört zur Resilienz vor allem

- ein aktiver Prozess des Wagemuts,
- die Fähigkeit zur Selbstkorrektur,
- das Wachsen als Antwort auf Krisen und daraus resultierenden Herausforderungen.

Resilienzforschung und die daraus abzuleitenden konzeptionellen und praktischen Überlegungen für die Jugendhilfe sind vor allem deshalb von großer Bedeutung, da sie einen wichtigen Gegenpol zu der oftmals pessimistischen oder kritischen Einschätzung der Zukunft von sozial benachteiligten Kindern setzt.

Angesichts der Entwicklungen vor allem in der sozialen Arbeit und hier der Jugendhilfe, geraten nicht wenige professionelle HelferInnen in sozialen Einrichtungen und Jugendämtern aufgrund von negativen Entwicklungen mit Familien, mit denen sie arbeiten, in eine zweifelnde oder gar verzweifelnde Haltung. So ist oft zu beobachten, dass positive Tendenzen, die sich aufgrund der Arbeit mit der Familie abzeichnen, durch eine Lawine sich überstürzender Ereignisse und Problemverhalten „überrollt“ werden. Dies führt bei den betreffenden HelferInnen zu dem Gefühl, „gegen Windmühlen zu kämpfen“. Insbesondere die deutliche Zunahme an Verelendung und Problemballungen vor allem in Jugendhilfefamilien wirkt sich erheblich auf die Einschätzung und damit auf die Motivation und das Alltagshandeln von professionellen HelferInnen, die mit diesen Familien arbeiten, aus. Mitarbeiter, die aufgrund ihrer methodischen Vorgehensweise eine eher ressourcenorientierte Haltung zeigen, werden in einem von Skepsis oder gar Pessimismus geprägten Helferumfeld als Exoten betrachtet. Ihre „rosarote Brille“ würde die Gefährdung von Kindern außer Acht lassen, „zu viel“ Hoffnung an die Potenziale und Ressourcen der Familien wird als störend betrachtet. Dennoch sollte trotz dieser Dynamik ein zentraler Aspekt in der Arbeit mit diesen Familien, die Einbeziehung der Ressourcen, verstärkter in den Vordergrund treten, da sie die Grundlage für diese Hoffnung sind. Die Ergebnisse der Resilienzforschung stellen einen wesentlichen Bestandteil jeder ressourcenorientierten sozialen Arbeit dar, da sie Zugänge zu Fördermöglichkeiten verdeutlichen, gerade und vor allem in der Arbeit mit sehr belasteten Familien.

Vor allem die Studie von Werner und Smith (1982) hat deutlich hervorgehoben, dass die Wechselwirkung von bestehenden Risikofaktoren, belastenden Lebensereignissen und protektiven Faktoren (Kind und Umwelt) den Anpassungsgrad des Individuums bestimmen. Die Hauptrisikofaktoren, die zum Zeitpunkt der Geburt bestehen (hierzu gehört unter anderem chronische Armut), bedingen durch belastende Lebensereignisse (zum Beispiel Scheidung der Eltern) eine relative Vulnerabilität. Protektive Faktoren wiederum tragen dazu bei, die Auswirkungen der Hauptrisikofaktoren und der belastenden Lebensereignisse abzumildern. Zu den protektiven Faktoren im Kind gehören unter anderem:

- soziale Fertigkeiten,
- soziale positive Orientierung,

- Selbständigkeit,
- im Umfeld nahe gleichaltrige Freunde,
- Zusätzliche Versorgungspersonen,
- Positive Eltern-Kind Beziehung.

Armut und Zugehörigkeit zur Unterschicht führen im Zusammenhang mit den damit verbundenen chronischen Belastungen und Benachteiligungen im Allgemeinen zu einer Gefährdung der kindlichen Entwicklung, vor allem wenn dies verbunden ist mit einer unzureichend versorgenden Umgebung (Rutter 1985; Goldstein und Tuma 1987; Heitmeyer 1996; Pfeiffer, Wetzels und Enzmann 1989).

Belastende oder temporär belastende kritische Lebensereignisse wie

- Erkrankungen,
- Krankenhausaufenthalte,
- Vorübergehende Trennung der Eltern,
- Scheidung der Eltern,
- Tod des Partners, eines Elternteils, eines Geschwisters oder nahen Freundes,
- Heirat,
- Schwangerschaft,
- Geburt eines Kindes innerhalb von zwei Jahren nach vorheriger Geburt,
- Eintritt in eine neue Schule,
- Vergewaltigung,
- Misshandlung,
- Sexueller Kindesmissbrauch und anderes mehr.¹

haben als belastende Lebensereignisse nicht an sich die Auswirkungen, die bislang von ihnen angenommen wurden. *Belastend wirkt sich vielmehr aus: die Vielzahl von Veränderungen, die oft mit dem Ereignis einhergehen und verarbeitet werden müssen.* Mit der Trennung und Scheidung der Eltern, so zeigen vor allem neuere Forschungsergebnisse (Ahrons 2004), als einem häufig vorzufindenden Belastungsfaktor für Kinder und Jugendliche, gehen in der Regel eine Reihe von weiteren Veränderungen einher: Wechsel der Wohnung und damit der häuslichen Umgebung, weniger Kontakt zum anderen Elternteil, Wechsel der Schule, weniger Kontakt zu bisherigen Freunden und ähnliches mehr. Außerdem zeigt es sich, dass die Abwesenheit des Vaters bei Jungen eine wesentliche Rolle spielt. Seltener und damit vor allem nicht regelmäßige Kontakte zum Vater scheinen bei Jungen die Vulnerabilität zu erhöhen. Die seltenen Kontakte des Vaters werden als Desinteresse an ihrer Person verstanden, sie selbst wünschen sich mehr Kontakte. Dies erleben sie als kränkend und es wirkt sich problemhalterhaltend aus. Bei resilierten Jungen ist die Trennung vom Vater offensichtlich klarer (Bender 1995).

¹ Es ist allerdings noch nicht gelungen, valide Risikofaktoren zu identifizieren.

Es sind also nicht unbedingt einzelne Risikofaktoren an sich, die sich entsprechend auf das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen auswirken, sondern das gleichzeitige Auftreten von mehreren Faktoren, die zu einem Anstieg – bis zum zehnfachen – des Störungsrisikos beitragen (Rutter 1979). Ob die Vulnerabilität des Kindes sich verstärkt oder reduziert, hängt von der Interaktion mit seinem Umfeld ab. Die Reaktionen des Kindes sowie seiner Umgebung beeinflussen, inwieweit die Risikofaktoren kompensiert werden oder sich in ihren Auswirkungen sogar verstärken (Murphy u. Moriarty 1976). Von wesentlichem Einfluss ist – dies hat schon die Forschung zum Thema Selbstwirksamkeit (zum Circumplex Modell vgl. Olsen et al 1989) gezeigt –, *welche Bedeutung den Erfahrungen und Ereignissen gegeben werden*. Insbesondere dieser Aspekt stellt eine der wesentlichen Prämissen systemischen Arbeitens dar.

Vor allem Risikofaktoren wie Schichtzugehörigkeit, Armut, psychiatrische Erkrankungen eines Elternteils, Kriminalität der Eltern und anderes mehr sind Risikofaktoren, die vom Kind nicht direkt erfahren werden. Es erlebt diese über Verhalten und Erfahrungen (Baldwin, Baldwin u. Cole 1990). Das Kind beziehungsweise die Familie erhält Rückmeldungen durch das Umfeld, sie zeigen Erziehungspraktiken oder Verhaltensweisen, die vom Umfeld (Schule, Nachbarschaft, Kindergarten, Jugendamt usw.) als unerwünscht betrachtet werden.

Dennoch – die „großen Lebensereignisse“ sind es nicht, die Anpassungsprobleme vorhersagen lassen, sondern die kleinen Nickeligkeiten (Hassles), die nervend und frustrierend die alltäglichen Erfahrungen dominieren (können) (DeLongis 1982). Vor allem diese „Hassles“ haben wesentlichen Einfluss auf die Art und Weise, wie kritische Lebensereignisse wirken. Ihnen kommt mehr Einfluss auf den familialen Zusammenhalt zu als die kritischen Lebensereignisse selbst (zum Beispiel ständige Auseinandersetzungen um das Zubettgehen der Kinder). Erst das Ansammeln von vielen Frustrationen im Alltag und von kritischen Lebensereignissen führt zu Problemverhalten der Kinder und „Erziehungsresignation“ der Eltern (Wertlieb, Weigel u. Feldstein 1989). Dieser Aspekt sollte vor allem bei erziehungsresignierten Eltern beachtet werden, die aufgrund ihrer „Erziehungsresignation“ ihr Kind beim Jugendamt nur noch abgeben wollen (Cecchin und Conen 2005).

Die Ergebnisse der Studie von Farrington und West (1990) zu den protektiven Aspekten im Leben der Kinder und Jugendlichen werden auch von anderen Studien (Kauai-Längsschnitt-Studie, Rochester Child-Resilience-Projekt, Londoner Delinquenz-Studie, Bielefelder Invulnerabilitätsstudie, Mannheimer-Risikokinder-Studie, Erlanger Studie) bestätigt:

Vor allem die Studie von Werner und Smith (1992), aber auch Rutter (1979), Garmezy (1985) und Masten et al (1988) weisen darauf hin, dass für eine positive Entwicklung eine der wichtigsten Faktoren ist, dass eine emotionale Beziehung zu einer Person besteht. Können die Eltern diese emotionale Beziehung nicht herstellen, ersetzen diese Personen wie ältere Geschwister, Tanten, Onkel, Großeltern und andere Personen in der weiteren Familie. Darüber hinaus leisten auch Kontakte zu anderen, wie Freunden, Nachbarn, Lehrern, Pfarrern und anderen Mentoren, ihren Beitrag zur Resilienz des Kindes (Rutter 1985, Werner u. Smith 1992).

Das Gefühl, gebraucht zu werden, ist eine weitere wichtige Bedingung für die Entwicklung von Resilienz. Dazu gehört auch die Ausführung von verantwortungsvollen Aufgaben, wie zum Beispiel die Mithilfe im Haushalt der Familie. Mädchen, die in solche Aufgaben oftmals hinein sozialisiert werden, erweisen sich daher auch im Allgemeinen als resilienter im Vergleich zu Jungen.

Farrington und West (1990) beschreiben als protektive Faktoren unter anderem kognitive Kompetenzen (Durchschnitts- oder hohe Intelligenz), Beenden der Schule, leistungsorientiertes Arbeiten in der Schule, starkes Interesse der Eltern an der Bildung ihres Kindes bereits im Alter von acht Jahren, keine delinquenten Freunde haben, Freunde in der Schule haben, hohe Popularität bei anderen Kindern und Jugendlichen, hohes Selbstwertgefühl und anderes mehr.

Von besonderer Bedeutung ist für Kinder und Jugendliche die Erfahrung von Sinnhaftigkeit, Struktur und Bedeutung in der eigenen Entwicklung (Sense of Coherence), ferner ein Überzeugtsein von der eigenen Wirksamkeit, das einher geht mit Selbstvertrauen und einem aktiven Bemühen um die Bewältigung von Problemen. Resiliente Kinder suchen häufig Informationen bei Problemen und auch den Rat bei (anderen) Erwachsenen. Sie sprechen über ihre Probleme und beziehen dabei Freunde und andere Erwachsene ein. Es zeigt sich, dass sie eine größere Frustrationstoleranz haben sowie kontaktbereiter und aufgeschlossener sind. Ihre höhere Aufgabenorientiertheit ist verbunden mit einer realistischen Betrachtung ihrer Zukunft und deutlich weniger Hilflosigkeitsgefühlen. Daraus resultiert, dass sie auch weniger in Rückzugs- und Vermeidungshaltungen verhaftet sind und weniger zu Problem meidenden Bewältigungsverhalten neigen.

Für nicht-resiliente Kinder stellt sich die Welt beziehungsweise ihr Leben als ungeordneter und unstrukturierter dar. Sie betrachten ihr Leben und auch Ereignisse als weitgehend abhängig von Zufall, Glück, Schicksal oder gar Pech.

Vor allem erweisen sich die folgenden Schutzfaktoren als hochrelevant für die soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen: ein strukturgebendes Erziehungsklima, in dem Eltern konsistente und klare Verhaltensregeln geben sowie den Alltag strukturieren; ferner Eltern eine konsequente Erziehungsdisziplin zeigen und deutlich elterliche Kontrolle und Aufsicht (parental monitoring) ausüben. In der Jugendhilfe sind professionelle HelferInnen immer wieder mit Eltern konfrontiert, die keine Kenntnisse haben über den Verbleib ihrer Kinder während des Tages, über die Kontakte ihrer Kinder in der Freizeit oder gar auch über die Herkunft von Konsumgütern (Handy, Markenturnschuhe), woraus sie gegebenenfalls Anhaltspunkte für die Gefährdungen ihres Kindes entwickeln könnten. Hierin die Eltern zu bestärken, dass sie nachfragen, ihren Kindern deutliche Vorgaben geben und damit ihr Interesse an den Kindern verdeutlichen, ist eine wesentliche Aufgabe in jeder Arbeit mit diesen Familien. Jugendhilfefamilien beziehungsweise sozial benachteiligte Familien sind per se mit vielfältigen Risiken in ihrem sozialen Umfeld konfrontiert, um so mehr bedürfen die Kinder der elterlichen Kontrolle, um sie vor Gefahren zu schützen. Ein kontrollierender Erziehungsstil, der von vielen professionellen HelferInnen eher für sich beziehungsweise für ihre eigene Familie abgelehnt wird, ist für diese Familien essentiell überlebensnotwendig und sollte von Seiten der HelferInnen mit Respekt und Wertschätzung für die elterlichen Erziehungsbemühungen begegnet werden.

Insgesamt zeigt sich durch die Studien zur Resilienz, dass potentiell gefährdende Ereignisse beziehungsweise Faktoren auch immer einen „stählernden Effekt“ beinhalten, wenn diese erfolgreich bewältigt werden (Anthony 1987).

Bisher zeigen die meisten Resilienzstudien sowohl aus dem angloamerikanischen als auch aus dem deutschen Raum einen Fokus auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und wie sie diesen dann als Erwachsene Belastungen und Benachteiligungen, die sie in Kindheit und Jugend erlebten, begegneten. In diesen Studien werden die Familien in der Regel als Ursache für das Leid der Kinder betrachtet. Daraus resultiert, dass in diesen Studien ein besonderes Augenmerk auf Ersatzbeziehungen außerhalb der Familien gerichtet wird. Diese Ersatzpersonen wirken dann den „zerstörerischen“ Einflüssen der Eltern entgegen. Die Potenziale an Ressourcen, die in der Familie als solche möglich wären, werden dabei bisher nicht gesehen (Walsh 1998).

Wollen professionelle HelferInnen jedoch mit diesen Familien arbeiten, ist es meines Erachtens unerlässlich, darauf zu fokussieren, wie es diesen Familien – und nicht nur Individuen – gelingt, ihren (Erziehungs-)Aufgaben und Alltagsforderungen gut funktionierend nachzukommen.

Die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Resilienzforschung hat – wenn sie von den Praktikern ernst genommen und aufgegriffen werden – erhebliche Auswirkungen auf die konkrete Arbeit: und zwar sowohl bezogen auf die Vorgehensweisen in der Arbeit mit den Familien als auch auf die Sichtweisen der beteiligten professionellen HelferInnen. Angesichts der Ergebnisse der Resilienzforschung kann die alles entscheidende Rolle, die *bisher den Erfahrungen in den frühen Lebensphasen* gegeben wurde, nicht in dem bisherigen Umfang aufrechterhalten bleiben. Vor allem die starke Betonung und hohe Bedeutung, die der Bindung von Mutter und Kind gegeben wird, ist angesichts der Kenntnis der Resilienzforschungsergebnisse deutlich zu relativieren. Vor allem ist bei bindungstheoretischen Überlegungen zu fragen, was diese für das Aufwachsen von Kindern in Familien bedeutet, in denen diese Bedingungen nicht gegeben sind und eine „gelingende“ Bindung nicht möglich ist. Lassen sich professionelle HelferInnen auf die Erkenntnisse von – auch familialer – Resilienzforschung ein, bedeutet dies auch, sich von der vorherrschenden Idee zu verabschieden, dass frühe oder schwere traumatische Kindheits- und Jugenderfahrungen nicht ungeschehen gemacht werden könnten und dies nur durch Ersatzbindungen oder Nachholen von Bindungserfahrungen geschehen kann. Es gilt meines Erachtens Abschied zu nehmen von der Vorstellung, dass Elend und Notlagen sich für immer zerstörerisch auf das Leben der Kinder, Jugendlichen und dann Erwachsenen auswirken.

Menschen sind flexibler im Umgang mit den Herausforderungen in ihrem Leben, als dies allgemein angenommen wird. Wichtiger noch: Resilienz kann nicht einfach mittels positiver Gestaltung von frühen Interaktionen für immer hergestellt werden. Resilienz – und dies ist von besonderer Bedeutung für die soziale Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen – kann zu jedem Zeitpunkt im Lebenszyklus entwickelt werden (Werner u. Smith 1992). Problemspiralen können zu jedem Zeitpunkt eines Lebens umgedreht werden.

Bei einer immer noch vorherrschenden Fokussierung auf die Mutter-Kind-Beziehung und auf den Schaden, den Eltern anrichten können, werden insbesondere Geschwisterbeziehungen und auch das Netz der erweiterten Familie in ihrer Bedeutung übersehen. Unter anderem haben Werner und Smith (1982 und 1992) betont, dass es in jedem Alter wichtig ist, eine große Bandbreite von unterstützenden Beziehungen zu haben.

Wenn ein Resümee aus den Ergebnissen der Resilienzforschung gezogen werden kann, dann ist es, dass Menschen nicht ein Leben lang Opfer ihrer Kindheit sind. Resilient zu sein bedeutet mehr als zu überleben, das Gegenteil trifft zu: Die Erfahrungen können dazu beitragen, auch andere schwierige Situationen und Probleme zu meistern. Sehr schmerzhaft Wunden zu heilen, letztlich Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen und dieses Leben anzunehmen, dies ermöglicht Resilienz.

Wichtig ist zu betonen, dass Resilienz nicht gleichgesetzt werden darf mit Invulnerabilität (Unverletzlichkeit), denn dann würde menschliche Verletzlichkeit gleichgesetzt mit Schwäche und Invulnerabilität mit Stärke. In der Einbeziehung der Forschungsergebnisse zur Resilienz ist es von zentraler Bedeutung, dass Menschen aufgrund ihrer Schwierigkeiten in der Bewältigung von Elend, Not und Leid nicht ausgegrenzt oder beschuldigt werden, sie hätten versagt. Vor allem ist daher davor zu warnen, dass insbesondere die Politik nicht die Erkenntnisse der Resilienzforschung zu nutzen versucht, um damit Ungleichheiten bestehen zu lassen und Hilfeangebote zu reduzieren beziehungsweise zu streichen.

Immer wieder ist zu beobachten, dass der Arbeit mit Jugendhilfefamilien wenig Chancen gegeben werden und Arbeitsansätzen, die auf positive Veränderungen in diesen Familien setzen (Conen 2002), mit Skepsis begegnet wird – oftmals verbunden mit einer (unausgesprochenen) Einschätzung (Conen 1997), dass diesen Familien doch letztlich nicht zu helfen sei. Die Gegenfrage, die sich dazu einstellen sollte, lautet: Was gibt uns professionellen HelferInnen das Recht, Familien aufzugeben?

Not und Elend, auch Traumata, sind vielen professionellen HelferInnen selbst vertraut. Ihre eigenen Erfahrungen ermöglichen oftmals erst einen Zugang zu diesen Familien, da die HelferInnen wissen, wovon die Familien sprechen. Solche Erfahrungen stellen meines Erachtens eine wichtige Voraussetzung dar, mit Familien beziehungsweise Klienten zu arbeiten, und sind ein wesentlicher Bestandteil der Beziehungsarbeit (Wedekind 1986) und nicht Ausdruck einer Hilflosigkeit von Helfern.

Professionelle HelferInnen sind also oftmals selbst lebender Beweis von Resilienz. Im Anschluss an meinen Vortrag im Rahmen der Tagung „Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe“ stellte ich die Frage, wer sich anhand der Resilienz-Kriterien als resilient bezeichnen würde – es betrachteten sich über zwei Drittel der Anwesenden selbst als resilient.

Diese „kleine Befragung“ bestätigt in gewisser Weise andere Studien, die besagen, dass fast die Hälfte der Kinder aus hochrisikobesetzten Lebensumständen eine normale Entwicklung einnahmen, sogar 6-12 Prozent nahmen eine außergewöhnliche positive Entwicklung (Rutter 1985, Kaufman u. Zigler 1987, Anthony 1987, Werner u. Smith 1992). Ein Ergebnis ist in diesem Zusammenhang ganz besonders zu beachten (Kauf-

man u. Zigler 1987, Honig 1986): Die meisten als Kinder misshandelten Erwachsenen misshandeln ihre Kinder nicht.

In der Arbeit mit Familien ist immer wieder auffallend, dass vielfach von einem konservativen Familienbild, das eigentlich nur in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts für eine bestimmte Schicht Gültigkeit hatte, ausgegangen wird. Die damit zusammenhängenden Mythen über so genannte normale Familien implizieren, dass normale Familien problemfrei und sie die einzige zu lebende Form seien. Froma Walsh (1993) setzt diesem Mythos eine sehr zutreffende Definition von normalen Familien entgegen: **Normale Familien sind Familien, die klinisch noch nicht diagnostiziert wurden.**

Eltern aus dem Kontext der Jugendhilfe zeigen trotz schwerer Beeinträchtigungen und Traumatisierungen in ihrer eigenen Kindheit, Jugend oder auch im Erwachsenenalter, dass sie für ihre Kinder sorgen können und ein funktionales Familienleben führen. Diese Familien zeigen auch in krisenhaften Situationen Potenziale zur Selbstreparatur (Walsh ebd.). Sie haben die Fähigkeit, an den Herausforderungen, mit denen sie vor allem in krisenhaften Situationen konfrontiert werden, zu wachsen. Sie sind in der Lage, aus diesen Erfahrungen zu lernen und bewusst auch positive Entscheidungen zu treffen. Salvador Minuchin (Minuchin u. Nichols 1993) betont schon seit längerem, dass der Erfolg in der Arbeit mit diesen Familien ebenso stark von den Ressourcen einer Familie abhängt wie von den Fähigkeiten des professionellen Helfers, diese zu aktivieren.

Daraus resultierend gilt es, Froma Walshs (1998) Empfehlungen für die Arbeit mit diesen Familien aufzugreifen:

- Familienmitglieder sollten in ihrer Zusammenarbeit unterstützt werden.
- Dadurch werden neue und erneuerte Kompetenzen auf- und ausgebaut.
- Die gegenseitige Unterstützung der Familienmitglieder wird forciert.
- Die Familienmitglieder werden in ihrem Glauben bestärkt, dass die Familie auch in schwierigen Zeiten zusammenbleiben wird.

Gelingt es, diese Aspekte bei den Familien herauszuarbeiten, führt dies zur Entwicklung eines Familienklimas, das eine Haltung hervorruft, als Familie gemeinsam auch unüberwindbar geglaubte Hindernisse überwinden zu können.

Resiliente Familien – so unter anderem Beavers und Hampson (1990) – zeigen eine Koppelung von Erfolg in der Lösung von Problemen mit Sichtweisen, die unter anderem den Erfolg in Teilen abhängig von Variablen sehen, die außerhalb der Kontrolle der Familie liegen – das heißt, die Familien sehen, dass nicht alle Aspekte, die zur Lösung beigetragen haben, in der Einflussnahme der Familie lagen. Des Weiteren gehörte zu diesen hervorzuhebenden Sichtweisen, dass die Eigenbetrachtung der Familie darauf ausgerichtet ist, die eigene Beeinflussbarkeit von Situationen zu erkennen und damit einen Unterschied herstellen zu können zu den Aspekten, wenn sie keinen Einfluss genommen hätten. Auffallend ist ferner, dass, wenn die Familien eine Haltung zeigen, dieser eine Akzeptanz menschlicher Begrenzungen zugrunde liegt, dies sich ebenfalls positiv auswirkt. Sie halten sich und niemanden für total hilflos und gleichzeitig ist ih-

nen deutlich, dass niemand alles beeinflussen kann. Das Selbstbewusstsein dieser Familien entwickelt sich aus der Kompetenz, die sich aus dem Bewältigen ihrer Aufgaben ergibt, und nicht aus der absoluten Kontrolle einer herausfordernden Situation – also eine Flexibilität, die sowohl eine Anpassung an die Umstände zum Ausdruck bringt als auch die Fähigkeit, eigene Einflussnahme herzustellen.

Auch Jugendhilfefamilien versuchen der Idealvorstellung – wie sie vielfach von den Medien suggeriert wird – einer normalen Familie zu entsprechen. Nehmen diese Familien keine Hilfe an oder ersuchen nicht zeitiger um eine Hilfe, so geschieht dies oftmals aus der Befürchtung heraus, als dysfunktional betrachtet zu werden. Insbesondere der Versuch, einem allgemeinen Normal-Modell von Familie zu entsprechen, ist bei diesen Familien dann jedoch gerade die Ursache für ihre Probleme und Nöte. Dabei ist mit Froma Walsh (1998) festzustellen, dass Individuen zwar für ihren Erfolg gelobt werden, Familien jedoch werden für jede Art von Versagen beschuldigt, nur selten wird Familien ein Erfolg zugeschrieben.

Hilfestellungen für Familien und auch Individuen sind in der Regel darauf ausgerichtet, dass diese ihren Aufgaben und den Anforderungen – im Rahmen der Jugendhilfe vor allem der Erziehung der Kinder – zufriedenstellender nachkommen können, als dies ohne die Hilfeangebote der Fall wäre. Dabei gehen professionelle HelferInnen im Allgemeinen davon aus, dass sich Änderungen in eine positive Richtung entwickeln werden.

Diese Annahme ist jedoch nicht immer Grundlage des Verständnisses der betreuten Familien, die aufgrund von Vorerfahrungen oftmals eine eher pessimistische, zumindest jedoch skeptische Haltung gegenüber Hilfeangeboten einnehmen. Gegenüber „Versprechungen“ von HelferInnen, dass einzelne Hilfeformen ihnen Besserungen ermöglichen werden, sind sie auf der Hut. Zu sehr sind bei diesen Familien Veränderungen häufig mit negativen Verläufen gekoppelt. Sie zeigen daher eher Zurückhaltung und Abwehr. Die Ängste vor Veränderungen gilt es sehr ernst zu nehmen, da die Enttäuschungen vor allem aus Hoffnungen resultieren, die nicht zum Tragen kamen. In nicht wenigen Familien hat es oftmals ein ganzes Bouquet von Hilfen gegeben, die alle nicht zu dem angestrebten „Erfolg“ (= Kinder sind nicht mehr auffällig) geführt haben. Wenn also eine vierte oder fünfte Hilfe in einer Familie geplant wird, sollte auf Seiten der professionellen HelferInnen mit bedacht werden, dass die Familien diese Hilfe auch als Ausdruck eines erneuten Scheiterns erleben (sie haben es wieder nicht alleine geschafft). Wieder erleben sie, dass sie ein Stück Kontrolle über ihr Leben verlieren. Die Ängste, ihr Leben könne aus den Fugen geraten, werden häufig als „Widerstand“ bezeichnet. Froma Walsh (1998) prägte ein Bild: Die Familien erleben ihr Leben als eine Art LKW-Fahrt durch ein Gebirge, sie wissen jedoch nicht, ob die Bremsen funktionieren, und sie tun das, was jeder tun würde, wenn diese Gedanken vorhanden sind: sie lassen den LKW stehen. Die Angst, sich am Ende in einer noch schwierigeren Situation zu befinden als jetzt, lässt sie die gegenwärtige Situation aushalten, gleich wie problematisch oder belastend die jetzige ist.

Jugendhilfefamilien leben auch bedingt durch ihre schwierigen materiellen Lebensbedingungen im Allgemeinen in einer permanenten Dauerbelastung und Krise. Sind Familien mit vielen Stressfaktoren konfrontiert, reagieren sie darauf meist mit Fehleinschät-

zungen, einer zunehmenden Erschöpfung und aus all diesem resultierend mit einer reduzierten Kompetenz. Dies alles kann dazu beitragen, das Gefühl einer alles überschwemmenden Hilflosigkeit zu entwickeln: Die nächste Katastrophe geschieht bestimmt, wenn sich etwas bewegt und sich etwas verändert. Veränderungen – so hat es sie die Vergangenheit gelehrt – gehen meist mit radikalen Einschnitten einher, die auch nicht wieder rückgängig gemacht werden konnten (zum Beispiel dauerhafte Unterbringung eines Kindes in eine Pflegefamilie).

Zu bedenken ist, dass Hilfeangebote auf diesem Hintergrund eine starke Bedrohung für Jugendhilfefamilien darstellen können, da das Ziel der Hilfen ist, Veränderungen zu unterstützen. Professionelle HelferInnen sind deswegen in gewisser Weise eine Art Personifizierung von Veränderung und Veränderungsnotwendigkeit. Professionelle HelferInnen sollten daher im Zögern, in der Zurückhaltung und auch Ablehnung von Hilfeangeboten durch die Familien in Betracht ziehen, dass dies auch Reaktionsweisen auf die impliziten und expliziten Veränderungsaufforderungen sind. Unsere veränderungsorientierte Arbeit stellt auch eine „Abwertung“ der bisherigen – wenn auch gegebenenfalls destruktiven oder unzureichenden – Lösungsbemühungen der Familien dar.

Die Bemühungen der Eltern, ihrer Erziehungsverantwortung gegenüber ihren Kindern nachzugehen, sind auf dem Hintergrund vielfältiger Probleme und schwieriger Lebensbedingungen sowie Traumatisierungen in Jugendhilfefamilien oftmals inkonsistent. Angesichts von Problemen in der Grenzsetzung oder Disziplinierung ihrer Kinder resignieren nicht wenige Eltern und geben ihre elterliche Autorität ab, wodurch das Problemverhalten bei den Kindern und vor allem bei Jugendlichen eher verstärkt wird. Die Eltern fühlen sich überfordert, sind emotional ausgelaugt und suchen unter anderem einen Ausweg in der Abgabe der Erziehungsverantwortung. Sie sind in ihrer Kränkung als erziehungsversagende Eltern dann auch zunehmend nicht mehr bereit, das Kind selbst weiter aufzuziehen (Cecchin u. Conen 2005). Eine andere Reaktionsform stellt der Versuch dar, über rigidere Kontrolle die Entwicklung ihres Kindes zu steuern, was meist verbunden ist mit weiteren Eskalationen, die ebenfalls zur Erziehungsresignation der Eltern beitragen.

Von daher ist es unbedingt erforderlich, einerseits den Eltern wieder dazu zu verhelfen, ihre elterliche Autorität zu übernehmen und ihren Kindern Regeln und Grenzen zu setzen und andererseits ihre Erfahrungen mit (negativen) Veränderungen aufzugreifen und mittels konkreter Aufgabenstellungen positive Erfahrungen in der Bewältigung ihrer Erziehungsaufgaben zu ermöglichen.

Ob die Familien für eine Zusammenarbeit motiviert sind, heißt angesichts der sie überschwemmenden Probleme die falsche Frage zu stellen. „Wie können wir diesen Familien helfen, ihren Kopf über Wasser zu halten, um Veränderungen und die damit verbundenen Anstrengungen auf sich zu nehmen?“ – das ist die Frage. Ihre Lebenserfahrungen sagen ihnen – vor allem den Eltern –, dass es meist keinen Grund zur Hoffnung auf positive Veränderungen gibt und Gefühle von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit eher dem entsprechen, was zu erwarten ist. Ihre skeptische Haltung bringen sie – wie bereits erwähnt – auch gegenüber den professionellen Helfern zum Ausdruck, sie befürchten auch – und gerade – von den empathischsten HelferInnen doch letztlich wieder fallen gelassen zu werden. Von daher ist es von zentraler Bedeutung, diese Familien auch

dann nicht aufzugeben, wenn sie zuerst keine Hilfe annehmen wollen (Conen 1996 und 1999).

Die Zuversicht und der Blick auf die Potenziale und Ressourcen einer Familie durch professionelle HelferInnen helfen diesen Familien, wieder an sich selbst zu glauben (Walsh 1995, Conen 2002). Angesichts von größten Problemen und Leid zeigen diese Familien enorme Fähigkeiten und Stärken. Sie haben ein reichhaltiges Reservoir von positiven Intentionen, die oftmals darauf warten, genutzt zu werden. Diese Familien wissen in der Regel selbst, was sie in und an ihrem Leben verändern müssen, wenn es professionellen HelferInnen gelingt, den eigenen Beitrag der Familie zur Veränderung wertzuschätzen und sie in ihren Anstrengungen zu unterstützen. Sie brauchen meist keine Hinweise auf die Probleme, die sie haben, sie kennen sie zur Genüge.

„Wenn die Familien darum kämpfen, sich über Wasser zu halten, bedeutet schwimmen zu lernen, dass sie ihre eigenen Ressourcen entwickeln. Es ist letztlich einfacher, Fähigkeiten zu erweitern als negatives Verhalten zu stoppen.“ (Conen 2002).

Literatur:

Ahrons, C. (2004): *We're still family. What grown children have to say about their parents' divorce*. New York (HarperCollins Publishers).

Anthony, E. J. (1987): Risk, vulnerability, and resilience: An overview. In: E. J. Anthony a B. J. Choler (eds): *The vulnerable child*. New York (Guilford Press), pp. 3-48

Baldwin, A. L., C. Baldwin a. R. E. Cole (1990): Stress-resistant families and stress-resistant children. In: J. E. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein a., S. Weintraub (eds.): *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge, NY (Cambridge University Press), pp. 257-280

Beavers, W. R. a. R. B. Hampson (1990): *Successful families: Assessment and intervention*. New York (Norton).

Bender, D. (1995): *Psychische Widerstandsfähigkeit im Jugendalter: Eine Längsschnittstudie im Multi-problem-Milieu*. Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Dissertation.

Cecchin, G., M.-L. Conen (2005): Wenn Eltern ihre Kinder loswerden wollen. unveröffentlichtes Manuskript, in Vorbereitung zu Veröffentlichung.

Conen, M.-L. (1996): "Wie können wir Ihnen helfen, uns wieder loszuwerden?" Aufsuchende Familientherapie mit Multiproblemfamilien. *Zeitschrift für systemische Therapie* 14 (3): 178-185.

Conen, M.-L. (1997): Ambulante Hilfen – ohne Nachfrage? *AFET-Mitgliederrundbrief* (1): 7-17.

Conen, M.-L. (1999): "Unfreiwilligkeit – ein Lösungsverhalten. *Familiendynamik* 24 (3): 150-165.

Conen, M.-L. (Hrsg.): *Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden – Aufsuchende Familientherapie*. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme).

DeLongis, A., J. C. Coyne, G. Dakof, S. Folkman a. R. S. Lazarus (1982): Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology* 1: 119-136

Farrington, D. P. a. D. J. West (1990): The Cambridge Study in Delinquent Development: A long-term follow-up of 411 London males. In: H. J. Kerner a. G. Kaiser (eds.): *Criminality: Personality behavior, and life history*. Berlin (Springer-Verlag), pp. 115-138

Garmezy, N. (1985): Stress-resistant children: The search for protective factors. In: J. E. Stevenson (ed): *Recent research in developmental psychopathology*. Journal of Child Psychology and Psychiatric. Book Supplement, Vol. 4. Oxford (Pergamon Press), pp. 213-233.

Goldstein, M. J. a. A. H. Tuma (eds.) (1987): Special section of high-risk research. *Schizophrenia Bulletin* 13 (3).

Heitmeyer, W. (1996): Kinder- und Jugendkriminalität. Zum wachsenden Problem der sozialen Desintegration. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): *Kinder- und Jugendkriminalität in Deutschland. Ursachen, Erscheinungsformen, Gegensteuerung*. Bonn (Presse- und Informationsstelle der Friedrich-Ebert-Stiftung), S. 25-37

Honig, M.-S. (1986): *Verhäuslichte Gewalt*. Frankfurt/ M (Suhrkamp)

Kaufman, J. a. E. Zigler (1987): Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry* 57: 186-192.

Masten, A. S., N. Garmezy, A. Tellegen, D. S. Pellegrini, K. Larkin, a. A. Larsen (1988): Competence and stress in school children: The moderating effects of individual and family qualities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 29: 745-764

Masten, A. S., K. M. Best a. N. Garmezy (1990): Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology* 2: 425-444.

Minuchin, S, M. P. Nichols (1993): *Familie – die Kraft der positiven Bildung. Hilfe und Heilung durch Familientherapie*. München (Kindler). (am. Original. (1993): *Family healing. Tales of hope and renewal from family therapy*. New York (Free Press).)

Murphy, L. B. a. A. E. Moriaty (1976): *Vulnerability, coping, and growth*. New Haven, CT (Yale University Press).

Olson, D. H., C. S. Russel, a. D. H. Sprenkle (eds.) (1989): *Circumplex Model: Systemic assessment and treatment of families*. New York (Haworth Press).

Pfeiffer, C., P. Wetzels u. D. Enzmann (1999): *Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen (Forschungsberichte, Nr. 80)*. Hannover (Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen)

Redl, F. (1969): Adolescents – Just how do they react. In: G. Coplen, S. Debovici (Eds.), *Adolescence: Psychosocial perspectives*. New York (Basic Books).

Rutter, M. (1979): Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In: M. W. Kent a. J. E. Rolf (eds.): *Primary prevention in psychopathology*, Vol 3. Hanover, NH (University Press of New England), pp. 49-74

Rutter, M. (1985): Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry* 147: 598-611.

Walsh, F. (Ed) (1993): *Normal family processes*. New York (Guilford Press).

Walsh, F. (1998): *Strengthening family resilience*. New York / London (Guilford Press), 2nd ed.

Wedekind, E. (1986): Beziehungsarbeit. Zur Sozialpsychologie pädagogischer und therapeutischer Institutionen. Frankfurt/ M. (Brandes & Apsel).

Werner, E. E. a. R. S. Smith (1982): Vulnerable bur invincible. New York (McGraw-Hill)

Werner, E. E. a. R. S. Smith (1992) Overcoming the odds. Ithaca/ London (Cornell University Press.

Wertlieb,D., C. Weigel a. M. Feldstein (1989):Stressful experiences, temperament, and social support: Impact on children's behavior symptoms. *Journal of Applied Developmental Psychology* 10: 487-503

Arbeitsgruppen: Erfahrungswerte, angewandte Methoden und Konzepte

Arbeitsgruppe 1: Sozialpädagogische Diagnosen für Kinder, Jugendliche und Familien

STEPHAN CINKL

*Diplom-Psychologe, Supervisor und Familientherapeut,
Brandenburgisches Institut für Familientherapie, Strausberg,*

MICHAEL KLUTTIG

Ambulanter Familienhelfer, Alida-Schmidt-Stiftung, Hamburg

Stephan Cinkl: Das von Uwe Uhlendorff vorgestellte Projekt IGfH „Familien in der Jugendhilfe – Sozialpädagogische Diagnosen familiärer Notlagen und Hilfekonzepte“ hat in Ost- und Westdeutschland gleichermaßen stattgefunden und ich war für die ost-deutschen Stichproben zuständig. Das betone ich, weil es in einigen Bereichen signifikante Unterschiede gibt.

Mit Michael Kluttig zusammen führe ich seit vielen Jahren Fortbildungen zum Thema „Sozialpädagogische Diagnosen“ durch. Es gibt seit Anfang der 90er Jahre ein Diagnoseverfahren für Jugendliche. Diese Methode haben wir selbst auch angewandt. Von unseren Erfahrungen als Praktiker möchten wir berichten und einen Ausblick geben, wie die Familiendiagnose für Familien aussehen könnte.

Michael Kluttig: Ich bin nicht der Gegenpart. Stephan Cinkl hat die Untersuchungen zum Projekt begleitet und hatte dabei seinen Schwerpunkt im Osten Deutschlands. Ich bin bei einem Träger der Jugendhilfe in Hamburg tätig, das sich an dem Projekt beteiligt hat. Ich habe bereits an dem ersten Projekt von Uwe Uhlendorff in den 80er Jahren mitgewirkt und arbeite seit langer Zeit mit der Methode der Sozialpädagogischen Diagnose für Jugendliche.

1. Abriss über die Entwicklung der Methode der Sozialpädagogischen Diagnostik

Michael Kluttig: Das erste Projekt, das in dem ersten Band der „Sozialpädagogischen Diagnosen. Über Jugendliche in schwierigen Lebenslagen“ von Mollenhauer und Uhlendorff dokumentiert ist, ist mit dem Pädagogischen Fachbereich der Universität Göttingen und einem Jugendhilfeträger im Raum Göttingen gestartet worden. Wir als Studenten von der Universität hatten damals das Problem, Kontakt mit den Jugendlichen zu bekommen, mit denen die Erfahrungskurse gemacht werden sollten. Ende der 80er Jahre gab es häufig erlebnispädagogische Projekte für Jugendliche. Diese wissenschaftlich zu begleiten, war eine große Aufgabe, weil man auch nicht genau wusste, was für Jugendliche dort teilnehmen, und man nicht bedingungslos ständig mitfahren konnte, um mit denen zu reden.

Zu Beginn wurde ein **Katalog von Fragen** aufgestellt, die mit den Jugendlichen erörtert werden sollten. Auf deren Basis sollte von den Studenten und den wissenschaftlichen

Hilfskräften an der Universität so etwas wie ein Bild von diesen Jugendlichen erstellt werden. Unsere Vorstellung ging dahin, Vorschläge zu machen, wie man mit diesen Jugendlichen umgehen könnte.

Es wurden **Interviews** geführt mit einfachen Fragen. Diese Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert. Wir Studenten haben uns diese Interviews angehört und angefangen, Kriterien zu entwickeln, nach denen wir sie auswerten konnten. Die Jugendlichen haben etwas über ihre Familie oder über ihre Erfahrungen in der Jugendhilfe erzählt. Es waren viele Jugendliche dabei, die schon eine langjährige „Karriere“ im Jugendhilfebereich hatten. Es wurden insgesamt drei Erfahrungskurse mit den Jugendlichen durchgeführt, zwei davon mit Jungen, die nach Korsika gefahren sind, und ein Kurs mit Mädchen, die in den Pyrenäen waren. Die Projekte zogen sich über drei Jahre: jedes Jahr ein Projekt, davon ein halbes Jahr Praxis und ein halbes Jahr Zeit zum Nachbereiten. Innerhalb dieser drei Jahre hat sich ein Katalog von Fragestellungen herausgebildet, die sich bewährt haben und bei denen wir festgestellt haben, dass die Antworten der Jugendlichen für uns aufschlussreich waren.

Aus diesen ersten Versuchen hat sich etwas entwickelt, was wir noch nicht Diagnose genannt haben, sondern fallspezifische Aufgabenstellungen oder Überlegungen, wie man mit dem einen oder dem anderen Jugendlichen verfahren könnte. Diese Vorschläge wurden mit den Praktikern, die diese Kurse durchgeführt hatten, diskutiert. Das alles passierte manchmal unter erheblichem Zeitdruck für die Praktiker. Die Maßnahme für die Jugendlichen sollte möglichst rasch durchgeführt werden und konnte nicht lange aufgeschoben werden. Wenn man fünf bis sieben Jugendliche in eine Gruppe bringen muss, die von verschiedenen Jugendämtern kamen, war es oft notwendig, schnelle Entscheidungen zu treffen und kurze Wege einzuhalten. Die Interviews wurden einmal vor der Maßnahme, dann vor Ort und am Ende der Maßnahme geführt. Das Ergebnis waren tausende Seiten von transkribiertem Material.

Aus diesem Material haben wir in Kleinstarbeit Leitlinien entworfen, die von Uwe Uhlendorff in seiner folgenden Arbeit Anfang der 90er Jahre umgesetzt worden sind¹.

2. Ablaufschritte der Diagnose für Kinder und Jugendliche

Stephan Cinkl: Nachdem wie geschildert die Interviews durchgeführt und transkribiert worden waren, wurde nach praktikablen Wegen gesucht, mit Hilfe dieser Interviews sozialpädagogische Diagnosen zu erstellen. Dabei ist eine für Praktiker mögliche Methode der sozialpädagogischen Diagnose entstanden (**Abbildung 1**).

¹ Klaus Mollenhauer/Uwe Uhlendorff: Sozialpädagogische Diagnosen I. Über Jugendliche in schwierigen Lebenslagen. München/Weinheim 1992 (Juventa Verlag)

Klaus Mollenhauer/Uwe Uhlendorff: Sozialpädagogische Diagnosen II. Selbstdeutungen verhaltensschwieriger Jugendliche als empirische Grundlage für Erziehungspläne. München/Weinheim 1995 (Juventa Verlag)

Uwe Uhlendorff: Sozialpädagogische Diagnosen III. Ein sozialpädagogisch-hermeneutisches Diagnoseverfahren für die Hilfeplanung. München/Weinheim 1997 (Juventa Verlag)

Arbeitsschritte einer Sozialpädagogischen Diagnose für Kinder und Jugendliche

1. Formulierung einer Fragestellung
2. Leitfadengestütztes Interview
3. Teamauswertung: Diagnose von Lebensthemen, Einordnung in die Bildungs-etappen und Erarbeitung von sozialpädagogisch-therapeutischen Handlungsvorschlägen
4. Rückmeldung des Verstehensangebotes und der Handlungsvorschläge an den Jugendlichen
5. Einbringen der Diagnose in das Hilfeplangespräch

Abbildung 1

1.) Der erste Schritt einer Sozialpädagogischen Diagnose ist die **Formulierung einer Fragestellung**. Das ist ein wichtiges Detail. Man verfolgt ein bestimmtes Erkenntnisinteresse. In der Kinder- und Jugendhilfe hat man es zunächst mit Problemen zu tun. Das muss man anerkennen. Damit steht eine Fragestellung im Zusammenhang. „Wie kann ich den Jugendlichen in meiner Einrichtung so betreuen, dass er wieder in die Schule geht?“ ist eine alltägliche, normale Fragestellung.

2.) Der zweite Schritt ist die **Führung des Interviews** mit den Kindern oder Jugendlichen. Dabei meinen wir Kinder ab dem Schuleintrittsalter. Es ist ein sehr sprachorientiertes Verfahren und daher für jüngere Kinder nicht geeignet. Das ist eine wichtige Einschränkung. Zu dem Interview gibt es einen Leitfaden mit feststehenden Fragen. Das Interview dauert zwischen 30 Minuten und einer Stunde. Mit einigen Jugendlichen können sie auch etwas länger dauern. Der Interviewer muss nicht immer ein Betreuer sein, der eine intensive Beziehung zu dem Kind oder dem Jugendlichen hat, weil Menschen, die distanziert sind, oft eher auf offene Antworten stoßen. Das sind unsere Erfahrungen. Diese wichtige Frage, wer das Interview durchführt, muss vorher geklärt werden. Der Interviewer arbeitet einen Leitfaden ab. Es ist kein therapeutisches Gespräch und keine Beratungssituation, daher nennen wir es auch Interview.

Das Interview wird auf einen Tonträger aufgenommen. Die Aussagen der Kinder und Jugendlichen werden eins zu eins dokumentiert, das ist ein Kernbestandteil unserer Arbeit. Es ist ein zentrales Problem in der Sozialen Arbeit und in der Kinder- und Jugendhilfe, dass es durch die Erinnerung und durch die Form der Dokumentation eine starke Filterung dessen, was Menschen erzählen, gibt. Wenn ich ein Gespräch führe und selbst intensiv mitschreibe, habe ich einen außerordentlichen starken Verlust an Informationen und ich dokumentiere aus der Sichtweise des Professionellen. Es gibt einen Unterschied zwischen den Selbstsichten von Menschen und den professionellen Deutungsmustern.

Kinder und Jugendliche sind fast immer damit einverstanden, dass das Gespräch auf Tonträgern festgehalten wird. Viele sehen das als eine Form der Anerkennung. Sie bekommen später die Tonträger ausgehändigt.

3.) Der dritte Schritt des Verfahrens ist die **Auswertung des Interviews im Team**. Es ist uns wichtig, dass mehrere, meist drei bis vier Personen, das Interview gemeinsam

hören und auswerten. So ist es nicht einem einzelnen Fachmann überlassen, sich sein Bild von dem Kind aus diesem Interview zu machen.

Die Auswertung geschieht nach folgenden Schritten: Die Kassette wird abgespielt und dabei werden nach bestimmten Kategorien die wichtigsten Äußerungen der Kinder und Jugendlichen auf Flipcharts geschrieben, so aussagenah, wie es geht. Das ist noch ein wichtiges methodisches Detail: Die Auswertung des Interviews geschieht transparent. Dabei ist die Teamarbeit wichtig. Wenn mehrere Menschen etwas hören, hören sie unter Umständen Unterschiedliches. An diesem Punkt trennen wir die wörtlichen Aussagen der Kinder und Jugendlichen und die Deutung der Professionellen. Die Teamarbeit dient auch der professionellen Kritik. Die Sichtweisen der einzelnen Personen werden hinterfragt, so dass man oft gezwungen ist, Aussagen noch einmal zu hören. Das Interview wird auf diese Weise protokolliert und in acht Dimensionen zusammengefasst (**Abbildung 2**).

Protokolldimensionen
1. Familie, Verwandtschaft
2. Außerfamiliäre Erfahrungen, Gleichaltrige
3. Erfahrungen mit Einrichtungen des Bildungssystems
4. Erfahrungen mit Einrichtungen der Jugendhilfe
5. Körperlichkeit, Interessen
6. Zeitschemata
7. Normative Orientierung
8. Selbstbild, Selbstentwurf

Abbildung 2

Der erste Bereich ist sehr häufig auch der umfangreichste, auch bei Jugendlichen. Es wird auf die Flipchartbögen aufgeschrieben, was die Kinder und Jugendlichen zu dem Bereich Familie und Verwandtschaft aussagen. Im fünften Bereich geht es um Krankheiten, aber auch um Sport und Hobbys, Bewältigung von Stress und dergleichen. Im achten Bereich erscheinen alle Aussagen dazu, wie die Kinder und Jugendlichen sich selbst sehen, wie sie sich ihre Zukunft vorstellen, was sie für Wünsche haben. Im Leitfaden haben wir eine letzte Frage nach drei Wünschen. Das gehört zu diesem achten Bereich.

Wir protokollieren das Interview vollständig, so dass uns am Ende mindestens vier bis fünf Flipcharts vorliegen. Mit einer gewissen Routine schafft man das in etwa zwei bis drei Stunden, am Anfang dauert das länger.

Michael Kluttig: Das Wichtigste an dieser Auswertung ist das richtige Zuhören. Die Menschen lernen zuzuhören, was man im beruflichen Kontext oft schon ein wenig vergessen hat oder aus Zeitgründen oft nicht mehr praktizieren kann. Hier muss man sich die Zeit nehmen.

Stephan Cinkl: Nach dem Protokollieren fasst man das Material in so genannten **Lebensthemen** zusammen. Wir gehen davon aus, dass Menschen wesentliche Themen haben, mit denen sie ihre Sicht auf die Welt strukturieren. Es gibt Wesentliches im Blick auf die Welt, das Menschen benutzen, um sich Orientierung zu verschaffen. Wir benennen das mit dem relativ neutralen Begriff **Lebensthemen**, nicht Defizite oder Ressourcen. Diese Themen sind für eine bestimmte Phase zentral. Ein Jugendlicher in unserem Projekt hatte zum Beispiel ein zentrales Thema, das sich auf Essen bezog („Ich bin nie richtig satt geworden.“). Solche Thematiken klingen manchmal etwas banal, aber das sind genau die Dinge, die für die Kinder und Jugendlichen aus ihrer Sicht zentral sein können. Wir versuchen, solche Lebensthemen zu formulieren und die Aussagen aus dem Interview entsprechend zusammenzufassen.

Mit Hilfe des Interviews ordnen wir die Kinder und Jugendlichen in **Bildungsetappen** ein. Die Grundidee dabei ist ein Modell von Uwe Uhlendorff von vier Bildungsetappen, die Kinder und Jugendliche durchlaufen müssen, unterschieden nach fünf Bereichen¹. Für die Bildungsetappen wurden typische Entwicklungsaufgaben formuliert, die Kinder und Jugendliche bewältigen müssen, wenn sie in ihrer Entwicklung vorankommen möchten. In der Diagnostik geht es nicht nur um Formen und Abläufe, sondern auch um Inhalte und das Wissen über Kinder und Jugendliche und das, *was* ich eigentlich diagnostizieren will. Daher ordnen wir die Kinder und Jugendlichen in die Bildungsetappen ein und versuchen herauszubekommen, was das für die pädagogische Praxis bedeutet.

Ein Beispiel: Im Bereich der Bildungsetappen gibt es die Kategorie „Zeitkonzepte“. Wir schauen uns an, was Jugendliche für ein Zeitkonzept haben. Es gibt eine bestimmte Gruppe von Jugendlichen, die ein Zeitkonzept haben, das wir „fragmentierte Zeit“ nennen. Das heißt, wenn sie in den Interviews ihre Biografie schildern, erzählen sie nur einzelne Fragmente, Anekdoten oder kleine Geschichten. Sie haben kein chronologisches Zeitkonzept und keine chronologische Biografie. Die pädagogische Schlussfolgerung innerhalb der Einordnung in die Kategorie ist, dass der Jugendliche eine chronologische Biografie braucht. Es wäre in solchen Fällen notwendig, dass diese Jugendlichen oder Kinder eine Hilfe zum Erfassen ihrer eigenen Biografie bekommen. Eine sozialpädagogische Methode, die wir gern empfehlen, ist zum Beispiel die „Biografische Reise“. Der Jugendliche erzählt von unterschiedlichen Einrichtungen der Jugendhilfe, die er durchlaufen hat und der Sozialpädagoge „reist“ zusammen mit dem Jugendlichen die einzelnen Stationen seines Lebensweges ab. Eine solche erfahrungs- und aktionsorientierte Herangehensweise ist oft einem reinen therapeutischen Gespräch zu bevorzugen.

Nach dem Hören der Interviews, der Formulierung von Lebensthemen und der Einordnung in Bildungsetappen gibt es Überlegungen, was das eigentlich sozialpädagogisch oder auch therapeutisch bedeutet, was sich für praktische Implikationen ergeben.

4.) Der vierte Schritt ist die **Rückmeldung an das Kind oder den Jugendlichen**. Die zentrale Frage, mit der die Rückmeldung eingeleitet wird, ist, ob wir den Jugendlichen richtig verstanden haben. Wir haben ein Verstehensangebot, mehr zunächst nicht. Wir haben das Interview gehört, wir haben eine Idee, was die Lebensthemen sein könnten

¹ Uwe Uhlendorff: Sozialpädagogische Diagnosen III. Ein sozialpädagogisch-hermeneutisches Diagnoseverfahren für die Hilfeplanung. München/ Weinheim 1997 (Juventa Verlag)

usw. Wir haben jedoch nicht mehr als eine Hypothese und wir fragen den Jugendlichen, ob er sich darin wieder findet. Häufig sieht sich der Jugendliche in vielen Formulierungen richtig verstanden, in einigen aber nicht. Dann gibt es zwei Möglichkeiten, entweder hat man Dinge nicht richtig gehört oder auch schlecht zusammengefasst oder der Jugendliche merkt beim nochmaligen Hören der Aufnahme, dass er das im Interview tatsächlich gesagt hat. Es findet also auf jeden Fall noch einmal eine Auseinandersetzung mit den Kindern und Jugendlichen über ihre Sicht auf die Welt statt. Verstehensprozesse sind immer anstrengende, kommunikative Prozesse.

5.) Die Rückmeldung an den Jugendlichen findet in der Regel nicht im Rahmen des Hilfeplangesprächs statt. Die **Einspeisung in den pädagogischen Prozess**, zum Beispiel in das Hilfeplangespräch, passiert später. Das kann durch den Jugendlichen selbst geschehen oder auch durch die Helfer. Es ist uns wichtig, dass man das trennt. Es gibt eine Rückmeldung, der Jugendliche nimmt Stellung und das Ergebnis wird in die pädagogische Arbeit eingebracht. Das muss nicht immer das Hilfeplangespräch sein. Es hat auch viele Interviews im Rahmen von laufenden Betreuungen gegeben, etwa im Betreuten Wohnen, in der Heimerziehung, in der Einzelfallhilfe, dort dient es den Professionellen, um die Arbeit weiter zu entwickeln oder um über schwierige Situationen hinweg zu kommen.

Das ist der letzte Schritt der Sozialpädagogischen Diagnose. Es wurde heute schon gesagt: Die Diagnose steht nicht am Anfang der Hilfe und ist nicht dem Hilfeplanprozess vorgeschaltet, sondern ist integraler Bestandteil und hat Prozessqualitäten im Sinne von Rückmeldung und Hinterfragen. Denkbar ist, nach einem halben Jahr das Interview zu wiederholen und den Hilfeprozess zu reflektieren. Einige Einrichtungen tun das bereits.

Erfahrungen mit der sozialpädagogischen Diagnostik für Kinder und Jugendliche

Nach unserer Erfahrung hat sich entgegen bestehender Praxis die sozialpädagogische Diagnose in der Praxis bewährt. Die Praktiker in den Jugendämtern und bei den freien Trägern müssen den Hilfebedarf ermitteln. Dafür braucht man Methoden. Ob man die nun sozialpädagogische Diagnosen oder Clearing oder Hilfebedarfsermittlung nennt, ist den Praktikern vergleichsweise unwichtig, wenn die methodischen Schritte transparent sind. Die anfängliche Skepsis bezog sich in erster Linie auf den zeitlichen und organisatorischen Aufwand der Methode. Mit der Zeit haben sich verschiedene Modelle zur praktischen Umsetzung entwickelt.

Es gibt Einrichtungen der Krisenunterbringung, die auch immer einen Clearingauftrag haben. Dabei ist meist die methodische Grundlage unklar. Einige Kriseneinrichtungen bekommen keine Stellen vom Jugendamt für Clearing bezahlt, sondern die Jugendämter bezahlen das am Fall. Beispielsweise bietet eine Kriseneinrichtung in Bremen Krisenmanagement als Standardversorgung – das ist die unmittelbare Bewältigung der Krise – und gleichzeitig ein Clearing an. Für eine sozialpädagogische Diagnose muss sie 12 Fachleistungsstunden für Interview, Teamauswertung und einen schriftlichen Bericht beim Jugendamt abrechnen. Das Jugendamt entscheidet je nach Fall, ob es diese Zusatzleistung kauft oder nicht. Damit wurden gute Erfahrungen gemacht. Das wird von der Einrichtung als ein realistisches Modell eingeschätzt. Das Jugendamt freut sich ebenfalls über dieses Angebot, weil nicht mehr pauschal Stellen finanziert werden müssen.

Es gibt Erfahrungen in der stationären Erziehungshilfe. Einrichtungen bieten die Diagnose vor der Unterbringung an. Die Teamauswertung wird von den Mitarbeitern der Einrichtung und des Jugendamtes gemeinsam durchgeführt. Dadurch hat das Jugendamt die Möglichkeit, nach der Belegung noch einmal darauf zu schauen, wie die Hilfe ausgestaltet wird.

So hat sich mit den Jahren gezeigt, dass diese Methode bei aller scheinbaren Aufwändigkeit in Jugendhilfestrukturen durchaus hineinpassen kann. Sehr häufig ist es aber auch notwendig, dass man mit den Jugendämtern über entsprechende Angebote verhandeln muss.

Eine ganz persönliche Erfahrung habe ich mit Einrichtungen gemacht, die oft über Zeitmangel geklagt haben. Sie haben nach meiner Aufforderung aufgeschrieben, wie viel Stunden für Fallgespräche aufgewendet werden. Dabei haben sich interessanterweise exorbitante Stundenzahlen gezeigt, gerade, wenn es um schwierige Kinder und Jugendliche geht. Es gibt häufig informelle Fallgespräche. Aber diese Zeit wird nicht für strukturierte Fallarbeit genutzt. Es wird viel beraten, aber nicht nach einer bestimmten Methodik. Es erscheint in diesem Fall sinnvoller, eine bestimmte, systematische Methode anzuwenden und damit auch schneller zu Ergebnissen zu kommen. Man hat bei solchen Methoden allerdings eine erhöhte Arbeitsintensität. Es ist ein anstrengender Prozess, wenn man im Team Interviews anhört und auswertet. Das genaue Zuhören ist eine große Kunst und bei uns allen etwas unterentwickelt, die Freude am Deuten ist verbreiteter. In der Kinder- und Jugendhilfe ist es eine gute Haltung, dass man zunächst weiß, dass man nichts weiß, und erst einmal genau zuhört und Kinder, Jugendliche und Familien erst einmal betrachtet wie einen unbekannten Stamm in Afrika, der Dinge tut, die man nicht versteht, wie es uns Uwe Uhlenborff in seinem ethnologischen Beispiel geschildert hatte. Daher ist eine distanzierte Haltung häufig besser als eine Haltung, bei der man sehr nahe dran ist und immer glaubt, gleich alles zu verstehen – das ist meist eine Illusion.

Die Interviews haben noch einen Sekundäreffekt. Die Kinder und Jugendlichen fühlen sich anerkannt und ernst genommen und das führt eher zu einer nachhaltigen Kooperation. Es ist eine Beziehungspflege.

Bei diesem Projekt ging es nur um die Jugendlichen, nicht um Familien. Im Laufe unserer Fortbildungen haben wir festgestellt, dass das Thema Familie für die Jugendlichen ganz zentral war und – auch immer mehr im ganzen systemischen Zusammenhang gedacht – Familie viel bedeutsamer wurde. Das hat am Ende der 90er Jahre zu den Überlegungen geführt, wie man das ganze Familiensystem in den Katalog einbeziehen kann, um ein Verfahren zu entwickeln, bei dem man herausarbeiten kann, wie die Familie sich selbst sieht. Damit sind sowohl die einzelnen Familienmitglieder gemeint als auch möglicherweise die Sicht der gesamten Familie über ihr eigenes Leben, ihre Problemfelder, ihre Möglichkeiten zur Entwicklung. Das war der Ansatzpunkt für das von Uwe Uhlenborff beschriebene, 2002 gestartete Projekt.

Bei den Kindern und Jugendlichen gibt es viele Erfahrungen. Wir wissen, dass das unter bestimmten Bedingungen gut funktionieren kann. Bei der sozialpädagogischen Familiendiagnose befinden wir uns in einem experimentellen Stadium.

3. Ablaufschritte der sozialpädagogischen Familiendiagnose

Der Ablauf der Familiendiagnose ist dem der sozialpädagogischen Diagnose von Kindern und Jugendlichen sehr ähnlich (**Abbildung 3**).

Arbeitsschritte einer sozialpädagogischen Familiendiagnose
1. Formulierung einer Fragestellung
2. Genogramm-Erstellung
3. Leitfadengestützte Interviews
4. Teamauswertung: Diagnose von Konfliktthemen und Erarbeitung von sozialpädagogisch-therapeutischen Handlungsvorschlägen
5. Rückmeldung des Verstehensangebotes und der Handlungsvorschläge an die Familie
6. Einbringen der Diagnose in das Hilfeplangespräch

Abbildung 3

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Familien in der Jugendhilfe“, das Uwe Uhlen-dorff vorgestellt hat, wurden einige sozialpädagogische Familiendiagnosen exemplarisch mit freien Trägern und Jugendämtern durchgeführt. Wir haben erste Fortbildungs-erfahrungen, aber das Ganze ist noch nicht ausgereift. Das heißt, wir haben eine Idee, wie das aussehen könnte, sind uns aber sicher, dass wir noch etwas verändern werden. Die Praxis wird zeigen, wie viel noch verändert und präzisiert werden muss. Wir planen ein Projekt, sofern die Finanzierung gesichert ist, mit freien Trägern und Jugendämtern sozialpädagogische Diagnosen in bestimmten Sozialräumen zu implementieren und zu überprüfen, ob diese Diagnosen auch einen Wert haben. Daher stellen wir hier sozusagen einen „Prototyp“ vor.

1.) Ebenso wie bei den Kindern und Jugendlichen braucht man zunächst eine **Fragestel-lung**. Sehr wichtig ist dabei, dass man diese Fragestellung aufschreibt, damit sie doku-mentiert ist. So weiß man am Ende auch noch, was man eigentlich wissen wollte.

2.) Es ist unseres Erachtens wichtig, ein **Genogramm** zu haben. Mit einem Genogramm meinen wir keine ausführliche Beziehungsanalyse, wie man das aus dem systemischen Arbeitsansatz kennt, sondern Genogramm als Übersicht der Familie. Man hat bei den Familieninterviews häufig das Problem, dass dabei viele Namen von Partnern und Kin-dern genannt werden und man leicht den Überblick verliert. Deshalb die Erstellung ei-nes Genogramms mit den wichtigsten Personen innerhalb der Familie durch Erfassung von: Name, Alter, Beziehung (Stiefvater, Vater welchen Kindes usw.).

3.) Der dritte Schritt ist das **Leitfaden-gestützte Interview**, und zwar einzeln mit den Familienmitgliedern. Wir definieren Familie als Haushaltsgemeinschaft. Für uns besteht die Familie in erster Linie aus der Gemeinschaft der Menschen, die im Haushalt zu-sammenlebt. Das unterscheidet uns von den eher bindungstheoretischen oder systemi-schen Herangehensweisen. Zentral für die Familien ist aus unserer Sicht der Alltag. Wer zusammenlebt, steht im Fokus des Interesses. Das bedeutet nicht, dass es in Einzelfällen

nicht auch sinnvoll sein kann, ein Elternteil, das außerhalb der Familie lebt, zu interviewen. Aber zunächst ist die Haushaltsgemeinschaft im Blick. Wir haben in unserer Studie ein Drittel allein erziehende Mütter und immerhin drei allein erziehende Väter, das ist eine höhere Quote als in der Gesamtbevölkerung. In der Regel waren es aber Mann und Frau in einer Familie.

In vielen Interviews hat sich interessanterweise herausgestellt, dass es ganz gut ist, wenn man mit den Männern beginnt, weil etliche Männer nicht mehr zum Interview bereit waren, wenn wir mit den Frauen begonnen hatten. Wenn man also die Wahl hat, sollte man mit den Männern beginnen. Die erwachsenen Familienmitglieder waren allerdings nicht nur zum Interview außerordentlich bereit, sondern auch damit einverstanden waren, dass diese Interviews in die Praxis eingespeist wurden. Die Interviews sind zwar im Rahmen des Forschungsprojektes durchgeführt worden, aber wir hatten als Überweiser auch Praktiker, die sich aus der Auswertung der Interviews einen Nutzen für ihre Hilfepraxis versprochen hatten. Sie fragten die Familien, ob die Interviews auch über die Forschung hinaus von den Praktikern gelesen werden dürften. In der Regel waren die Erwachsenen damit einverstanden. Bisher wurde ja oft die mangelnde Kooperationsbereitschaft der Erwachsenen in der Kinder- und Jugendhilfe beklagt. Hier machten wir eine positive Erfahrung.

4.) Die **Teamauswertung** wird ebenso wie bei den Kindern und Jugendlichen durchgeführt, allerdings erhöht sich der zeitliche Aufwand, da mitunter drei oder vier Interviews (Vater, Mutter, Kinder) anzuhören und auszuwerten sind. Die Originalaussagen der Familienmitglieder werden gehört und in den einzelnen Auswertungskategorien protokolliert. Diese werden dann mit Hilfe eines Manuals in die **Deutungsmuster** eingeordnet, die dann zur Formulierung von Konfliktthemen, Hilfethematiken und Aufgabentypen genutzt werden. Aus diesen wiederum werden **sozialpädagogisch-therapeutische Handlungsvorschläge** abgeleitet. Jeder Vorschlag ist dabei erst einmal erlaubt, auch wenn er nicht in jedem Fall in die Struktur der Kinder- und Jugendhilfe passt. Es geht – wie im KJHG ausgewiesen – um geeignete und notwendige Hilfen, nicht um die Zuordnung zu einem Paragraphen. Die verschiedenen Hilfeformen im § 27,3 sind nur Beispiele für mögliche Hilfen innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe. Darüber besteht weitgehend Konsens. Daher sprechen wir auch von sozialpädagogisch-therapeutischen Handlungsvorschlägen, um das möglichst offen zu halten.

5.) Die **Rückmeldung des Verstehensangebotes und der Handlungsvorschläge** an die Familie spielt sich so ab, dass man innerhalb der Familie Flipcharts aufhängt. Ideen werden in Anwesenheit der Familie aufgeschrieben. Das schafft Transparenz, im Gegensatz zu fertig gedruckten DIN A4-Blättern, deren Inhalt die Familienmitglieder oft nicht richtig verstehen. Man vergewissert sich, dass man die Familienmitglieder richtig verstanden hat, und spricht mit ihnen über die Handlungsvorschläge. Entweder spricht man mit der ganzen Familie oder mit einzelnen Familienmitgliedern separat. Danach lässt man die Familie mit dem Verstehensangebot und mit den Handlungsvorschlägen allein. Um die Familie in ihren Selbstheilungskräften zu stärken, ist es besser, erst einmal Vorschläge zu unterbreiten, über die die Familie selbst nachdenken kann, als danach gleich zum Hilfeplangespräch überzuleiten. Das fördert die familiäre Dynamik und es ist sehr wichtig, dass Familien miteinander über diese Verstehensideen und Handlungsvorschläge ins Gespräch kommen.

Die Familie wird dann gebeten, ihre Sicht auf diese Ideen zu äußern und eventuell andere Vorschläge zu machen. Es ist eine Form der Entmündigung, wenn man gleich mit administrativen Vorgaben mit der Familie die Handlungsschritte festlegt. Damit befördert man nicht die Selbstheilungskräfte der Familien. Die Verstehensangebote sind mitunter sehr substanziell und müssen verarbeitet werden. Das führt innerhalb der Familie zu Auseinandersetzungen und auch zu Konflikten. Das ist positiv zu werten, weil damit Familien in Bewegung geraten und nicht so sehr die Erwartung an die Helfer haben, es schon für sie zu richten.

6.) Die Familien melden sich dann mit ihren Meinungen beim Jugendamt und es wird ein **Hilfeplangespräch** vereinbart. Wichtig ist, dass die Familien noch einmal einbringen, was sie gehört haben und welche Ideen sie akzeptieren und welche sie verändern würden. In das Hilfeplangespräch bringen selbstverständlich auch andere Fachkräfte ihre diagnostische Meinung. Die sozialpädagogische Familiendiagnose ist nicht unbedingt immer das einzige Mittel, sondern andere Fachkräfte können durchaus eine andere Position einnehmen und es kann divergierende Einschätzungen geben. Diese müssen entsprechend verhandelt werden. Hilfeplanung ist ein Teamprozess und ein Aufeinanderprallen von verschiedenen fachlichen Meinungen. In der Kinder- und Jugendhilfe gibt es unterschiedliche Professionen, die unter Umständen verschiedene Modelle haben, mit denen sie an die Probleme von Menschen herangehen. Das macht Kooperation nicht einfach. Das ist aber unser fachlicher Alltag.

Das ist unser Diagnosemodell, wie wir uns das vorstellen. Wir haben es an einigen Stellen erprobt und sind damit ganz zufrieden, wissen jedoch nicht, ob es routinefähig ist.

4. Beispiel einer Familiendiagnose in Frankfurt/Oder: Familie „Wartesaal“

Das Jugendamt in Frankfurt/Oder arbeitet mit Sozialraumorientierung und Budgetierung. Träger haben einen bestimmten Satz von Fachleistungsstunden zur Verfügung und können im Rahmen dieser Fachleistungsstunden sehr frei entscheiden, was sie damit machen. So ein Modell befördert Innovation und die flexible Arbeit am Einzelfall jenseits der Säulen der Kinder- und Jugendhilfe.

Die sozialpädagogische Familiendiagnose wurde in der Familie einer allein erziehenden Mutter mit fünf Kindern durchgeführt. Die Mutter ist Sozialhilfeempfängerin. Zwei der Kinder sind Jugendliche, ein 14-jähriger Junge und ein 17-jähriges Mädchen. Die jüngeren Kinder sind fünf, vier und ein Jahr alt. Die Frau hat noch ein sechstes Kind, das jedoch schon in einer eigenen Wohnung lebt. Die Situation war folgende: Das 17-jährige Mädchen war in den Jugendnotdienst gegangen und gab an, nicht mehr zu Hause wohnen zu wollen, weil sie dort überlastet sei.

Die Sozialarbeiterin hat daraufhin mit der Familie gesprochen und war relativ schnell zu der Erkenntnis gekommen, das Mädchen sei „parentifiziert“, es müsse sich um die kleinen Kinder kümmern und kommt mit seinen Bedürfnissen zu kurz. Sie hatte die Idee des betreuten Wohnens für das Mädchen und parallel einer Familienhilfe, um die Mutter dabei zu unterstützen, mit der Situation besser zurechtzukommen. Die Mutter hatte sich als überfordert beschrieben.

Der zuständige Träger wollte etwas differenzierter untersuchen, ob vielleicht eine ambulante Hilfe denkbar wäre beziehungsweise ob es nicht andere Ideen gäbe, weil die Mutter mit der vorgeschlagenen Hilfe nicht einverstanden war. Wir haben uns angeboten, bei der Auswertung behilflich zu sein.

Es wurden drei Interviews geführt, nachdem das Mädchen nach einer Woche im betreuten Wohnen wieder zu Hause lebte: mit der Mutter, mit dem Mädchen und mit dem 14-jährigen Jungen.

Bei der **Mutter** wurden folgende **Konfliktthemen** herausgearbeitet:

- „Ich bin mit der gesamten aktuellen Lebenssituation überfordert.“
- „Am schlimmsten sind die vielen Todesfälle.“
- „Ich bin gerne Mutter, aber eine befriedigende Arbeit ist genauso wichtig.“
- „Männer kann man vergessen.“
- „Ich habe ein Problem mit Jeanette.“
- „Ich brauche Hilfe in Notsituationen.“

Bei den Konfliktthemen formulieren wir – ähnlich wie bei den Lebensthemen der Kinder und Jugendlichen – Sätze, die wir den Personen in den Mund legen, um möglichst nah an den Aussagen der Familienmitglieder zu bleiben. Das sind zum Teil wörtliche Zitate, aber zum Teil Versuche, die Aussagen zusammenzufassen. Es ist wichtig, dass man auch mit der Sprache nahe an der Familie bleibt.

Die Mutter hat in erster Linie immer wieder deutlich gemacht, dass sie überfordert ist, die Väter der Kinder unterstützen sie nicht, andere Familienmitglieder, wie Großeltern oder Geschwister, die ihr helfen könnten, hatte sie nicht. Wir haben übrigens in unserer Studie herausgefunden, dass Familien in der Kinder- und Jugendhilfe über solche viel beschworenen Ressourcen häufig nicht verfügen.

Eine zentrale Belastung waren für sie Todesfälle in der Familie, das kam im Interview immer wieder zum Ausdruck und war für uns überraschend. Ihr Bruder war beispielsweise bei einem Verkehrsunfall ums Leben gekommen. In ihrer dritten Aussage machte die Mutter deutlich, dass sie neben ihrer Rolle als Mutter, die sie gern ausübt, ebenso gern wieder arbeiten möchte. In unserer Studie haben wir festgestellt, dass die Mütter in Ost- und Westdeutschland unterschiedliche Erwartungen an das Leben haben. Für die Frauen in Ostdeutschland sind Berufstätigkeit und Kinderbetreuung durch den Staat normal.

Die vierte Aussage ist ein Zitat. Die Mutter hat die Erfahrung gemacht, dass man auf Männer nicht zählen kann, dass sie unzuverlässig sind und sich nicht um die Kinder kümmern. Als ihr Bruder zum Beispiel gestorben war, hatte ihr damaliger Partner sie nicht unterstützt.

Jeanette, mit der sie Probleme hat, ist das Mädchen, das in den Notdienst gegangen ist. Sie hatte schon seit der Geburt Schwierigkeiten, das Mädchen als Kind anzuerkennen. Sie benötigt zwar Hilfe in Notsituationen, möchte aber nicht, dass die Kinder in ein

Heim kommen. Nur wenn es Krisen gibt, bräuchte sie Hilfe, nicht als langfristig angelegte Hilfe.

Im Vergleich dazu stellen sich die **Lebensthemen der Tochter** (Jeanette) folgendermaßen dar:

- „Ich finde Männer belastend.“
- „In der Familie habe ich zu viele Pflichten, dort bin ich belastet.“
- „Reden und Verhandeln ist für mich wichtig.“
- „Ich möchte mein eigenes Leben auch mal leben.“
- „Bei mir fühlt man sich geborgen.“

Das Mädchen hat aufgrund konkreter Erfahrungen die Aussage gemacht, dass Männer eher eine Belastung sind. Ihre ersten Liebeserfahrungen waren nicht ermutigend, der Kontakt gestaltete sich unerfreulich. Jeanette hat immer wieder deutlich gemacht, dass sie es in Ordnung findet zu helfen, aber zu viele Pflichten hat und auch ihren eigenen Weg gehen möchte. Wenn sich nichts ändert, dann wird sie zu Hause nicht mehr leben wollen. Dazu passt auch das vierte Lebensthema, dass sie für sich eine Perspektive für ein eigenes Leben braucht. Sie hält Reden und Verhandeln für wichtig. Die Mutter hat ihr stets nur Anweisungen gegeben und Jeanette fände es besser, wenn über die Aufgabenverteilung in der Familie gesprochen und verhandelt werden würde. Jeanette beschreibt sich selbst als jemand, der sich gern um andere kümmert. Sie würde gern mit Kindern arbeiten und wird von anderen auch gemocht. Sie möchte jedoch nicht, dass das ausgenutzt wird.

Die **Lebensthemen des 14-jährigen Jungen** (Silvio) waren:

- „Ich denke an meine Zukunft.“
- „Ich will Landwirt werden.“
- „Mir gefallen Maschinen.“
- „Ich möchte im Lesen und Schreiben besser sein, aber ich mag keine eingebildeten Leute.“
- „Ich möchte normal sein und ein normales Leben führen.“
- „Meistens bin ich alleine.“
- „Regeln müssen sein, aber von Frauen lasse ich mir nichts vorschreiben.“

Im ersten Lebensthema wird zusammengefasst, dass sich der Junge als jemand beschreibt, der zur Schule geht und danach einen Beruf erlernen möchte, ein eigenständiges Leben haben möchte. Er sieht sich eigentlich schon außerhalb der Familie. Er hat eine genaue Berufsvorstellung, er mag Landmaschinen. Er besucht die Förderschule im ländlichen Bereich. Er bastelt gern an seinem Moped. Die vierte Aussage deutet auf sein Bemühen hin, besser lesen und schreiben zu können. Das taucht öfter im Gespräch auf. Er mag jedoch keine „eingebildeten Leute“, Leute, die sich „für etwas Besseres halten“. Er möchte gern normal sein. Er besucht eine Förderschule und das ist für ihn schwierig. Von seiner Schwester wird er manchmal als „Kloppi“ bezeichnet, aber er möchte als

ganz normal gelten und hat den Ehrgeiz, den Hauptschulabschluss an der Förderschule zu machen. Er ist meist allein. Er hat zwar einen Freund, aber ist gern allein. In seiner letzten Aussage wird deutlich, dass er zwar zu Hause gern hilft, das sagt er auch im Gespräch, aber er möchte wie seine Schwester keine Befehle erhalten. Er empfindet seinen Beitrag zu Hause als ausreichend.

In den Lebens- und Konfliktthemen der Familienmitglieder findet man thematische Überschneidungen, aber es gibt durchaus Unterschiede. Es ist eine Mischung aus Gemeinsamkeit und ähnlichen Themen und ganz individuellen Unterschieden.

Aus diesen Interviews und deren Auswertung haben wir die in **Abbildung 4** aufgeführten Handlungsvorschläge erarbeitet.

Sozialpädagogisch-therapeutische Handlungsvorschläge Familie „Wartesaal“

1. Familiengespräche: „Dialog zwischen den Generationen“ insbesondere zu geschlechtsspezifischen Themen
2. Einzelarbeit: Mit der Mutter zu biografischen Themen und zu Identitätsfragen, mit Silvio zu jungenspezifischen Themen, mit Jeanette als Begleitung der Selbstständigkeit
3. Erarbeitung eines Notfallplans
4. Umzug in eine größere Wohnung
5. Veränderung der familiären Arbeitsteilung

Abbildung 4

1.) „Dialog zwischen den Generationen“ ist ein Begriff von Helm Stierlin, einem bekannten Familientherapeuten. In dieser Familie ist deutlich geworden, dass es oft um geschlechtsspezifische Themen geht: Männer und Frauen, Jungen und Mädchen. Das sind Themen, die zwischen den Generationen verhandelt werden. Die verschiedenen Generationen haben darüber unterschiedliche Auffassungen. Wir hielten es für einen wichtigen Schritt, wenn zumindest die Mutter und die beiden älteren Kindern unter Anleitung darüber einen Dialog führten, welche Erfahrungen und Zukunftsvorstellungen es gibt.

2.) Die Einzelarbeit mit den einzelnen Familienmitgliedern zu ihren wichtigsten Themen war ein weiterer wichtiger Handlungsvorschlag. Die Mutter hatte eine biografische Belastung zum Ausdruck gebracht. Außerdem sollte mit der Mutter über ihre Identität als Frau und Mutter gesprochen werden. Silvio sollte ein Einzelangebot zu jungenspezifischen Themen unterbreitet werden. Bei Jeanette geht es deutlich darum, dass sie ihr eigenes Leben führt. Das sagt sie auch ganz klar im Interview. Das sollte in Einzelarbeit begleitet werden.

3.) Die Mutter hatte deutlich zum Ausdruck gebracht, dass sie Hilfe in Krisensituationen braucht. Sie möchte nicht, dass die Kinder fremd untergebracht werden. Dazu sollte

die Erstellung eines Notfallplans dienen, der der Mutter auch Sicherheit gibt, wenn so eine Situation eintritt.

4.) Die Belastung der Mutter hatte sehr viel mit der zu kleinen Wohnung zu tun. Daher ist der vierte Handlungsvorschlag „Umzug in eine größere Wohnung“.

5.) Die familiäre Arbeitsteilung sollte gerechter gestaltet werden.

Das waren unsere Ideen, die wir nicht in die Säulen des KJHG eingeordnet, sondern als Vorschläge formuliert haben. Die Lebensthemen der Jugendlichen und die Konfliktthemen der Mutter sowie die Vorschläge haben wir – eine Mitarbeiterin eines freien Trägers, eine Kollegin des Jugendamtes und ich – in der Wohnung aufgehängt und erläutert. Es ergab sich insbesondere zu diesem ersten Bereich gleich eine Diskussion zwischen den dreien. Wir ließen sie zunächst gewähren und boten danach unsere Unterstützung an.

Die Interview- und Auswertungsphase hat insgesamt sechs Wochen gedauert. Zwei Monate nach dem Treffen bei der Familie bat die Mutter um einen Termin im Jugendamt. Es wurde dann im Hilfeplan, zusammen mit den beiden älteren Kindern, das Folgende vereinbart und inzwischen auch verwirklicht:

1.) Eine systemische Familientherapeutin unterstützt die Familiengespräche. Es muss nicht unbedingt diese Profession sein, aber es gab in diesem Fall ein Angebot. Es wurden dazu 12 Termine vereinbart.

2.) Die Mutter hatte sich zur Aufarbeitung ihrer biografischen Themen inzwischen eine Psychotherapeutin gesucht und bereits Sitzungen absolviert. Silvio hat auf Vorschlag des Jugendamtes an einer Jungengruppe teilgenommen, die vor allem sportliche Aktivitäten anbietet. Silvio hat sich zu jungenspezifischen Themen mit einem Pädagogen in einer sozialen Gruppenarbeit für Jungen auseinandergesetzt. Um Jeanette hat sich eine Einzelfallhelferin gekümmert, die mit ihr eher körperorientiert gearbeitet hat. Vor allem sollte Jeanette etwas für sich allein, ohne ihre Familie tun können.

3.) Ein Notfallplan wurde zusammen mit einer sozialpädagogischen Familienhilfe erarbeitet, mit der auch die familiäre Arbeitsteilung neuorganisiert wurde, mit Haushaltsplänen und einer rationelleren Haushaltsorganisation.

4.) Das Jugendamt hat in der Zwischenzeit mit dem Sozialamt Kontakt aufgenommen, um einen Umzug in eine größere Wohnung in die Wege zu leiten. Das Jugendamt konnte das Sozialamt davon überzeugen, den Umzug in eine größere Wohnung zu finanzieren, mit dem Argument, dass es insgesamt für die Stadtverwaltung teurer wird, wenn dieser Umzug nicht stattfindet, weil es dann unter Umständen wieder leichter zu Krisen kommt. Die Familie bekam daraufhin eine größere Wohnung angeboten.

Es ist seither nicht wieder zu Krisen gekommen. Das Mädchen ist nicht wieder zum Notdienst gegangen, aber sucht jetzt eine eigene Wohnung, sie verselbstständigt sich allmählich.

Eine interessante Entwicklung gab es bei dem Jungen, der jetzt viel stärkeren Kontakt zu seinem Vater hat. Ein Thema in den Familiengesprächen war, dass die Mutter bisher den Kontakt zu seinem Vater verhindert hatte, weil sie Männer generell und insbesondere den Vater von Silvio sehr negativ bewertet hatte.

Dieser Fall zeigt sehr gut, dass man Diagnose und Hilfe zwar analytisch trennen kann, aber Diagnose schon Teil der Hilfe ist und dass man gerade diese dazu nötige Zeit positiv bewerten kann, weil das die Auseinandersetzung innerhalb der Familie fördert.

Der zeitliche Aufwand von insgesamt 48 Stunden erstreckte sich über drei Monate. Normalerweise werden ambulante Hilfen mit einer bestimmten Wochenstundenanzahl gewährt: Bei sechs Stunden in der Woche kommt man bei den drei Monaten auf 72 Stunden. Die Schwierigkeit bei dem Fall lag eigentlich darin, vor allem für die zuständige Sozialarbeiterin im Jugendamt, geduldig auf die Rückmeldung der Familie zu warten. Dort mussten wir gelegentlich intervenieren. Es gibt bei den Professionellen oftmals das Bedürfnis schnell zu handeln, was in einigen Fällen gar nicht notwendig und gut ist. Diese Sozialarbeiterin ließ sich davon überzeugen, was ihr hoch anzurechnen ist.

Die drei Kollegen, die an den Interviews und an der Auswertung beteiligt waren, wurden über die Budgetierung bezahlt. Man muss sich über strukturelle Fragen der Finanzierung Gedanken machen. Das Jugendamt war zunächst erstaunt und auch entsetzt darüber, wie viel Zeit das gekostet hat. Als aber nachgerechnet wurde, welchen Aufwand die Ursprungsidee – Betreutes Wohnen plus Familienhilfe – bedeuten würde, merkte man, dass die Lösung durchaus preiswert und akzeptabel ist.

Arbeitsgruppe 2: Die sozialpädagogische Diagnose Rahmenvorgaben des Deutschen Vereins

KARL-HEINZ WEYRICH

Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialdienstes München

Bereits in der Fachtagung für ASD-Leitungen im Jahr 2002 beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge wurde die sozialpädagogische Diagnose als Kernaufgabe des Allgemeinen Sozialdienstes (ASD) / Kommunalen Sozialdienstes (KSD) verstanden und gefordert, sie näher zu definieren, einheitliche Kriterien für eine sozialpädagogische Diagnose zu formulieren und so eine Grundlage für ein bundesweites, verbindliches Arbeiten zu schaffen (siehe Profil für einen Kommunalen Sozialdienst, Deutscher Verein, 2002, S. 17).

Eine weitere Arbeitsgruppe hat nun Rahmenvorgaben, methodische (Sozialarbeitslehre) und prozesshafte Verortung (Ablaufdiagramm) der sozialpädagogischen Diagnose formuliert und beim Deutschen Verein veröffentlicht (Die sozialpädagogische Diagnose, Deutscher Verein 2005).

Die vorliegende Zusammenfassung bezieht sich auf diese Publikation. Sie gibt einige gekürzte Auszüge wieder. Zur Vertiefung, Information und zur Umsetzung wird empfohlen, diese Publikation beim Deutschen Verein zu bestellen.

Zur sozialpädagogischen Diagnose:

Schon immer sind SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen des KSD/ASD diagnostisch tätig. Sie entscheiden laufend über Hilfeleistungen und die Art der weiteren Bearbeitung.

Aber es existieren unterschiedliche Vorstellungen darüber, was unter Diagnose zu verstehen ist, sowie unterschiedliche Modelle, die sowohl in der Theorie als auch in der Praxis entwickelt worden sind und sich in Teilen in den Checklisten, Formularen und Arbeitshandbüchern der Organisationen wieder finden. Die KSD/ASD haben für Teilbereiche generelle Verfahrensweisen festgelegt.

Auftrag des ASD/KSD

Die Bezirkssozialarbeit im Kommunalen Sozialdienst bewegt sich „wie kein anderer Dienst im Spannungsfeld individueller Ansprüche und gesetzlicher Aufträge“. Dem Kommunalen Sozialdienst kommen zunehmend Entscheidungskompetenzen zu. Er ist der soziale Dienst, der die KlientInnen aufsucht, betreut und begleitet und weitreichende Entscheidungen trifft.

Der KSD/ASD „klärt und analysiert (sozialpädagogische Diagnose) die Probleme und die Leistungslage“. Er steuert die Inanspruchnahme von Hilfen im Einzelfall.

Die Qualität einer sozialpädagogischen Diagnose ist daher entscheidend dafür, wie geholfen wird, wie persönliche Lebenssituationen beeinflusst und für wen wie viel der öffentlichen Gelder eingesetzt werden.

Zum Auftrag des KSD/ASD gehört es, den Zusammenhang von Problemen und gesellschaftlichem Auftrag zu klären: Handelt es sich um ein anerkanntes soziales Problem, das den öffentlichen Träger zum Handeln verpflichtet? Sozialpädagogische Diagnosen sind daher eng mit gesetzlichen Aufträgen, den gesellschaftlichen Bedingungen und den Menschenrechten verknüpft.

Gegenstand der sozialpädagogischen Diagnose

Gegenstand des sozialpädagogischen Diagnoseverfahrens ist also ein inhaltlich mehrdimensionales Verfahren. Das heißt, die Bereiche, in denen der/die Klient/in lebt, weisen verschiedene Dimensionen auf: die Person an sich, die Umwelt, in der sie lebt, und das System, das sie umgibt. Die sozialpädagogische Diagnose ist zeitlich nicht begrenzt und erfährt ständige Ergänzungen und Veränderungen.

Bezogen auf die Sicherungsaufgaben (Garantenstellung) der kommunalen sozialen Arbeit sind schriftliche Nachweise (Dokumentation) über das komplexe Anamnese- und Analyseverfahren unerlässlich.

Dafür sind standardisierte und verbindliche Vorgehensweisen notwendig. Diese schaffen auch professionelle Sicherheit für die im Arbeitsfeld Tätigen.

Neben den Kernaufgaben wie Beratung, Vermittlung von Hilfen oder Casemanagement ist die sozialpädagogische Diagnose die wesentliche Grundlage. Sie bildet die Grundlage für Entscheidungen über Jugendhilfemaßnahmen und Gewährung von angemessenen Hilfen.

Ziel der sozialpädagogischen Diagnose

Die sozialpädagogische Diagnose soll das System der Klientin / des Klienten unter sozialen Aspekten und sozialarbeiterischen/sozialpädagogischen Erkenntnissen erfassen.

Angestrebt wird, unter Einbeziehung der sozialpolitischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die für die KlientenInnen und die Gesellschaft geeignete und erwünschte Hilfe zu erbringen.

Dazu braucht es einen verbindlich festgelegten Rahmen mit klar formulierten Inhalten.

Die professionelle Identität und Anerkennung als Sozialarbeiter/innen und SozialpädagogInnen wird geschwächt, wenn unterschiedliche Verfahren mit unbestimmtem, oft nicht erkennbarem theoretischem Hintergrund in der Erkenntnisgewinnung vorherrschen.

Forderung

Die Kommunale Sozialarbeit braucht daher fachliche und wissenschaftlich verbindliche Standards für die sozialpädagogische Diagnose, um eine anerkannte Grundlage für sozialarbeiterische/sozialpädagogische Entscheidungen zu haben. Diese muss innerhalb der eigenen Profession, für andere Professionen und für die KlientInnen nachvollziehbar, transparent und eindeutig sein.

Wann eine sozialpädagogische Diagnose?

Grundsätzlich empfiehlt sich eine sozialpädagogische Diagnose in Fallkonstellationen, die einer umfangreichen Klärung bedürfen, um das Problem nachhaltig bewältigen zu können.

Implementierung in den Lehrplan der Fachhochschulen

Die KSD/ASD sollten darauf hinwirken, dass die Hochschulen vor Ort methodische Grundanforderungen der Sozialarbeit/Sozialpädagogik wie die sozialpädagogische Diagnose in Zukunft bereits ausreichend im Lehrplan berücksichtigen und Konzepte zu den einzelnen Phasen entwickeln.

Gewinn und Nutzen

Der Gewinn für eine Organisation besteht darin, dass durch sozialpädagogische Diagnosen Hilfebedarfe besser und zielgenauer geplant werden können. Die Mitarbeiter/innen erhalten größere professionelle Sicherheit. Die Budgets der Kommunen werden durch gezielte, individuelle Hilfen nachhaltig positiv beeinflusst.¹

¹ Für weitere Fragen steht der Referent zur Verfügung: Karl-Heinz Weyrich, Landeshauptstadt München, Sozialreferat, Tel: 089/233-35301, Fax: 089/233-35331, E-mail: Karl-Heinz.Weyrich@muenchen.de

Arbeitsgruppe 3:

Zugang zu Diagnostik und Hilfeplanung in einer Erziehungsberatungsstelle: Wer definiert, was richtig ist?

DR. EGINHARD WALTER

Diplom-Psychologe, Erziehungs- und Familienberatungsstelle Berlin-Schöneberg

1. Einführung

Wir beginnen mit einer Bestandsaufnahme dessen, was in der Erziehungs- und Familienberatungsstelle (EFB) oder in der Jugendhilfe unter Einbeziehung der EFB stattfindet. Wo diagnostiziere ich eigentlich in meiner Tätigkeit als EFB-Mitarbeiter, als Erziehungsberater? Es hat sich für mich herausgestellt, dass ich sehr unterschiedlich diagnostiziere, in ganz unterschiedlichen Bereichen und in einer ganz unterschiedlichen Intensität. In einigen Fällen kommen Selbstmelder nur für eine Beratungsstunde zu uns, bei denen ist die diagnostische Phase sehr kurz und beinhaltet manchmal sogar nur das Erfassen der Fragestellung. Darüber hinaus gibt es längere Beratungsprozesse, bei der sicher eine längere Diagnostik am Anfang steht. In der therapeutischen Arbeit wird die Prozessdiagnostik weiter ins Zentrum gerückt. Und wir schreiben Gutachten für Gerichte, bei denen die Frage der Diagnostik einen völlig anderen und gravierenden Stellenwert bekommt, weil man sie schriftlich niederlegen und die daraus abgeleiteten Empfehlungen dezidiert begründen muss. Außerdem gibt es die Schnittstellen mit dem ASD, die sich zumindest in Berlin etwas zu verändern scheinen. Meine Schnittstellen mit dem ASD können folgende sein:

1.) Es kann sein, dass ich aus einem bei uns begonnenen Beratungs- oder Therapieprozess auf die Idee komme, dass begleitende oder alternative Hilfen erforderlich sind. Ich wende mich an den ASD und wir befinden gemeinsam im Rahmen eines Hilfeplanverfahrens über diese Frage.

2.) Der ASD tritt an uns heran und bittet uns um Mitarbeit, die sehr unterschiedlich aussehen kann. Die Familie kann konkret den Wunsch nach Erziehungsberatung haben und der ASD überweist die Familie an uns. Der ASD kann uns bitten zu überprüfen, ob eine Therapie oder eine andere Hilfsmaßnahme angezeigt ist. Das ist eine Art Clearingprozess. Wir werden auch zu Kinderschutzverfahren zur Unterstützung des ASD hinzugezogen, gegebenenfalls auch zur Vorbereitung einer möglichen gerichtlichen Intervention zum Eingriff in das Sorgerecht.

3.) Die letzte Form der Zusammenarbeit ist relativ neu. Wir haben in Berlin eine Umstrukturierung hin zur Sozialraumorientierung. Wir haben so genannte Kiezteams gebildet, kleine Einheiten in einem deutlich größeren Jugendamt, bezogen auf einen bestimmten regionalen Sozialraum. Die Erziehungsberatung ist bestimmten Regionen und Arbeitsgruppen, den Kiezteams, zugeordnet. Dieses Team trifft sich jeden Freitag für drei Stunden, das ist ein erheblicher Zeitaufwand für alle Mitarbeiter. Jedes Hilfeplanverfahren in diesem regionalen Raum, das mit Kosten verbunden ist, wird sowohl in der Erstentscheidung als auch in der Verlängerung unter einer bestimmten Fragestellung in

der Gruppe vorgestellt. Die Gruppe setzt sich aus Mitarbeitern des ASD, aus einem Mitarbeiter der EFB, Mitarbeitern freier Träger, die verschiedene Hilfen anbieten, sowie aus Leitungskräften zusammen. Dazu gab es Schulungen mit bestimmten Abläufen, die vom Institut für Stadtteilbezogene Soziale Arbeit und Beratung der Universität Essen durchgeführt wurden.

In der Gruppe wird der Fall diskutiert und es gibt ein Teamvotum in die eine oder andere Richtung, das für den Sozialpädagogen nicht bindend ist, denn er trägt letztendlich die Verantwortung für die Hilfe. Dabei sehe ich nicht unbedingt den Klienten, aber wir sprechen im Rahmen von Supervision über den Fall. Das betrifft bisher lediglich die Fälle, bei denen sich außerhalb der EFB eine Hilfe anschließen würde. Die Umstrukturierung ist ein Prozess, von dem wir noch nicht genau wissen, wohin er sich noch entwickeln wird.

Das sind meine Zugänge zur Diagnostik im Rahmen meiner Tätigkeit. Haben Sie andere Erfahrungen in den Erziehungsberatungsstellen, andere Berührungspunkte mit Diagnostik?

2. Zugänge zu „Diagnostik“ - Erfahrungsaustausch

Teilnehmerin: Zusätzlich zu den beiden von Ihnen genannten Schnittstellen haben wir eine Kooperationsvereinbarung mit dem Jugendamt, dass wir eingeschaltet werden, wenn es um Fremdunterbringung geht. Wir werden einerseits im Vorfeld um eine Einschätzung (Diagnose) gebeten, ob diese Fremdunterbringung nötig ist, andererseits bei einer bereits bestehenden Fremdunterbringung, ob eine Rückführung möglich ist. Ist das bei Ihnen auch so?

Dr. Eginhard Walter: Wir haben von der Leitung des Jugendamtes, zu dem wir gehören, den Auftrag bekommen, alle Fremdunterbringungen von Jugendlichen über 16 Jahren noch einmal hinsichtlich alternativer Hilfeformen zu überprüfen. Manchmal gibt es dabei unterschiedliche Einschätzungen bei ASD und EFB, was auch Spannungen verursachen kann. Im Vordergrund steht der Gedanke, dass zu viele Jugendliche in die Fremdunterbringung gehen. Wir sollen darauf schauen, ob das wirklich immer notwendig ist. Hierfür gibt es eine strukturelle Verankerung, wir nennen sie Falleingangsphase, bei der von uns ein Formular ausgefüllt werden muss. In dieser Falleingangsphase wird uns die Familie vorgestellt und geht dann mit unserer Empfehlung zum ASD zurück, der dann letztendlich die Entscheidung trifft.

Teilnehmerin: Bei uns ist es nicht fest institutionalisiert, dass jeder Fall so laufen muss. Entweder schalten wir uns ein, wenn wir mit dem Fall zu tun haben, oder der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin im Jugendamt entscheidet darüber, dass es eine zusätzliche Einschaltung gibt.

Teilnehmerin: Vor etwa zwei Jahren kam das Pflegekinderwesen auf die Idee, die Erziehungsberatungsstelle zu beauftragen, uns die Kinder anzusehen und zu entscheiden, was sie für Pflegefamilien bräuchten. Das haben wir abgelehnt. Wir können nicht „den Schlüssel“ angucken, wenn wir „das Schloss“ nicht kennen. Die Erziehungsberatung sollte durch ihre Entscheidung garantieren, dass es nicht mehr zu so vielen Abbrüchen

von Pflegeverhältnissen kommt. Aufgrund des Mangels an Pflegeeltern fällt es andererseits schwer, Pflegeeltern abzulehnen oder „auszusortieren“.

Diese Analysetätigkeit wäre zeitlich sehr aufwändig gewesen, trotzdem hätten wir keine klaren Aussagen für die Zukunft geben können, höchstens für den Moment. Wir konnten für das Pflegekinderwesen keine klare Zuordnung der Kinder an die richtigen Pflegekinder treffen. Daher haben wir das abgelehnt. Ansonsten wird die Zusammenarbeit sowohl mit dem Jugendamt, unter anderem beim Betreuten Umgang, immer besser, als auch mit den Familiengerichten, was viel schwieriger ist.

Teilnehmer: Sie haben das mit einem guten Argument abgelehnt, aber hätten Sie das vielleicht doch machen können, wenn „das Schloss“ auch bekannt wäre? *Was* genau hätten Sie denn gemacht?

Teilnehmerin: Wir wussten, dass schon zum Teil Gutachten über die Kinder und Jugendlichen vorlagen. Auch diese liefern keine hinreichenden Argumente, zum Beispiel von der Unterbringung in einem Heim in eine Pflegefamilie zu wechseln oder zu entscheiden, dieses oder jenes wäre für das Kind nicht gut. Wir wollten nicht noch eine Institution sein, die viel Arbeit investiert und letztlich dem Kind nicht wirklich hilft und auch nicht tatsächlich gehört wird. Wir sind nicht als Gutachter tätig. Das ist bisher nicht unser Auftrag.

Dr. Eginhard Walter: Gegenwärtig kommt auf uns noch die Aufgabe zu, die Berechtigungen der Fälle von Sonderpflegestellen zu überprüfen.

Als ich vor fast 15 Jahren in der Erziehungsberatungsstelle anfang, hatte sich das Profil der EFB bereits seit einigen Jahren geändert. Zuvor gab es einerseits die analytische Kindertherapie und Spieltherapie als Leistungsangebot und andererseits war sie noch zu einem großen Teil ein diagnostischer Dienst. Später wandelte sich das, es kamen neue Mitarbeiter, die Familientherapie kam hinzu, die rein diagnostischen Aufgaben traten in den Hintergrund. Es gab mehr Prozessdiagnostik in der Arbeit mit der Familie, aber es wurde nicht mehr so viel getestet, nicht mehr so viel Eingangs- und Statusdiagnostik am Anfang betrieben. Mittlerweile geht der Trend offensichtlich wieder hin zu mehr diagnostischen Aufgaben, beziehungsweise zur Koppelung von Diagnostik und Beratungsangebot in der EFB selbst.

Teilnehmer: Ich kenne das Problem, dass uns Aufgaben übergestülpt werden. Manchmal sind klare Vorgaben gut. Man kann sich eine Zeit lang daran reiben, aber wenn es eine Weisung gibt, ist alles klar. Wir stehen im Moment in Vertragsverhandlungen mit den Jugendämtern.

Dr. Eginhard Walter: Aber auf dieser Ebene sind Sie ja auch abhängig, es werden von den Jugendämtern Bedingungen gestellt und Aufgaben an Sie erteilt.

Teilnehmer: Die Verhandlungen sind jedoch mit der Illusion verbunden, wir könnten an den stattfindenden Veränderungen etwas mitwirken.

Dr. Eginhard Walter: Wie ist Ihre Beratungsstelle eines freien Trägers in die diagnostischen Prozesse eingebunden? Wo sind die Schnittstellen mit dem Jugendamt?

Teilnehmer: Bei uns melden sich die Familien zum größten Teil selbst. Ein etwas geringerer Teil sind Überweisungen vom Jugendamt, vom ASD. Die ASD-Mitarbeiter treten mit dem Auftrag an uns heran, einer Familie Erziehungsberatung zu geben. Der weitere Prozess läuft in Kooperation mit den einzelnen zuständigen Mitarbeitern des ASD ab. Sozialraumteams haben wir noch nicht, es wird aber demnächst auch in unserem Landkreis entwickelt und umgesetzt. Beim Pflegekinderwesen haben wir bisher keine Kontakte zum Jugendamt. In der Vergangenheit kamen Überweisungen vom Gesundheitsamt bei der Schuleingangsprüfung mit der Bitte um Erziehungsberatung zu uns. Das kommt aber nur noch selten vor.

Ein Clearing nach Anfrage des ASD findet so formal, wie von Ihnen beschrieben, nicht statt. Wir erhalten eher eine Überweisung. Wenn wir aber nach einigen Terminen feststellen, dass es keinen Sinn macht, dann können wir zusammen mit dem ASD nach einer sinnvolleren Lösung suchen. Bei uns sind die Wege zu den Mitarbeitern des ASD sehr kurz und der persönliche Kontakt ist sehr eng.

Teilnehmerin: Ich habe eine Frage zu der Zusammensetzung Ihres Teams. Besteht Ihr Team ausschließlich aus Familientherapeutinnen beziehungsweise –therapeuten oder aus unterschiedlichen Professionen?

Dr. Eginhard Walter: Wir haben in unserem Team eine analytische Kinder- und Jugendlichentherapeutin, Sozialpädagogen und Diplom-Pädagogen mit Zusatzausbildung und Psychologen. Fast die Hälfte des Teams besteht aus familientherapeutisch ausgerichteten Mitarbeitern, die anderen haben andere therapeutische Qualifikationen. Angesichts dieser neuen Aufgaben bieten heute aber weniger Kindertherapien an als früher.

Teilnehmer: Wir sind gerade dabei, Kiezteams zu installieren. Im Zuge dessen ist die Beratungsstelle des Jugendamtes aufgelöst worden. Ich arbeite in einem Kiezteam und stelle fest, dass in den gemeinsamen Hilfeplangesprächen beiderseitig die Karten ein bisschen gedeckt gehalten werden, was die diagnostischen Verfahren angeht, die auf der einen oder anderen Seite gelaufen sind, und dass die Betroffenen in die Verlegenheit kommen, Prozesse, die sie eigentlich schon durchlaufen haben, dort noch einmal durchlaufen müssen. Es wird ganz schön „gemauert“. Ich weiß nicht, ob das nur in Rostock so ist, oder ob diese Erfahrung auch woanders gemacht wird.

Dr. Eginhard Walter: Diese Form der Teamarbeit ist für alle neu. Jeder Mitarbeiter ist gezwungen, seine Arbeit offen zu legen. Es geht nicht mehr so wie früher, dass man seine Arbeit macht und sich nur mit anderen austauscht, wenn man Hilfe braucht. Es ist ein Prozess und da geht es um Offenheit und teilweise um Kritik und auch um Angst.

Es gibt bei uns in Tempelhof-Schöneberg, einem Bezirk mit relativ großem Einzugsbereich, 14 Kiezteams und die Erfahrungen sind sehr unterschiedlich. Es hängt sehr davon ab, wie die Mitarbeiter in den Teams miteinander umgehen, ob sie eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen können oder nicht. Unsere Leitung investiert im Moment viel in die Fortbildung, um ein bestimmtes Niveau zu erreichen. Das ist der gegenwärtige Stand. Die Kiezteamarbeit läuft aber etwa erst ein halbes bis dreiviertel Jahr, einschließlich Vorbereitungsphase.

Es ist nicht so einfach, sich mit seiner Arbeit zur Diskussion zu stellen. Wenn man das nicht gewöhnt ist, ist das besonders schwierig. Ich kenne das vor allem aus der Gutachtertätigkeit. Wenn man ein Gutachten schreibt, egal zu welchem Thema, steht man immer in der Kritik. Die Wahrscheinlichkeit ist sehr groß, immer wenigstens einen gegen sich zu haben. Dabei lernt man, damit umzugehen. Ohne diese Erfahrung ist das jedoch ein sehr großer Schritt.

Teilnehmerin: Delegiert der ASD vielleicht auch Verantwortung inhaltlich-professionell und auch finanziell an Sie, weil die Mitarbeiter selbst Angst davor haben, Entscheidungen zu treffen und dafür in so ein Fadenkreuz zu geraten? Die Sozialarbeiter wollen bei einer Fremdunterbringung die Entscheidung vielleicht nicht allein tragen.

Dr. Eginhard Walter: Bei uns müssen sie das nicht bei den über 16-Jährigen. Daher stellt sich für den Einzelnen diese Frage nicht. Es ist sicher für viele angenehmer, wenn sie die Entscheidung nicht allein tragen müssten.

Teilnehmer: Ich bin Sozialpädagoge und arbeite mit einem Psychologen zusammen. Mein Kollege geht ganz selbstverständlich mit Diagnostik um, er kann das und ist autorisiert, da gibt es keine Frage. Es gibt psychologische Tests, die dürfen Psychologen bedienen und wenn diese das richtig und authentisch tun, dann ist alles klar und es fragt hinterher niemand, ob denn ordentlich ausgehandelt wurde. In dieser Profession ist das geregelt. Ich als Sozialpädagoge habe irgendwann einmal psychosoziale Diagnose gelernt und komme auch damit einigermaßen zurecht. Mein Problem ist jedoch, auf welcher ausgewiesenen Basis ich das tue. Ich befinde mich oft in einer ähnlichen Situation wie Sie, dass der ASD sagt, ich solle mir eine Familie und das, was die Familienhelferin tut, ansehen. Auf welcher Basis schätze ich das Handeln von anderen oder die Zuweisungen, die andere getroffen haben, ein?

Dr. Eginhard Walter: Es gibt natürlich unterschiedliche Möglichkeiten des Zugangs zu einem Fall oder einem Individuum. Das ist auch eine Frage des Selbstverständnisses. Es gibt eine psychologische Diagnostik und eine sozialpädagogische Diagnostik. Es gibt dabei kein „besser“ und „schlechter“. Zumindest in den Fällen, in denen es notwendig ist, sollten idealerweise beide Seiten zusammenkommen und sich in ihrer Einschätzung decken, mit unterschiedlichen Zugängen zum gleichen Fall. Damit erhöht sich die Sicherheit einer zutreffenden Diagnose, das wäre ideal. In der Regel trifft es bei unseren Überprüfungen zu. So gesehen muss nicht zwangsläufig ein Spannungsverhältnis entstehen, aber es kann passieren. Dann stellt sich die Frage, ob Psychologe und Sozialpädagoge kooperieren oder ob es eine Konkurrenz gibt. Natürlich kann Konkurrenz spürbar werden. Daraus entstehen Reibungen, die sich manchmal am Einzelfall festmachen.

Teilnehmer: Die unterschiedlichen freien Träger in Ihrem Stadtteilteam stehen doch unter Umständen in Konkurrenz zueinander. Daher würde ich annehmen, dass es auch zu einer interessengeleiteten Diagnostik kommen kann oder fast regelmäßig kommt.

Dr. Eginhard Walter: Das war eine große Befürchtung bei uns allen. Wir Mitarbeiter des Jugendamtes, die ihre Finanzierung mehr oder weniger sicher hatten, dachten, wir würden auf einer Art Marktplatz sitzen, wo sich jeder freie Träger anbietet. Ein freier

Träger kämpft mit dem anderen freien Träger um Fälle. Das hat sich glücklicherweise so erst einmal nicht bewahrheitet, im Gegenteil.

Ich stand dieser Sache sehr skeptisch gegenüber. Vor allem der Arbeitsaufwand ist immens. Ich habe eine Halbtagsstelle und sitze jeden Freitag drei Stunden in einem solchen Team und wir besprechen etwa fünf Fälle. Man kann sich ungefähr vorstellen, wie intensiv die Arbeit an einem Fall ist. Die Tätigkeit hat jedoch nicht nur meine Sicht verändert. Wir hatten vorher überwiegend Selbstmelder aus der Mittelschicht. Durch die Teamarbeit haben wir mit sehr viel mehr schwieriger Klientel zu tun, weil wir anders eingebunden sind. Unsere Arbeit hat sich meines Erachtens zum Positiven verändert. Die Zusammenarbeit hat sich durch den ständigen Austausch über Fälle, über Diagnostik und über Zugänge verbessert. Das ist sehr befruchtend. Im Team werden die Fälle nicht verteilt, darum ist dieses Kämpfen um die Fälle in unserem Team nicht aufgetreten. Grundsätzlich besteht jedoch eine solche Gefahr.

3. Kooperationsfragen und -wege

Teilnehmer: Ich arbeite in einer Erziehungsberatung und nehme an solchen regionalen Fachteams teil. Das läuft ähnlich lange wie bei Ihnen. Ich teile Ihre Erfahrungen. Den Aspekt der Konkurrenz haben wir so gelöst, dass mit verschiedenen Trägern unter Beachtung der Pluralität Jahresarbeitsleistung auf der Basis der erbrachten Leistungen 2003 verhandelt und vereinbart wurden. So weiß jeder vorher, welche Quantität an Aufträgen er übernehmen kann. Dadurch ist er ein bisschen gesteuert und es sitzt nicht jeder mit dem Drang nach möglichst vielen Fällen im Team. Das bewährt sich ganz gut. Ich hatte auch große Befürchtungen im Hinblick auf die Konkurrenz und hätte ohne diese Bedingungen auch nicht mitgemacht.

Ich denke, man sollte genau unterscheiden zwischen Gutachtertätigkeit und diagnostischer Tätigkeit. Ich hatte gar nicht damit gerechnet, dass wir hier auch über Gutachtertätigkeit sprechen. Es gibt wohl Schnittmengen, aber Gutachtertätigkeit hat einen anderen Auftraggeber und dient unter anderem dazu, den Eingriff in Recht zu legitimieren und zu begründen. Diagnostische Tätigkeit geschieht nach meinem Verständnis immer in helfender Absicht, und zwar immer mit dem Klienten als Auftraggeber. Selbst, wenn das Jugendamt diesen Auftrag vermittelt, kann ich ihn nicht erfüllen, ohne mich auf den Klienten zu beziehen und ihn zu fragen, wie er die Anregungen des Jugendamtes wahrnimmt und ob das in seinem Sinne ist. Nur in dem Maße und in der Art, wie ich den Auftrag vom Klienten oder vom Klientensystem bekomme, ist er Grundlage meiner Arbeit. Ich kann also nicht irgendeinen Diagnostikauftrag am Klienten vorbei übernehmen und an ihm vorbei tätig werden. Das ist immer im Kontext von Interaktion und Begegnung und damit auch im Kontext von Hilfe. Das ist mein Anspruch, dass wenigstens die Chance dableibt, in der Diagnostik schon die Tür einen Spalt breit zu einer möglichen Hilfe aufzubekommen. Daher würde ich heute an dieser Stelle nicht über Begutachtungen sprechen.

Dr. Eginhard Walter: Ich stimme Ihnen insofern zu, wenn wir über den Leistungsbereich sprechen, in den wir einbezogen werden. Aber wir haben auch Fälle im Gefährdungsbereich. Dabei ist die Berücksichtigung des Willens und der Mitarbeit der Betroffenen nicht unbedingt gegeben. Es geht dabei nicht um Gerichte und Gutachten, son-

dern einfach nur zum Beispiel um Inobhutnahme oder ähnliche Fälle, bei denen man natürlich die Aufgaben des ASD im Leistungsbereich sowie sein Wächteramt usw. ebenfalls sehen muss. Da geht es darum, zu bewerten, ob die Grenze zur Gefährdung erreicht ist und wir eingreifen müssen oder noch nicht. Auch solche Fälle werden in den Kiezteams besprochen. Der große Teil ist der Leistungsbereich, das ist richtig.

Teilnehmer: Ich könnte den anderen Bereich dazurechnen. Auch wir schauen uns jeden Fall multiprofessionell an. Aber ich würde mir keine überlegene Erkenntnis anmaßen, ob die Gefährdungsschwelle für das Kindeswohl erreicht ist. Ich sehe ja nur das, was mir erzählt wird, ich sehe nichts unmittelbar. Genau das möchte ich zu dem Erkenntnisinstrument Fachteam anmerken, so sehr ich das schätze und mich genau wie Sie jede Woche daran beteilige. Wir sind dabei nicht beim Klienten. Unter Diagnostik verstehe ich normalerweise Arbeit mit dem Klienten. Auch ein Arzt würde keine Ferndiagnose stellen, der sieht sich den Patienten und seine Röntgenbilder an. Wir in dem Fachteam machen aber so etwas, wir befassen uns mit unseren eigenen Gehirnen, aber nicht den Klienten. Das ist erst der zweite, interessantere Schritt von Diagnostik, gerade im Kontext von Erziehungsberatung.

Teilnehmerin: Die ASD-Mitarbeiter nutzen uns eher unterstützend, wenn sie eine Entscheidung, zum Beispiel Verlängerung einer Sozialpädagogischen Familienhilfe oder Notwendigkeit einer Tagesgruppe, fachlich begründen wollen und die Familie gleichzeitig bei uns in der Beratung ist. Ungefähr ein Viertel der Fälle wird direkt vom Jugendamt empfohlen oder auch geschickt. Zusätzlich kommen als Selbstmelder Jugendliche aus dem Heim oder Erzieherinnen oder Eltern zu uns.

Das Jugendamt möchte generell keine Doppelfinanzierung. Wenn eine Hilfe finanziert wird, soll nur diese eine Hilfe durchgeführt werden. Wenn zusätzlich Erziehungsberatung geleistet wird, haben wir dafür zu sorgen, dass das im nächsten Hilfeplan aufgenommen wird. Das ist eigentlich eine positive Entwicklung, weil die Koordinierung nicht immer so leicht ist, wenn in der Familie noch andere Hilfen geleistet werden.

Wir sind im Moment noch am Austesten und wollen, wenn das schon im Hilfeplan verankert werden soll, dass wir auch am Hilfeplan mitwirken. Die ASD-Mitarbeiter bemerken bei unserer direkten Beteiligung an einem Hilfeplangespräch, dass andere nützliche Fragen zur Sprache kommen. Wir verstehen hingegen die Arbeitsweise im Jugendamt besser. Das schätze ich als positiv ein, gerade für die Familien und die Kinder. Es kommen jetzt mehr Anfragen vom Jugendamt zu unterschiedlichen Fällen. Das Jugendamt stellt nicht die Forderung an uns, am Fachteam oder der Erziehungskonferenz teilzunehmen. Die Erfahrung aus den Fällen, zu denen wir hinzugezogen werden, zeigt aber, für die Familie wäre es gut, wenn das regelmäßiger passiert. Für den Alltag der Beratungsstelle, besonders für die Terminplanung, ist es schwierig, weil die Zeitabläufe anders sind. Der Terminkalender der Erziehungsberatungsstelle ist acht Wochen im Voraus belegt. Die Termine für das Hilfeplangespräch werden kurzfristiger angesetzt.

Dr. Eginhard Walter: Im Moment läuft die Kooperation bei Ihnen auf einer freiwilligen Ebene. Gibt es denn bei Ihnen in den Jugendämtern oder in den Beratungsstellen Strukturen, wann Sie eingeschaltet werden, direkt an der Hilfeplanung teilzunehmen?

Teilnehmer: Wir werden vom ASD zu Fällen eingeladen, in die wir nicht involviert waren, einfach um unsere Einschätzung und unsere Meinung abzugeben. So etwas wie Kiezteams hatten wir als institutionalisierte Hilfekonzferenz. Daran habe ich ein halbes Jahr mitgewirkt. Das ist auf Grund des hohen Arbeitsaufwandes durch Betreiben des ASD wieder eingestellt worden. In der Hilfekonzferenz saßen Lehrer vom Stadtteil, ein Hausmeister einer Jugendeinrichtung und freie Träger. Das gefiel mir sehr gut, aber es war ein sehr großer Aufwand.

Erziehungsberatung wurde früher als Diagnostikinstitut genutzt, dann kam die Familientherapie, die Diagnostik wurde zurückgestellt und jetzt nimmt sie wieder mehr zu. Ich glaube, wir erledigen die Dienste im Sinne der Kommune, betreiben Diagnostik für den ASD, um Jugendhilfekosten zu sparen. Das ist unglaublich vielschichtig. Wir haben Verpflichtungen durch so genannte koordinierte Fälle. Bei uns wird darüber diskutiert, was von der Stadt ausgelagert und zur GmbH umgewandelt wird. Dort soll die Arbeit wie bei freien Trägern über Koordinatoren laufen. In unserer Stadt haben wir interne Koordinatoren, die einige unserer Erziehungsberatungs-Fälle mit koordinieren, aber einen großen Teil nicht. Auch das ist alles schwammig und schwer auszuarbeiten und kostet sehr viel Zeit und Arbeit.

Ich sehe eine bedenkliche Tendenz im ASD und glaube, das ist in anderen Bereichen ähnlich: Die Sozialarbeiter werden immer mehr zu Case-Managern. Sie sollen eigentlich verwalten. Dann kommen die Aufgaben über Hartz IV und andere hinzu, so dass sie auch noch den ganzen wirtschaftlichen Bereich und die klassische Sozialhilfe, die es so nicht mehr gibt, mitbearbeiten sollen. Da gibt es einen unheimlichen Umschwung im ASD und sehr viel Verunsicherung. Ich kann nicht sagen, wo das hingeht. Bei uns wird man nicht zu Diagnostikaufgaben verpflichtet wie bei Ihnen, es läuft durch Übereinkünfte. Die Kollegen vom ASD sind froh, wenn man die Diagnostik übernimmt, weil sie selbst es gar nicht mehr schaffen.

Dr. Eginhard Walter: Das sind auch strukturelle Fragen.

Teilnehmerin: In meinem Stadtteil gibt es etwas andere Strukturen als bei Herrn Walter. Es gibt Unterschiede in den Stadtbezirken von Berlin. Wir haben eine sehr enge Zusammenarbeit mit der Erziehungs- und Familienberatungsstelle (EFB). Außerdem gibt es bei uns viele Fälle der Umgangsberatung. Das hat in letzter Zeit sehr zugenommen. Unser Jugendamtsdirektor ist auf die Idee gekommen, das zur EFB zu verlagern. Daraus haben sich Probleme ergeben, weil wir gemerkt haben, dass wir andere Herangehensweisen haben und dass bei uns eine Umgangsberatung anders aussieht als bei den Kollegen in der EFB. Daraus lernen wir natürlich und überlegen andere Lösungen.

In unserem Stadtteil haben die Kiezteams eine andere Bedeutung. Wir haben Fallmanagementteams (FMT), in denen wir, fachdiagnostische Dienste, und die AG Erziehungshilfen sitzen. Dort wird nicht nur beraten, es werden bestimmte Hilfen beschlossen. Es wird ein Protokoll erstellt und eine Hilfe empfohlen und die ist verbindlich. Der Sozialarbeiter vom ASD kann nicht hinterher selbst anders entscheiden, lediglich in manchen Krisenfällen. Insofern haben die Kollegen von der EFB eine andere Funktion und eine wesentliche Stimme. Das FMT wird von den Kollegen des ASD als Entlastung empfunden.

den. Sie haben die Legitimation, dass die Entscheidung von Fachleuten mitgetragen wird. Es geht natürlich auch immer um Kosten.

Dr. Eginhard Walter: Es entwickelt sich etwas auseinander innerhalb von Berlin. Jeder Bezirk macht zurzeit eine andere Entwicklung durch. Das macht es so schwierig für die Klienten, wenn sie umziehen. Dann haben sie es plötzlich mit anderen Strukturen zu tun. Es ist sehr unübersichtlich geworden. Auch die Zuordnung der EFB als eigener Fachbereich oder als Teil des ASD ist sehr unterschiedlich. Es ist nicht transparent und sehr verwirrend, auch für die freien Träger, die in verschiedenen Bezirken tätig sind. Das ist intern genauso. Am schwierigsten ist es natürlich für die Klienten.

Teilnehmerin: In manchen Bereichen ist mehr Transparenz als früher. Früher war es so, dass jeder Sozialarbeiter im ASD und jeder Mitarbeiter in der EFB eher für sich gearbeitet hat. Ich denke, insgesamt gibt es in den einzelnen Jugendhilfebereichen mehr Transparenz, mehr Unterstützung und mehr Zusammenarbeit, auch wenn die Überschrift vielleicht heißt: Sparen und Kontrolle. Der Effekt ist jedoch mehr Transparenz. Aber für Außenstehende ist das Ganze zum Dickicht geworden.

Teilnehmerin: Wenn ich den Blickwinkel einer 16jährigen Klientin einnehme, die bei mir ist, dann war sie zunächst in einem Notdienst. Dort wurde sie begutachtet, ob sie dort überhaupt bleiben darf. Dann erfolgte in Zusammenarbeit mit dem ASD noch eine Begutachtung. Ein anderer Notdienst, eine Psychologin, zuletzt die EFB begutachten sie wiederum. Das ist für ein junges Mädchen in einer Notsituation sehr belastend. Ich selbst bin übrigens noch nie gefragt worden, obwohl das Mädchen schon seit einem Jahr bei mir ist.

Dr. Eginhard Walter: Ich denke, dieses Problem sollte man losgelöst von den Fragen betrachten, mit denen wir uns hier beschäftigen. Es ist das Problem der Weiterverweisung und Mehrfachzuständigkeit. Aus der Perspektive der Klienten bedeutet das unter Umständen, dass sie sich verschiedenen Personen mehrmals öffnen müssen.

Sie haben völlig Recht, es ist sehr bedenklich, dass Klienten mittlerweile sehr oft in Kauf nehmen müssen, immer wieder zu verschiedenen Stellen geschickt zu werden, auch wenn dies innerhalb eines Amtes geschieht. Das ist in der Tat so, auch bei uns, da derselbe Fall wiederholt geprüft wird. Das bedeutet immer wieder neue Termine, neue Personen, denen gegenüber sich der Klient öffnen muss. Wenn er eine Therapie haben möchte, wendet er sich an einen Therapeuten. Der prüft nun die Finanzierung. Wenn ihm klar ist, dass der Klient Leistungen der Jugendhilfe braucht, wird er zum Sozialpädagogen des ASD geschickt, von dort zur EFB, dann wieder zurück zum ASD und zuletzt landet er wieder beim Therapeuten. So ist der Ablauf.

4. Diagnoseinstrumente und -verfahren

Teilnehmer: *Was wird überprüft? Wird der Bedarf beim Klienten überprüft?*

Dr. Eginhard Walter: Wenn es um die Fremdunterbringung von 16-Jährigen geht, sind das meist Loslösungskonflikte von Jugendlichen. Da gucken wir noch einmal sehr genau, ob es Hilfen gibt, die bewirken könnten, dass er vielleicht doch in der Familie blei-

ben kann: Beratung, Familientherapie usw. Das ist in solchen Fällen die konkrete Aufgabe.

Ich führe Einzelgespräche mit dem Jugendlichen, mit den Eltern und mit der Familie insgesamt. Das sind drei Termine, die in Krisensituationen relativ schnell hintereinander erfolgen. Dabei teste ich aus, ob ich als Experte mit psychologischer Qualifikation einen Weg sehe, der Familie helfen zu können und eine Alternative zur Fremdunterbringung finden kann. Parallel dazu muss ich darum werben, wenn ich die Überzeugung gewinne, dass das der richtige Weg ist. Lässt die Familie sich nicht darauf ein, stimme ich oft der Fremdunterbringung zu. Mein Instrumentarium hängt vom Konfliktniveau ab. Ich versuche, die vorhandenen Konfliktfelder zu erörtern und Ideen zu entwickeln und teilweise mit mediativen Elementen zu vermitteln beziehungsweise auszuloten, ob ein Vermittlungsprozess greifen könnte. Je tiefer die Konflikte liegen und je länger sie bereits bestehen, desto geringer ist natürlich die Chance, in dieser Richtung etwas zu bewirken.

Teilnehmer: Sie erwähnten vorhin Formblätter, wie differenziert sind diese?

Dr. Eginhard Walter: In den Formblättern steht, ob und wann der Klient sich gemeldet hat, ob eine alternative Form der Hilfe denkbar wäre und wenn ja, welche. Das muss ich entsprechend ausfüllen. Es kann sich dann immer noch herausstellen, dass die Alternative nicht realisiert werden kann. Das Formblatt ist nicht sehr differenziert, aber es strukturiert das Verfahren. Es wird auch ausgewertet, wie viele Fremdunterbringungen die EFB durch ihre Intervention vermeiden konnte.

Die Mittel des Jugendamtes werden immer schmaler, es gibt jedes Jahr Einsparungen. Wie und wo will man sparen? So hat man zumindest eine Einzelfallprüfung und nicht ein „Gießkannenprinzip“, das viel schlimmer wäre.

Teilnehmer: Es gab durchaus Zeiten, in der Mitarbeiter lange in der Erziehungsberatungsstelle (EB) und Mitarbeiter lange im ASD gearbeitet haben und miteinander kooperiert haben. Man kannte sich, es reichte ein Telefonanruf. In schwierigen Fällen rief der ASD bei der EB an und lenkte einen Klienten zu uns. Wir hatten nichts dagegen, im Gegenteil, denn wir bekamen dadurch auch anspruchsvolle Fälle, die im Jugendamt nicht mehr bewältigt werden konnten. Dafür waren wir da, dafür gab es Psychologen.

Auch begleitete Besuchskontakte übernehmen wir aufgrund eines Vertrages. Da bekommen wir die haarsträubendsten und eigentlich aussichtslosen Fälle, so dass drei Viertel unserer begleiteten Besuchskontakte letztlich scheitern. Die anderen, die nicht scheitern, sind beim ASD. Solange man sich gut versteht und solange man die Gründe für das Scheitern herausfindet, ist das auch in Ordnung.

Zurzeit werden wir im Grunde stundenweise bezahlt. Für einen Klientenstamm von etwa 50 Prozent sind durchschnittlich sieben Kontakte berechnet worden, dafür gibt es 56 Euro. Ich glaube, diese Konstruktion mit der Kommune ist eine Fehlentwicklung. Wir müssen die Klienten inzwischen akquirieren und sinnvollerweise nach sechs Kontakten wieder „loswerden“, um etwas zu verdienen. Das ganze System rechnet sich dann, wenn wir zu 85 Prozent unserer Arbeitszeit in Klientenkontakt stehen. Das ist nicht möglich. Wir haben uns bemüht, aber wir kommen auf etwa 67 Prozent, wie sie etwa für Nieder-

gelassene zutrifft. Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeuten stehen zu 50 Prozent ihrer zur Verfügung stehenden Arbeitszeit direkt mit dem Klienten im Kontakt.

Das nennt sich marktwirtschaftliches System, aber ich glaube, dass es teurer wird. Es sind enorm viele Gespräche, es ist ein riesiger Verwaltungsaufwand, aber es wurde von einigen Bürokraten so beschlossen.

Dr. Eginhard Walter: Welchen Stellenwert hat Diagnostik überhaupt noch in diesem System? Geht es überhaupt noch um die Einzelfalldiagnostik, die unter Umständen andere Ergebnisse als zum Beispiel die pauschal errechnete Beratungszeit bringen könnte?

Teilnehmer: In der Vergangenheit gab es den Steuerungsfaktor der Unterdimensionierung. Wir hatten Wartelisten, wir wurden sehr stark in Anspruch genommen und waren sogar in der Notsituation, Klienten nicht annehmen zu können. Es gibt das Phänomen der Neigung und der Notwendigkeit, es gibt beliebte und weniger beliebte Klientengruppen. Das steuert das eigene Verhalten und das muss man vernünftig lenken.

Welchen Stellenwert hat nun dabei die Diagnostik? In früheren Zeiten gab es die Standarddiagnostik in der EB. Heute macht man eher aus Rationalisierungsgründen eine Verlaufsdiagnostik und wählt Diagnosefragen nach Notwendigkeit aus. Das andere, was man sowieso schon zu wissen meint, das lässt man vernünftigerweise weg, um bald in den therapeutischen oder verändernden Prozess hineinzukommen. Es gibt sehr unterschiedliche Verfahren. Manche sind sehr wage und manchmal geht es ans Raten. Aber ich glaube, in einem funktionierenden Team, das über Jahre hinweg zusammengewachsen ist, findet schon ein erster diagnostischer Prozess zu dem Zeitpunkt statt, wo die Neuansmeldungen verteilt werden. Da gibt es nur ein paar Hinweise von der Sekretärin aufgrund der Angaben der Eltern bei der Anmeldung und schon kann das Team das ungefähr zuordnen. Wir haben eine gewisse Schwerpunktbildung nach Geschlecht, nach Alter und nach anderen Gesichtspunkten. So findet schon zu Beginn eine Auswahl statt. Anhand des Anmeldebogens beraten wir uns, wer den Fall sinnvollerweise übernehmen könnte.

Teilnehmerin: Bei uns spielt sich Diagnostik auf niedrigerem Niveau ab. Man unterhält sich mit der Familie, stellt sehr viele Fragen, man hat einige Beratungsgespräche und macht mit der Familie ein Genogramm. Ich finde schon, dass wir auch zu guten Ergebnissen kommen. Das Wort Diagnostik taucht bei uns jetzt erst auf. Es wurde gerade ein Papier verteilt: „Fachstandards zu stationären Hilfen“. Dort steht genau die Abfolge: Diagnostik, Indikationsstellung, Hilfeplan, Evaluation und alles, was dazu gehört. Dort bin ich das erste Mal über die Häufung von Diagnostik gestolpert und habe überlegt, *wann* wir eigentlich diagnostizieren. Das Hilfeplanverfahren, das bei uns von vier Blättern zu Beginn meiner Arbeit auf 25 gestiegen ist, ist ein umfangreicher bürokratischer Vorgang.

Ich bin Gruppenleiterin, das heißt, ich bin schon am Mitzeichnungsverfahren beteiligt. Das ist ein sehr großer Aufwand an Zeit und geistiger Arbeit, die mit unserer eigentlichen Aufgabe überhaupt nichts mehr zu tun hat. Das Ganze heißt Steuern und Kontrolle. In Wirklichkeit sieht es so aus, dass dadurch, dass wir steuern *sollen*, wir immer weniger steuern *können*, weil wir gar keine Zeit mehr dazu haben, geschweige denn, dass

wir zu der notwendigen Zahl an Gesprächen und zur Diagnose kommen. Wir stecken in so einer Double-Bind-Situation, wir haben zwei sich widersprechende Aufforderungen. Das halten die Sozialarbeiter aber noch gut aus. Man kann das Ganze mit Galgenhumor betrachten. Aber sicherlich wird von ASD-Mitarbeitern immer mehr an die anderen diagnostischen Dienste, an das FMT verteilt, weil der einzelne Sozialarbeiter seiner Beratungs- oder Diagnostikstätigkeit gar nicht mehr nachkommen kann.

Kollegen kommen zu mir in eine Beratung zu einem Fall. Sie sitzen im FMT und wissen noch gar nichts von der Familie. Es hat sich jetzt so eingebürgert: Es kommt eine Meldung von der Schule, da ist eine Forderung von Eltern, es findet ein Gespräch statt und der Fall geht in das FMT. Ich bin darüber frustriert, die Kollegen haben ja noch gar nicht am Fall gearbeitet. Das klingt etwas überheblich, denn sie können gar nichts dafür, das sind die Arbeitsbedingungen. Das ist etwas zugespitzt formuliert, es gilt nicht für alle. Das Ergebnis ist nicht so positiv, das wird aber auf dem Rücken von allen ausgetragen. Das könnte man in einigen Fällen Case-Management nennen und wir sind nicht glücklich darüber.

Teilnehmer: Ich bin so ein ASD-Mitarbeiter in Berlin und die Double-Bind-Situation ist schon sehr schwierig und erzeugt Konflikte und Handlungsdruck. Man muss sich mit den Menschen verständigen. Das geht nicht, indem ich einfach an andere Dienste ein Gutachten in Auftrag gebe, sondern ich sitze in der unmittelbaren Situation und möchte auch nicht manipulieren und mir auch noch Zeit verschaffen. Manche Klienten sind entgegenkommend und man hat das Gefühl einer guten Verständigung. Bei anderen muss ich individuell oder mit meinen Kollegen mehrmals ausloten, wie eine Kommunikation mit diesen konkreten Klienten und mir selbst zustande kommt. Ich finde, man muss schon manchmal einen Spagat vollziehen, um allen gerecht zu werden. Wenn das Team nicht gut läuft und man sich nicht gegenseitig verständigt, ist man ziemlich verloren in dieser Situation. Das nur als Stimmungsbild.

Dr. Eginhard Walter: Ich würde gern mit Ihnen in die Zukunft schauen. Was würden Sie sich aus dem ASD wünschen, wie die EFB mehr oder anders in das Hilfeplanverfahren eingebunden werden könnte? Was würde sich die EFB wünschen? Möchten sie häufiger beteiligt werden oder eher nicht? Was könnte sich verändern? Wo sind auf der einen wie auf der anderen Seite Ideen zur Verbesserung der Zusammenarbeit, speziell unter dem Aspekt Diagnostik und Hilfeplanverfahren?

Teilnehmerin: Wir arbeiten sehr gut und effektiv mit dem ASD zusammen. Es ist jedoch keine formalisierte Zusammenarbeit, sondern es funktioniert einfach in Absprache. Gutachtertätigkeit machen wir gar nicht. Der ASD verweist Familien an uns, meistens kommen diese auch und wir arbeiten mit ihnen, ohne dass es offiziell ein Verfahren nach § 28 KJHG gibt. Bei vielen Themen, die hier angesprochen worden sind, kann ich mir vorstellen, dass es Schwierigkeiten gibt, wenn sich der ASD von der EB kontrolliert fühlt. Das ist bei uns nicht so, weil wir diese Aufgaben nicht übernehmen *müssen* – noch nicht. Wir wissen nicht, wie sich das noch verändern wird. Ich arbeite in einem problematischen, multikulturellen Stadtteil mit einem hohen Ausländeranteil und einem überproportional hohen Anteil von Sozialhilfeempfängern. Wir haben auch fremdsprachige Mitarbeiter, einen türkisch sprechenden Psychologen.

Teilnehmerin: Vielleicht klappt deshalb die Zusammenarbeit mit dem ASD so gut, weil der ASD auf die EFB angewiesen ist. Es ist bei der Diagnose doch wichtig, die Kultur der Klienten zu verstehen.

Teilnehmerin: Mich hat die Frage: „Wer hat Recht?“ angeregt, in diese Arbeitsgruppe zu kommen. Mir war es egal, ob es um Ihre oder um unsere Diagnose geht. Mich interessiert eher die Schnittstelle. Wenn zwei Menschen zusammenkommen, werden Sie eventuell zwei unterschiedliche Fälle sehen. Jeder macht die Diagnose danach, welche Brille er aufhat.

5. Schnittstellenproblematik: Stellenwert von Diagnostik in den Erziehungsberatungsstellen und im ASD

Dr. Eginhard Walter: Es ist vielleicht gar nicht so schlecht, mal eine kurze Sequenz zu machen und noch mal den Unterschied zu verdeutlichen, wie sich die EFB und wie sich der ASD einem Fall diagnostisch nähert. Dabei könnten wir kurz zusammenfassen, welchen Stellenwert die Diagnostik in den EFB und im ASD einnimmt, wie sie sich unterscheidet und ob daraus die Notwendigkeit resultiert, sich in ein Hilfeplanverfahren einzubringen – oder auch nicht. Wann ist es notwendig, psychotherapeutisches Wissen in ein Hilfeplanverfahren einfließen zu lassen und was macht man daraus perspektivisch? Muss man Strukturen schaffen, um das zu institutionalisieren, oder soll es auf der Ebene einer guten Kooperation, freiwillig und nicht formalisiert, bleiben?

Bei uns unterscheidet sich die Diagnose je nach dem betreffenden Fall. Bei einer Beratungssequenz von einer Stunde brauche ich eine ganz andere Diagnostik als in einem umfangreicheren Fall. Eigentlich diagnostizieren wir immer. Ich kann mir gar nicht vorstellen zu arbeiten, ohne zu diagnostizieren. Nur, wie man es tut und ob man sich dessen immer so bewusst ist und ob man es vor dem Hintergrund einer bestimmten Methodik beziehungsweise eines bestimmten theoretischen Backgrounds macht oder mehr „aus dem Bauch heraus“, das ist die Frage. Ich bin mir ziemlich sicher, dass es Kollegen in der EFB und im ASD gibt, die nach Letzterem verfahren. Und es gibt andere, die sich sehr dezidiert Zeit nehmen und eine sehr differenzierte Eingangsdiagnostik machen. Das geschieht wiederum vor dem Hintergrund der jeweiligen therapeutischen Grundausbildung. Ein Familientherapeut nutzt andere Methoden zur Diagnostik als ein Analytiker. Dann hängt es ja immer noch von der Fallproblematik ab. Wer kommt mit welcher Grundproblematik zu mir? Ich selbst teste nicht regelmäßig, aber manchmal. Darin unterscheide ich mich schon von einigen Kollegen, die nie testen.

Teilnehmer: Diagnostik ist ja auf Klienten und in der Jugendhilfe meist auf das Kind zentriert. Im Umgang mit den Eltern in der Beratung ist das förderlich, aber auch gleichzeitig hinderlich. Wenn eine ziemlich klare Diagnostik erhoben wird, entsteht eine antragsgebundene Hilfe. Wenn ich ein bisschen in die Zukunft gucke, wäre eigentlich viel wichtiger, ein System zu haben, um bereits vorher zu erkunden, wie Eltern motiviert werden können, ihre Erziehungsbedingungen oder ihre Kompetenz zu verbessern. Eine Diagnostik kann manchmal ein trügerischer Wegweiser sein.

Dr. Eginhard Walter: Nehmen wir zum Beispiel einen Beratungsfall. Eine allein erziehende Mutter sagt, sie hätte die und die Probleme mit ihrer vierjährigen Tochter. Das

ist ja kein seltener Fall. Sie soll schildern, wann die Probleme auftreten, wie sie auf bestimmte Verhaltensweisen der Tochter reagiert. In dem Gespräch mit der Mutter stellt sich heraus, sie fühlt sich sehr stark durch die Alleinerziehungssituation belastet, sie ist überfordert und inkonsequent. Sie straft aus der Überforderung relativ hart, hat dann Schuldgefühle und nimmt die Strafe wieder zurück. Das ist nicht so untypisch, das kennen wir. Das wäre schon Diagnostik. Ich lasse mir das erzählen und ziehe meine Schlüsse daraus. Die Beratung baut dann darauf auf.

Teilnehmer: Man könnte überlegen, was sie für Botschaften von ihren Eltern mitgenommen hat, was sie behindert, wie die Zukunft aussehen könnte. In dem Sinne würde ich auch einen Teil unserer Arbeit begreifen.

Dr. Eginhard Walter: Man könnte diese Arbeit noch abrunden oder sich noch einmal Gewissheit verschaffen. Bei Vierjährigen ist das vielleicht etwas schwierig. Aber ein älteres, etwa neunjähriges Kind könnte man einladen und mit ihm reden und gegebenenfalls auch testen, zum Beispiel durch Elternstilinventar, wobei das Erziehungsverhalten der Mutter vom Kind eingeschätzt wird. Das könnte man in Verbindung mit den Schilderungen der Mutter setzen. So baut sich jede Diagnostik auf. Dann könnte ich mir noch einmal beide zusammen ansehen, theoretisch könnte ich noch einen Hausbesuch anschließen, um zu sehen, wie die beiden miteinander umgehen.

Bei mir baut sich die Diagnostik letztlich aus Interview mit einer oder mehreren Personen auf, aus Verhaltensbeobachtung und, wenn es intensiv sein soll, mit Testung. Je nach Grundproblematik variiert die Diagnostik. Wenn es um eine Intelligenzminderung geht, muss ich einen anderen Test machen, als wenn es um eine Beratungssituation geht.

Teilnehmerin: Dass die Testverfahren ganz unterschiedlich sind, ist ja klar. Ich bin Sozialpädagogin in einer Beratungsstelle, wir lernen solche Diagnostik gar nicht richtig. Das ist eben der Unterschied, ob ich Psychologin bin oder Sozialpädagogin. Das Thema hier ist die sozialpädagogische Diagnostik. Daher habe ich gedacht, dass es in diese Richtung geht.

Teilnehmerin: Ich habe den Eindruck, dass wir ein bisschen offener arbeiten. Es geht nicht unbedingt um Diagnostik des Kindes. Die Familie meldet sich selbst an, auch wenn sie vom Jugendamt geschickt wurde. Das ist ein erster Motivationstest. Es gibt Ausnahmen, wo die Lehrerin mit einer Jugendlichen kommt. Wir haben eine Kollegin, die ein Aufnahmegespräch führt. Danach können wir schon ein bisschen einschätzen, worum es geht, und verteilen die Aufgaben entsprechend im Team. Zu diesem Zeitpunkt ist aber noch alles offen: ob mit dem Kind gearbeitet wird, ob mit dem Paar gearbeitet wird, weil eine Beziehungsproblematik dahinter steht, ob mit den Eltern gearbeitet wird, weil es eher eine Frage des Umgangs mit dem Kind ist, oder mit der ganzen Familie.

Ich selbst lade immer – abgesehen von einigen Ausnahmen – die gesamte Familie ein, jedoch nicht generationsübergreifend, sondern Kinder und Eltern, um einen ersten Einblick zu haben. Meist kommt sehr schnell die Frage, wie es weitergehen soll. Darauf antworte ich, dass wir das gemeinsam besprechen müssen. Es kommt durchaus vor, dass

ich etwas anderes in die Wege leiten möchte, als die Eltern es wollen. Dadurch gab es auch schon frühzeitige Verabschiedungen, weil die Eltern eine Kindertherapie haben wollten und ich der Meinung war, ich müsste eher die Eltern stärken, mit ihrem Kind anders umzugehen. Die Eltern fühlten sich nicht richtig verstanden und gut aufgehoben. Bei uns liegt der Fokus der Diagnose nicht ausschließlich auf den Kindern, sondern auf der Familie, weil wir mehr einen systemischen Hintergrund haben.

Teilnehmer: In der EB sind wir eher systemisch orientiert und beim ASD gibt es die Problembrille. Dort guckt man aus systemischer Sicht auf das Symptom. Das ist einer der Unterschiede in der Herangehensweise.

Dr. Eginhard Walter: Man kann auch aus unterschiedlicher Sicht auf das Symptom gucken. Man kann es systemisch tun, zum Beispiel herausfinden, welche Funktion das Symptom im System hat. Das wäre ein Ansatz. Oder man fragt klassischerweise, wo das Symptom herkommt und wo die Ursachen dafür liegen. Es gibt unterschiedliche Ansätze mit entsprechenden Sichtweisen. Die Diagnose richtet sich auch nach dem Background des Mitarbeiters, der den Fall übernimmt. Das Team kann vorsortieren: Man stellt den Fall im Team vor und stellt fest, was im Vordergrund steht.

Teilnehmer: Ich hatte die Formulierung der kindzentrierten Diagnostik so verstanden, dass vielleicht auf Seiten des ASD eher nicht systemorientiert herangegangen wird, sondern eher kindzentriert beziehungsweise problemorientiert.

Teilnehmer: Ich wollte nur eine Situation beschreiben, mit welcher Erwartung die Eltern oft kommen und wie dann versucht wird, aus verschiedenen Blickwinkeln das zu erarbeiten.

Teilnehmer: Welches sind aber die verschiedenen diagnostischen Zugänge von den Beratungsstellen und dem ASD? Gibt es tatsächlich einen unterschiedlichen Zugang?

Teilnehmerin: Ich habe verschiedene Funktionen. Ich bin selbst in der Erziehungsberatung tätig, bin aber Bereichsleiterin und habe auch mit Sozialpädagogischer Familienhilfe zu tun und erlebe dadurch den ASD etwas präsenter und aktiver.

Wir erfassen den Anfangsauftrag vom Klienten und der zuständige Mitarbeiter erfasst mindestens nach der zweiten Stunde den verhandelten Auftrag, damit wir uns im Team über Prozessverläufe beraten können. Das kann der Psychologe oder der Ehe-, Familien- oder Lebensberater sein. Es gibt ein Level, wo sich alle treffen können. Taucht in der Erziehungsberatung eine Kindeswohlgefährdung in einem Maße auf, dass der Erziehungsberater im Zweifel ist, ob Erziehungsberatung ausreichend ist, um das abzuwenden, gibt es intensivere Teamberatung und intensivere Dokumentationspflichten und auch intensivere Informationspflichten. An diesem Punkt kommt das Kind natürlich stärker in den Vordergrund als bei einem Beratungs- und Hilfebedarf in der Familie.

Wir arbeiten übrigens ebenso wie bereits von anderen geschildert: Wir laden die ganze Familie ein und versuchen herauszufinden, wo die größte Motivation liegt und in welcher Konzentration gearbeitet wird. Aber immer dann, wenn es um sexuellen Missbrauch oder andere Form von Kindeswohlgefährdung geht, gibt es eine sehr viel größere Verbindlichkeit. Nach meinem Eindruck gibt es beim Jugendamt mehr Fälle mit hö-

herer Verbindlichkeit, wo das Kind geschützt werden muss und wo auch ganz andere Instrumentarien eingesetzt werden müssen, als in der normalen Erziehungsberatungsstelle. Dadurch ergeben sich die Unterschiede der Herangehensweise.

Teilnehmer: Es gibt keine richtigen und falschen Diagnostikprozesse in dem einen oder anderen Dienst, sondern vielleicht traditionelle, elegante, schnelle, rationelle, besonders gründliche, und die sehen ganz verschieden aus. Vor allem sind sie verschieden in Bezug auf den Anmeldegrund, das Alter des Kindes.

Bei größeren Kindern führe ich erst einmal ein Telefonat mit den Eltern, bei dem es um die Frage geht, wer zuerst zu mir kommen soll. Ich erkläre den Eltern, wie es sich auf das Kind auswirken wird, wenn es erfährt, dass sie bei mir gewesen sind. Es könnte ja denken, wenn schon alle meine Missetaten dort zur Sprache gekommen sind, gehe ich gar nicht mehr hin. Das würde ich unter Umständen als 13-jähriger Junge sagen. Ab 13 oder 14 Jahren ist die Reihenfolge – in Absprache mit den Eltern – meistens umgekehrt. Ich frage das Kind, ob wir das Problem mal mit der Mutter oder/und dem Vater erörtern sollten. Meistens möchte das Kind dabei sein. Da ist ein diagnostischer Prozess, dem jeweiligen Problem, der Situation und dem Alter angemessen und er muss im Einzelnen ausgehandelt und überlegt werden. Das geht eigentlich ziemlich rasch und das hat man auch im Gefühl, meine ich.

Teilnehmer: Der Unterschied zwischen ASD und Beratungsstelle ist meines Erachtens graduell. Wie die Kollegin schon sagte: Die Aufgaben des ASD sind klarer definiert, er hat das Wächteramt und er hat von daher mehr und andere Maßnahmen einzuleiten als wir in der Beratungsstelle. Das ist einfach so.

Sie sagten vorhin, die EB hätten ganz andere Fälle. Das sehe ich inzwischen nicht mehr so. Was der ASD vor Jahren noch selbst bearbeitet hat, landet nun auch bei uns, weil der ASD das nicht mehr kann, denn sie sind Case-Manager. Die Kollegen selbst sind sehr unzufrieden damit, dass sie so gesehen werden, aber ihnen bleibt nichts anderes übrig. Insofern landet eine ganze Menge der normalen ASD-Fälle, die früher nicht bei uns ankamen, inzwischen bei uns.

6. Wer definiert, was richtig ist? Versuche, Antworten zu finden

Dr. Eginhard Walter: Was denken Sie denn zu den unterschiedlichen beruflichen Grundqualifikationen: Sozialpädagogik auf der einen Seite, teilweise Pädagogik, teilweise Psychologie?

Teilnehmer: Ich kenne die Konflikte und die werden auch sicher ewig währen, aber das ist nicht so schlimm. Ich glaube, wir haben ein gutes Korrektiv. Auf die Frage in der Arbeitsgruppe: „Wer definiert, was richtig ist?“ gibt es eine Antwort: **Richtig ist das, was den Klienten erreicht und woran er bereit ist, aktiv mitzuwirken.** Daran hat jeder in diesen Berufsfeldern, egal aus welcher Richtung er kommt, genug zu tun, die Stelle zu finden, an der er den Klienten wirklich erreicht. Das wäre der allerhöchste Anspruch. Deshalb wäre auch der Anspruch an die Professionen, nicht gegeneinander zu sein, denn dieses Gegeneinander hält von der Konzentration auf den Klienten ab. Das ist Beschäftigung mit sich selbst. Die Professionen könnten ja entdecken, dass sie sich in

einer großen Anzahl von Fällen gemeinsam hilflos und unzulänglich fühlen, und sich dennoch verbünden, das Mögliche zu tun. Das ist das Besondere der Diagnostik in der Jugendhilfe gegenüber der Diagnostik in der Medizin. Die Medizin hat klarere Regeln, welche Maßnahmen man nach einer bestimmten Diagnose ergreift, und sie hat auch die Möglichkeit, Dinge zu tun, an denen der Patient im Grunde nicht mitwirken muss. Das ist in der Jugendhilfe ganz anders. Ich kann nur eine wirksame Intervention machen, wenn der Klient alles ohne Narkose mitmacht. Das sage ich auch meinen Klienten, er bekäme alles mit, es gäbe keine Narkose, er würde nicht aufwachen und alles sei passiert; es könne auch wehtun.

Teilnehmer: Ich möchte Ihnen gern widersprechen. Richtig ist auch das, an dem der Klient nicht mitwirkt. Eine Diagnose muss nicht deswegen falsch sein, weil der Klient sich nicht richtig verhält.

Teilnehmer: Wenn der Klient nicht mitwirkt, kann das abstrakt richtig sein. Wenn es aber nichts bewirkt, ist mir die Richtigkeit relativ egal.

Teilnehmer: Ich denke an die vielen Fälle, wo es um Kindeswohlgefährdung geht oder um Dinge, die uns als Professionelle auffallen, wo wir aber den Klienten längst nicht mehr erreichen. Es ist die Frage, ob das nur abstrakt richtig ist oder ob es nur eine andere Bedeutung hat.

Teilnehmer: Im Gefährdungsbereich würde ich Ihnen auch zustimmen, es ist auch richtig, wenn der Klient nicht mitwirkt. Das sind aber Unterschiede.

Teilnehmer: Wer setzt denn die Standards, was richtig ist und inwieweit kann man sich mit den Klienten darüber verständigen, was man meint, was richtig ist?

Es gibt eine Vertikale, wo die unterschiedlichen Professionen – Sozialpädagogen und Psychologen – sich abarbeiten, die Achse Professioneller – Klient und außerdem noch eine andere, die beide Achsen betrifft: gesetzliche Bestimmungen usw. Das sind die Spannungen zwischen strategischer und kommunikativer Dimension. Das ist mein Problem.

Wenn man eine These aufstellt, gibt es auch immer eine Gegenthese, weil es ein sehr komplexes Gefüge ist. Einige Professionen haben anscheinend das Problem nicht. Die können für sich beanspruchen, aufgrund von einem wissenschaftlichen Instrumentarium, zu wissen, was richtig ist. Das habe ich als Sozialpädagoge nicht. Ich habe das so gelernt, dass das alles *konstruiert* ist. Das liegt mir sehr viel näher, als zu behaupten, es gäbe etwas, was ich mehr oder weniger objektiv darstellen kann.

Teilnehmer: Bei uns im Amt bespricht der verantwortliche ASD-Mitarbeiter mit dem Betroffenen, wen er in die Fallbesprechung einladen kann. Es gibt die Möglichkeit, Psychologen, Pädagogen und Sozialpädagogen einzuladen. Wenn es keinen Konsens in dieser Fallbesprechung mit den Betroffenen gibt, dann muss die Leitung letztendlich entscheiden. Da ich in der Leitung sitze, habe ich befürchtet, dass ich sehr häufig allein entscheiden muss. Die Praxis in den letzten eineinhalb Jahren hat jedoch gezeigt, dass weitestgehend bei der Auswertung der Diagnostik ein Konsens gefunden wird, wobei in 70 bis 80 Prozent der Fälle wirklich alle drei Professionen zusammensitzen. Es gab also

gar nicht die erwarteten Schwierigkeiten. Die Leitung musste nur einen geringen Anteil der Fälle entscheiden.

Der Betroffene wird über die Entscheidung vom Kreissozialarbeiter informiert und der trägt in aller Regel die Entscheidung mit. Er selbst hat natürlich noch einmal Einspruchsrecht. Das trifft natürlich nur bei den Leistungsfällen zu, bei Kindeswohlgefährdung haben wir andere Instrumentarien.

Dr. Eginhard Walter: Auf die Frage „Wer entscheidet, was richtig ist?“ wäre Ihre Antwort in den Fällen, wo es strittig ist: **Die Leitung.**

Teilnehmer: Aber nur bei den Fällen ohne Konsens. Wir haben ein Problem in Therapie und Beratung in der Sozialpädagogik. Wir haben unsere Ausbildung und unsere Erfahrungen, aber wissen nicht genau, was wirkt. Daher wissen wir eigentlich auch nicht, welche Diagnostik besser ist. Ist die Beziehung am wichtigsten oder etwas anderes?

Teilnehmer: Ich konstruiere mal, dass ein Kreis von unterschiedlichen Professionellen zusammensitzt und zu einer oder mehreren Diagnosen gekommen ist. Sie finden auch eine Entscheidung über die weitere Vorgehensweise. Die Bruchstelle ist häufig das Klientensystem, das letztendlich das Helfersystem in der Regel nicht kennt – zumindest in Rostock ist das so.

Wir verordnen aufgrund einer Diagnostik Betreutes Wohnen oder Familienhilfe oder Familientherapie etc. Wir wissen jedoch zum einen nicht, was wirkt, zum anderen wissen wir nicht, was aus der Beziehung zwischen dem Klientensystem und dem Helfersystem wird. Unsere Diagnostik kann wunderbar und richtig sein und es klappt trotzdem nicht. Das ist für mich Anlass, noch mal nachzufragen, wieso neuerdings die Betonung so sehr auf Diagnostik liegt.

Man hat festgestellt, dass Hilfen nicht funktionieren, wie man sich das gedacht hat. Daraufhin hat man genauere Problemanalyse angeordnet. Dabei bleibt völlig unterbelichtet, wie Klient und Helfer schon im Rahmen des diagnostischen Prozesses schon an einen Tisch kommen. Soll Diagnostik vorgeschaltet oder ein Teil des Prozesses sein und wie wird das gemanagt? Wer sitzt denn an einem Tisch? Ist das die Leiterin einer Beratungsstelle, die weiter an die Kollegin XY verweist? Das scheint mir noch zu wenig beachtet zu werden. Man sollte mehr auf den Prozess und weniger auf die Eingangsdiagnostik schauen und vor allem darauf, wie kann die Beziehungsgestaltung schon im Rahmen der Diagnostik stattfinden kann.

Teilnehmer: Ich habe das gerade anders verstanden. Wir sollen nicht nur mehr auf den Prozess, sondern mehr auf die Beteiligten gucken. Es geht darum, dass zwei Seiten miteinander zusammenarbeiten. Die arbeiten ja nicht nur sachlich miteinander, sondern sie arbeiten nach dem Motto „Warum soll ich sachlich bleiben, wenn ich persönlich werden kann?“. Darin steckt das Potenzial der Veränderung.

Ich muss auf Augenhöhe runtergehen. Ich muss keine Diagnostik betreiben, die besonders schlau ist und möglicherweise stimmt, sondern ich muss Gedanken sammeln, diese aber letzten Endes verstehbar machen. Es geht weniger darum, einen Prozess zu planen,

sondern eher darum, eine Verständigung, einen Kontakt herzustellen. Ich als Fachmann muss mich mit meinen Fähigkeiten und den Klienten mit seinen Fähigkeiten sehen, aber auch dem Klienten zutrauen, dass er das ebenfalls kann, dass er seine Fähigkeiten sieht und auch erkennt, dass ich nicht unfehlbar bin. Im Grunde genommen geht es um die Verständigung. Das scheint mir der Kernpunkt zu sein: Wie organisiere ich funktionierende, fachliche Begegnung?

Wenn es gelingt, die vorhin in einem Beitrag beklagte Mitzeichnungspflicht und den damit verbundenen Aufwand organisatorisch zu verringern, dann wäre mehr für die Begegnung getan, aber weniger für diese Art Verwaltung, die sich so wichtig findet.

Dr. Eginhard Walter: Es geht immer um beides. Es geht um die kommunikative Ebene, aber auch um die Seite der Finanzen, die die Unterzeichnungspflichten mit sich bringt.

Teilnehmerin: Wir wissen niemals, was wirkt. Das ist schlichtweg unmöglich. Wir können nur beobachten und beschreiben. Meines Erachtens brauchen wir Zeit und Empathie. Das sind Voraussetzungen, um die Beziehung herzustellen. Die Beziehung, die wir zu den Klienten knüpfen, ist die halbe oder vielleicht schon die ganze Miete. Bei uns gibt es teilweise merkwürdige Beobachtungen. Ein Kollege setzt sehr wenig Hilfen ein, ein anderer bringt sehr viel unter. Der eine macht dieses, ein anderer macht jenes. Bei einem häufen sich merkwürdigerweise die Fälle von psychisch Gestörten, bei anderen andere Fälle. Woran liegt das? Das werden wir nicht ergründen. Tatsache ist, dass jeder eine andere Art hat, Beziehungen herzustellen, und dafür auch ein bestimmtes Quantum an Zeit und Empathie hat.

Teilnehmer: Vielleicht kann man etwas tun, um die Beziehungen herzustellen. Das ist die Erfüllung der seelischen Grundbedürfnisse von Klienten in Begegnungs- und Beratungsprozessen. Der Klient will eine Steuerung behalten über das, was passiert. Der Klient will sich eingebunden fühlen. Der Klient will das Gefühl haben, dass er etwas mit beeinflussen kann, und er will auch ein Lusterlebnis haben. Es soll nicht nur traurig und nicht niederdrückend sein und man soll sich mit dem Klienten nicht noch mehr in sein Problem hineinwühlen, so dass man sich gemeinsam doppelt so hilflos fühlt wie er allein. Man könnte sich darüber einigen, dass mindestens die Hälfte der Gesprächszeit nicht über das Problem geredet wird, sondern über die andere Seite. Das könnte bereits wirksam sein. Ich glaube, wenn man an sich selbst überprüft, ob das so etwa die Dinge sind, die man selbst braucht, um ein gutes Gefühl zu haben, dann hätte man schon einen Leitfaden, wie man sich verhalten könnte.

Teilnehmer: Wenn man das zu sehr auf die Beziehungsebene abstellt, sehe ich eine praktikable Gefahr als Jugendamtsmitarbeiter im ASD. Ich sehe dabei erstmal nicht die Beziehung zu dem Betroffenen, sondern rein menschlich zu dem Träger, mit dem ich zusammenarbeiten muss. Wenn die Mitarbeiter dort recht nett sind, ich dort einen Kaffee bekomme, keine unbequemen Fragen gestellt werden, entscheide ich mich schnell für diesen Träger, weil ich mit dem immer gut zusammenarbeite, weil das dort ganz gut klappt. Ich bringe also eventuell meine eigenen Interessen ins Spiel. Gerade wenn man lange tätig ist, dann kennt man sich und alles ist überschaubar. Hinter so einer Beziehungsebene steckt eine Gefahr.

Dr. Eginhard Walter: Es gibt ja auch Situationen außerhalb des Gefährdungsbereichs, wo ich Forderungen stellen muss. Die Frage, die ich mir heute immer wieder stelle, ist: An welcher Stelle kommt meine spezifische psychologische Qualifikation zum Tragen? Natürlich kann man die Beziehungsebene in den Vordergrund stellen. Aber bekomme ich immer einen Konsens? Es ist doch manchmal ein sehr schwieriger Prozess, dahin zu kommen. Was ist, wenn die Klienten etwas anderes wollen, als das, was ich für richtig halte? Solange Klienten all das umsetzen, was ich empfehle oder was wir gemeinsam erarbeitet haben, ist alles in Ordnung. Ich muss zum Beispiel eine Mutter manchmal fordern, um für das Kind etwas zu erreichen.

Teilnehmer: Das ist doch kein Widerspruch. Wenn die Mutter sich fordern lässt, ist das völlig in Ordnung. Wie kommen sie darauf, dass Sie die Mutter fordern müssen? Möglicherweise deshalb, weil sie das transportiert. Wir wissen das alles nicht so genau. Die Mutter kommt doch, weil sie etwas will. Sie bekommt etwas von uns und dann muss man schauen, wie weit man gehen kann. Das Prinzip bleibt aber: Wenn ich etwas fordere, was sie nicht erfüllen will, dann tut sie es nicht.

Teilnehmerin: Die Frage bei der Beziehungsgestaltung ist: Wie weit kann die Fachkraft einschätzen, welcher der richtige Berater für den Klienten ist? Wie weit kann man den Klienten an dieser Entscheidung beteiligen? Beim ersten Gespräch bitten wir den Klienten um seine Meinung, ob sein Berater der richtige für ihn ist. Er kann auch einen anderen Berater wählen. Das passiert nach unserer Erfahrung in der Regel nicht. Allein diese Möglichkeit schafft schon Vertrauen.

Als die Finanzen bei uns in der Jugendhilfe noch nicht ganz so knapp waren, hat ein Jugendlicher, für den Sozialpädagogische Einzelfallhilfe beschlossen worden war, die Möglichkeit gehabt, bei mehreren Trägern vorbeizugucken und sich für einen Träger zu entscheiden, von dem er meinte, darauf könnte er sich gut einlassen. Inzwischen kommt es durch die schwierige Finanzlage und die Pauschalierungen kaum noch zu solchen Wahlmöglichkeiten, weil die Träger dermaßen in Konkurrenz stehen und sie alle Personal abbauen müssen. Die Zuweisung erfolgt jetzt anders. In Merseburg, einem ländlichen Raum, ist es noch nie so gewesen, dass der Familie die Möglichkeit gegeben wurde, zwischen verschiedenen Trägern zu wählen. Dort kennen die ASD-Mitarbeiter aber alle Mitarbeiter der Jugendhilfe persönlich. Meistens kann man sich bei Zuordnungen von Fällen an bestimmte Träger auf das gegenseitige Kennen verlassen.

Teilnehmer: Ein paar Dinge kennt man schon aus der Psychotherapie und Wirkungsforschung, um zu festzustellen, was wirkt. Aber in dem Gespräch im Jugendamt oder in der EB kann man auch ganz gut einschätzen, was das Kind braucht und was die Eltern brauchen. Brauchen die ein Beziehungsangebot? Brauchen sie Informationen? Brauchen sie ein Expertenurteil? Möchten sie selbst in mehreren Gesprächen zu einem Urteil kommen? Das finde ich in der Anamnese heraus. In manchen Fällen hilft ja bereits die Information.

Teilnehmer: Sie sagten eben, manchmal muss man den Klienten fordern. Muss man das eigentlich oder ist das ein Urteil, was man sich aus der professionellen Sicht erlaubt und was einem gar nicht zusteht? Oder transportiert die Klientin etwas als Gegenübertragung? Ich mache die Erfahrung in der Beratungspraxis, manchmal muss ich Eltern

klar und deutlich vor den Kopf stoßen. Das bedarf mehrerer Gespräche, bis ich mich dazu durchringen kann. Ich bin damit recht vorsichtig, ehe ich direktiv und konfrontativ bin. Gerade mit der Konfrontation kann man ja Familien auch aus der Beratung herausbringen, denn das halten sie manchmal nicht aus.

Dr. Eginhard Walter: Man kann auch mit Konfrontation therapeutisch arbeiten. Man kann auch damit Erfolge erzielen und Dinge in Bewegung bringen. Das ist die Gratwanderung. Natürlich können Leute aussteigen. Oft haben wir es mit einer Familie zu tun, da will die Mutter, der Vater und das Kind etwas. Schwierig wird es, wenn alle etwas anderes wollen. Wenn wir einen Konflikt haben in der Erziehung, wenn das Kind Bedürfnisse signalisiert, die von den Eltern befriedigt werden sollen und so nicht befriedigt werden, zum Beispiel in einer Scheidungssituation, ständiger Streit bei der Übergabe, dann ist die Frage, wie man vorgeht, wenn es geht, mit dem Willen der Klienten. Aber manchmal kommt man damit auch nicht weiter, weil sich der Wille der Familienmitglieder widerspricht.

Teilnehmer: Wenn die Eltern das tatsächlich nicht auf die Reihe kriegen, dass sie bei der Übergabesituation nicht ständig in Streit geraten, muss man ihnen klar und deutlich sagen, dass dadurch das Kind geschädigt wird, obwohl sie das wahrscheinlich nicht hören wollen. Das kann dazu führen, dass sie nicht mehr in die Beratung kommen.

Dr. Eginhard Walter: Es kann aber auch dazu führen, dass dadurch eine neue Ebene entsteht und man darüber doch arbeiten kann. Dieses Risiko gehe ich dann auch mal ein, wenn ich anders nicht herankomme.

Teilnehmerin: Ich glaube, ich bin ein bisschen missverstanden worden. Wenn ich von Beziehung gesprochen habe, meine ich nicht eine immer freundliche und gemütliche Beziehung. Unter Beziehung verstehe ich eine Grundlage, auf der man aufbauen kann, in der man auch etwas Unfreundliches und Direktes sagen kann.

Dr. Eginhard Walter: Ich möchte nicht ignorieren, dass von Ihrer Seite der Kindeswohlgefährdungsaspekt genannt wurde. Der ASD ist damit viel eher konfrontiert als die EFB. Unsere erste Hypothese über die Mitwirkung des Klienten müsste man hier wohl herauslassen. Was ist mit denen, die man so nicht erreicht? Was ist hier *richtig*?

Teilnehmerin: Die Klienten sind ja in der Regel keine Selbstmelder, sondern werden über das Jugendamt geschickt. Da kommt es auf eine gute Zusammenarbeit mit dem Jugendamt an.

Teilnehmer: Zunächst geht es wohl um eine Auftragsklärung. Ich biete den Eltern, die zu mir kommen, meine Leistung an. Das Jugendamt sitzt mir im Nacken mit der Option „Herausnahme des Kindes“. Ich überprüfe, ob meine angebotene Hilfe das Richtige ist, ob die Eltern daran mitarbeiten können. Ich kann meine Standards festlegen und die Familie vor die Wahl stellen, mein Angebot anzunehmen oder nicht.

Dr. Eginhard Walter: Das wäre eine Aufgabenteilung. Das Jugendamt macht Druck, die EFB versucht, noch andere Wege zu finden.

Teilnehmer: Man sucht im Grunde eine Perspektive und EFB begleitet. Aber das Wächteramt liegt beim Jugendamt, das diesen Prozess mit begleitet. Da ist nicht mehr der Aspekt der Freiwilligkeit. Wenn der Klient die Hilfe oder den Berater ablehnt und die Eltern es allein nicht schaffen, zum Wohle des Kindes zu agieren, muss das Jugendamt nach anderen Hilfestellungen für die Eltern suchen.

Teilnehmerin: Wenn die Kinder untergebracht sind und die Eltern die Auflage haben, ein halbes Jahr zur EFB zu gehen, nennt sich das Beratung im Zwangskontext. Bei einem Fall hat das lange gedauert, ehe die Mutter das angenommen hat. Nach dieser Zeit aber ist es gut gelaufen und sie hat einige Veränderungen vorgenommen, von denen die EFB-Mitarbeiter auch überzeugt waren. Diese Zwangsberatung ist idealtypisch verlaufen. Die Kollegen haben es gut verstanden, einen Kontakt aufzubauen.

Teilnehmer: Das war das Entscheidende dabei. Sie haben es verstanden, diesen Weg zusammen zu gehen.

Dr. Eginhard Walter: Aber der Ausgangspunkt war Zwang. Dabei steht die Frage der Mitwirkung nicht so im Vordergrund. Es wird Druck ausgeübt, dass mitgearbeitet wird. Die Freiwilligkeit ist anders zu bewerten. Wahrscheinlich kann man letztlich nur sagen: **Richtig ist, was das Kind schützt.** Der Wille, der im Leistungsbereich im Vordergrund steht, tritt in solchen Fällen der Kindeswohlgefährdung entsprechend zurück.

Teilnehmerin: Wenn man die Leidensfaktoren der Eltern kennt, kann man das aber eventuell noch kippen. Ich denke, das hängt dann an dem Berater und an dem Fall. Ich denke, man kann Klienten immer erreichen. Das wäre meine Hypothese.

Teilnehmer: Insofern sind die Hypothesen kein Gegensatz, sondern es sind zwei Seiten, von denen je nach Fall eine im Vordergrund steht.

Teilnehmerin: Ich denke, das ist immer wahr. Auch wenn man das Kind herausnimmt, hat man etwas erreicht und es hat gewählt.

Dr. Eginhard Walter: Wir haben am Ende unserer Diskussion zwei Hypothesen:

1. **Richtig ist das, was den Klienten erreicht und wo er mitwirkt.**
2. **Richtig ist, was das Kind schützt.**

Arbeitsgruppe 4:

Ein Modell der Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie

DAGMAR VON HERMANNI

Leiterin des Allgemeinen Sozialen Dienstes, Jugendamt der Stadt Leipzig

Zusammenarbeit beziehungsweise die Notwendigkeit von Zusammenarbeit mit beteiligten Vertretern anderer Professionen bestimmt die soziale Arbeit und bestimmt wesentlich die Wirksamkeit sozialer Arbeit.

Was sich plausibel und zugleich recht schlicht anhört, ist eben nicht so schlicht realisierbar. Zusammenarbeit würde ich gern umschreiben mit „an einem Strang ziehen“. Die Schwierigkeiten beginnen mitunter damit, dass zwar gezogen wird, jedoch an unterschiedlichen Strängen. Und selbst wenn alle am gleichen Strang ziehen, stellt sich häufig die Frage, wer an welchem Ende und in welche Richtung zieht. Wird an unterschiedlichen Seiten des Stranges gezogen, entspricht dies bei Kräftegleichheit einer Paralyse¹, in jedem Fall gehen die Kräfte, bezogen auf ihre eigentliche Zielsetzung, verloren. Wie es der Klientel dabei ergeht, kann man sich sicherlich am besten ausmalen, wenn man sich vorstellt, dass an jedem der beiden Arme ein Helfer zieht. Zurückhaltend formuliert erleiden wir „Reibungsverluste“ statt Synergien zu erzielen.

Wir haben in Leipzig eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit zwischen dem Jugendamt und der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Uni-Klinik Leipzig und dem Park-Krankenhaus Leipzig-Südost GmbH geschlossen,

Anlass und Zielsetzung der Vereinbarung

Es bestanden selbstverständlich jahrelange Erfahrungen, geprägt von einem positiven Zusammenwirken, von Erfolgen, aber auch von Fehlschlägen, Frust, Ärger, Kränkungen und ähnlichem. Die positiven Erfahrungen waren – wie so häufig in unserer Arbeit – kein Thema, die Unzufriedenheiten und Probleme wurden in der jeweils eigenen Struktur benannt, aber nicht mit dem jeweils anderen Partner ausgewertet. Auf individuellen, persönlichen Kontakten basierende Zusammenarbeit konnte, soweit sie von positiven Erfahrungen geprägt war, dabei weiter gedeihen. Eher kritische Erfahrungen führten dazu, dass bei der erforderlichen Zusammenarbeit im nächsten Fall der Einstieg bereits von gewissen Vorbehalten geprägt war. Bewegte sich die Zusammenarbeit auf der strukturell-institutionellen Ebene, basierte also nicht auf bereits bestehenden Kontakten der Beteiligten, so war eine eher weniger gedeihliche Entwicklung zu erkennen.

Wir haben in Leipzig zwei Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die drei Institutionen, zweimal Jugendpsychiatrie und einmal Jugendamt, haben sich zu Beginn des Jahres 2004 auf den gemeinsamen Weg gemacht, eine Kooperationsvereinbarung zu schließen und die Eckpunkte unseres Zusammenwirkens zu operationalisieren.

¹ Paralyse [griech.], *Medizin*: vollständige motorische Lähmung eines oder mehrerer Muskeln.

Die damit verbundene Zielsetzung war es, den MitarbeiterInnen aller drei Institutionen ein Regelwerk an die Hand zu geben, welches die Art und den Umfang der Zusammenarbeit nicht in das individuelle Belieben stellt – eine Grundlage, die jedem die Möglichkeit gibt, unter Hinweis auf die Kooperationsvereinbarung bestimmte Handlungen „abzufordern“, gleichzeitig aber selber ebenso in einer „Bringschuld“ zu sein.

Der Partner für die Zusammenarbeit auf der Seite der Jugendhilfe ist bei der Stadt Leipzig der Allgemeine Sozialdienst. Nun sind die ASD in der Bundesrepublik sehr unterschiedlich strukturiert und auch hinsichtlich ihrer Aufgabenzuweisung unterschiedlich bedacht. Der ASD der Stadt Leipzig wurde 2000 aus dem ASD des Jugendamtes und dem ASD des Sozialamtes zu einem Referat ASD fusioniert, erhielt sodann im Jahr 2001 noch die Aufgaben der Wohnungsnotfallhilfe zugewiesen. Der ASD erfüllt die Aufgaben der psychosozialen Grundversorgung in der Stadt Leipzig – „Hilfen aus einer Hand“. An der Aufgabenstellung hat sich auch mit der organisatorischen Wiedereingliederung des ASD in das Jugendamt zum Jahresende 2003 nichts geändert. Es besteht damit die Aufgabenstellung und Verantwortung des ASD für die gesamte soziale Lage der Familie, über Jugendhilfeaufgaben hinausgehend und auch für den jungen Menschen, wenn er aus der Zuständigkeit der Jugendhilfe herausgewachsen ist.

Entstehung der Vereinbarung

Dem Entstehen der Kooperationsvereinbarung war ein gemeinsamer Workshop zwischen Jugendamt und Psychiatrie vorangegangen, in dem Wünsche, „Bauchweh“, Vorstellungen und Erwartungen diskutiert und „eingesammelt“ wurden.

Die Startfrage war für uns als Jugendhilfe: „was bewegt uns“ bezüglich der Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und was bewegt die Jugendpsychiatrie hinsichtlich der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt. Es waren hierbei zunächst zwei Grobkomplexe festzustellen:

- a) Abläufe bei den Einzelfällen und das jeweilige Einwirken auf die Fallverläufe und
- b) generelle Sichtweisen, unterschiedliche Zielsetzungen der Professionen aufgrund ihrer Aufgabenstellungen und daraus resultierenden Rollen.

Wir haben nach dem Workshop zunächst im Jugendamt einen ersten Entwurf der Vereinbarung für die gemeinsamen Gespräche mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie erstellt.

Aber schon die Entstehung dieses Entwurfes war spannend, weil hausintern bereits – bei voller Übereinstimmung in inhaltlichen Zielsetzungen – in der Operationalisierung von Verfahrensschritten eine Angleichung erfolgen musste. Seitens des ASD ging es dabei vor allem darum, dass wünschenswerte Ziele unter Berücksichtigung der verfügbaren Arbeitsressourcen auch realisierbar sein müssen. Ich denke, dass ich zu der Problematik der Arbeitsressourcen hier keine weiteren Ausführungen machen muss, gerade auch unter Hinweis auf die bereits kurz dargestellte Aufgabenbreite des ASD.

Als wichtig für eine Kooperationsvereinbarung wurde angesehen, dass die dort verankerten Vereinbarungen auch von den jeweiligen Kooperationspartnern tatsächlich realisierbar sind.

Dem ASD ging es jedoch auch darum, Herr der Einzelfallsteuerung im Rahmen der Jugendhilfesaufgaben zu bleiben.

Wenn es um Hilfen zur Erziehung geht, ist es unsere Aufgabe, solche zu gewähren, wenn (ansonsten) eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe zur Erziehung geeignet und erforderlich ist. Und auch bei der Gewährung von Eingliederungshilfe kommt es auf die Erforderlichkeit und Geeignetheit einer Hilfe an. Im Fokus der Jugendhilfe steht eine Stärkung und Förderung der Familie.

Die Tatsache, dass eine stationäre Behandlung in der Jugendpsychiatrie beendet werden soll und nun die Entlassung ansteht, führt aus Sicht der Jugendhilfe nicht bereits dazu, dass nun, und das dann gegebenenfalls auch noch innerhalb weniger Tage, eine Maßnahme der Jugendhilfe einzusetzen soll. Anrufe wie *„Bei uns ist Max seit drei Monaten in stationärer Behandlung. Er kann nicht nach Hause zurück, Mit den Eltern wurde das bereits besprochen. Wir haben ihnen die Einrichtung X empfohlen und sie waren auch schon mal dort. Die Eltern kommen jetzt zu Ihnen und stellen einen Antrag auf Heimunterbringung“* waren einer gedeihlichen Zusammenarbeit nicht nur nicht förderlich, sondern lagen – je nach Einzelfall – auch nicht im Interesse eines Hilfeprozesse im Rahmen der Jugendhilfe.

Der Psychiatrie ging es ebenso um die Fragestellung, wie die Beendigung eines stationären Aufenthaltes vorzubereiten ist, wenn sich aus Sicht der Leipziger Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPPP) ein anschließender Hilfebedarf ergibt. Im Hinblick auf eine Vielzahl von Fällen in denen bereits Maßnahmen der Jugendhilfe, auch stationäre Hilfen, erfolgen, ging es um die Vermeidung sich zuspitzender Entwicklungen, beziehungsweise die Vermeidung akuter Krisen und Eskalationen und der Vermeidung von Drehtüreffekten zwischen Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe.

Regelungsinhalte der Kooperationsvereinbarung

Die „großen“ Ziele der Kooperationsvereinbarung umrissen somit:

- Berücksichtigung des „Alltagslebens“, das heißt auf begrenzte personelle und finanzielle Ressourcen der jeweils beiden Partner runtergebrochen,
- Akzeptanz der verschiedenen Professionen und der unterschiedlichen Aufgaben und Rollen,
- reibungsfreies, zielorientiertes Zusammenarbeiten,
- optimiertes Wirksamwerden der von beiden Partner für das Kind / für den Jugendlichen einsetzbaren Hilfen.

Es bestand zwischen den Kooperationspartnern von Beginn an ein gemeinsames Bild dahingehend, dass, so sehr auch für die MitarbeiterInnen die einzelfallbezogene Zusammenarbeit im Vordergrund stand, eine Vereinbarung auch fallübergreifender Elemente bedarf, die sozusagen den Rahmen wie aber auch den Hintergrund für die einzelfallbezogenen Regelungen darstellt.

Die Kooperationsvereinbarung gliedert sich in

- fallübergreifende Vereinbarungen und
- fallbezogene Vereinbarungen.

Die fallübergreifenden Vereinbarungen setzten dabei im Prinzip einen Rahmen, in dem die (Weiter-)Entwicklung eines gemeinsamen Grundverständnisses über die Zusammenarbeit in den jeweiligen Fällen hinaus entwickeln soll, in dem jedoch ebenso die Erfahrungen in der Fallzusammenarbeit generalisiert aufgearbeitet werden.

Hier sind thematische Kolloquien, Workshops und Fortbildungen ebenso vorgesehen wie zeitlich befristete thematische Arbeitsgruppen.

Wir haben die Vereinbarung im September 2004 geschlossen und zum Jahresbeginn, das heißt ein wenig verspätet Anfang Februar zusammen gesessen und Veranstaltungen für das Jahr gemeinsam geplant. Inzwischen befinden sich alle hierzu bezogen auf ihren jeweiligen Part in der Vorbereitung.

Ich will dies konkret an Beispielen erläutern

Kindeswohlgefährdung

Hierzu liegen in Einzelfällen immer wieder Einschätzungen seitens der MitarbeiterInnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor, verbunden mit konkreten Erwartungen, dass nunmehr seitens des Jugendamtes Maßnahmen ergriffen werden müssen, sofern sich die Eltern auf die von der Psychiatrie vorgeschlagenen Maßnahmen nicht einlassen. Wenn nun die ASD-MitarbeiterInnen nicht entsprechend der Vorstellungen der Psychiatrie agieren, wird dies als nicht funktionierende Zusammenarbeit verstanden, insbesondere werden jedoch die Rahmenbedingungen, innerhalb derer sich der ASD bewegt, nicht nachvollzogen.

Wir haben daher für Mai 2005 eine gemeinsame Veranstaltung geplant, in der der ASD Informationen zur Kindeswohlgefährdung als Input gibt. Dabei wird der gesetzliche Rahmen ebenso dargestellt wie die Arbeitsweise, die Arbeitsgrundlagen (wir haben eine umfassende Dienstanweisung zur Kindeswohlgefährdung), die erforderlichen Dokumentationen des ASD bis hin zur Einschaltung des Familiengerichtes.

Berichtsumfang

Seitens der KJPPP bestehen Unsicherheiten, welchen Umfang die Berichte, die an den ASD gehen, haben sollen. Der ASD wird hierzu Fragestellungen, die sich in den Fällen ergeben, erarbeiten und der Psychiatrie zuleiten. Die KJPPP wird hierzu Stichworte, die unter den jeweiligen Fragestellungen aufgeführt würden, erstellen. Mit diesem Material wird dann noch mal ein gemeinsamer Austausch erfolgen und ein Arbeitspapier entste-

hen, welches beiden Seiten Klarheit darüber gibt, welche Auskünfte der ASD bei welchen Fragestellungen erwartet und welche Antworten/Informationen bei den entsprechenden Fragestellungen eingehen.

Indikatoren für stationäre Hilfen in der KJPPP

Hierzu ist ebenfalls eine Veranstaltung vorgesehen, in der die MitarbeiterInnen der KJPPP einen Input geben, bei welchen Indikatoren eine stationäre Aufnahme in der KJPPP in Betracht kommt.

Fallauswertung:

Schon in dem Gespräch zwischen Psychiatrie und Jugendamt zur Festlegung der Themen und Termine im Jahr 2005 haben wir gemeinsam festgestellt, dass die Vorbereitung auf diesen Termin intern jeweils ein wichtiger Bestandteil der Umsetzung der Kooperationsvereinbarung darstellt. Hier werden zunächst intern Fälle vorgestellt, die von einzelnen Mitarbeitern vorgeschlagen werden, als „schlechtes Beispiel“ für die vereinbarte Kooperation.

Der ASD kann, wie schon ausgeführt, nur einen Fall vorstellen. Das heißt wir müssen zunächst intern aus einer ganzen Reihe von Fällen **den** einen herausfiltern. Ganz praktisch gehen wir damit um, indem in der wöchentlichen Dienstbesprechung nun über mehrere Wochen jeweils ein Fall vorgestellt wird. Dabei stellt sich bereits heraus, dass es durchaus Fälle sind, die als „schlechtes“ Beispiel geeignet sind. In der Auswertung stellt sich jedoch auch heraus, dass das „schlechte“ Beispiel in dem Fall nicht immer nur auf Seiten der KJPPP zu finden ist. Ebenso stellt sich heraus, dass das „schlechte“ Beispiel nicht zwingend zu verallgemeinern ist, sondern dass in anderen aktuellen Fällen mit spezifischen Situationen anders umgegangen und die im vorgestellten Fall reklamierten Punkte durchaus entsprechend der Vereinbarung eingehalten wurden. So erweisen sich bereits die ASD-internen Vorbereitungen auf die gemeinsamen Veranstaltungen als förderlich im Sinne der Kooperationsvereinbarung.

Struktur der fallbezogenen Vereinbarungen

Die fallbezogene Zusammenarbeit haben wir unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Fälle definiert, und zwar danach, ob eine Aufnahme/Behandlung in der KJPPP **ohne** Beteiligung des ASD oder **mit** Beteiligung des ASD erfolgt. Diese Differenzierung zieht sich durch die gesamte Darstellung der fallbezogenen Vereinbarungen, von der Aufnahme in der KJPPP beginnend über die Behandlung bis zur Entlassung.

Grundüberlegung hierfür war, dass die Mehrzahl der Aufnahmen in der KJPPP ohne vorheriges Tätigwerden und ohne vorherige Einbeziehung des ASD erfolgt und auf die Einweisung behandelnder Ärzte und/oder das eigenverantwortliche Tätigwerden der Eltern zurückzuführen ist.

Es sollte und soll nicht durch das Tätigwerden der KJPPP ein Automatismus hinsichtlich einer (Mit)-Zuständigkeit des ASD, das heißt der Jugendhilfe entstehen.

Wichtig war es uns jedoch auch festzuhalten, dass Eltern und deren sozial-medizinische Netzwerke in der Regel ohne Mitwirkung der Jugendhilfe Zugang zu Hilfeangeboten der Jugendpsychiatrie finden.

So kann zusammengefasst werden, dass bei **Aufnahmen** in der KJPPP **ohne vorheriges Tätigwerden des ASD** in dem Fall eine Einschaltung des ASD nur erfolgt, wenn seitens der KJPPP eine Kindeswohlgefährdung festgestellt/vermutet wird. In diesen Fällen wird der ASD informiert, um sodann in eigener Zuständigkeit weiter tätig zu werden. Ergibt sich aus Sicht der KJPPP im Rahmen der Diagnose und Behandlung ein Jugendhilfebedarf, so wird hierüber mit den Personensorgeberechtigten gesprochen und eine Abstimmung angestrebt, die eine Einbeziehung der Jugendhilfe vorsieht. Voraussetzung ist hierfür eine Schweigepflichtentbindung.

Erfolgt eine **Aufnahme** in der KJPPP **mit vorheriger Beteiligung des ASD**, werden vom ASD (bei Vorliegen einer Schweigepflichtsentbindung) möglichst umfassende Informationen gegeben, insbesondere:

- die Auffälligkeiten/Störungen des Kindes,
- die Stärken, Ressourcen und Interessen,
- die familiären und sozialen Lebensbedingungen,
- Erklärungsansätze über die Verursachungszusammenhänge der Probleme,
- bereits erfolgte Interventionen und ihre angestrebte Wirkung,
- die tatsächlich erzielten Ergebnisse/Wirkungen der bereits erfolgten Interventionen,
- Verdachtsmomente hinsichtlich Kindeswohlgefährdung.

Ziele der **Aufnahmeverfahren** in Fällen **mit vorheriger Beteiligung des ASD** sind:

- eine Abstimmung über die Aufnahme,
- die Vermeidung von Aufnahmen in akuten Krisen zu Gunsten einer geplanten und vorbereiteten Aufnahme,
- die Berücksichtigung von bereits vorliegenden Erkenntnissen und Erfahrungen,
- eine rechtzeitige Abstimmung und Information des ASD, sofern sich aus Sicht der KJPPP ein sich an die Behandlung eventuell anschließender Jugendhilfebedarf ergibt,
- durch die Abstimmung eine Vermeidung der Präjudizierung des weiteren Fallverlaufes durch die KJPPP.

Diese Ziele werden verfolgt, unabhängig davon, ob sich die bisherige Tätigkeit des ASD auf persönliche Hilfe beschränkt oder ob bereits Hilfen zur Erziehung (HzE), einschließlich HzE in Form von Pflegestellenunterbringung oder einer stationären Betreuung erfolgen.

Sie finden in der Vereinbarung auch Differenzierungen zur Aufnahme in akuten Krisen oder aber bei der Zuspitzung bereits länger andauernder Entwicklungen, die Aufführung von Detailaufgaben, deren Erfüllung durch die Beteiligten abzustimmen ist.

Vereinbart sind jedoch auch die Abstimmungen, die **während der Behandlung** erfüllt werden, wenn eine Einbeziehung des ASD erfolgt oder die Aufnahme bereits unter Beteiligung des ASD erfolgt ist:

- Festlegung des Beginns und Prognose der voraussichtlichen Dauer des Aufenthaltes in der KJPPP,
- Abstimmung, wer wem wann welche Informationen gibt,
- Abstimmung, wer bis wann welche Aufgaben/Verpflichtungen übernimmt,
- Benennung der verantwortlichen Ansprechpartner der KJPPP, des ASD, der Eltern und ggf. der Fachkräfte von ambulanten/teilstationären/stationären Hilfen.

Gerade auch für die **Entlassungen** sind Regeln festgeschrieben worden. Diese berücksichtigen auch die Unterschiedlichkeit hinsichtlich der Fallstruktur dahingehend, ob bereits Hilfen zur Erziehung in Betracht kommen oder vor der Aufnahme bestehende Hilfen zur Erziehung fortgesetzt werden sollen:

*„Ist die Aufnahme und Behandlung in der KJPPP **ohne Beteiligung des ASD** erfolgt, erfolgt auch die Entlassung ohne Information oder sonstige Beteiligung des ASD...“*

*„Entlassungen **bei vorheriger Beteiligung des ASD***

Rechtzeitig vor der Entlassung vereinbart die KJPPP mit den Personensorgeberechtigten, dem ASD und ggf. mit der Fachkraft der Hilfe zur Erziehung gemeinsam einen Zeitplan (im Rahmen der Gespräche oder telefonisch). Der Zeitplan muss insbesondere die Terminierung der Abschlussdiagnose mit Aussagen zu weiterem Hilfebedarf und entsprechende Aufgabenplanungen für die konkrete Vorbereitung der Entlassung beinhalten.

Therapeutische Weiterbehandlung

Die Anbahnung und Vermittlung therapeutischer Weiterbehandlung vor Ort erfolgt durch die Klinik in Absprache mit den Eltern/Sorgeberechtigten, dem ASD und ggf. der Fachkraft der Hilfe zur Erziehung.

Bei der Vorbereitung der Entlassung aus der Klinik ist der anschließende Schulbesuch oder Ausbildungsbesuch des Kindes/Jugendlichen vorzubereiten. Bei Bedarf müssen hier die Eltern/Personensorgeberechtigten in der Zusammenarbeit mit dem Schulverwaltungsamt oder Ausbildungsinstitutionen unterstützt werden. Der ASD ist hier fallführend und beteiligt die KJPPP und ggf. die Fachkräfte der ambulanten, teilstationären oder stationären Hilfe zur Erziehung bzw. die Pflegeeltern bei Bedarf bei Detailaufgaben.

Sollte eine neue Jugendhilfemaßnahme zum Einsatz kommen, muss sich der ASD bemühen, diese, aufbauend auf dem rechtzeitig bekannten o. g. Zeitplan, rechtzeitig zur Ver-

fügung zu stellen. Ggf. sollte eine erste Kontaktaufnahme der Fachkraft einer neuen Hilfe zur Erziehung bereits vor der Entlassung in der Klinik erfolgen.

Abschlussgespräch und Entlassungsmodalitäten:

Die Entlassung soll unter Gewährleistung folgender Aufgaben erfolgen:

- *Die Erkenntnisse aus der Krise und der Krisenbearbeitung bzw. der Therapie werden von der KJPPP gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen, seinen Eltern/Personensorgeberechtigten, dem ASD und ggf. Fachkräften der Hilfen zur Erziehung schriftlich festgehalten.*
- *Der Arbeitsauftrag und die Ziele der Hilfen zur Erziehung sind gemeinsam neu und konkret in einem Hilfeplangespräch in Verantwortung des ASD definiert worden.*
- *Das Protokoll liegt vor.*
- *Am Entlassungstag gibt es einen ärztlichen Kurzbrief der KJPPP für den ASD und evtl. für den weiter behandelnden Arzt.*
- *Der ASD erhält von der KJPPP unter Voraussetzung der vorliegenden Schweigepflichtsentbindung durch die Personensorgeberechtigten einen Abschlussbericht und informiert in geeigneter Weise die ggf. beteiligten Fachkräfte der Hilfen zur Erziehung.*
- *Der ärztliche Abschlussbericht liegt spätestens 6 Wochen nach Entlassung vor. Das Kind/der Jugendliche und seine Eltern/Personensorgeberechtigten wurden in geeigneter Weise durch die KJPPP über die Inhalte in Kenntnis gesetzt. Zwischen KJPPP und ASD, ggf. den Fachkräften der Hilfen zur Erziehung und den Personensorgeberechtigten ist abgesprochen, welche weiteren Beratungskontakte mit Terminen es geben soll. Ein Ansprechpartner in der KJPPP wird festgelegt.*
- *Bei Bedarf ist eine ambulante psychiatrische Nachsorge organisiert.*
- *Der Übergang in die Schule oder Ausbildung ist soweit wie möglich vorbereitet (die Schule ist informiert, im Einzelfall notwendige besondere Bedingungen sind organisiert).*

Entlassungen mit vorheriger Beteiligung des ASD bei laufenden Hilfen zur Erziehung in Jugendhilfeeinrichtungen oder Pflegefamilien

Wenn die Aufnahme aus einer Jugendhilfeeinrichtung oder Pflegefamilie erfolgte (und diese Hilfe zur Erziehung nicht im Verlauf beendet wurde), sind mit dieser und in Absprache mit den Personensorgeberechtigten rechtzeitig die Entlassungsmodalitäten vorzubereiten.

- a. *Die Jugendhilfeeinrichtung bzw. die Pflegefamilie bereitet sich auf die Entlassung aus der KJPPP vor.*

- b. Gegebenenfalls übernimmt die Jugendhilfeeinrichtung bzw. die Pflegefamilie nach Beauftragung durch den ASD Aufgaben zur Vorbereitung des anschließenden Schul- bzw. Ausbildungsbesuches.*
- c. Die Aufgaben der Eltern/Personensorgeberechtigten bei der Rückkehr in die Jugendhilfeeinrichtung/Pflegefamilie bzw. bei Aufnahme in einer neuen Jugendhilfeeinrichtung/Pflegefamilie sind abgesprochen und organisiert.*
- d. Bei Rückkehr oder Neuaufnahme in die Jugendhilfeeinrichtung/Pflegefamilie ist das Zimmer vorbereitet. Der Dienstplan/Zeitplan ist so organisiert, dass für das Kind/den Jugendlichen exklusive Zeit vorhanden ist. Die Kinder- und Jugendlichengruppe/Pflegefamilie ist auf die Rückkehr oder die Neuaufnahme vorbereitet.*
- e. Mindestens ein Mitarbeiter der Jugendhilfeeinrichtung/Elternteil der Pflegefamilie holt das Kind/den Jugendlichen aus der KJPPP gemeinsam mit den Eltern/Personensorgeberechtigten ab, sofern die Eltern/ Personensorgeberechtigten dies nicht allein tun.“¹*

Resümee

- Der Umgang miteinander ist bewusster geworden,
- die Abläufe sind aufgrund der getroffenen Regelungen nachvollziehbarer, damit auch kontrollierbarer,
- die Einbeziehung der Klientel, insbesondere deren Information über Abläufe ist offener und klarer,
- Die ersten Schritte eines gemeinsamen Weges wurden unternommen und die ersten Schritte sind die Wesentlichen,
- Es ist aussichtsreich, diesen Weg weiter zu beschreiten.

¹Vereinbarung zur Kooperation zwischen dem Leipziger Jugendamt und den Leipziger Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPPP) des Park-Krankenhauses Leipzig-Südost GmbH und der Universität Leipzig

Arbeitsgruppe 5: Fallrekonstruktive Familienhilfe – Ein Forschungsprojekt der Friedrich-Schiller-Universität Jena zum Genogramm

PD DR. KARL FRIEDRICH BOHLER

*Johann Wolfgang Goethe-Universität, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften,
Institut für Gesellschafts- und Politikanalyse, Frankfurt am Main/ Friedrich-Schiller-
Universität Jena, Institut für Soziologie, Sonderforschungsbereich 580, Jena*

Seit 2001 untersucht das Projekt C3 des Sonderforschungsbereichs 580 („Gesellschaftliche Entwicklungen nach dem Systemumbruch. Diskontinuität, Tradition und Strukturbildung.“) der Universitäten Halle und Jena unter der Leitung von Prof. Dr. Bruno Hildenbrand das Thema „Individuelle Ressourcen und professionelle Unterstützung bei der Bewältigung von Systemumbrüchen“. Konkret wird dieser umfänglichen Fragestellung in der Kinder- und Jugendhilfe nachgegangen. In diesem Zusammenhang besteht seit 2001 eine Kooperation mit dem Jugendamt Saalfeld-Rudolstadt, dessen Leitung kurz vorher von Frau *Dr. Kerstin Dellemann* übernommen wurde. Im Rahmen der Forschungstätigkeit finden auch gemeinsame Fallbesprechungen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialen Dienstes statt. Aus diesem Kontext stellen wir im zweiten Teil in knappen Zügen die Ergebnisse einer Fallanalyse vor, dessen Genogramm *Harald Schmidt*, Bezirkssozialarbeiter in Saalfeld-Rudolstadt, erstellt und in der Arbeitsgruppe vorgestellt hat. Im ersten Teil werden wir diese Fallanalyse mit ihren praktischen Konsequenzen theoretisch rahmen, und zwar mit dem nahe liegenden Bezug auf das Thema der Veranstaltung „Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Vom Fallverstehen zur richtigen Hilfe“. In einem dritten Teil fassen wir die wichtigsten Punkte der Diskussion, die von Frau *Dr. Dellemann* moderiert wurde, zusammen.

1. Thesen zu fallrekonstruktiver Familienanalyse und sozialpädagogischer Diagnostik

Die folgenden Thesen beziehen sich auf die Fragen der Veranstalter, wie eine praxisorientierte jugendhilfespezifische Diagnostik aussehen sollte und wie Hilfebedarfe besser und genauer geplant werden können, um Fehlentscheidungen weitestgehend zu vermeiden.

1.1 Was ist jugendhilfespezifische sozialpädagogische Diagnostik?

Jede Diagnostik im Bereich sozialer Hilfen hat es mit Fällen und dem Verstehen ihrer Problematik zu tun, daher sprechen wir von einer fallverstehenden Diagnostik. Ohne Diagnose ist Hilfe „blind“, weil sie nicht hinreichend über die Probleme und ihre Gründe informiert ist.

In der Jugendhilfe geht es um misslingende Lebenspraxis im Bereich der Erziehung und ihre Folgen für das Kindeswohl beziehungsweise die jugendliche Entwicklung. Im sozialpädagogischen Fokus wird hierbei das Erziehungshandeln vor allem in Bezug auf Persönlichkeitsbildung und soziales Verhalten betrachtet.

1.2 Welches Wissen und welche professionellen Methoden sind hier hilfreich für die Soziale Arbeit?

Die Fälle, mit denen es eine sozialpädagogische Diagnose zu tun hat, sind nicht Einzelpersonen als solche, sondern es sind Interaktionssysteme des Erziehungshandelns. Die sozialpädagogische Diagnose ist demnach keine Persönlichkeitsdiagnose, sondern eine soziale Diagnostik, die den Lebensbereich der Einzelperson einbezieht.

Praktische Sozialpädagogik beziehungsweise Sozialarbeit sucht ein adäquates Erziehungsumfeld für die kindliche/jugendliche Entwicklung, die „richtige Hilfe“ für das Kind/den Jugendlichen.

Generell ist ein methodisches Wissen auf drei Ebenen/Phasen des vorbereitenden Hilfeprozesses notwendig:

1. **Fallverstehende Problemdiagnose:** Feststellung der Familienkonstellation anhand eines Genogramms, der objektiven Daten eines misslingenden Erziehungsprozesses (vgl. dazu Teil II) und der subjektiven Vorstellungen der Beteiligten dazu (**lebens- und familienweltliches Erfahrungswissen**).
2. **Indikation der Hilfemaßnahme:** Konstruktion eines passenden sozialen Kontextes für eine besser gelingende Erziehung und dessen Einpassung unter die im KJHG vorgegebenen Hilfemaßnahmen (**konzeptionelles Subsumtionswissen**).
3. **Finden der adäquaten Einrichtung/Fachkraft:** Richtige Hilfe zur Erziehung auf der Basis der gegebenen sozialen Infrastruktur (**lokales Expertenwissen**).

1.3 Welche Kriterien und Standards machen eine gute sozialpädagogische Diagnose aus?

Der diagnostische Aufwand soll der Komplexität des Falls angemessen sein, das ist die Maxime für die Praxis. Diagnostik und Fallverstehen sind Kunstlehren, die es in der Jugendhilfe ermöglichen, die Erziehungsprobleme aus den Aussagen der Beteiligten selbst (Anamnese) und aus den Strukturdaten des Falls (objektive Analyse) interpretativ zu erschließen.

These 1: Aufgrund dieser methodischen Besonderheit kann es keine abstrakten, formalen Kriterien geben, sondern nur allgemeine Regeln und Standards, die sich situativ bewähren müssen. Dabei ist die praktische Frage von Relevanz: Gibt das Fallverstehen eines misslingenden Erziehungsprozesses ausreichende Hinweise für die Indikation der adäquaten Hilfe und konkrete Ansatzpunkte für Hilfemaßnahmen?

These 2: „Diagnostische Angebote“, die weder zum konkreten Fallverstehen in der Sozialen Arbeit noch zur methodischen Reflexion in der Fallsupervision etwas beitragen, helfen im Feld der Jugendhilfe nicht weiter.

1.4 Welche professionellen Kompetenzen brauchen Fachkräfte in der Jugendhilfe?

Wie jede Diagnostik hat das Fallverstehen eine subjektive und eine objektive Komponente. Die subjektive verlangt in Gestalt der Fallanamnese eine **kommunikative Interaktionskompetenz**. Die objektive Seite des Fallverstehens gründet im Verfahren der Genogrammanalyse und der dafür notwendigen **Interpretationskompetenz**.

Die diagnostischen Fähigkeiten können durch Übung des Fallverstehens und der Genogrammanalyse im sozialpädagogischen Feld in Ausbildung, Fortbildung und Supervision gestärkt werden. Beide müssen zu einem Bestandteil der professionellen Routine in der Sozialen Arbeit werden.

Die Einbettung des Fallverstehens in eine strukturierte Hilfeplanung, in der die Schritte sozialpädagogische Diagnose, Hilfeindikation und Anbahnen der richtigen Maßnahme als folgerichtig und in sich schlüssig nachvollziehbar sind, erhöht die Handlungssicherheit der Fachkräfte ebenso wie die organisatorische Unterstützung entsprechenden fachlichen Handelns als Rahmenbedingung und als Leitbild der professionellen Organisation.

1.5 Wie beziehungsweise wann können junge Menschen angemessen an der Hilfeplanung beteiligt werden?

Da es das gesetzliche Gebot für eine Beteiligung gibt, kann nur davon ausgegangen werden: Ab welchem Alter oder Handlungspotenzial und welcher Situation beziehungsweise Phase des Hilfeprozesses/des Hilfeplangesprächs ist Beteiligung sinnvoll?

Erziehungshilfe steht wegen der eingeschränkten Handlungskompetenz und/oder der Disposition zu „auffälligem und abweichendem Verhalten“ in der Spannung von stellvertretender Entscheidung durch institutionelle Akteure und der Akzeptanz dieser Entscheidungen durch Klienten. Diese Spannung von Intervention und Hilfeakzeptanz lässt sich nur fallspezifisch auflösen.

Weil soziale Hilfe ein interaktiver Prozess ist, muss der angemessenen Beteiligung von institutioneller Seite die Bereitschaft, ein sozialpädagogisches Arbeitsbündnis einzugehen, auf Klientenseite entsprechen.

1.6 Wie sollte die sozialpädagogische Diagnostik auf dem Weg zur „richtigen Hilfe“ im Zusammenwirken mit anderen Professionen und im Team praktiziert werden?

Abgabe des Falls: Wenn das sozialpädagogische Fallverstehen, das sich auf Probleme des Erziehungshandelns konzentriert, persönliche Auffälligkeiten von daher nicht mehr erklären kann, muss der Fall zur Feststellung medizinischer oder psychologischer Therapiebedürftigkeit abgegeben werden.

Professionelle Kooperation: Im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle hat die sozialpädagogische Kompetenz auf der Basis ihrer Falldiagnose das Hilfepotenzial von Erziehungsmaßnahmen herauszustellen und in seiner Bedeutung für die weitere biografische Entwicklung aufzuzeigen.

Unterstützung im Team: Während eine Fallanamnese im Team nicht sinnvoll ist, wird gerade eine Genogrammanalyse im Team der objektiven Untersuchungsdimension in der sozialpädagogischen Diagnostik gerecht. Teamberatungen und Hilfeplan(vor)gespräche bieten Gelegenheit, Hypothesen über Fallspezifika und die „richtige Hilfe“ zu überprüfen. Entscheidungsteams sollten den Weg von der Falldiagnose über die Indikation zur Wahl der konkreten Hilfemaßnahme nachvollziehen, sowohl aus Gründen der sachlichen Angemessenheit als auch der eigenen Selbstvergewisserung.

2. Genogrammanalyse in der Jugendhilfe - Ein paradigmatischer Fall aus dem Jugendamt Saalfeld-Rudolstadt

Nicht nur, aber gerade auch weil in der Erziehungshilfe das Wohl von Kindern und Jugendlichen im Zentrum der Bemühungen steht, ist es sinnvoll, bei der Erstellung eines Genogramms von Familien, die eine entsprechende Hilfe beim Jugendamt beantragen oder bei denen das Kindeswohl gefährdet ist, von dem Kind oder Jugendlichen auszugehen, dessen Probleme bearbeitet werden sollen. Von diesem Ausgangspunkt aus gilt es, in einem familienbiographischen Gespräch die Eltern- und Großelterngeneration (mindestens – es gibt auch Einzelfälle, in denen zum Beispiel die Urgroßmutter in einer Familie noch eine große Rolle spielt) mit ihren objektiven Daten wie Alter, regionale Herkunft, Beruf, Familienstand und seine Veränderungen zu erschließen. Unmittelbar einsichtig ist in der Jugendhilfe allgemein, die Elterngeneration zu berücksichtigen: Eltern als Sorgeberechtigte sind in der überwiegenden Mehrzahl der Jugendamtsfälle die Antragsteller bei den Hilfen zur Erziehung. Wohl deshalb beschränkt sich die Genogrammarbeit vor allem in den Jugendämtern bei den uns bekannten Fällen allzu oft auf eine Betrachtung der Eltern-Kind-Konstellation und damit eine Zwei-Generationen-Perspektive. Die Drei-Generationen-Perspektive spielt ausnahmsweise zum Beispiel im Pflegekinderwesen eine Rolle, wenn die Großeltern für die Versorgung und Erziehung des Enkelkindes in Betracht gezogen werden. Wir gehen dagegen davon aus, dass in der Jugendhilfe prinzipiell eine Drei-Generationen-Perspektive notwendig ist, da z.B. nur dann die Frage nach familialen und individuellen Ressourcen zureichend beantwortet werden kann, wie es das KJHG fordert.

Ist ein solches Genogramm von der zuständigen Fachkraft im Sozialen Dienst erstellt, dann wirft das die Folgefrage nach seiner angemessenen Interpretation und praktischen Auswertung auf.¹ Hier gilt der Grundsatz: Gerade weil der zuständige Bezirkssozialarbeiter wie im Folgenden den Fall schon kennt und sich seine ersten Vor-Urteile gebildet hat, ist es sinnvoll und notwendig, diese Analyse in einem Team vorzunehmen. Denn ein wichtiges Ziel der Genogrammarbeit besteht darin, Möglichkeiten der Hilfe zu erschließen, die sich aus den objektiven Daten und Familienkonstellationen ergeben, ohne dass diese durch die Anschauung des Falls im Rahmen der Sozialen Arbeit vorschnell „verschüttet“ worden sind. Um dieses Vorgehen plausibel zu machen, werden wir in diesem Teil das Genogramm der Familie Kuhn (Name anonymisiert) aus der gemeinsamen Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialen Dienstes des Jugendamtes Saalfeld-Rudolstadt und der Arbeitsgruppe des Sonderforschungsbereiches 580 der Universität Jena vorstellen.

¹ Vgl. Bruno Hildenbrand: Einführung in die Genogrammarbeit, Heidelberg 2005.

Genogramm Familie Kuhn

Höfle
Kleinstadt an der Schwäb. Alb
gutbürgerl. Verhältnisse

Hesse
A-Stadt in Ostthüringen

Löw
A-Stadt in Ostthüringen
gestorben an Krebs
* 1937
† 2002

1. Ehe
2. Ehe

Marcel
Nadine
Martina * 1965

Koch
Theo

Rabe
Erfurt

Kathleen * 1991
Linda * 1993

Andreas * 1962
† 2002
Fahrer
Autounfall 1999
nach 3 Jahren Wachkoma gest.

Matthias
Jungunternehmer
Kleinstadt an der Schwäb. Alb

keine häusl. Lebensgem.
1997 / 2002
keine LG / 2004
keine LG / 2005

Genograph, © copyright 2001 by Klaus Wessiepe

Aus Gründen der Zeit- und Arbeitsökonomie konzentrieren wir uns bei der Interpretation des Genogramms zuerst auf den Familienhintergrund von Martina Kuhn. Aus Berichten der Mutter von Frau Kuhn geht hervor, dass sich die Familiengeschichte im Umfeld des Wohnorts und in der letzten Generation im Eisenbahnmilieu abspielte. Das spricht für Sässigkeit und ein soziales Kapital im Übergang von oberer Unterschicht und Kleinbürgertum sowie eine ausgeprägte Sicherheitsorientierung (was sich in ungünstigen Fällen zu Tendenzen des sozialen Immobilismus verschärfen kann).

In diesem Kontext macht es stutzig, wenn bei der Aufnahme der Familiendaten die Tatsache zu Tage tritt, dass Martina Kuhn und ihre Mutter zwei unterschiedliche Familiennamen tragen, obwohl Martina Kuhn nie geheiratet hat und deshalb keinen Namen eines Ehemanns annehmen konnte. Hier deutet sich ein Bruch in der inneren Familienstruktur an. Sollte sich diese Vermutung bestätigen, hätten wir es in der Familie Kuhn beziehungsweise in der Lebenssituation von Martina Kuhn mit einer Strukturambivalenz zu tun, die sich zwischen den Polen eines Gehäuses von Milieusässigkeit und einer gebrochenen Familienkonstellation aufspannt.

Würde sich diese Hypothese in der weiteren Genogrammarbeit bestätigen, könnten wir durch diese wenigen objektiven Daten motiviert die Hypothese aufstellen, dass die Anfangsgründe für die jugendhilferelevanten Mutter-Töchter-Probleme in einer negativen Mutter-Großmutter-Beziehung begründet liegen. Letztere könnte als Teil der angesprochenen strukturellen Ambivalenz ihrer biographischen Situation zur Folge haben, dass Martina Kuhn wichtige persönlichkeitsstrukturelle Voraussetzungen für eine konsequente Lebensführung und Erziehungspraxis fehlen.

Sollte sich dies in der Fallarbeit bestätigen, würde die Folgehypothese nahe liegen, dass der Erfolg von sozialpädagogischen Hilfemaßnahmen stark davon abhängen dürfte, ob Martina Kuhn bereit ist, ihre familialen Beziehungs- und eigenen Persönlichkeitsprobleme therapeutisch zu bearbeiten. Sollte das nicht der Fall sein, müsste in der längerfristigen Hilfeplanung der Wahrscheinlichkeit Rechnung getragen werden, dass das Jugendamt gezwungen sein könnte, seinem gesetzlichen Auftrag, dem Schutz des Kindeswohls oberste Priorität einzuräumen, gerecht zu werden. Dann aber bekommt die Genogrammanalyse in der weiteren Fallarbeit unter anderem die Bedeutung, im Verwandtschaftssystem außerhalb der Kernfamilie nach Möglichkeiten für eine Familienpflegestelle zu suchen. Oder anders gesagt: Eine intensive Genogrammanalyse über wenigstens drei Generationen liefert im Fall Kuhn Indizien darüber, ob im weiteren Familiensystem entsprechende Selbsthilfepotentiale vorhanden sind.

Angesichts der weitreichenden Konsequenzen dieser ersten Fallstrukturhypothese ist es geboten, die Familienverhältnisse in der Großelterngeneration näher zu betrachten. Entsprechende familienbiographische Nachfragen ergeben, dass die Mutter von Martina Kuhn zwei Mal verheiratet war. Aus der ersten Ehe mit einem Mann, der heute noch im Umland des Wohnorts von Familie Kuhn lebt, entstammen drei Kinder: Nadine, Martina (als zweites Kind) und Marcel. Nach der Scheidung heiratet die Großmutter einen Herrn Löw aus der Kleinstadt. Aus dieser Ehe geht noch ein Sohn hervor. Damit konkretisiert sich die Hypothese einer Spannung zwischen einem relativ engen sozialräumlich-milieuweltlichen Gehäuse der Familienbiographie und einem Bruch in der inneren Gestalt und Entwicklung der Familie. Solche Spannungen belasten innerfamiliäre Be-

ziehungen und die Psyche der Betroffenen, insbesondere die seelische Entwicklung der betroffenen Kinder.

Nun führen jedoch derartige belastende Situationen, wie sie aus dem Genogramm zu erschließen sind, nicht automatisch zu manifester Therapiebedürftigkeit. Deshalb stellen sich hier die Folgefragen, ob in der beginnenden Fallarbeit Sachverhalte zu finden sind, die es dem Sozialarbeiter erlauben, auch ohne eine therapeutische Diagnose entscheiden zu können, ob sich über die Scheidung und den Bruch in der Familie hinweg zwischen Großmutter Löw und Tochter Martina nicht doch genügend stabile Beziehungsanteile erhalten haben, an die bei den Hilfen zur Erziehung angeknüpft werden kann, und ob Martina Kuhn die Trennungsbelastungen seelisch so verarbeitet hat, dass sie mit Unterstützung der Jugendhilfe den Anforderungen der Erziehung der eigenen Kinder gewachsen ist.

Auch wenn wir hier streng genommen die engeren Grenzen der Genogrammarbeit überschreiten, stellen wir doch von den Hypothesen der Genogrammanalyse her motiviert diagnostische Fragen an die in den Fallakten dokumentierten Handlungsprotokolle beziehungsweise suchen wir in den Handlungsprotokollen nach Entscheidungen der Familienmitglieder, die dem Sozialarbeiter Aufschluss über das Verhältnis beziehungsweise die Beziehungsmuster zwischen Martina Kuhn und ihrer Mutter geben. Hier fallen aus den objektiven Daten der Jugendamtsakte zwei Sachverhalte ins Auge: Auf der einen Seite mietet die Mutter für ihre längst volljährige Tochter eine Wohnung, um sie vor Obdachlosigkeit zu bewahren; das zeigt einen Willen zur Hilfe auf Seiten der Großmutter. Auf der anderen Seite versucht Martina Kuhn in derselben Zeit, den Kontakt ihrer beiden Töchter mit der Großmutter zu verhindern – obwohl alle im selben Stadtteil wohnen. Das bedeutet die einseitige Aufkündigung positiver Familienbeziehungen durch Martina Kuhn.

Stellt man die objektive Bedeutung beider Entscheidungen zueinander ins Verhältnis, so ist festzuhalten, dass zwischen Großmutter und Mutter keine reziprok-solidarische, sondern eine widersprüchliche Beziehung besteht. Bis zu ihrem Tod stellt die Großmutter eine begrenzte Ressource für die materielle Seite der Daseinsbewältigung von Martina Kuhn dar, jedoch ergeben sich keine affektiven Ressourcen für die Bewältigung psychosozialer Probleme. Im Gegenteil: Die beschriebenen Vorkommnisse deuten eine auf der Verschränkung von Schuldgefühlen und Verlusterfahrungen beruhende „verstrickte“ Beziehung an, die keine adäquate Ablösung der Tochter zulässt, sondern eine schlechte Ambivalenz reproduziert und perpetuiert.

Angesichts dieser Konstellation drängt sich die weitere Frage auf, wer bei Martina Kuhn affektive Ressourcen stützen könnte, die ihr zu einer besseren Lösung der Probleme bei ihrer Lebensbewältigung verhelfen. An sich prädestiniert dafür wäre in ihrer Situation eine stabile Partnerschaft oder Ehe/Lebensgemeinschaft. Wie sehen ihre Beziehungen zu Männern aus? Welches Muster ist hier aus dem Genogramm zu erschließen? Der erste Mann, der als Vater der älteren Tochter Kathleen im Genogramm auftaucht, ist ein Jungunternehmer aus Baden-Württemberg, der nach der Wende in Thüringen zu tun hatte. Martina Kuhn zieht einige Zeit zu ihm in eine „gutbürgerliche Familie“ (wie der Bezirkssozialarbeiter sagt), trennt sich wieder und kehrt mit Kathleen, für die sie das alleinige Sorgerecht hat, in ihre Heimatstadt zurück. Dass der Vater die

Mutter des Kindes nicht einfach „sitzen ließ“, deutet auf Verantwortungsbewusstsein und damit auf Hilfpotentiale im Verwandtschaftssystem hin. Nach der Trennung geht Martina Kuhn wenig später eine zweite Beziehung ein, der die Tochter Linda entstammt. Dieser Vater kommt aus ihrer Heimatstadt und ist Fahrer einer Lebensmittelkette. Die Verbindung hält von 1992 bis 1993. Der Mann hat Jahre nach der Trennung einen schweren Verkehrsunfall und stirbt (wie die Großmutter) 2002 an dessen Spätfolgen. Die nächste feste Beziehung geht Martina Kuhn wieder mit einem Mann aus ihrer Heimatstadt ein. Sie dauert von 1995 bis 2002. Weder geht aus ihr jedoch ein Kind hervor noch besteht eine dauerhafte häusliche Lebensgemeinschaft. Zwischen 2003 und 2005 gibt es noch zwei Partnerschaften mit je einem Mann aus der Heimatstadt und der Landeshauptstadt, wieder ohne gemeinsames Kind und ohne häusliche Lebensgemeinschaft. Beide Beziehungen enden nach etwa einem Jahr mit Trennung. Die Namen dieser letzten Partner im familienbiographischen Gespräch zu nennen wird von Martina Kuhn als überflüssig angesehen. Welche Rückschlüsse das auf die „Qualität“ dieser Beziehungen zulässt, muss nicht näher ausgeführt werden.

Kommen wir zu unserer Ausgangsfrage in diesem Genogrammsegment zurück: Welche Ressourcen und Selbsthilfpotentiale stellen die Partnerschaften bereit? Schon diese kurze Skizze der objektiven Bedeutung von Beziehungsstrukturen in den Lebensgemeinschaften und Partnerschaften Martina Kuhns legt die Hypothese nahe, dass Männer keine substanzielle Ressource für ihre Lebensbewältigung darstellen. Ein Hauptgrund dürfte auch hier in der Ambivalenz zu finden sein, mit der Martina Kuhn auf die Eigentümlichkeit von engen Bindungen reagiert. Bei ihren ersten Partnern scheinen ihr die Bindungswünsche zu eng gewesen zu sein, die in den Kindern versinnbildlicht sind. In den letzten beiden dagegen scheinen die Beziehungen eher unverbindlich geblieben zu sein, so dass es zu schnellen Trennungen kommt. Nimmt man die dem Jugendamt bekannten objektiven Daten über die Herkunft der Partner und Lebensgefährten hinzu, so zeigt sich eine stetige Entwicklung weg von Männern mit einem stabilen sozialen Hintergrund und hin zu in jeder Hinsicht ressourcenarmen Partnern.

In dem Maße, wie sich die Hypothese bestätigt, dass das Eingehen einer Paarbeziehung die Lebensbewältigung von Martina Kuhn nicht hinreichend stabilisiert, weil sich in ihr die Ambivalenz aus Milieubindung und Familienbruch und aus ihrer eigenen Mutter-Kind-Beziehung reproduziert, stellt das wieder die Notwendigkeit einer therapeutischen Bearbeitung dieser „Beziehungsstörung“ in den Vordergrund. Aber nicht nur das. Die Reproduktion eines ambivalenten Musters in diffusen, familiären und partnerschaftlichen Sozialbeziehungen legt die weitere Hypothese nahe, dass sich dieses in der Mutter-Töchter-Beziehung noch einmal wiederholt. Ein Schwanken zwischen starker Bindung und mehr oder weniger versteckter Ablehnung muss für die Erziehung und die Persönlichkeitsentwicklung von Kathleen und Linda Kuhn negative Konsequenzen haben. Verhaltensauffälligkeiten und psychosomatische Erkrankungen wären zum Beispiel objektive Daten, die eine solche Hypothese aus der Genogrammanalyse bestätigen würden. Damit deutet sich an, dass das Kindeswohl der beiden Töchter bedroht sein könnte und sie zu einem Fall der Jugendhilfe werden – wie es dann 1998 auch geschieht.

In diesem Kontext wird notwendigerweise im Jugendamt die Frage nach der „richtigen Hilfe“ virulent. Welche Rückschlüsse lässt die Genogrammanalyse zu ihrer Beantwortung zu? Bis jetzt hat sich die erste Hypothese bezüglich der Gestaltung des Hilfepro-

zesses durchgehend bestätigt, dass eine nachhaltige Verbesserung des sozialisatorischen Milieus durch Hilfen zur Erziehung nur dann zu erwarten ist, wenn Martina Kuhn zu einer Therapie bereit wäre, in der sie ihre Familien-, Beziehungs- und Alkoholprobleme bearbeitet. Was kann eigentlich hier im Rahmen der Jugendhilfe getan werden? Mitarbeiter der Jugendhilfe können versuchen, die entsprechende Bereitschaft zu wecken und zu unterstützen. Letzteres könnte unter anderem dadurch geschehen, dass die Kinder für die Zeit der stationären Behandlung bei einer Pflegefamilie untergebracht werden. Dadurch wäre der Mutter die Sorge genommen, was mit ihren Töchtern in der Zwischenzeit geschieht. Ist die Mutter innerhalb einer angemessenen Frist zu einer therapeutischen Bearbeitung ihrer psychosozialen Probleme nicht bereit, müsste sich gemäß der Strukturhypothese der Fokus der Jugendhilfe auf die Sicherung des Kindeswohls der beiden Töchter Kathleen und Linda konzentrieren.

Fällt eine Mutter für die adäquate Versorgung und Erziehung ihrer Kinder aus, ist die nächstliegende Frage die, welche Hilferessourcen auf der väterlichen Seite zu finden sind. Ein Blick in das Genogramm zeigt, dass die Situation hier sehr unterschiedlich ist. Während die ältere Tochter noch einen väterlichen Rückhalt in „gutbürgerlichen Verhältnissen“ hat, ist dies bei der zweiten Tochter wegen des Todes ihres leiblichen Vaters nicht mehr gegeben. Hilfen zur Erziehung *in* der Familie zu leisten, fällt deshalb bei Kathleen strukturell leicht, bei Linda nicht – wenn man noch in die Überlegung mit hinzunimmt, dass die Großeltern (alleine) für die Erziehung und Versorgung ihrer Enkeltochter zu alt sein dürften (was allerdings nach Aktenlage nicht explizit überprüft wurde). Jedenfalls kommt die ältere Tochter Kathleen im Sommer 2001 zu ihrem Vater nach Baden-Württemberg. Da Martina Kuhn ihre psychosozialen Probleme weiterhin nicht konsequent zu bearbeiten und zu lösen sucht, wird ihr im Herbst 2003 das Sorgerecht für ihre jüngere Tochter entzogen. Linda Kuhn wird bei einer Pflegefamilie untergebracht.

Diese Entscheidung im Hilfeprozess für Kathleen und Linda Kuhn decken sich weitgehend mit den praktischen Schlüssen, die aus den skizzierten Ergebnissen der Genogrammanalyse zu ziehen sind. Was hätte eine intensive Genogrammarbeit in diesem Fall zu Beginn der Betreuung durch das Jugendamt geändert beziehungsweise verbessert? – könnte man sich jetzt fragen. Wir sind der Ansicht: Neben der sachlichen Richtigkeit einer geplanten Hilfe spielt vor allem bei Hilfeprozessen, die wie in Fällen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (was auch im Fall Kuhn festgestellt werden musste) mit menschlichem Leid verbunden sind, die Dauer des Such- und Entscheidungsprozesses für die „richtige Hilfe“ eine entscheidende Rolle. Bei Familie Kuhn vergingen fünf Jahre bis zur endgültigen Konsolidierung der Erziehungssituation für beide Töchter. Es bleibt zu fragen, ob sich solche Prozesse abkürzen lassen, wenn sich die Fachkräfte im Sozialen Dienst anhand des Genogramms die Beziehungs- und Persönlichkeitsprobleme prägnanter vor Augen führen. Denn mit diesem methodischem Hilfsmittel lässt sich die Hilfeplanung „straffen“, lassen sich die Kriterien für Erfolg und Misserfolg im Hilfeprozess von Beginn an klarer fassen und die Fristen für notwendige Verhaltensveränderungen präziser setzen.

Aufgrund solcher, im Rahmen unseres Forschungsprojekts aufgearbeiteter Erfahrungen ist die Genogrammarbeit im Sozialen Dienst des Jugendamts Saalfeld-Rudolstadt Pflichtbestandteil jeder Fallvorstellung im Team geworden, die nach Aussagen der be-

teiligten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ein besseres Fallverstehen ermöglicht. Insofern treffen sich an dieser Stelle die theoretischen Intentionen des Forschungsprojekts und die praktischen Bedürfnisse der Sozialen Arbeit.

3. Anmerkungen zur Diskussion

Die Diskussion drehte sich zum einen um die Bedeutung der Genogrammarbeit für die soziale beziehungsweise sozialpädagogische Arbeit, und zum anderen um die Ergebnisse der soziologischen Analyse der Jugendhilfe.

Die Bedeutung der Genogrammerstellung und -analyse wird in dem Maße wichtiger, so kann man zusammenfassen, wie die Familienverhältnisse der Klienten „unübersichtlicher“ und die Problemstellungen komplexer werden. Sich hier einen Überblick zu verschaffen, wird ohne methodische Hilfsmittel – wie vor allem das Genogramm – immer schwieriger. Wenn jedoch in den Sozialen Diensten von Jugendämtern bei der Fallbetreuung mit Genogrammen gearbeitet wird – die Situation bei den sozialpädagogischen Einrichtungen und Angeboten freier Träger haben wir in der ersten Projektphase nicht untersucht –, dann konzentriert sich dies in der Regel auf die Veranschaulichung der aktuellen Situation von brüchigen Familiensystemen und krisenhaften Eltern-Kind-Beziehungen. Dies zeigte sich auch in der Diskussion der Arbeitsgruppe. Bei diesem im Wesentlichen beschreibenden Schritt der Genogrammarbeit bleibt insbesondere die Genese von Erziehungsproblemen in der Elterngeneration, aber auch die der Familienressourcen und des Selbsthilfepotentials im Dunkeln. Um solche, für die Konzipierung der „richtigen Hilfe“ wichtigen Fragen beantworten zu können, ist eine über die veranschaulichende Beschreibung hinausgehende Genogrammanalyse notwendig. Für diesen zweiten Schritt der Genogrammarbeit spielt es eine entscheidende Rolle, in den Generationenbeziehungen familienbiografisch weiter auszugreifen und die Milieueinbettung der Fallgeschichte stärker zu reflektieren (was am Beispiel der Familie Kuhn dargelegt werden sollte).

Ein zweiter Punkt, der bei der Diskussion der Bedeutung der Genogrammanalyse in der Sozialarbeit angesprochen wird, ist die „Lückenhaftigkeit“ vieler Genogramme von Klientenfamilien. Hier gilt es unseres Erachtens darauf hinzuweisen, dass auch „Leerstellen“ von Bedeutung sind. Das kann man an einem Beispiel erläutern. Im familienbiographischen Gespräch mit der Mutter eines verhaltensauffälligen Sohnes von elf Jahren werden die Namen und Aufenthaltsorte der beiden Väter von Tochter und Sohn verschwiegen. Verkompliziert wird die Situation dadurch, dass der Sohn den Namen des damaligen Ehemanns und Vaters der älteren Tochter trägt, aber anerkannterweise Sohn eines anderen Mannes ist. Da auch dem Sohn die Verhältnisse seiner (leiblichen und Namen gebenden) Väter im Dunkeln gelassen werden, kann er die einfache Frage: Wer ist mein Vater? – und damit die grundsätzlicheren Folgefragen: Wer bin ich? und: Woher komme ich? – nicht beantworten. Das Verschweigen existenziell bedeutungsvoller Fakten der Biographie, die daraus resultierende Verunsicherung im Erziehungshandeln und die in der Vorpubertät beginnenden Verhaltensauffälligkeiten stehen in einem sinnlogischen Verhältnis zueinander.

Was gibt es von unseren soziologischen Untersuchungsergebnissen aus dem Bereich des Sonderforschungsbereichs zu berichten? Die praktische Bedeutung des Ge-

nogramms wird im ASD der Jugendämter oft als Belastung gesehen, die von der „eigentlichen“ Fallbetreuung „ablenke“. *Harald Schmidt* als Praktiker aus dem Sozialen Dienst konnte dagegen aus seiner Erfahrung im Landkreis Saalfeld-Rudolstadt nur berichten, dass die Genogrammarbeit zu Beginn zwar Zeit koste, die sich aber in der Folge – gerade bei schwierigen Fällen – durch Zeitgewinn bei den Problemdiagnosen und größere Sicherheit im Fallverständnis wieder „auszahle“.

Die Rolle der Genogrammarbeit bei der Hilfeplanung stellt sich in den Jugendämtern sehr unterschiedlich dar. Es gibt Jugendämter und Soziale Dienste, in denen keine Genogrammarbeit stattfindet. Dann gibt es Jugendämter, in denen nach „leichten“ Fällen, in denen keine Genogrammanalyse gefordert wird, und nach „schweren“ Fällen, in denen dies der Fall ist, differenziert wird. Und schließlich gibt es Jugendämter, in denen die Arbeit mit Genogrammen zum Pflichtbestandteil der Fallbetreuung gehört. In diesen Fällen zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede bei der Genogrammerstellung und –analyse. Die Reduktion auf die Triade Vater-Mutter-Kind ist eine in den Akten häufig feststellbare Form, der Verpflichtung zur Genogrammarbeit in Ansätzen nachzukommen, wobei offen bleiben muss, ob dies in der Fallarbeit weiterhilft. Letzteres ist u. E. nur dann möglich, wenn das Genogramm in der für die Problemdiagnose und ein vertieftes Fallverständnis notwendigen Intensität erarbeitet wird.

Arbeitsgruppe 6: Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen des Bayerischen Landesjugendamts

HANS HILLMEIER

*Leiter des Sachgebiets Erziehung und Familie, Bayerisches Landesjugendamt,
München,*

SIGRID SCHERER UND BIRGIT VIETZKE

*Mitarbeiterinnen des Evaluationsprojektes Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen
(EST), Bayerisches Landesjugendamt, München*

So schwierig es auch sein mag, Dinge zu klassifizieren und besonders, sie *richtig* zu klassifizieren, noch schwieriger ist es, Dinge nicht zu klassifizieren.

Mit dieser Sentenz von Thomas Szasz möchten wir Sie einladen, über eine Arbeitshilfe und ein Projekt zu sprechen, die das Bayerische Landesjugendamt auf den Weg gebracht hat. In der auch von uns (wieder) aufgenommenen Debatte um eine Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe geht es unserer Einschätzung nach inzwischen nicht mehr um das „Ob“, sondern um das „Wie“. Selbst prinzipielle Diagnosekritiker räumen ein, dass es bestimmte Kriterien geben muss, an denen sich Fachkräfte und Familien – sei es diskursiv, sei es entscheidungs- und handlungsleitend – orientieren können.

Mit der Herausgabe der Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs im Jahr 2001 hat das Bayerische Landesjugendamt einen Stein ins Wasser geworfen, der Wellen schlägt. Geht es doch um eine grundsätzliche Frage, die vor dem Hintergrund des kommunalen Kostendrucks und des Modernisierungsbedarfs der Sozialleistungssysteme brisant ist: Ist die Profession der Sozialpädagogik in der Lage, jenseits der „gefühlten Fachlichkeit“ generalisierende Abstraktionen ihres Handelns zu leisten, die Eingang finden in die operative Alltagsroutine der Jugendbehörden? An den Schnittstellen zu Schule, Medizin und Psychologie und in verwaltungsgerichtlichen Auseinandersetzungen tritt es immer wieder schmerzlich in Erscheinung, dass die fachlichen Regeln der Kunst sozialpädagogischen Handelns (noch) nicht so nachvollziehbar, überzeugend und standardisiert beschrieben sind, wie wir uns das im Vollzug geltenden Sozialleistungsrechts wünschen würden.

Da wir der Selbstevaluation genauso skeptisch gegenüber stehen wie der Selbstbeschaffung von Leistungen, haben wir das Institut für Kinder- und Jugendhilfe in Mainz gewonnen, das Sie von der Jugendhilfeeffekte-Studie her kennen, die vorliegenden Tabellen im Rahmen einer empirischen Kontrollgruppenstudie auf ihre Praxistauglichkeit zu prüfen und nach Möglichkeit Anregungen zu einer Optimierung des Instrumentariums zu erarbeiten. Das 2003 begonnene und bis 2008 laufende Projekt wird aus Mitteln des Freistaats Bayern vom Bayerischen Familienministerium gefördert. Die Erhebung erfolgt prospektiv und zeitnah während der Fallverläufe und nicht rückwirkend wie beispielsweise mittels Aktenanalysen.

Der Evaluation liegen sechs Hypothesen zu Grunde:

1. Risiken und Ressourcen werden erschöpfend beschrieben

Die in den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen zusammengefassten Merkmale sind in den Kategorien

- Risiken und Ressourcen in den Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen in den Bereichen Familiensituation, Grundversorgung, Erziehung, Entwicklungsförderung, Integration sowie
- Risiken und Ressourcen im Hinblick auf Erleben und Handeln des jungen Menschen in den Bereichen körperliche Gesundheit, seelisches Wohlbefinden, Leistungsvermögen, Sozialkompetenz, Autonomie

geeignet, Erziehungs- und Entwicklungsdefizite bei jungen Menschen beziehungsweise in deren familiärem und sozialem Umfeld erschöpfend zu beschreiben. Die Kategorien sind reliabel und valide.

2. Bedarfsgerechte Ausschöpfung der Hilfen zur Erziehung

Die systematische Erfassung von Risiken und Ressourcen entsprechend den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen führt zu einer Differenzierung und Konkretisierung des Hilfeplans in inhaltlicher und zeitlicher Hinsicht und zu einer bedarfsgerechten Ausschöpfung der Hilfsmöglichkeiten des gesamten Leistungskatalogs der Hilfen zur Erziehung.

3. Höhere Partizipation

Die wesentlichen Verfahrensbeteiligten (junger Mensch, Personensorgeberechtigte, Jugendamtsfachkräfte, Leistungserbringer, gegebenenfalls Verwaltungsrichter beziehungsweise Familienrichter) können diesen Weg der Bedarfsfeststellung inhaltlich und methodisch verstehen, nachvollziehen und akzeptieren. Dies führt zu einer höheren Partizipation und in der Folge zu einer höheren Kooperation der Hilfeadressaten (junger Mensch, Personensorgeberechtigte).

4. Reduzierung wirkungsloser Entscheidungen

Die Anwendung des Instrumentariums reduziert die Vermeidung von Hilfe-Entscheidungen, die sich im Verlaufe oder nach ihrer Durchführung als falsch, wirkungslos, wenn nicht gar kontraproduktiv erweisen.

5. Kosten-Nutzen-Relation

Durch die verbesserte Wirksamkeit des Verfahrens (Steuerung durch Hilfeplan) wird die Effizienz (Kosten-Nutzen-Relation) der Hilfeleistung erhöht. Dies kann sich in verschiedener Weise ausdrücken, so zum Beispiel durch

- Reduzierung der Kosten pro Hilfeleistung bei zumindest gleichen Effekten oder
- gleiche Kosten pro Hilfeleistung bei höheren Effekten. Mit der gesteigerten Nachhaltigkeit können Anschlusshilfen entfallen, reduziert oder verkürzt werden.

6. Rückschlüsse auf Jugendhilfeplanung

Durch das Instrument der konkretisierten Bedarfsfeststellung werden Rückschlüsse auf das tatsächliche und notwendige Infrastrukturangebot bedarfsgerechter Hilfeleistungen in der Kommune sichtbar (Jugendhilfeplanung).

Bevor wir auf erste, durchaus ernst zu nehmende Rückmeldungen aus der Praxis der Bezirkssozialarbeit zur Anwendung und Anwendbarkeit der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen zu sprechen kommen, möchten wir Ihnen die Grundidee und den Aufbau der Handreichung vorstellen, die im Übrigen in enger Zusammenarbeit mit erfahrenen Fachkräften entwickelt worden sind.

Es wurde nicht nur versucht, den gegenwärtigen Stand entwicklungspsychologischer Forschung und klinischer Praxis zu berücksichtigen, sondern auch das Wissen, das auf der Straße liegt, das in den Köpfen der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen steckt und mehr oder weniger bewusst deren tagtäglichen Erkenntnisse, Entscheidungen und Handlungen leitet, aufzusammeln, zu systematisieren und zu strukturieren. Die Checklisten sollen helfen, nichts Wichtiges zu vergessen und die gegenwärtige Bedarfssituation zusammenfassend zu überblicken und zu dokumentieren. So können sie der fachlichen Selbstkontrolle dienen und dem kontrollierten Dialog mit den Leistungsberechtigten, Kollegen und Vorgesetzten und nicht zuletzt auch der Organisationseinheit, die für die Kosten zuständig ist, sowie den Stellen, Diensten und Fachkräften, die die notwendige und geeignete Leistung möglichst zeit- und zielgerichtet erbringen sollen. Womöglich handelt es sich dabei um eine Momentaufnahme, und die Arbeitshilfe enthält zunächst keine methodischen Hinweise, wie die Fachkraft zum Ausfüllen der Checklisten gelangt und wie es dann hinterher weitergeht. Aber sie erlaubt, wenn schon nicht ein abschließendes Verstehen, so doch eine nachvollziehbare Verständigung zwischen den maßgeblichen Verfahrensbeteiligten zum Verhalten des jungen Menschen, seinem Verhältnis zu wichtigen Bezugspersonen und zu den Verhältnissen, die mit der gegenwärtigen Bedarfssituation in Zusammenhang stehen. So kann ein umfassendes Fallverständnis entstehen, das den „biografischen Eigensinn“ nicht zwangsläufig in „klinische“ Kategorien zwingen und die Leistungsadressaten weder beschämen noch beschimpfen muss.

Die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen bestehen zunächst aus drei Skalen:

- Erleben und Handeln des jungen Menschen: Risiken (75 Items)
- Erleben und Handeln des jungen Menschen: Ressourcen (75 Items) und
- Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen (mit zunächst 71 Items), die in einer Kurz- und in einer Langfassung vorliegt.

Während die Kurzfassung – wie auch die Tabellen zu Erleben und Handeln des jungen Menschen – einen vergleichsweise rasch zu erstellenden, zusammenfassenden Überblick über die Bedarfssituation ermöglicht, unterstützt die Langfassung eine ausführlichere Konkretisierung von Risiken und Ressourcen anhand von Beispielen, in den das gefragte Merkmal altersspezifisch erläutert wird (**Abbildung 1**). Die Kurzfassung der Tabellen zugrunde gelegt, lässt sich auf insgesamt sechs Seiten eine „zusammenfassende Feststellung des erzieherischen Bedarfs gemäß § 27 SGB VIII“ darstellen (**Abbil-**

dung 2), die im Kontext der drei Dimensionen Risiken, Ressourcen und Reaktionen (des Kindes oder Jugendlichen) die Leistungstatbestandvoraussetzungen fachlich nachvollziehbar und von der Rechtsfolge her letztlich verbindlich dokumentiert. Damit ist eine wesentliche Grundlage geschaffen für eine transparente und effiziente Prozesssteuerung im Hilfeplanverfahren.

In der Langfassung der Tabellen zu den Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen werden Risiko- und Schutzfaktoren altersspezifisch exemplifiziert. Damit kann die Fachkraft gegebenenfalls womöglich anhand teilnehmender Beobachtungen eine Differenzierung der Anhaltspunkte für die Bedarfssituation vornehmen, je nach dem ob es sich um einen Säugling oder ein Kleinkind, ein Vorschulkind, ein Schulkind oder einen Jugendlichen handelt.

Die auf den ersten Blick ausführlich und nicht immer übersichtlich anmutenden Tabellen in der Langfassung sollen „katechismusartig“ den Diskurs unter den Fachkräften zwecks Urteilsbildung belegen und konkretisieren helfen. Überhaupt wurde bei der Sammlung von Beispielen nach Möglichkeit auf beobachtbare und belegbare Sachverhalte geachtet. Verben werden in guter verhaltensmodifikatorischer Tradition gegenüber Adjektiven oder Substantiven bevorzugt. Die Hoffnung ist, dass durch diese Exemplifizierung die Zuverlässigkeit und Gültigkeit der Urteilsbildung im Diskurs unter Fachkräften und nicht zuletzt auch mit den Leistungsadressaten selbst verbessert werden können. Die so gestaltete Langfassung kann also als eine Art Kommentar aufgefasst werden, der die Handhabbarkeit in Verstehen und Verständigung auf Verstandesbasis unterstützt.

Zur Orientierung, an welcher Stelle im Prozessverlauf die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen sinnvoll zum Einsatz kommen könnten, ist ein Ablaufschema hilfreich, wie wir es in den Publikationen zum Hilfeplan und zur Sozialpädagogischen Diagnose veranschaulicht haben (vgl. Bayerisches Landesjugendamt, Hg. 2001, S. 10).

Soweit die Theorie, die dem Grunde nach schon beansprucht, zwar eklektizistisch, aber doch strategisch fundiert und empirisch belegt zu sein. Mögen sich vor allem diejenigen Kritiker daran abarbeiten, die ex cathedra in Besitz der Wahrheit zu sein scheinen, aber noch nie ein praktisches Problem gelöst haben, an diesem Versuch, auf der Basis der UN-Kinderkonvention und der Bedürfnispyramide von Kindern und Jugendlichen, den Fachkräften in sozialen Diensten ermutigend und hoffentlich alltagstauglich beizustehen („Vom Fallverstehen zur richtigen Hilfe“ lautet übrigens der zu Recht zugespitzte Untertitel dieser Fachtagung).

Die Rückmeldungen der Praktiker in der Bezirkssozialarbeit sind für uns hingegen von großer Bedeutung und werden sorgfältig entlang der Gütekriterien geprüft, die an einen jeden Versuch psychosozialer Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe anzulegen sind (**Abbildung 3**). Es ist zwar noch zu früh, abschließend Erfahrungswerte in der Anwendung der Tabellen zusammenzufassen, Schwachstellen und Optimierungsbedarfe sind aber bereits heute zu erkennen und immerhin haben bis zur Stunde 38 Fachkräfte in der Bezirkssozialarbeit in ca. 100 Fällen dieses Instrument eingesetzt (in der Kontrollgruppe, die mit den angestammten Verfahren der Bedarfsfeststellung arbeitet, liegen vergleichbare Kenndaten vor).

Sozialpädagogische Diagnose
Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen
Langfassung

Altersspezifische Kriterien		
3. Erziehung	Risiken	Ressourcen
3.1. Bezugspersonen	☐ Das Kind/der Jugendliche muss mit	☐ Das Kind/der Jugendliche hat
3.2. Familiäre Beziehungen	☐ Die Erziehungsberechtigten haben	☐ Die Eltern verstehen sich gut.
3.3. Familienklima	☐ Das Verhalten des Kindes, seine	☐ Die Erziehungsberechtigten oder
3.4. Erziehungsleitende Vorstellungen	☐ Der Tagesablauf ist ohne erkennbare Strukturierung.	☐ Das Kind/der Jugendliche kann sich auf einen Rhythmus im Tagesablauf verlassen.
3.4.1 Strukturierter Tagesablauf	✱ Das Kind hat keine festen Zeiten zum Essen, Schlafen, Spielen und	✱ Das Kind kann sich darauf einstellen, wann Essens- oder Schlafens-
3.4.2 Regeln und Grenzen	☐ Regeln und Grenzen werden über-	☐ Das Kind/der Jugendliche kann sich
3.4.3 Lebenspraktische Fertigkeiten	☐ Das Kind/der Jugendliche wird gar nicht oder nur mangelhaft zur Übernahme alltagsbezogener Aufgaben ermutigt. ✱ Das Kind wird nicht bestärkt, selbst die Flasche, Tasse, Löffel zu halten, beim Ankleiden, Aufräumen z.B. seiner Spielsachen mitzuhelfen. ✱ Das Kind erhält keine Anleitung, zum Beispiel eigenständig zu essen, seine Spielsachen aufzuräumen. ✱ Das Kind wird nicht in hauswirtschaftliche Tätigkeiten einbezogen. ✱ Der Jugendliche wird nicht konfrontiert, lebenspraktische Dinge in eigener Regie zu bewältigen und zu verantworten.	☐ Die Übernahme alltagsbezogener Aufgaben wird dem Kind schrittweise nahegebracht. ✱ Die wachsende Bereitschaft des Kindes, selbst zu handeln, wird gestärkt. ✱ Die Nachahmungsbereitschaft des Kindes wird zum Erlernen lebenspraktischer Fertigkeiten genutzt. ✱ Das Kind wird zur Ordnung und Mithilfe im Haushalt ermutigt. ✱ Der Jugendliche kommt mit der familiären Hausordnung zurecht.
	☐ Das Kind wird mit der Übernahme alltagsbezogener Aufgaben überfordert. ✱ Das Kind wird vorzeitig auf Sauberkeit gedrillt. ✱ Das Kind wird für sein Alter mit häuslichen Arbeiten überfordert. ✱ Dem Jugendlichen wird alles abgenommen.	☐ Die Übernahme alltagsbezogener Aufgaben entspricht dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes. Die Sauberkeitserziehung wird ab etwa zwei Jahren behutsam gefördert. ✱ Das Kind wird ermutigt, kleine, überschaubare, häusliche Arbeiten zu übernehmen. ✱ Anforderungen des täglichen Lebens werden anteilig erbracht. ✱ Der junge Mensch kommt auch außer Haus allein zurecht.
	☐ Lebenspraktische Fertigkeiten für das Leben draußen werden nur mangelhaft gefördert. ✱ Das Kind wird zum Beispiel zur Teilnahme im Straßenverkehr zu wenig angeleitet. ✱ Das Kind erhält kaum Orientierungshilfen und Übungsmöglichkeiten beim Erlernen des Verhaltens im Straßenverkehr. ✱ Das Kind hat keine Lernmöglichkeit, mit Geld umzugehen. ✱ Die Erziehungsberechtigten haben keinen Einfluss auf die Verschuldung des Jugendlichen.	☐ Seine Leute tun viel, um den jungen Menschen für das Leben draußen fit zu machen. ✱ Mit Vorbildhaltung, Gesprächen, Spielen und Üben wird das Kind auf den Straßenverkehr vorbereitet. ✱ Straßenverkehrssicherheit als Fußgänger/Radfahrer wird mit dem Kind geübt und kontrolliert. ✱ Das Kind hat die Möglichkeit, die Einteilung seines Taschengeldes schrittweise zu lernen. ✱ Der Jugendliche ist in der Lage, mit den ihm zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln auszukommen.

☒ Zutreffendes bitte ankreuzen
 ☐ 0-3 Jahre
 ☐ 3-6 Jahre
 ☐ 6-14 Jahre
 ☐ 14-18 Jahre

Abbildung 1

© Hans Hillmeier, Bayerisches Landesjugendamt

Zuständiges Jugendamt:	Zuständige Fachkraft:
Zusammenfassende Feststellung des erzieherischen Bedarfs gemäß § 27 SGB VIII	
Leistungsberechtigt: Junger Mensch:	
Anlass der Bedarfsfeststellung:	
Grundlagen: - Gespräch: - Beobachtung: - Drittinformation: - Sonstiger Befund:	
Im vorliegenden Einzelfall gründet sich der erzieherische Bedarf unter Berücksichtigung von Risiken und Ressourcen auf Feststellungen im Bereich	
Erleben und Handeln des jungen Menschen insbesondere auf Beeinträchtigungen im Hinblick auf ☐ die körperliche Gesundheit ☐ das seelische Wohlbefinden ☐ das Leistungsvermögen ☐ die Sozialkompetenz ☐ die Autonomie,	Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen insbesondere auf Beeinträchtigungen im Hinblick auf ☐ Familiensituation ☐ Grundversorgung ☐ Erziehung ☐ Entwicklungsförderung ☐ Integration.
☐ Häufung ☐ Schwere ☐ Dauer der belastenden Merkmale begründen die Notwendigkeit ☐ zunächst keiner ☐ ambulanter ☐ teilstationärer ☐ außerfamiliärer	
Leistungen der Jugendhilfe gemäß § 27 ff. SGB VIII ☐ unverzüglich ☐ befristet ☐ voraussichtlich auf Dauer.	
Hilfebedarf wurde durch den/die ☐ Personensorgeberechtigten ☐ jungen Menschen	
☐ Dritte, Erläuterung: angemeldet.	
☐ Auf den Hilfeplan (Blatt 1 Derzeitige Situation) / das Hilfeplangespräch vom wird Bezug genommen.	
Datum: Handzeichen:	

Abbildung 2

© Hans Hillmeier, Bayerisches Landesjugendamt

Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe

- kann durch das „Aushandlungskonstrukt“ nicht prinzipiell ersetzt werden,
- muss der Planung, Erbringung und Überprüfung einer für das Wohl des jungen Menschen notwendigen und geeigneten Hilfeleistung dienen,
- ist zu verstehen als ein interaktives und kontextuelles Geschehen zwischen mindestens zwei Verfahrensbeteiligten mit dem Ziel gemeinsamer konsensueller „Wahrheitsfindung“,
- versteht sich mehrdimensional (als Problem-, Entwicklungs- und Bedingungsanalyse, auf verschiedene Erlebens- und Handlungsbereiche des Menschen gerichtet und verschiedene Berufs- und Fachdisziplinen einschließend), systemisch und entscheidungsbezogen,
- richtet ihr Augenmerk nicht (nur) auf die Persönlichkeit eines Menschen, sondern (auch) auf das soziale Umfeld seines Erlebens, Handelns und seiner Beziehungen,
- befasst sich auch und gerade damit, was ein junger Mensch braucht und weniger damit, was „er hat“,
- bezieht also nicht nur Schwächen, Defizite, Entwicklungsverzögerungen usw. ein, sondern wirft den Blick auch auf Ressourcen, Stärken und Entwicklungspotenziale,
- will beschreiben und muss benennen, soll nicht beschimpfen und muss nicht ausgrenzen,
- bemüht sich folglich auch um eine Sprache, die nicht abwertet oder verletzt,
- kann sich im Wesentlichen nur auf aktuelle Situationen bzw. Schwierigkeiten beziehen, über Fortdauer oder Irreversibilität einer Störung also keine Aussagen machen,
- muss Schlussfolgerungen leisten, die auf beobachtbaren und belegbaren Fakten basieren, also transparent und nachvollziehbar sein,
- ist berufsethischen Überzeugungen verpflichtet, insbesondere der Wahrung von Grundrechten und Sozialleistungsverständnis in der Jugendhilfe, das heißt, sie versteht sich als Instrument der Anspruchssicherung leistungsberechtigter Bürgerinnen und Bürger,
- beachtet stets die (datenschutzrechtlichen) Prinzipien der Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit,
- muss zwangsläufig ordnen, verkürzen, die Vielfalt der Informationen reduzieren, ohne das komplexe Bedingungsgefüge menschlichen Erlebens, Handelns und Zusammenlebens außer Acht zu lassen,
- darf Probleme nicht übertreiben und nicht verharmlosen,
- muss, wo sie mit Klassifizierungen arbeitet, deutlich machen, dass sie nicht „Patienten“ klassifiziert, sondern Störungen, die auf prekären psychosozialen Situationen beruhen,
- muss vom Verfahren und vom Verständnis her alltagstauglich und praktikabel sein,
- unterscheidet sich als Bestandteil sozialer Arbeit von der Konzeption her von medizinischer und/oder psychologischer Diagnostik,
- ist um Intersubjektivität, Zuverlässigkeit, Gültigkeit und Nachvollziehbarkeit sowie Klarheit und Transparenz ihrer Aussagen bemüht,
- ist nicht nur ein Akt aufgabenbezogenen Erkenntniszugewinns, sondern wirkt bereits verändernd von Anfang an,
- liefert die Beurteilungsmaßstäbe für die Evaluation von Jugendhilfeleistungen und die Qualität der Steuerung des Hilfeprozesses,
- ist vom Charakter her also prozessual zu denken, weniger statusbezogen.

Abbildung 3

© Hans Hillmeier, Bayerisches Landesjugendamt

Wir versuchen im Folgenden, wesentliche Kritikpunkte beziehungsweise Entwicklungsaufgaben anzusprechen, die wir auch im Rahmen dieser Fachtagung diskutieren wollen, um mittelfristig zu einer inhaltlich optimierten und vor allem von der Nutzerfreundlichkeit her attraktiven Fassung Sozialpädagogischer Diagnose-Tabellen zu gelangen.

1. Der Hauptkritikpunkt richtet sich auf die Handhabbarkeit der Papierversion (Verfahrensökonomie), aber auch der eins zu eins übernommenen, im Projekt angewendeten EDV-Version. Die Kurzversion sei zu kurz, die Langversion zu detailliert und unübersichtlich, man verzettele sich in den Redundanzen, vieles klicke man schon in der Falleingangsdiagnostik als irrelevant weg. Die Anwendungsdauer sei zu lang.
2. Die Tabellen mögen zwar ein vollständiges Abbild der sozialen Wirklichkeit geben, führten aber nicht im Sinne einer Selektion und Gewichtung zu einem Pfad der entscheidungsbezogenen Informationsverarbeitung (Skalierung), so dass für das Fachkräfteteam der Fall zusätzlich, parallel und Doppelarbeit verursachend nochmals aufgearbeitet werden müsse.
3. Damit zusammenhängend gäben die Tabellen auch für die Frage, welche Hilfe die richtige sei, zu wenig her (Indikation). Hypothesengeleitet und alltagserfahren scheinen die Fachkräfte relativ frühzeitig auf eine bestimmte Hilfeart zuzusteuern, deren Begründung in der Wahrnehmung und fachlichen Urteilsbildung ex post eher legitimatorisch als entscheidungsleitenden Charakter enthält (das ursprüngliche Vorhaben, alle die im Gesetz als insbesondere ausgewiesenen Hilfearten zu erfassen, kann bedauerlicherweise nicht realisiert werden, so dass im Hinblick auf die §§ 28, 29 und 35 SGB VIII vermutlich keine hilfeartspezifischen Aussagen getroffen werden können. (Es zeigt sich einmal mehr, dass wir von einer Gleichwertigkeit der Hilfearten, aus denen bedarfsbezogen die richtige ausgewählt wird, nach wie vor entfernt sind; die Kulturen der Zuweisung wären eine eigene Studie wert).
4. Die Integration der Tabellen und ihrer Anwendung in die jeweils beschriebenen Hilfeplanverfahren erklärt sich nicht von selbst. Abgesehen davon, dass es einen erschüttern kann, wie wenig verbindlich (Leitungsaufgabe!) die Verfahrensweisen der örtlichen Jugendämter nach § 36 SGB VIII beschrieben sind, wird die Anwendung der Tabellen in der Handlungslogik der Fallsteuerung bislang eher als additive Zumutung, denn als alltagstaugliche Arbeitserleichterung erlebt.
5. Der Aufschlag der wie auch immer detaillierten Leistungstatbestandsvoraussetzungen auf das Programm der Leistungserbringung erfordert eigentlich die Beschreibung des Weges oder Sachverhaltsermittlung bis hin zur Formulierung nach Möglichkeit konsensuell festgestellter, operationalisierter und damit auch überprüfter Zielsetzungen. Dafür liefern die Tabellen zunächst keinen Hinweis, was bemängelt wird. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die spannende Frage, was tun mit den Ressourcen?
6. Sodann gibt es eine Reihe von anwendungsbezogenen Detailanmerkungen. Dass Merkmale nur mit ja oder nein taxiert und nicht abgestuft beurteilt werden können, dass die Angaben nicht getrennt nach Mutter und Vater vorzunehmen sind, dass

Wiederholungen vorkommen, Dinge fehlen und manches zu kompliziert, anderes zu trivial formuliert sei, dass das Ganz viel zu viel Zeit in Anspruch nähme und man dann doch wieder eigens einen Fließtext für die Fallkonferenz vorbereiten müsse usw.

Kurzum, wir machen also die Erfahrung, dass man sich in einem empirischen Projekt dieses Zuschnitts mit der sozialen Wirklichkeit (und Verfahrenskultur) praktischer Jugendamtsarbeit konfrontieren lassen und auseinandersetzen muss. Aber wir werfen die Flinte nicht ins Korn, im Gegenteil. Der „sozialpädagogische Blick“ in der Welt der §§ 27 ff. SGB VIII kann und muss systematisiert, standardisiert und transparent gemacht werden. Auch und gerade um der Partizipation und um der Rechte von Kindern und Jugendlichen willen.

Was wir brauchen, ist eine vernünftige, zielführende Software und was wir brauchen, ist ein verschärfter, ernstzunehmender Blick auf sozialräumliche Optionen und vor allem die Ressourcen. Es war schon erstaunlich, wie schwer sich in der Entwicklung der Tabellen die Kolleginnen und Kollegen taten, wenn es um die Schutzfaktoren, die Ressourcen ging. Wir haben das zu kompensieren versucht und wir müssen weiter und verstärkt daran arbeiten, diesen Aspekt der Steuerung gelingender Hilfeleistungen zu erschließen und zu nutzen. Die Schärfung der Sinne mit dem Ziel, aufmerksam zu machen für die Differenz zwischen dem Wirklichen und dem Möglichen (Mollenhauer).

Mit den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen wurde eine wesentliche Grundlage für eine fiktive Prozesssteuerung im Hilfeplanverfahren geschaffen, die vergleichbare Systematik, Transparenz und Intersubjektivität ermöglicht; eine Grundlage, die längerfristig gesehen als allgemein anerkanntes Standardverfahren auch in die sozialpädagogische Ausbildung einfließen sollte. Denn auf Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe werden sozialpädagogische Fachkräfte kaum vorbereitet.

Quellen und weiterführende Literaturhinweise:

Bayerisches Landesjugendamt (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs, München 2001.

Bayerisches Landesjugendamt (Hrsg.): Hilfeplan. Aufstellung, Mitwirkung, Zusammenarbeit. Durchgesehener und ergänzter Nachdruck der 4., neu bearbeiteten Auflage des „Vorschlags zum Hilfeplan“, München 2003.

Heiner, M.: Psychosoziale Diagnostik, in: Otto, H. – U./Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit/ Sozialpädagogik, Neuwied 2001, S. 481 – 495.

Hillmeier, H., Huber, G. und K. Pschibl. EST! – Evaluationsprojekt Sozialpädagogischer Diagnose-Tabellen in: Unsere Jugend, Heft 2/2004, S. 50 – 59.

Schrappner, T. (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven, Weinheim 2004.

Konzept und Bausteine einer Sozialpädagogischen Diagnostik ¹

PROF. DR. CHRISTIAN SCHRAPPER

*Erziehungswissenschaftler, Institut für Pädagogik,
Universität Koblenz-Landau, Koblenz*

Begriff und Aufgaben

Durchblicken und unterscheiden können (Bedeutung des griech. *diagnosis*), was Menschen prägt und Situationen ausmacht, gehört zu den Kernaufgaben sozialpädagogischer Fachkräfte. Mittels fundierter Beurteilungen von Lebensumständen, Entwicklungspotenzialen oder Gefährdungsmomenten sollen sowohl psychische und soziale Faktoren für Entwicklung und Gefährdung kenntnisreich erkundet als auch Vorstellungen, Wünsche und Ängste der Menschen selbst respektvoll berücksichtigt werden. Ziel dieser durchblickenden Anstrengungen ist es, zu realisierbaren Vorschlägen für sozialpädagogisches Handeln, also zum Beispiel für geeignete Hilfen oder notwendige Interventionen zu kommen (kritisch: Langhanky 2004).

Sozialpädagoginnen und Sozialarbeiter sind in vielen Arbeitsfeldern gefordert, in mehrfacher Hinsicht folgenreiche Einschätzungen zu treffen: Sie begründen oder verweigern damit sozialstaatliche Leistungen, ermöglichen Schutz vor Gefahr und Bedrohung oder lösen massive Eingriffe in die Privatsphäre von Menschen aus. Nicht selten sind die genannten Aspekte sozialpädagogischer Einschätzungen komplex und widersprüchlich miteinander verwoben. Und in den letzten Jahren ist die sozialpädagogische Profession zudem so häufig wie nie zuvor damit konfrontiert worden, dass ihre Einschätzungen strafrechtlich überprüft wurden. (Mörsberger/Restemeyer 1997, SOS-Kinderdorf 2001).

Mit geliehener Autorität aber ist der Anspruch, begründete Einschätzungen im Hinblick auf Möglichkeiten und Grenzen des eigenen professionellen Handelns treffen zu können, kaum glaubwürdig einzulösen. Bisher hat sich die sozialpädagogische Profession allerdings gerne und reichlich der Einschätzungs-Autorität anderer Professionen bedient: Zuerst bei den Theologen und schon bald den Juristen, dann bei den Medizinern und zuletzt immer häufiger bei den Psychologen, eher selten bei Pädagogen, Ethnologen oder Soziologen.

Allerdings sind in der sozialen Arbeit die Diagnosen anderer Disziplinen auch aus guten Gründen bedeutsam:

- **Medizinisch** ist der gesundheitliche Zustand einzuschätzen, um gegebenenfalls somatische Schädigungen/Abweichungen als Ursache für soziale Beeinträchtigungen auszuschließen beziehungsweise eine gezielte Behandlung zu veranlassen.

¹ erscheint in Dieter Kreft/Ingrid Mielenz: Wörterbuch der Sozialen Arbeit, Weinheim und München, JUVENTA-Verlag, voraussichtlich Herbst 2005

- **Psychologisch** ist zu untersuchen, ob die seelische oder psycho-soziale Entwicklung eines (jungen) Menschen vom altersgemäßen Entwicklungsstand abweicht; für sozialpädagogische Interventionen ist dies bedeutsam, um seelische Verletzungen und Schädigungen (Traumata) als Ursache für aktuelle Beeinträchtigung auszuschließen beziehungsweise näher einzugrenzen und gegebenenfalls eine therapeutische oder pädagogische Intervention zu veranlassen.
- **Juristisch** ist zu beurteilen, ob Leistungsansprüche zum Beispiel nach dem BSHG oder KJHG oder Eingriffsbefugnisse zum Beispiel nach dem BGB oder PsychKG gegeben sind, um konkrete Leistungen und gegebenenfalls sozialpädagogische Handlungsbefugnisse zu klären.

Sozialpädagogisches Handeln kann aber in nahezu allen psychosozialen Arbeitsfeldern kaum auf eine unselbstständige, nur die Handlungsanweisungen anderer Profis ausführende „Hilfstätigkeit“ begrenzt werden und ist daher neben fremden auch auf eigene Einschätzungen und Handlungsvorstellungen angewiesen.

Geschichte und Traditionen sozialpädagogischer Diagnostik

Die Beschäftigung mit Fallverstehen und Diagnostik in der Sozialen Arbeit hat eine lange und wechselvolle Geschichte. Auf der einen Seite kann die Soziale Arbeit mit der Hermeneutik auf eine Tradition explizit pädagogischer Verstehens- und Deutungsmethoden menschlicher Lebenswirklichkeiten zurückgreifen. Gerade der hermeneutische Zirkel als Modell für ein Erkenntnisverfahren, das sowohl sorgfältig Einzelaspekte analysiert als auch das Ganze in den Blick nimmt, das regelgeleitete methodische Strenge mit intuitivem Verstehen zu vermitteln und wechselseitig zu kontrollieren sucht, bietet viel Nähe zu den Erhebungs- und Erkenntnisprozessen sozialpädagogischer Handlungsfelder.

Andererseits gibt es gemeinsame Wurzeln mit der modernen Medizin und Psychologie, gegründet in der Suche nach rationalen Erklärungen für menschliches Verhalten als Emanzipation von theologischen oder philosophischen Deutungen. Schon bei den Aufklärungspädagogen ersetzte empirische Beobachtung die normative Interpretation menschlicher Handlungen und Orientierungen (Pestalozzi, zum Beispiel im ersten Teil des Stanser Briefes), aber vor allem die Entwicklung der modernen Heil- und Sonderpädagogik sowie der Sozialarbeit in den ersten 30 Jahren des 20. Jahrhunderts waren geprägt von zahlreichen Versuchen, wissenschaftlich begründetes systematisches Wissen und methodische Konzepte der praktischen Anwendung zu entwickeln, die durch fundierte Diagnosen einen besseren Einblick und sichere Vorhersagen erlauben sollten. So entstehen aus der gemeinsamen Arbeit von Mediziner*innen und Pädagogen mit so genannten idiotischen und schwachsinnigen Kindern umfangreiche Forschungen und Methodenentwicklungen, die zum Beispiel in der 1895 von dem Jenaer Heilpädagogen Johannes Trüper gegründeten Zeitschrift „Die Kinderfehler. Zeitschrift für pädagogische Pathologie und Therapie in Haus, Schule und sozialem Leben“ veröffentlicht wurden. (Heckes, C. 1988). Vor allem aber muss Alice Salomon erwähnt werden, die 1926 mit ihrer Übertragung des amerikanischen Lehrbuches von Mary E. Richmond (zuerst erschienen 1917) auch den Begriff der Sozialen Diagnose in die deutsche Sozialarbeit und Sozialpädagogik einführte (dazu ausführlich in Kuhlmann 2004).

Einen auch für die sozialpädagogische Methodenentwicklung bis heute kaum überwundenen Bruch bedeutete die schon in den zwanziger Jahren erstarkende Selektionsdiagnostik der Rassehygieniker und Euthanasieverfechter, konsequent zu Ende gedacht und praktiziert in der Aussonderung der nationalsozialistischen „Volkspflege“. Nach scheinbar objektiven, weil biologischen Merkmalen sollten die psychischen Dispositionen und Entwicklungspotenziale von Menschen durchblickt werden, um die „rassisch Wertvollen“ und Förderungswürdigen von den Wertlosen und Gefährlichen zu unterscheiden. Dieser Selektion folgten immer die Aussonderung und sehr häufig auch die Ermordung (Thöne 1988, Dahl 2001, Kuhlmann 2002).

Die skizzierten Traditionslinien sozialpädagogischer Methodenentwicklung wurden nach Zerstörung und Zusammenbruch 1945 zuerst aufgehoben und überformt durch den (Re-)Import amerikanischer Sozialarbeitsmethoden nach (West-) Deutschland. Es waren vielfach die zurückgekehrten EmigrantInnen, die in dieser Lage mittels Methodenlehre eine neue fachliche Qualifikation begründen wollten (dazu anschaulich in: C:W Müller Bd. 2, 1988). Die diagnostischen Traditionen der „pädagogischen Pathologie und Therapie“ (Trüper) sind vor allem in den Konzepten und Arbeitsweisen der entstehenden Kinder- und Jugendpsychiatrie weitergeführt worden, die bis in die 70er Jahre hinein *die* fachliche Bezugsdisziplin für Diagnose- und Beurteilungsprozesse im bis heute größten sozialpädagogischen Handlungsfeld, der Jugendfürsorge, war und es zum Teil heute noch ist (Stutte 1958, du Bois 2004).

Die skizzierten Wurzeln diagnostischer Konzepte und Methoden und die Erfahrung von Perversion und Missbrauch prägen und erklären das ambivalente Verhältnis der Sozialarbeit/Sozialpädagogik zu Konzepten und Methoden der Diagnostik in ihren Feldern bis heute: Einerseits werden Diagnosen gefordert und mit zum Teil naiver Gläubigkeit bei Psychologen und MedizinerInnen bestellt und andererseits werden sie als unzulässige Psychologisierung oder Medizinisierung gesellschaftlicher Bedingungen und sozialer Prozesse abgelehnt.

Theoretische Grundlagen und Probleme

Wie jeder Prozess empirischer Erkenntnisgewinnung, so haben auch Prozesse des Fallverstehens und der Diagnose in der sozialen Arbeit vor allem zwei erkenntnislogische Probleme „zu lösen“, das heißt anzugeben, wie diese methodisch einigermaßen zuverlässig gestaltet werden können:

- Zuerst muss „der Blick erweitert“, das heißt die Komplexität der Wahrnehmung erhöht werden, damit überhaupt etwas Neues gesehen und wahrgenommen werden kann und nicht nur schon Bekanntes bestätigt wird. Dabei ist der „erste Eindruck“ bedeutsam, denn dieser „lenkt den Blick“ und ermöglicht überhaupt, in der Fülle komplexer Eindrücke etwas zu erkennen; gleichzeitig jedoch verstellt dieser erste Eindruck den Zugang zu neuen, verunsichernden Wahrnehmungen. Methodisch geht es also darum, Vorwissen und Vorannahmen explizit zu machen, damit sie für eine gezielte Suche genutzt und nicht als Vor-Urteile den Blick verengen und verfälschen, sondern diese irritierenden Wahrnehmungen erst ermöglichen.

- Ist auf diese Weise ausreichend Material für erweiternde Erkenntnisse gewonnen, muss der Blick wieder eng geführt werden, um aus der Vielfalt der Wahrnehmungen die für zentral gehaltenen Zusammenhänge herauszuarbeiten. Problem dieser Arbeitsphase ist vor allem, die hierzu unvermeidliche Reduktion so begründet zu gestalten und zu dokumentieren, dass es weder zu unangemessenen Vereinfachungen noch zu nicht überprüfbaren Schlussfolgerungen kommt. Gelingt allerdings die Reduktion von Komplexität aus Angst vor Verkürzungen nicht, so verschwinden mögliche Befunde in einer Vielzahl unverbundener und unverstandener Beobachtungen, wird der „Wald vor lauter Bäumen nicht gesehen“.

Wie oben angedeutet, kann auch die soziale Arbeit zur praktischen Gestaltung dieser grundlegenden Erkenntnisprobleme auf substanzielle Theorie- und Methoden-Traditionen zurückgreifen. In jüngerer Zeit sind es vor allem die Arbeiten von Fritz Schütze (1993), Burkhard Müller (1993) sowie Klaus Mollenhauer und Uwe Uhlenndorf (1992, 1995, 1997), die die Entwicklung einer eigenständigen sozialpädagogischen Diagnostik oder Fallanalyse vorangetrieben haben. Ebenfalls bedeutsam, aber nicht so einfach für die sozialpädagogische Methodenentwicklung zu vereinnahmen, sind die Arbeiten von Ulrich Oevermann zur Professionalisierung sowie zu Theorie und Methodik der Objektiven Hermeneutik (Oevermann 2000).

Verfahren und Konzepte

Aktuell lassen sich drei Gruppen von Konzepten und Verfahren sozialpädagogischer Diagnostik oder sozialpädagogischen Fallverstehens ausmachen:

▪ **entscheidungsorientiert-legitimierende Verfahren:**

In diesen Verfahren basiert die Diagnose vor allem auf einer regelgeleiteten Informationssammlung über Vorgeschichte und Verläufe (Anamnese) sowie systematischer Beobachtung und Befragung, zum Teil auch mittels psychodiagnostischer Testverfahren (Überblick in Heiner 2001). Hierdurch sollen relevante Fakten und Einschätzungen zum Beispiel über psychische Belastungssituationen oder familiäre Konflikte so zusammengetragen und ausgewertet werden, dass alle wesentlichen Aspekte berücksichtigt sind. Die Analyse dieses Materials orientiert sich vor allem an theoretischen Konzepten für psychische und soziale Normalität. Defizite und Störungen einzelner Personen oder familiärer Systeme sollen ebenso wie Stärken und Potenziale erkannt und entsprechenden (Be-) Handlungsbedarf begründet werden.

Der Verwendungszweck diagnostischer Erkenntnisse im Rahmen sozialrechtlicher Entscheidungsprozeduren oder Interventionen (zum Beispiel Kinderschutz) steuert die Prozesse der Erkenntnisgewinnung, das heißt die Auswahl relevanter Informationen und deren Verwertung für die Experten-Deutung (Harnach-Beck 1999, 2003). Kontrovers werden solche Diagnose-Konzepte in der Jugendhilfe im Zusammenhang mit der Hilfeplanung diskutiert. Die diesen Arbeitsweisen zugeschriebene „Expertendiagnostik“ wird einer „Aushandlungsphilosophie“ gegenübergestellt und entweder kritisiert oder vehement verteidigt (zusammenfassend: Urban 2004).

Die wesentliche Leistung systematischer Informationssammlung liegt unzweifelhaft darin, dass zum Teil durch Bezug auf theoretische Modelle von Entwicklung oder Kon-

fliktstrukturen, zum Teil durch Systematisierung praktischer Erfahrungen „nichts Wichtiges“ vergessen und alles Bedeutsame dokumentiert werden soll (Bayerisches Jugendamt 2001, Recklinghausen 2001, Hillmeier 2004).

▪ **biographisch–rekonstruktive Verfahren:**

Das Material für biographische Fallanalysen wird aus den Selbstdeutungen von Menschen in möglichst offenen, wenig oder nur zu zentralen Themen durch Fragen strukturierten Erzählungen gewonnen. Mittels hermeneutischer Interpretationstechniken werden die meist transkribierten Gesprächsaufzeichnungen zum Teil auch in Gruppen durchgearbeitet und interpretiert. Theoretische Grundlagen sind vor allem Erkenntnisse über gesellschaftliche Rahmenbedingungen, lebensgeschichtliche Themen und deren Widerspiegelung in biographischen Erzählungen (zusammenfassend Kraimer 2000). Ziel der Diagnose ist es, solche subjektiven Prozesse und Muster zu rekonstruieren, die im Verlauf der Lebensgeschichte eines Menschen seine Wahrnehmungen, Deutungen und Handlungsorientierungen geprägt haben. Getragen sein soll die professionelle Wahrnehmung und Deutung durch eine „ethnographische Haltung“, die ein respektvolles Interesse ebenso auszeichnet wie eine distanzierte, der eigenen Fremdheit bewusste Haltung (Glinka 2000).

Die im biographischen Material vermittelten Selbstauskünfte der Menschen steuern die Erkenntnismöglichkeiten der Diagnose. Gewonnen werden können so Erkenntnisse über Selbstbilder und Selbsterklärungen sowie deren Bedeutung für zukünftige Handlungsorientierungen zum Beispiel in Krisen, weniger objektivierbare Anzeiger zum Beispiel für akute Gefährdungen.

▪ **beziehungsanalytisch–inszenierende Verfahren:**

In kontinuierlich arbeitenden Gruppen, zum Beispiel den Teams eines ASD oder Psychosozialen Dienstes werden Fälle vorgestellt und beraten. Kern der verstehenden und fallanalytischen Leistung ist eine stellvertretende Identifikation einzelner Gruppenmitglieder mit den im Fall handelnden Personen. In der Gruppe soll so die affektive Dynamik eines Falles reinszeniert und einem distanzierenden Deutungsprozess zugänglich gemacht werden. Durch strukturierte Arbeitsphasen und geschulte Moderation soll sowohl der Identifikationsprozess geschützt als auch die Gruppentendenz zur Harmonisierung begrenzt werden (zuerst: Fallner/Gräßlin 1990). Die Dynamik der Beratergruppe hingegen wird als ein wichtiges Material zum Verständnis der Falldynamik genutzt. In der Perspektive dieser Konzepte gehören zu einem Fall neben der Biographie und Hilfesgeschichte eines Klienten immer auch die Beziehungs- und Maßnahmengeschichten der professionellen Helfer. Dem Fallverstehen zugänglich gemacht werden sollen vor allem die Deutungsmuster der Professionellen und die Wechselwirkungen zwischen Helfer- und Klientensystem(en) (Ader 2002). Diese Techniken orientieren sich an der Gruppenarbeit, wie sie von Michael Balint für Mediziner und Therapeuten zum besseren Verstehen ihres Klientensystems und der Beziehungsbedeutungen entwickelt wurde, sowie an Konzepten und Methoden psychoanalytischer Pädagogik und der angewandten Gruppendynamik (Schrapper/Thiesmeier 2003).

Gegenüber solchen gruppenorientierten Arbeitsformen wird häufig eingewandt, sie nähmen zu unkontrolliert die negativen Effekte vor allem harmonisierender Gruppen-

prozesse in Kauf und würden damit zu wenig differenzierenden und nachprüfbaren Entscheidungen führen (Klatetzki 2001). Auch steuern in diesen Verfahren vor allem die realen oder vermeintlichen Handlungsoptionen der zuständigen Fachkräfte und ihrer Institutionen die diagnostische Erkenntnisgewinnung mit der Leitfrage: Was folgt für das professionelle und institutionelle Handeln im konkreten Fall aus dem Verstehen der Dynamik von Klienten und Helfersystem?

Profil und Besonderheiten einer sozialpädagogischen Diagnostik

Von einer sozialpädagogischen Diagnostik zu sprechen, macht nur Sinn, wenn auch spezifische Merkmale und Besonderheiten angeführt werden können, die die Zugänge und Erträge von anderen abgrenzen; drei besondere Merkmale sollen skizziert werden:

- **Sozialpädagogische Diagnostik/Fallverstehen muss vorrangig darauf ausgerichtet sein, subjektive Sinnzusammenhänge zu verstehen sowie Erziehung und Bildung zu ermöglichen**

Sozialpädagogische Diagnostik ist im Kern keine „technische“ Informationsauswertung und Verdichtung, sondern immer eine „hermeneutische“ Anstrengung der schrittweisen Annäherung an eine Vorstellung darüber, wie es einem anderen Menschen geht und vor allem, wie dieser Andere sich selbst und die Welt um ihn herum sieht und begreift (vgl.: Mollenhauer/Uhlendorff 1992, Hanses 2000). Es macht daher nur Sinn, von einer (sozial-)pädagogischen Diagnostik zu sprechen, wenn auch etwas genuin Pädagogisches, also etwas über Prozesse der Erziehung und Bildung von Menschen durchblickt und verstanden wird. Pädagoginnen und Pädagogen kann daher in ihren diagnostischen Bemühungen nicht zuerst die Frage interessieren, wie defizitär oder unnormale ein Verhalten oder eine Einstellung ist. In einer pädagogischen Diagnostik ist vielmehr die Frage in den Mittelpunkt zu stellen, welche Funktionen und welche subjektive Logik eine bestimmte Handlungsstrategie in der Lebens- und Bildungsgeschichte eines Kindes hatte und aktuell hat. So können kritische, gefährliche oder belastende Verhaltensweisen und Haltungen von Kindern sozialpädagogisch vor allem über ihre Funktion verstanden werden, das heißt Handlungen wie stehlen, weglaufen, aggressiv reagieren, sich entziehen oder lügen sind zuerst so zu verstehen, dass deutlich wird, welche subjektiv sinnvolle Funktion sie in der Überlebensidee und im Handlungsrepertoire eines (jungen) Menschen hatten und haben. Den Eigen-Sinn, die Widersprüche, Spannungen und Brüche in der Lebens- und Lerngeschichte eines Menschen zu „entschlüsseln“, ist der entscheidende Zugang einer pädagogischen Diagnostik. Denn nur an solche individuellen Sinnkonstruktionen junger Menschen anknüpfend kann Erziehung Kindern Angebote zum Um- und Neulernen erfolgreicher und sozial respektierter Überlebensstrategien machen.

- **Sozialpädagogische Diagnostik/Fallverstehen bezieht sich sowohl auf das Klienten- als auch auf das Helfersystem**

Ein Fall ist immer mehr als eine Biographie oder Familiengeschichte. Das Helfersystem ist Teil jedes Falles, sobald es die Lebensumstände eines Menschen oder einer Familie als „Fall“ definiert. Dabei sind die Helfer nicht selten wirkungsmächtig, aber unverstanden verstrickt in ihren Systemen und mit den Systemen der Klienten (vgl. für die Jugendhilfe: Ader/Schrappner 2002). Gerade in der sozialen Arbeit muss deshalb immer

wieder ein Bewusstsein dafür entwickelt werden, dass solche Verwicklungen in komplexen psychosozialen Arbeitsprozessen die „andere Seite“ sensibler Aufmerksamkeit sind und nicht unbedingt das Ergebnis schlechter Arbeit. Nur durch die Bereitschaft, sich verwickeln zu lassen, entstehen Identifikation und Mitgefühl und diese sind Voraussetzungen für menschliche Entwicklung und Selbständigkeit fördernde personale Hilfebeziehungen. Entscheidend ist, dass diese notwendigen Verstrickungen nicht unbewusst bleiben, naiv als „Parteilichkeit“ interpretiert oder als zu anstrengend abgewehrt werden müssen.

Die Verbindungen zwischen Hilfe- und Klientensystem ist grundsätzlich unter zwei Aspekten kritisch zu reflektieren: Zum einen ist danach zu fragen, mit welchen institutionellen und persönlichen Normen und Werten die Fachkräfte ihren Fällen begegnen und welche eigenen Konflikte und Streitfragen die Helfer „auf dem Rücken“ der Klienten „austragen“. Zum anderen gilt es Spiegelungs- oder Übertragungsphänomene, die vor allem in der Psychoanalyse, der systemischen Familienanalyse oder der Gruppendynamik als wichtiges diagnostisches Mittel beschrieben werden, zu nutzen, um zum Beispiel die sich in den Affekten der Helfer widerspiegelnden Ängste, Abwehrstrategien oder Überforderungsgefühle des Klientensystems zu erkennen (vgl. zusammenfassend Henkel u.a. 2002).

- **Sozialpädagogische Arbeitsprozesse der Diagnose, Intervention und Evaluation folgen nicht immer linear aufeinander, sondern sind meist zirkulär aufeinander bezogen**

Rationale Arbeitsprozesse werden in der Regel als eine geordnete Abfolge von Anamnese, Diagnose, Intervention und Evaluation verstanden, auch in der Sozialpädagogik (Müller 1993); zuerst muss genau analysiert werden „was los ist“ oder „wo das Problem liegt“, dann kann auf dieser Grundlage eingeschätzt werden, welche professionellen Handlungen oder sozialstaatlichen Maßnahmen Erfolg versprechend eingesetzt werden sollen, der Einsatz wird dokumentiert und ausgewertet usw. Auch in sozialpädagogischen Arbeitsprozessen kann dies die sinnvolle Reihenfolge sein, es kann aber auch die Diagnose der Intervention folgen, wenn zuerst etwas „getan werden muss“, um auszuloten, was zum Beispiel erforderlich und möglich ist.

Rahmenkonzept sozialpädagogischer Diagnostik und Fallverstehen

Trotz der skizzierten Eigenheiten kann sozialpädagogische Diagnostik nicht als ein abgegrenztes Konzept oder geschlossenes System diagnostischer Instrumente und Verfahren vorgestellt werden, dazu ist sowohl der Gegenstand als auch die Entwicklung theoretischer Grundlegungen, professionelle Positionierungen und methodische Umsetzung zu offen und ungewiss. (vgl. zum Beispiel Widersprüche 2003, Merchel 2003, Schreiber 2003, Heiner/Schrappner 2004, Possehl 2004, Sonderheft Neue Praxis 2005).

Gleichwohl soll auf dem aktuellen Stand dieser Debatten ein Rahmenkonzept vorgestellt werden, in dem wesentliche Zugänge, Bausteine und Instrumente einer explizit sozialpädagogischen Diagnostik zusammengefasst sind. Das spezifisch Sozialpädagogische wird dabei neben den vorhergehend skizzierten Besonderheiten in der gestalteten Balance von professioneller Expertise und respektvoller Verständigungsbereitschaft

gesehen. Konzeptionell und methodisch werden dazu Aspekte und Arbeitsweisen aller drei dargestellten Diagnoserichtungen verarbeitet (**Abbildung 1**).

1. Der erste Baustein sozialpädagogischer Diagnostik und in der Regel auch der erste Arbeitsschritt ist die systematische Sammlung und Verarbeitung bedeutsamer Daten und Fakten sowie Einschätzungen und Bewertungen zur Lebenssituation, Lebensbedingungen und Lebensgeschichte, zu den Ressourcen und Potenzialen ebenso wie zu Risiken und Gefährdungen, soweit vorliegend auch anderer Stellen und Fachkräfte. Hauptproblem ist, „die Spreu vom Weizen zu trennen“, also das Bedeutsame vom Nebensächlichen zu unterscheiden, aber auch nichts Wesentliches zu übersehen. Instrumente hierzu sind zum Beispiel Erfassungs- und Auswertungsraster, Genogramme oder Fragenkataloge, Ressourcen- und Netzwerkkarte.
2. Der zweite Baustein und Zugang gilt den Erfahrungen und Deutungen der Menschen, um die es geht. Es muss die Perspektive gewechselt und deutlich eine andere Sichtweise „zur Sprache gebracht“ werden. Instrumente können das klassische Erstgespräch und der Hausbesuch oder verschiedene Formen des Interviews sein. Bedeutsam ist, dass die gewählten Gesprächsformen Raum für Erzählungen eröffnen und nicht ausfragen. Nur so kann der Eigen-Sinn und die Funktion biographischer Strategien und Muster der Lebensbewältigung gemeinsam „rekonstruiert“ werden. Wichtig ist auch, dies in der Sprache der AdressatInnen zu dokumentieren und nicht in den „Sprachformeln“ der Profis.
3. Damit aber nicht genug, ein Drittes muss hinzukommen: Die Selbstreflexion des Helfersystems. Informationen und Bewertungen der „Hilfeschichte“ zum Beispiel in einer tabellarischen Gegenüberstellung von Lebens- und Hilfeschichte mit wichtigen Stationen, Diagnosen, Interventionen, Konflikten, Erfolgen und Misserfolgen. Dies öffnet den Blick auf die Themen und Konflikte des Helfersystems, die durch einen „Fall“ und seine Dynamiken angeregt und verstärkt werden. Dieser selbstkritische Blick schützt einerseits die Klienten vor den „Stellvertreter-Konflikten“ ihrer Helfer und eröffnet dem Helfersystem andererseits diagnostische Zugänge über das Entschlüsseln von Gegenübertragung und Spiegelung. Schwierige Lebenssituationen anderer regen vor allem die eigenen Schwierigkeiten an, bei Menschen nicht anders als bei Organisationen. Wenn man aber von den eigenen Schwierigkeiten etwas versteht, dann gibt es auch Chancen, von denen der anderen etwas zu begreifen.
4. Weiter gilt es, die gewonnenen Einsichten und Deutungen „auf den Punkt zu bringen“ und Konsequenzen zu ziehen. Die zuvor gesammelten Informationen und Sichtweisen müssen zusammengeführt, bewertet und darauf hin ausgewertet werden, welche Schlussfolgerungen für sozialpädagogische Handlungsvorschläge oder Interventionen zu ziehen und zu konkretisieren sind. Zu diesem Zweck ist es wichtig, über ein institutionell geregeltes Verfahren der „Urteilsbildung“ zu verfügen, um gerade die Frage der Deutung und Bewertung nicht der Beliebigkeit zu überlassen.
5. Und schließlich sind die sozialpädagogischen Deutungen und Beurteilungen den Menschen zurückzugeben, von denen und über die sie etwas erfahren und durchblicken wollten. Verstehen ist erst der Anfang, danach folgt die meist größere Anstrengung der Verständigung und Aushandlung. Sozialpädagogische Diagnosen haben wesentlich die „Stimme der Adressaten“ zu Gehör zu bringen. Nun sind diese Stim-

men gerade in Problem- und Krisensituationen weder einfach zu hören noch simpel als das zu verstehen, was auf der Oberfläche der Worte und Gesten gesagt und gezeigt wird. In angemessener Weise erzählende Selbstdeutung der Menschen herausfordern, stellvertretend Deutungen anbieten und beides in dialogischen Prozessen zu tragfähigen Bildern für ein „Sich-selbst-besser-verstehen“ aller Beteiligten zu verdichten, ist die Herausforderung.

6. Zuletzt und wiederum zuerst ist gut zu dokumentieren und vor allem systematisch auszuwerten und zu reflektieren, also kurz zu evaluieren, welche Einschätzungen und Vorschläge sich als tragfähig für Entwicklung oder Schutz, Bildung oder Unterstützung erwiesen haben. Diese Evaluation ist die unverzichtbare Grundlage für Kontrolle und Weiterentwicklung, und damit für die Legitimation der skizzierten „sozialpädagogischen Diagnostik“.

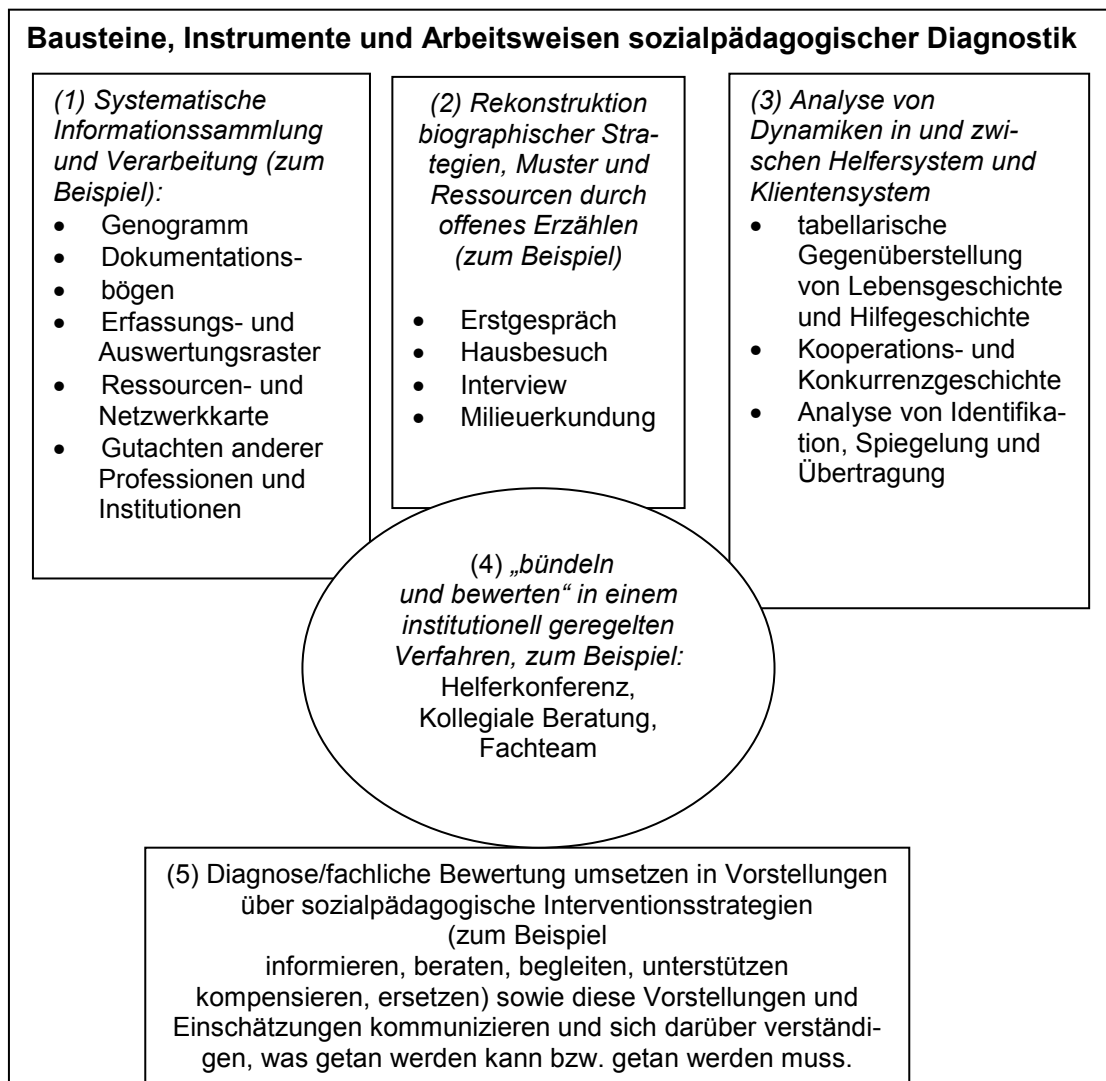


Abbildung 1

© Prof. Dr. Christian Schrapper

Fallverstehen und Diagnose – eine anstrengende Balance widerstreitender Anforderungen

Prozesse des Verstehens und der Diagnose in der sozialen Arbeit sind für die verantwortlichen Fachkräfte immer eine emotionale Anstrengung, zum Teil auch eine erhebliche Zumutung. Perspektivübernahme und Identifikation gelingen nicht ohne Mit-Fühlen und dies bedeutet meist auch, nicht ohne Mit-Leiden. Die Fähigkeit, sich vorstellen zu können, wie es einem anderen Menschen in Not und Bedrängnis geht, wie sich Bedrohung und seelische Verletzungen „anfühlen“, ist der Kern aller sozialpädagogischen Verstehensanstrengungen. Hierbei geht es immer um eine Balance zwischen widerstreitenden Anforderungen im doppelten Sinne: einerseits die Gefahr, zu nahe zu kommen und sich zu sehr zu verstricken oder auf der anderen Seite zu distanzieren und fremd zu bleiben und nichts zu verstehen. Gleichzeitig geht es auch um die Balance von respektvollem Mitgefühl gegenüber Klienten auf der einen und konfrontativem „Eindringen in fremde Lebenswelten“ auf der anderen Seite. Von den Methoden und Instrumenten deutender oder diagnostischer Verfahren wird daher häufig erwartet, sie könnten von diesen Anstrengungen entlasten und den Fachkräften eine von der eigenen Person und Organisation unabhängige, die persönliche und berufliche Biographie und Situation nicht berührende Erkenntnis über einen anderen Menschen eröffnen. Beurteilungen und Diagnosen könnten, so die Erwartung, wie technische Prozesse ablaufen und zu „objektiven“ und „richtigen“ Ergebnissen führen. Wie wenig diese Hoffnung trägt, spiegelt die häufig wiederkehrende Ent-Täuschung in der Auseinandersetzung mit professionellen Methoden sozialer Arbeit – und doch kann auf Methoden, also auf systematisches und regelgeleitetes Arbeiten, nicht verzichtet werden.

Literatur :

Ader, S./ Schrapper, C./ Thiesmeier, M. (Hg.) Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. In: Band 1 der Koblenzer Schriften zur Sozialpädagogik und Weiterbildung. Münster 2001.

Ader, S./ Schrapper, C.: Wie aus Kindern in Schwierigkeiten „schwierige Fälle“ werden. – Erfahrungen und Befunde aus einem neuen Forschungsprojekt zu einem alten Thema. In: Forum Erziehungshilfen, Heft 1/2002, S.27-34

Ader, S./ Thiesmeier, M: Kollegiales Fallverstehen und Fallkonsultationen als Instrumente sozialpädagogischer Analyse und Deutung. In: Henkel (2002), J. u.a., S. 76-96

Adler, H. (1998): Fallanalyse beim Hilfeplan nach § 36 KJHG. Frankfurt am Main

Bayerisches Landesjugendamt (Hg.) (2001): Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs, München

Blandow, J.: Über Erziehungshilfekarrieren. Stricke und Fallen der postmodernen Jugendhilfe; in: Gintzel, U. u.a.(Hg.): Jahrbuch der Sozialen Arbeit 1997, Münster 1997, 172 – 188.

Dahl, M.: Diagnostik, Selektion, Ausgrenzung – Die unheilige Allianz von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in der NS-Zeit am Beispiel des Jugend-KZ Mohringen; in: Fegert J./Salgo L./Späth, K. (Hg.): Freiheitsentziehende Maßnahmen, Münster 2001.

du Bois, R. : Historische Trennlinien und Berührungspunkte zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie; in: Fegert, J./Schrapper, C. (Hg.): Handbuch Jugendhilfe-Jugendpsychiatrie, Weinheim/München 2004, S. 421-428.

Fallner, H./Gräßlin, H.-M.: Kollegiale Beratung. Eine Systematik zur Reflexion des beruflichen Alltags. Hille 1990.

Glinka, H.-J.: Ethnographische Fallarbeit. In: Ader u.a. (2001), S. 45-61

Hanses, A.: Biographische Diagnostik in der Sozialen Arbeit; in: Neue Praxis, Heft 4/2000, S. 357-379.

Harnach-Beck, V.: Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe – Grundlagen und

Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme. Weinheim / München (1. Auflage 1995) 4. Auflage 2003

Harnach-Beck, V.: Ohne Prozessqualität keine Ergebnisqualität. Sorgfältige Diagnostik als Voraussetzung für erfolgreiche Hilfe zur Erziehung. In: Peters (1999) (Hrsg.): S. 27-48

Heiner, M.: Diagnostik: psychosoziale. In: Otto / Thiersch (Hg.) (2001), S. 253-265

Heiner, M. (Hg.): Diagnostik und Diagnosen in der sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Frankfurt/M. 2004.

Heiner M./Schrapper C.: Diagnostisches Fallverstehen in der Sozialen Arbeit. Ein Rahmenkonzept; in: Schrapper (2004), S. 201-222.

Henkel, J. / Schnapka, M. / Schrapper, C.(Hg.) (2002): Was tun mit schwierigen Kindern? Sozialpädagogisches Verstehen und Handeln in der Jugendhilfe, Münster

Hillmeier, H.: Sozialpädagogische Diagnose. Eine Arbeitshilfe des Bayerischen Landesjugendamtes, In: Heiner (2004), S. 203-217.

Hörster, Reinhard: Kasuistik/Fallverstehen. In: Otto/Thiersch 2001, S. 916 – 926

Jakob, G. / von Wensierski, H.-J. (Hg.) (1997): Rekonstruktive Sozialpädagogik. Konzepte und Methoden sozialpädagogischen Verstehens in Forschung und Praxis, Weinheim / München.

Klatetzki, T.: Kollegiale Beratung als Problem, sozialpädagogische Diagnostik ohne Organisation. In: Ader u.a. (2001), S. 22-30

Kraimer, K.(Hg.) : Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Frankfurt/Main 2000.

Kuhlmann, C.: Zur historischen Dimension der Diagnostik am Beispiel Alice Salomon; in Heiner , M. (2004), S. 11-25.

Langhanky, M.: Handeln ohne Diagnostik; in: Schrapper (2004), S. 39-48.

Lüders, C.: Das Programm der rekonstruktiven Sozialpädagogik. Eine Kritik seiner Prämissen und Anmerkungen zu einigen Unterschieden zwischen sozialpädagogischem Handeln und Forschen. In: Zeitschrift für Pädagogik, 39. Beiheft, 1999, 203 – 219.

Merchel, J.: „Diagnose“ in der Hilfeplanung: Anforderungen und Problemstellungen; in: Neue Praxis, Heft 6/2003, S. 527-542.

Mollenhauer, K. / Uhlendorff, U. : Sozialpädagogische Diagnosen I. Über Jugendliche in schwierigen Lebenslagen, Weinheim / München 1992.

Mollenhauer, K. / Uhlendorff, U. : Sozialpädagogische Diagnosen II. Selbstdeutungen verhaltensschwiger Jugendlicher als empirische Grundlage für Erziehungspläne, Weinheim / München 1995.

Mörsberger, T./ Restemeyer, J. (Hg.) : Helfen mit Risiko. Zur Pflichtenstellung des Jugendamtes bei Kindeswohlvernachlässigung, Neuwied 1997.

Müller, B. 1993: Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit, Freiburg

Neue Praxis, Sonderheft zum 28. Tübinger Sozialpädagogentag zum Thema: Sozialpädagogische Diagnostik, i.E. 2005

Oevermann, U. : Die Methode der Fallrekonstruktion in der Grundlagenforschung sowie der klinischen und pädagogischen Praxis,. In: Kraimer (2000), S. 58-155

Peters, F.(Hg.): Diagnosen – Gutachten – hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung der Hilfeplanung, Frankfurt/M. 1999.

Possehl, Kurt: Struktur und Logik professioneller diagnostischer Informationsarbeit in der Sozialen Arbeit. Theoretische Vorklärunen; in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Nr. 3/2004, S. 29-67.

Otto, H.-U./ Thiersch, H. (Hg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. 2. Aufl., Neuwied 2001.

Rauschenbach, T./Ortmann, F./Karsten, M-E.(Hg.): Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit. Weinheim/München 1993.

Salomon, A.: Soziale Diagnose, Berlin 1926.

Schrapper, Christian (Hg.): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven, Weinheim/München 2004.

Schrapper, C. /Thiesmeier, M.: Wie in Gruppen Fälle gut verstanden werden können; in: C.O. Velmerig/ K. Schattenhofer/ C. Schrapper (Hg.): Teamarbeit. Konzepte und Erfahrungen, eine gruppensdynamische Zwischenbilanz, Weinheim, München. 2004.

Schreiber, W.: Sozialpädagogische Diagnosen und Intervention. Ansätze in der Arbeit mit psychosozial geschädigter Klientel; in: Neue Praxis, Heft 6/2003, S. 515-526.

Schütze, F.: Die Fallanalyse. Zur wissenschaftlichen Fundierung einer klassischen Methode der Sozialen Arbeit. In: Rauschenbach (1993) S. 191–221.

SOS-Kinderdorf (hg.). Jugendämter zwischen Hilfe und Kontrolle, München 2001.

Stadt Recklinghausen, Fachbereich Kinder, Jugend und Familie (Hg.) 2001: Qualitätsentwicklung im Allgemeinen Sozialen Dienst, Recklinghausen; darin gute Dokumentations- und Auswertungsraster; zu bestellen über: Stadt Recklinghausen, ASD, 45655 Recklinghausen

Stutte, H.: Grenzen der Sozialpädagogik. Ergebnisse einer Untersuchung praktisch unerziehbarer Fürsorgezöglinge, Hannover (Schriftenreihe des AFET, Heft 12) 1958.

Thöne, U.: Rassenanthropologie und Rassenhygiene. Der Sozialdarwinismus vor 1933; in Schraper, C./Sengling, D. (Hg.): Die Idee der Bildbarkeit, Weinheim/München 1988, S. 233-244.

Uhlendorff, U.: Sozialpädagogische Diagnosen III. Ein sozialpädagogisch-hermeneutisches Diagnoseverfahren für die Hilfeplanung, Weinheim / München 1997

Uhlendorff, U.: Sozialpädagogische Familiendiagnose: Methode und Forschungsperspektiven. In: Zeitschrift Jugendhilfe Jg. 41. 5/2003.S. 229-235.

Urban, U.: Professionelles Handeln zwischen Hilfe und Kontrolle. Sozialpädagogische Entscheidung in der Hilfeplanung; Weinheim/München 2004.

Widersprüche – Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildung-, Gesundheits- und Sozialbereich, Themenheft Neo-Diagnostik – Modernisierung klinischer Professionalität, Heft 88, Juni 2003

Strengths Model und Ressourcencheck: Philosophie und Technik zum Entdecken von Stärken

WOLFGANG BUDDE

PROF. DR. FRANK FRÜCHTEL

Dozenten am Fachbereich Soziale Arbeit der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Wolfgang Budde: Das Thema „Gute Sozialarbeit schließt an Stärken an“ ist nicht neu. Allerdings gelingt uns das an Stärken anknüpfen in der Praxis immer noch nicht so gut, wie wir das eigentlich möchten. Wenn Sie sich die Fülle von Hilfeplanungsdokumenten gemäß § 36 SGB VIII vor Augen führen: Da steht schon sehr viel über das, was Menschen *nicht* können, sollen, brauchen, seltener etwas über Wille.

Wir bieten Ihnen einen Vortrag zur Philosophie eines Stärkemodels und in der Arbeitsgruppe einen knappen Überblick über Techniken einer Ressourcenmobilisierung. Sollte der Beitrag immer mal wieder eine provokante Nuance bekommen, ist das gewollt.

Frank Früchtel:

Von der Alltagssicht auf Defizite zur professionellen Sicht auf Stärken

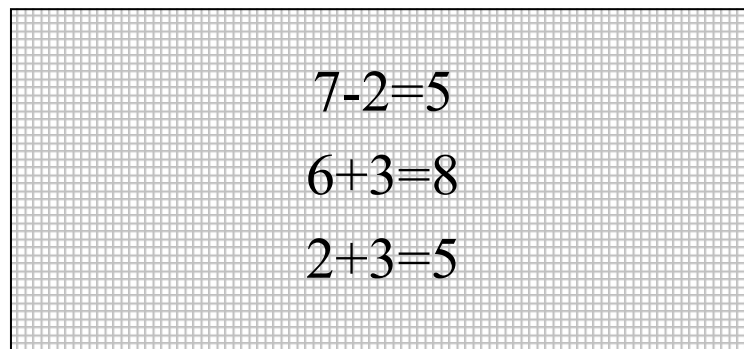


Abbildung 1

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Abbildung 1 zeigt drei mehr oder weniger komplexe mathematische Operationen und viele sehen auf den ersten Blick, dass eine Aufgabe falsch ist. Uns fallen zuerst Dinge auf, die nicht funktionieren. Dem menschlichen Verstand fallen Defizite, Probleme, Schwierigkeiten viel leichter auf als das Gegenteil davon. Der Grund mag in der phylogenetischen Entwicklung von Menschen liegen. Es scheint ein Entwicklungsvorsprung der menschlichen Art gewesen zu sein, Probleme, vor allem zukünftige Probleme sehen zu können. Das ist eine hervorragende Leistung unseres Verstandes. Das Problem dieser Leistung ist allerdings ihre Dominanz. Wir sehen Defizite quasi wie ein Steinchen im Schuh. Wir brauchen nicht darauf zu achten, sie springen uns förmlich an. Wir müssen uns oft sehr disziplinieren, auf Stärken umzuschalten. Darum geht es in der Lehre des Strengths Model.

Das Strengths Model ist ein künstlicher Blick. Es ist kein Blick unseres Alltagsverstandes. Unser Alltagsverstand ist ein notorischer Problemlöser und wenn wir kein Problem

haben, machen wir eines daraus. Strengths Model ist eine professionelle Sicht, die sehr disziplinierend mit unserem Alltagsverstand umgeht und unsere Perspektive auf Stärken wechselt.

Ein Beispiel: Bei einer Mutter, der 14 Jahre lang eine gute Erziehung gelungen ist, fällt uns plötzlich die Erziehung als problematisch auf, wenn der Sohn beginnt, nicht mehr in die Schule zu gehen und mit seinen Freunden um die Häuser zu ziehen. Das nimmt unsere Aufmerksamkeit in Anspruch. Dass 14 Jahre lang alles gut geklappt hat, nehmen wir oft als gegeben.

Wir sind auf die Wahrnehmung von Schwierigkeiten trainiert, wir nehmen Leute als hilfsbedürftig wahr und nicht als sich Helfende. Die Stärkensicht ist uns nicht in die Wiege gelegt.

Ein Beispiel aus dem ASD in Bamberg: Ein allein erziehender Vater ist ein Fall des Jugendamtes geworden, weil er sein dreijähriges Kind ab und zu nachts ins Krankenhaus gebracht hat und er erst am nächsten Tag wieder aufzufinden war. Das kann man als eine grobe Sorgepflichtverletzung sehen. Der dortige ASD hat es geschafft, die Perspektive des jungen Vaters nachzuvollziehen, der sich erst vor kurzer Zeit von seiner Partnerin getrennt hatte. Er hatte ein sehr gutes Gespür dafür, dass er immer wieder an Situationen kommt, wo er überfordert ist, wo er für sein Kind nicht mehr sorgen kann. In solchen Situationen hat er nach einem sicheren Platz für sein Kind gesucht und das Krankenhaus war für ihn der sicherste Platz, den er sich vorstellen konnte. Das hat eigentlich von Pflichterfüllung gesprochen – und er wollte ein guter Vater sein. Das Krankenhaus war natürlich nicht darauf spezialisiert, nachts mit Dreijährigen umzugehen. Eine gute Sozialarbeit schafft es nun vielleicht, daraus eine Lösung zu entwickeln, ohne dass das Verhalten des Vaters als problematisch dargestellt wird. Der Ausgangspunkt ist ein gemeinsames Ziel, man denkt gemeinsam über eine Lösung mit weniger unerwünschten Nebenfolgen nach.

Fünf Prinzipien des Stärkenmodells

1. Jedes System hat Stärken, denn was als Stärke gilt, bestimmt der Kontext

Ein berühmter chinesischer Philosoph mit Namen Zhuang Zi, ein Schüler von Laotse, hat vor 2500 Jahren eine so genannte Himmels-Pfiff-Theorie entwickelt. Daraus lautet ein Satz *„Der Wind pfeift ganz verschieden, je nach den Löchern und Kanten der Dinge, über die er hinwegstreicht. Zwischen gut und böse, zwischen schön und hässlich prinzipiell zu unterscheiden, ist müßig.“* Er sagt damit, es gibt eigentlich keine Stärke oder Schwäche, kein Defizit oder eine Ressource, sondern es kommt darauf an, wie ich eine Situation betrachte, was die Aufmerksamkeit viel stärker auf den Beobachter legt als auf den „Symptomträger“. Es kommt auf meine Betrachtung an, ob ich ein Verhalten als Fehler oder bösen Willen sehe oder als Lösung und gute Absicht (**Abbildung 2**).

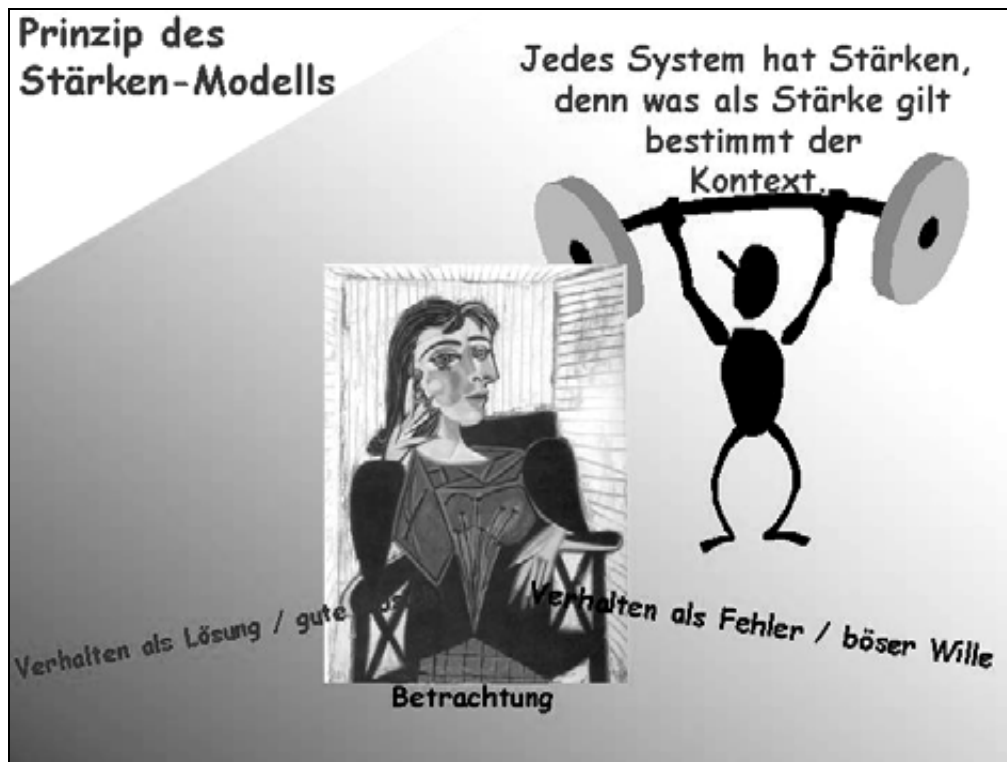


Abbildung 2

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Auch Picasso hat sich zeitlebens mit dem Phänomen beschäftigt, Menschen aus zwei Perspektiven zu betrachten, wie auf diesem Bild zu sehen ist. Man kann gleichzeitig den Menschen von außen wie auch sein Innenleben sehen. Der Preis für diese Perspektivenvielfalt beziehungsweise Komplexitätsvermehrung ist, dass es keine geschlossene Gestalt mehr gibt. Das ist auch der Preis in der Sozialarbeit, die Perspektiven vervielfältigen will und bestimmtes Verhalten aus anderen Kontexten sehen will. Die Sozialarbeit kommt dadurch nicht mehr zu einfachen Erklärungen und das macht sie so viel schwieriger.

Wolfgang Budde: Die Botschaft lautet: Handlungen sind nicht an sich aussagekräftig, sondern sie müssen interpretiert werden und werden erst im Kontext aussagekräftig. Wenn Sie beispielsweise aus der Schule die Klage hören „Kevin stört!“, wissen wir, das ist eine Information über den Lehrer. Wenn Sie jemanden beobachten, der gerade das Leben eines Hundes beendet, ist das an sich nicht aussagekräftig. Sie wissen nicht, ist das ein Tierquäler oder ein Freund der chinesischen Küche.

Ein weiteres Beispiel haben wir aus der Schuldnerberatung gewonnen. Ein Schuldnerberater klagte darüber, dass er mit einem Mitarbeiter einen relativ klaren Sanierungsplan entwickelt hatte. Schließlich kommt der Kunde, mit dem er diesen Sanierungsplan abgesprochen hat, mit einem neuen, relativ teuren Handy in die Beratungsstelle. Wenn Sie das grafisch darstellen (**Abbildung 3**), dann hilft uns das Stärkemodell zu verstehen, dass dieses Handy am Schnittpunkt von zwei Logiken steckt: auf der einen Seite aus der Perspektive des Schuldnerberaters als „sanierungsplanwidriges Versagen“; aus der Perspektive des jungen Mannes als „Prestigegewinn und Anreiz zu weiteren Erfolgen. In seiner Bezugsgruppe ist dieses Handy ein „Renner“.

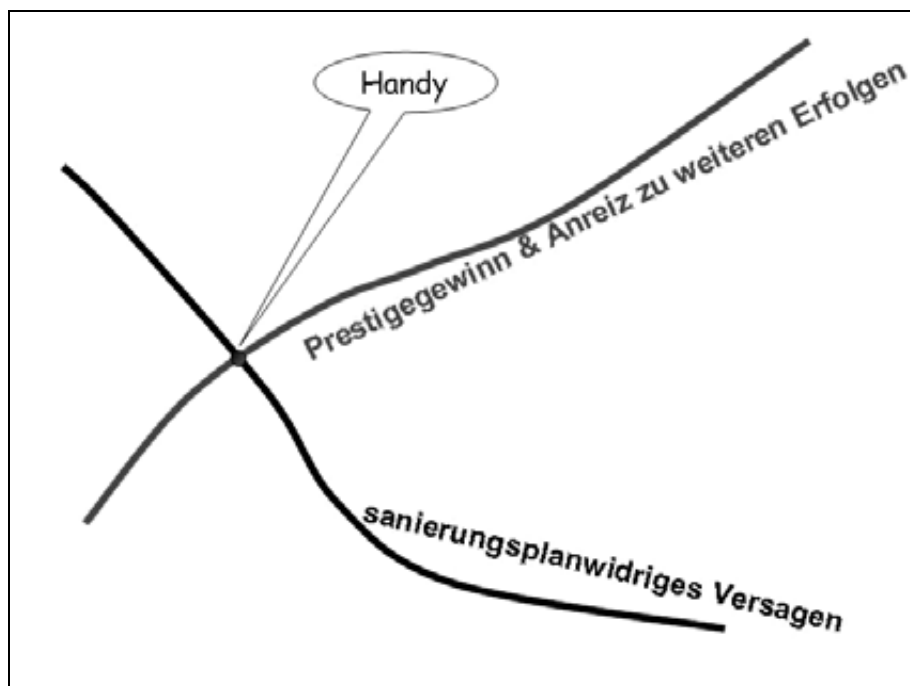


Abbildung 3

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

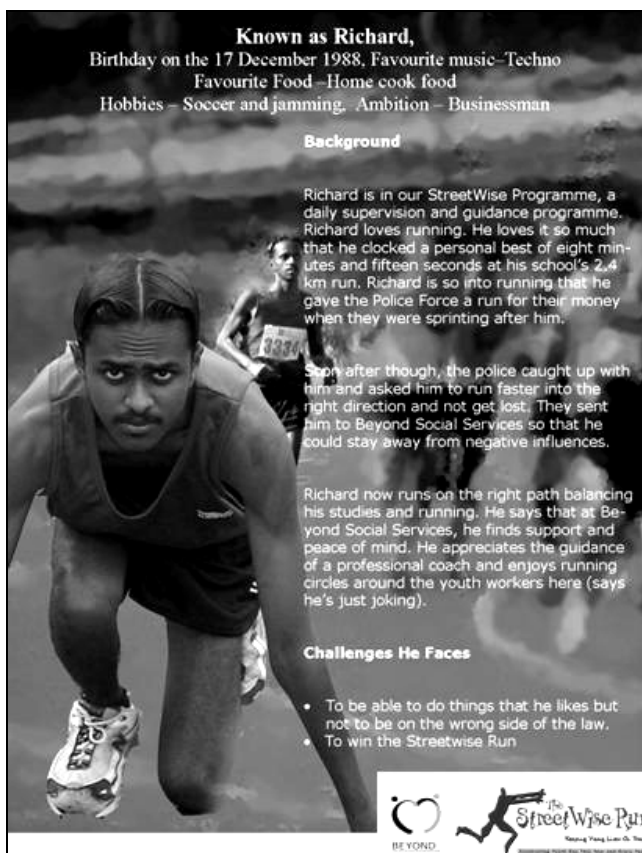
Die verschiedenen Aspekte von Verhalten finden Sie in den schon einmal angesprochenen Beschreibungen von Klientinnen und Klienten im Rahmen von Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII. Einige Begriffe kann man einfach so hinnehmen, aber je nach Rahmen als Defizit oder durchaus auch als Ressource betrachten (**Abbildung 4**). Wie ich Verhalten rahme, hat häufig etwas mit Aufgaben und Interpretationsschemata der „Beobachter-Institution“ zu tun.

depressiv	kann Stimmungen, Unwohlsein, Traurigkeit zulassen und zeigen, emotional, sensibel, tiefsinnig
aggressiv	nimmt Konflikte an, setzt zur Zielerreichung seine körperlichen Kräfte ein, lebt seine Energie aus, temperamentvoll
konzentrationschwach ablenkbar unaufmerksam	legt sich nicht auf eine Sache fest, vielseitiges Interesse, ist vielen Dingen gegenüber aufmerksam, selektiert nach eigenen Maßstäben

Abbildung 4

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Frank Früchtel: Das nächste Beispiel stammt aus Singapur, von einer Einrichtung, ähnlich wie unserem ASD (**Abbildung 5**).



Known as Richard,
 Birthday on the 17 December 1988, Favourite music-Techno
 Favourite Food-Home cook food
 Hobbies - Soccer and jamming. Ambition - Businessman

Background
 Richard is in our StreetWise Programme, a daily supervision and guidance programme. Richard loves running. He loves it so much that he clocked a personal best of eight minutes and fifteen seconds at his school's 2.4 km run. Richard is so into running that he gave the Police Force a run for their money when they were sprinting after him.

Soon after though, the police caught up with him and asked him to run faster into the right direction and not get lost. They sent him to Beyond Social Services so that he could stay away from negative influences.

Richard now runs on the right path balancing his studies and running. He says that at Beyond Social Services, he finds support and peace of mind. He appreciates the guidance of a professional coach and enjoys running circles around the youth workers here (says he's just joking).

Challenges He Faces

- To be able to do things that he likes but not to be on the wrong side of the law.
- To win the Streetwise Run

Richard rennt
 ...
 Richard liebt das Laufen. Er liebt es so sehr, dass seinen eigenen Rekord auf 8 Min. 15 Sek. beim 2,4-km-Lauf an seiner Schule verbesserte. Er ist so ins Laufen versessen, dass er der Polizei locker davonlief als sie hinter ihm her sprinteten um ihn festzunehmen. Bald danach fasste ihn die Polizei und schlug ihm vor, in die richtige Richtung zu laufen und sich nicht zu verlaufen. Sie schickten ihn zu „Beyond Social Services“, damit er sich von schlechten Einflüssen fernhalten kann. Jetzt läuft Richard auf dem richtigen Weg zwischen Ausbildung und Laufsport. Er sagt, dass er Unterstützung und Gelassenheit gefunden hat. Er schätzt den Profi-Trainer und genießt die Runden ...

Herausforderungen, die er ins Auge fasst

- in der Lage sein, Dinge zu tun, die er mag, aber nicht auf der falschen Seite des Gesetzes.
- den StreetWise-Run gewinnen

BEYOND
 THE STREETWISE RUN
 Making Young Lives Go Good

Abbildung 5

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Es ist hier gelungen, an der Kompetenz des Jungen anzuknüpfen, nämlich dem Laufen. Dieses kann man auch als ein Problem sehen. Er hat sich der Polizei über Jahre hinweg entzogen, weil er wirklich weggelaufen ist. Er war ein phantastischer Läufer und er hat natürlich auch andere, kriminelle Dinge gekonnt. Das Laufen wurde als eine Möglichkeit gesehen, an der man ansetzen konnte. Richard ist bei einem Volkslauf mitgelaufen, den diese Einrichtung initiiert hatte, und hat diesen Lauf gewonnen. Mittlerweile läuft dieses ehemalige Straßenkind in der Nationalmannschaft mit. Es ist auch eindrucksvoll, dass dieser Soziale Dienst Klienten so positiv wie auf der Abbildung darstellt, ohne zu verschweigen, dass es ein Klient ist. Dieses Poster war überall in Singapur zu sehen. Richard war nicht der Einzige, es gab mehrere Jungen in ähnlicher Ausgangslage. Man hat auch Sponsoren, in erster Linie Firmen, für die Kids gesucht, die für einige dieser jungen Leute Geld gezahlt haben, damit sie trainieren konnten.

Gute Sozialarbeiter schaffen es, Kontexte so zu wechseln.

2. Krisen sind Gelegenheiten

Im Chinesischen setzt sich ein Wort meist aus zwei Schriftzeichen zusammen, so wie auch hier auf der **Abbildung 6**:

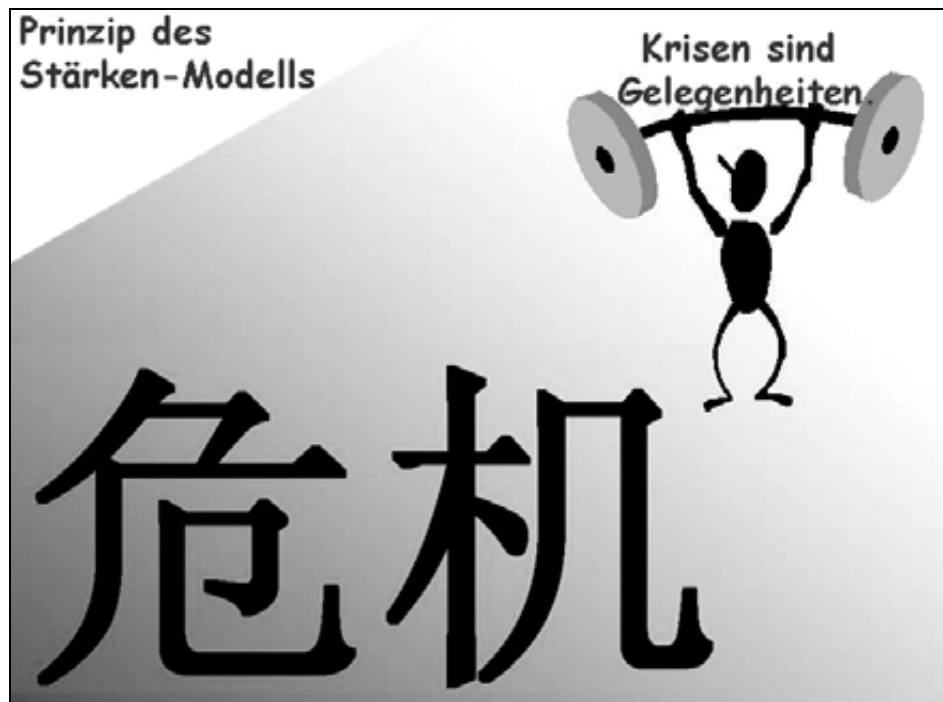


Abbildung 6

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Der erste Teil heißt „Gefahr“ beziehungsweise „Bedrohen“ und der zweite unter anderem „Wendepunkt“, „Gelegenheit“, „Chance“ (**Abbildung 7**).



Abbildung 7

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Beide Zeichen zusammen bilden das Wort „Krise“ in der Bedeutung **„Gelegenheit, die in der Gefahr liegt“**.

Es gibt in der chinesischen Sprache bei diesem Wort „Krise“ keine Möglichkeit, sich entweder auf die Seite des Positiven oder auf die Seite des Negativen zu schlagen. Eine Krise ist im Chinesischen automatisch eine gute Gelegenheit. Das lässt sich nicht auseinander halten. Das hat sicher mit der chinesischen Philosophie zu tun, in der es undenkbar ist, zwischen „schwarz“ und „weiß“ prinzipiell unterscheiden zu wollen.

Wenn wir uns überlegen, welche Lebensereignisse uns vorwärts gebracht haben, waren es meist schwierige Lebenssituationen, die wir natürlich als eine große Belastung oder

auch Herausforderung erlebt haben, aber an diesen Situationen sind wir gewachsen. Das heißt, dass die Situationen, die uns Klienten präsentieren, auch immer viele Möglichkeiten bieten. Unserer Meinung nach kommt es auf die sozialarbeiterische Kunst an, die Chancen, die in diesen Krisen stecken, mit den Menschen zusammen herauszuarbeiten.

3. Defizite befördern das Wirtschaftswachstum

In einer Marktwirtschaft zählt am meisten das Wirtschaftswachstum. Wirtschaftswachstum wird gemessen über das Bruttosozialprodukt. In der Industriegesellschaft entsteht Wirtschaftswachstum durch die Produktion von Gütern. In der Dienstleistungsgesellschaft entsteht Wirtschaftswachstum durch die Produktion von Dienstleistungen. Wir als Sozialarbeiter, Psychologen sind ein Teil der Dienstleistungsindustrie. Was sind die Rohstoffe von Dienstleistungen? Die Rohstoffe von unseren Dienstleistungen sind Ehekrisen, zappelige Kinder und Bedürftigkeiten.

Wenn in einer Industriegesellschaft die Rohstoffe ausgehen, ist die Produktion am Ende. Was tun wir in der Dienstleistungsgesellschaft, wenn uns die Rohstoffe der Bedürftigkeiten ausgehen? Erfinden wir neue Bedürftigkeiten oder machen wir alte Bedürftigkeiten stärker? Kinder werden einfach „immer schwieriger“, wir brauchen auf einmal Schulsozialarbeit, weil die Kinder so schwierig werden, dass Schulen nicht mehr damit umgehen können. Das steigert unser Wirtschaftswachstum und für unser Bruttosozialprodukt ist der Arbeitslose mit psychischen Problemen wertvoller als der Arbeitslose, der in seiner Arbeitslosigkeit glücklich ist. Es ist in der Tat so. Es gab vor nicht allzu langer Zeit in einer bekannten Wochenzeitung eine Titelgeschichte über erfundene Krankheiten (**Abbildung 8**).



Abbildung 8

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Einige der aufgelisteten Krankheiten gibt es bereits in Deutschland, einige werden gerade in Amerika erfunden, zum Beispiel das Sisy-Syndrom. Das bedeutet eine krankhafte Niedergeschlagenheit, die durch Glücklichkeit überdeckt wird. Das sind tatsächlich medizinische Diagnosen.

Wie das Wirtschaftswachstum funktioniert, verdeutlichen wir an einem Beispiel aus Norddeutschland (**Abbildung 9**). In Nordfriesland werden für Maßnahmen nach §35 a SGB VIII im Jahr 600.000 Euro ausgegeben, in Mettmann nur 30.000 Euro. Nun hat Nordfriesland zwar wesentlich mehr Einwohner als Mettmann, das erklärt aber diese Differenz nicht. Mettmann müsste vergleichsweise für seine Einwohnerzahl 150.000 Euro ausgeben. Diese Zahlen stammen aus dem Jahr 1999 oder 2000. Die Ausgaben in Mettmann haben sich kurze Zeit später eklatant verändert, weil in Düsseldorf ein neues Institut aufmachte und es dann massenhaft Diagnosen von Dyskalkulie und Dyslalie usw. gab.

Diagnosen werden durch die Helferindustrie gemacht, auf die Klienten angewiesen sind.



Defizite befördern Wirtschaftswachstum!

Beispiel § 35 a SGB VIII	Ausgaben in €	Einwohner	was Mettmann ausgeben müsste nach nf-Standard:
Nordfriesland	600.000	160.000	
Mettmann	30.000	40.000	150.000

Abbildung 9

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Im vorletzten Jahrhundert war es klar, dass es in der Sozialen Arbeit auch um Interessensgegensätze geht: Gegensätze zwischen Arm und Reich, zwischen Ohnmacht und Macht. Die heutige Form von individuellen Rechtsansprüchen ist letztendlich auch eine Kaschierung von solchen Gegensätzen, von der Ungleichverteilung in dieser Gesellschaft. Das muss soziale Arbeit immer mitdenken. Es kann nicht nur darum gehen, Menschen irgendwie gut zu diagnostizieren, sondern Soziale Arbeit muss diese politische Spannung immer mittragen und mit bearbeiten. Wir müssen auch an Strukturen Veränderungen vollziehen. Das ist ein Auftrag an Soziale Arbeit und das sagt auch das Stärkenmodell oder Empowerment. Es kann nicht darum gehen, unsere Klienten jetzt

mit einer anderen Brille zu sehen und alles in Rosarot zu malen. Es geht immer auch darum, politische Strukturen hinter individuellen Defizitzuschreibungen zu sehen und auch als ASD oder Beratungsstelle daran zu arbeiten.

Unsere Studenten lernen viel darüber, wie man psychosozial diagnostizieren kann. Sie wissen aber nicht, wie man zum Beispiel einen Leserbrief schreibt. Das gehört meiner Meinung auch zu sozialarbeiterischer Diagnostik, gut gekonnt und systematisch Zustände in die Öffentlichkeit zu tragen. Das kann man als Amtsleiter vielleicht nicht selbst schreiben, aber man kann so etwas schreiben lassen.

Wie kommt es zu der **Konstruktion von Defiziten (Abbildung 10)**? Der erste Schritt im Schema, wie Defizite im psychosozialen Bereich konstruiert werden, ist Individualisierung. Eine Störung wird zu einem individuellen Problem umdefiniert.



Abbildung 10

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Auf eine Individualisierung folgt üblicherweise als zweiter Schritt eine Standarddiagnose, die manches Mal von der Individualität nicht viel übrig lässt. Die Standarddiagnosen haben einen Vorteil: Sie führen schlüssig zu Standardursachen und Standardinterventionen. Das klingt etwas krass, aber wir verdeutlichen das an zwei Beispielen (**Abbildung 11 und 12**).

Hilfeplan (§ 36 SGB VIII)

4. Situations- und Problembeschreibung:

Psycho-sozialer Bereich:

Gerhard (8 J.) hat sich, nach den üblichen Anfangsschwierigkeiten, zunächst gut in die HPT eingelebt. Sein Verhalten in der HPT hat sich im Herbst und Winter gut entwickelt. Er konnte zunehmend auf andere Kinder zugehen, sie zum spielen auffordern und sich mit diesen gemeinsam beschäftigen. Er zeigte immer weniger Ängste und wirkte motiviert und offen. Gerhard ist selbstbewusster geworden. Derzeit hat Gerhard jedoch eine „rebellische Phase“. Er möchte durchwegs seine eigenen Bedingungen durchsetzen und es fällt ihm sehr schwer Grenzen seitens der Erwachsenen zu akzeptieren.

Individualisierung

Abbildung 11

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Erziehungsbeistandschaft gemäß § 30 SGB VIII für

Sehr geehrte [REDACTED]

aufgrund Ihres Antrages vom 13.09.1996 beim Amt für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt [REDACTED] erlassen wir folgenden

Bewilligungsbescheid:

1. Das Amt für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt [REDACTED] übernimmt die Kosten für die Erziehungsbeistandschaft durch die Katholische Jugendfürsorge [REDACTED] / das Diakonische Werk [REDACTED] ab [REDACTED] befristet bis [REDACTED].

2. Kosten werden für diesen Bescheid nicht erhoben.

Gründe:

Die sachliche und örtliche Zuständigkeit des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt [REDACTED] beruht auf §§ 85 ff SGB VIII.

Die Voraussetzungen für die Gewährung von Erziehungsbeistandschaft nach § 30 SGB VIII sind gegeben. Erziehungsbeistandschaft soll [REDACTED] bei der Bewältigung von Entwicklungsproblemen möglichst unter Einbeziehung des sozialen Umfelds unterstützen und unter Erhaltung des Lebensbezugs zur Familie ihre/seine Verselbständigung fördern.

Standardintervention

Standarddiagnose

Standardziele

Abbildung 12

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Im Beispiel 1 fällt auf, dass der Gerhard immer im Mittelpunkt ist. Er entwickelt sich gut, er zeigt immer weniger Ängste und wird immer selbstbewusster. Als er allerdings so selbstbewusst wird, dass er in der heilpädagogischen Tageseinrichtung *eigene* Bedingungen durchsetzen will und er damit ausdrückt, dass die Standardintervention nicht zu dem passt, was er eigentlich will, wird das Verhalten wieder problematisiert. Das Verhalten wird wieder als individuelles Problem gesehen, obwohl es eigentlich die Standardintervention ist, die nicht mehr passend ist. Das neu gewonnene Selbstbewusstsein von Gerhard wird nicht als Erfolg gewertet, sondern wird in der Hilfeplanung wieder pathologisiert.

Das zweite Beispiel zur Standardintervention stammt aus einem Bescheid der Wirtschaftlichen Jugendhilfe zur Erziehungsbeistandschaft. Die Standardintervention ist die Erziehungsbeistandschaft. Die Standarddiagnose lautet „Die Voraussetzungen für ... § 30 sind gegeben.“ Die Standardziele werden so formuliert: „Die Erziehungsbeistandschaft soll bei der Bewältigung von Entwicklungsproblemen möglichst unter Einbeziehung des sozialen Umfelds unterstützen und unter Erhaltung des Lebensbezuges ... Verselbstständigung fördern.“

Man kann jetzt sagen, das ist ein Bescheid und in einen Bescheid gehört nichts anderes hinein. Wenn ich das lesen würde, würde ich mich als Klient nicht ernst genommen fühlen. Das ist Konfektionsware. Wir unterschätzen, was wir mit unseren Briefen bei unseren Adressaten auslösen. Auch ein Bescheid muss auf den Einzelnen eingehen und muss vor allem deutlich machen, wer eigentlich die Leister sind. Das Amt für Jugendliche und Familien der Stadt XY ist hier erstens der Bewilliger und zweitens auch noch Leister. Im Zentrum stehen eine Leistungsgewährung und der Leistungsgewährer, nicht der Klient. Die Leistungsempfänger müssten die zentrale Rolle spielen. Wenn sich am Leben eines Menschen etwas verändern soll, ist er eigentlich kein Leistungsempfänger, sondern der Leister und wir sind die Moderatoren in dem Prozess. Das kommt in solchen Bescheiden nicht zum Ausdruck. Das ist schade. Wir verschenken damit eine Möglichkeit. Wir haben das in Stuttgart mal versucht, Bescheide anders zu schreiben. Das ist nicht einfach, aber es geht.

Wolfgang Budde: Warum wollen und sollen wir einerseits an den Stärken und Ressourcen anknüpfen, aber kommen in unseren Dokumenten andererseits allzu oft Defizitbeschreibungen vor?

Es hat durchaus eine bestimmte **Systemlogik**, warum Defizitdiagnosen sich so hartnäckig halten:

- Ein Aspekt dafür scheint zu sein, dass durch Defizitdiagnosen Handlungsfähigkeit gewonnen wird. Sie ermöglichen eine routinemäßige Bearbeitung und unterstützen manchmal eine Überweisungslogik, in der man nach Angeboten ausschaut, die sich mit Spezialproblematiken befassen.
- Defizitdiagnosen, Spezialproblematiken und spezielle standardisierte Verfahrenswesen damit umzugehen, unterstützen ein bestimmtes Verständnis von Professionalisierung, weil sie eine Ansammlung von beruflichem Wissen nach sich ziehen, wie mit bestimmten Spezialproblematiken umgegangen werden kann.

- Eine Defizitdiagnose, insbesondere eine individualisierte, hat zudem für die beobachtenden Systeme einen entlastenden Effekt. Wenn ich als Lehrer von einem Schüler sage: „Er macht seine Hausaufgaben nicht ordentlich oder beteiligt sich nicht aktiv am Unterricht“, dann löse ich das Verhalten aus den Kontexten (Familie und Schule), in dem es gezeigt worden ist.
- Es gibt eine bestimmte Finanzierungslogik, die an Defizitdiagnosen hängt. Je schlimmer der Fall beschrieben wird, desto sicherer ist es, dass Sie zum Beispiel ein paar Fachleistungsstunden mehr über einen längeren Zeitraum finanziert bekommen. Das kennen Sie wahrscheinlich aus Ihrer Praxis.

Vor einiger Zeit waren wir in einem hessischen Jugendamt mit knappem Haushalt, das sich gerade mit dem Umbau in Richtung Sozialraumorientierung beschäftigte. Es gab eine Clearingstelle, die dann wirksam wurde, wenn eine Maßnahme eines Erziehungshilfeträgers verlängert werden sollte. Die SozialarbeiterInnen vertraten einerseits die Philosophie der Stärkenorientierung, andererseits war vollkommen klar, wenn sie in dem Bericht an die Clearingstelle Ressourcen und Stärken eines Klienten anführten, gäbe es keine Verlängerung der Maßnahme. Sie mussten in diesem Dokument deutlich machen, dass es zwar schon etwas besser geworden sei, aber es noch massive Probleme gebe und man noch daran weiterarbeiten müsse. Die Finanzierungslogik unterstützte also die Defizitbeschreibungen.

4. Der Wille der Leute ist das wertvollste Gut

Frank Früchtel: Zu diesem Prinzip zeigt **Abbildung 13** einen Interviewmitschnitt, der ins Deutsche übersetzt wurde.

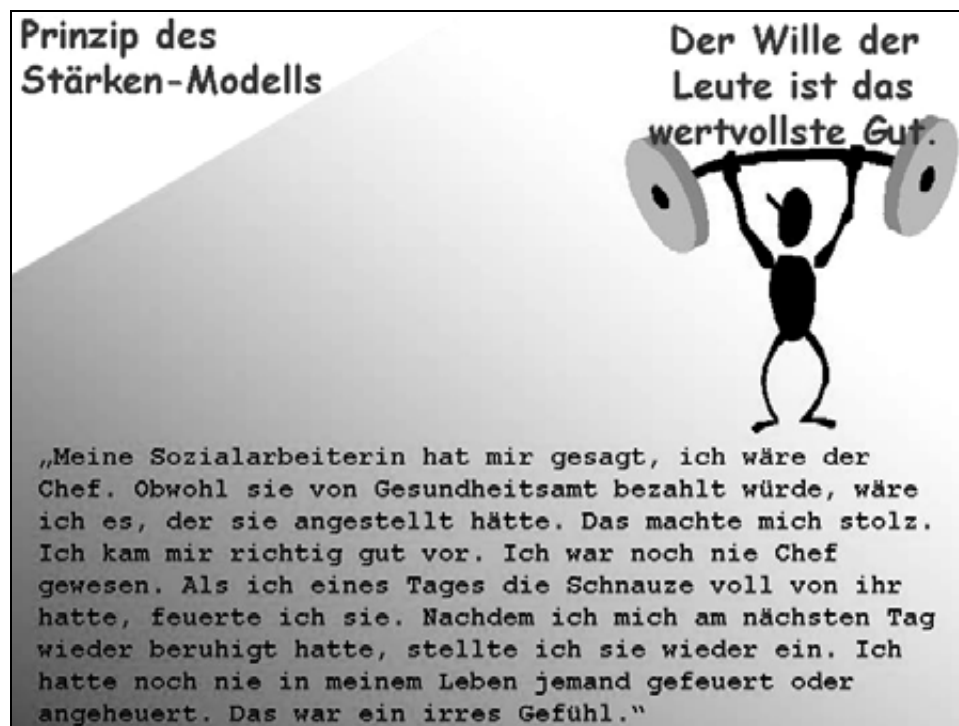


Abbildung 13

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Mit einer Gruppe von Studierenden war ich vor kurzem in einem Jugendcafé des katholischen Jugendverbandes in Bamberg. In der katholischen Jugendarbeit sind die Volunteers – die Ehrenamtlichen – die Vorgesetzten der Hauptamtlichen. Die Leiterin dort hat das thematisiert, aber sie konnte damit leben. Wir haben noch lange darüber gesprochen und festgestellt, dass das ein interessantes Prinzip aus Lebensweltperspektive sein könnte. So etwas könnte man doch einmal im Jugendamt versuchen. Es scheint erst einmal undenkbar, aber warum könnten wir nicht eine Gruppe von Lebensweltexperten als Controller einsetzen und bezahlen, die sich aus ehemaligen oder auch aktuellen Klienten zusammensetzt? Ich denke, das wäre eine heilsame Erfahrung und eine Perspektivvermehrung für uns Profis.

Warum ist der Wille so wichtig? Dafür gibt es zwei Begründungen:

1. eine behavioristische Begründung: Wenn wir nicht mit dem Willen der Leute arbeiten, werden uns Leute über kurz oder lang beweisen, dass wir einen Fehler gemacht haben. Sie werden oberflächlich, weil sie uns nett finden oder weil wir die Macht und das Geld haben, das zu tun, was wir wollen, aber der Wille wird sich seinen Weg bahnen. Es geht also nicht darum, Leute zu motivieren, sondern darum, Motivationen von Leuten zu finden.
2. eine ethische Begründung: Immanuel Kant behauptet, das Menschliche am Menschen ist seine Freiheit von natürlichen Kausalitäten: „Freiheit ist die Eigenschaft vernünftiger Wesen, da sie unabhängig von fremden sie bestimmenden Ursachen wirkend sein können“. Menschen sind in der Lage, sich selbst Ziele zu setzen, das heißt über den Status Quo hinauszuwachsen, weil sie sich für etwas entschieden haben, das ihnen so wertvoll ist, dass sie dafür Anstrengungen leisten. Freiheit heißt im Kantschen Sinne, dass die zukünftigen Handlungen eines Menschen nicht durch seine vergangenen Handlungen, durch seinen Charakter oder durch seine Umwelt vorbestimmt sind. Würde ist der Respekt vor eines jeden Menschen Fähigkeit, dem eigenen Leben zu jedem beliebigen Zeitpunkt eine völlig neue Deutung geben zu können und es dadurch unter Umständen radikal ändern zu können. In dieser Argumentation sind die Idee der Würde und die Idee der Freiheit des Willens unauflöslich miteinander verbunden. Der Respekt als Schutzvorrichtung verhindert, wozu Abhängigkeiten verleiten, nämlich in die Wahrnehmungs-, Entscheidungs- und Lösungsprozesse von Klienten einzudringen und Probleme zügig für jemand zu lösen, die eventuell mit dessen eigenen Möglichkeiten lösbar sein könnten. Das zu tun, kann man als Angriff auf die Würde des Betroffenen sehen.

Daher meinen wir, der Wille der Leute ist das wertvollste Gut, wohl wissend, dass mit dem Willen der Leute zu arbeiten sehr schwierig ist, gerade in einer Kinderschutz-Situation, in der sich Jugendämter erst einmal mit der Kraft ihrer staatlichen Macht gegen Eltern durchsetzen müssen. Dort ist es in der Tat sehr schwer, mit dem Willen der Leute zu arbeiten. Aber es geht.

Wolfgang Budde: Dieser Zusammenhang wird vielleicht noch durch eine Grafik deutlich gemacht, die wir Herrn Schrapper verdanken (**Abbildung 14**).

Die meisten Hilfeplanungsprozesse scheitern durch mangelnde Akzeptanz bei den Adressaten. Wenn Sie nicht am Willen der Klienten anschließen, wird sich der Wille in irgendeiner Form Bahn brechen. Es kann nicht gelingen, Klientinnen und Klienten für bestimmte Lösungsplanungen zu motivieren, es kann nur darum gehen, deren Motivation zu suchen und an deren Motivation anzuschließen. Wenn das gelingt, dann entwickeln Klientinnen und Klienten manchmal ungeahnte Aktivitäten.

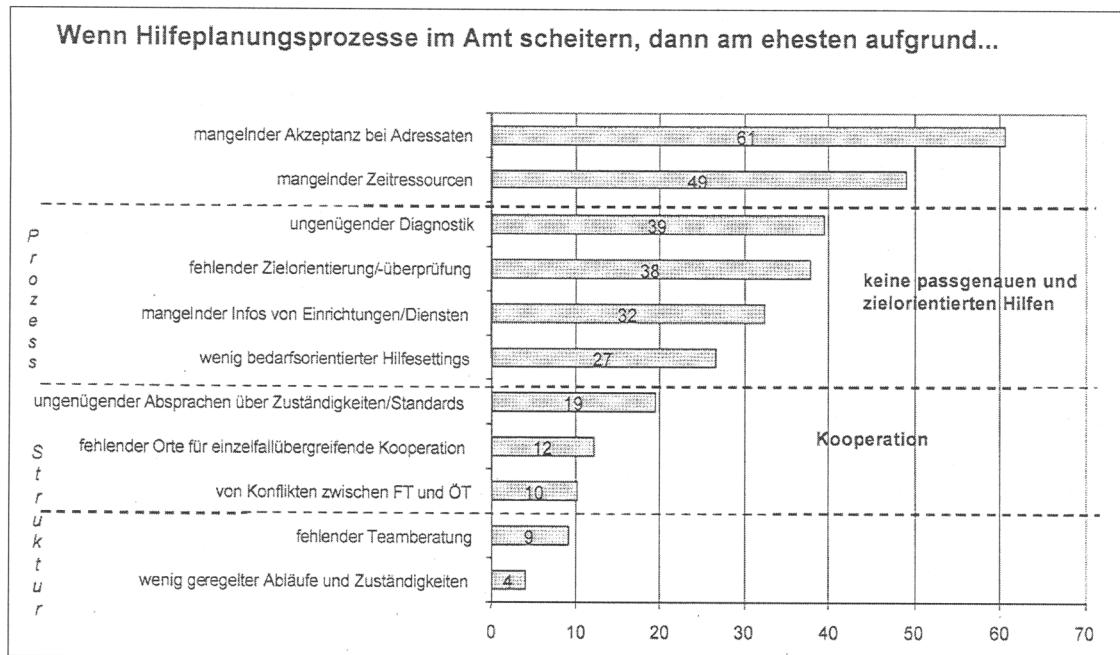


Abbildung 14

© Prof. Dr. Christian Schrapp

Ein Beispiel: Wir betreiben an der Universität Bamberg ein kleines Projekt, das sich bemüht, mit lebensweltorientierter sozialer Arbeit Ernst zu machen. Wir bekommen immer wieder Klientinnen und Klienten aus irgendwelchen Organisationen der Stadt.

In einem Fall bekamen die Studentinnen und Studenten über eine Wohnungsbaugenossenschaft und eine Betreuungsstelle eine Klientin, die erst mal wie folgt beschrieben wurde: Sie lebte in einer nicht renovierten Wohnung der Genossenschaft. Der Mietpreis war akzeptabel und sie vereinbarte mit der Wohnungsbaugenossenschaft, diese Wohnung einigermaßen zu renovieren. Als sich eine Vertreterin der Genossenschaft nach zwei Monaten das Renovierungsergebnis ansehen wollte, sah die Wohnung völlig chaotisch aus. Die Mieterin hatte begonnen, die Tapete von den Wänden zu reißen, Hausaufgaben der Kinder, Kleidungsstücke, Lebensmittel lagen neben den heruntergerissenen Tapeten in der Wohnung. Die Frau war völlig überfordert. Die Vertreterin der Wohnungsbaugenossenschaft hat als erstes die Betreuungsstelle angerufen. Die Betreuungsstelle wollte vor einer eventuellen Betreuung alle Mittel und Möglichkeiten ausnutzen und hat diese Klientin an die Studenten unseres Projektes vermittelt.

Diese haben einen Methodenschritt angewandt, den wir „Vom Wunsch über den Willen zum Ziel“ nennen. Mit Hilfe von lösungsorientierten Fragestellungen, die an Ressourcen und Vorstellungen von Klienten anknüpfen, wurde die Frau veranlasst sich vorzustellen, es passiere ein Wunder und ihre Wohnung sei in einem wunderbaren Zustand.

Sie sollte nun diese Wunschwohnung beschreiben. Die Frau zählte auf: Es ist tapeziert, sie hat eine neue Couch, einen Teppich, auf der Couch sitzt ein 35-jähriger Mann, der eine gute Stellung hat usw. Die Studenten haben sich die Liste angeschaut und sie gefragt, für welche dieser Wünsche sie etwas tun möchte. Daraufhin hat die Klientin einzelne Dinge identifiziert, die sie sich zutraut.

Zwischen der Klientin und den Studenten des Projektes wurde ein Kontrakt über die Aufgabenverteilung geschlossen. Im Rahmen dieses Kontraktes hat die Frau Kontakt mit dem Sozialamt aufgenommen und geklärt, inwieweit Renovierungskosten übernommen werden können. Sie hat mit der Wohnungsbaugenossenschaft gesprochen, sich selbst Möbel besorgt. Von Betreuung war überhaupt keine Rede mehr. Sie zeigte sich in ihrem Alltag, strukturell unterstützt durch Studentinnen und Studenten, höchst kompetent, wenn es darum ging, an ihrem Willen und ihren Träumen zu arbeiten.

Wichtig ist der Unterschied zwischen Willen und Wunsch. Ich denke, wir haben häufiger Klientinnen und Klienten, die uns mit unseren Wünschen konfrontieren. Wir merken das daran, dass SozialpädagogInnen arbeiten, während die Klienten relativ entspannt daneben sitzen. Für uns ist wichtig herauszubekommen, was die Leute wollen und wie wir gemeinsam einen Kontrakt erstellen, weil wir in dem Willen letztlich die Brennstoffzelle für den Veränderungsprozess sehen.

Frank Früchtel: Ein Kennzeichen, wie Sie Wünsche von Willen unterscheiden können, ist, ob sich jemand *wünscht*, jemand anderes möge etwas für ihn tun, oder ob er selbst meint, etwas tun zu müssen beziehungsweise bereits tut. In Letzterem äußert sich sein Wille. Ein Wille schließt immer ein Tun ein.

Der Wille des Menschen ist gleichzeitig eine Zukunftsvorstellung. Schopenhauer konzipiert in seinem Buch „Die Welt als Wille und Vorstellung“ den Willen einerseits als die uns vorantreibende Energie und andererseits als Konstruktionsinstrument für die Zukunft. Der Wille von Klienten ist die Ressource, sich eine andere (bessere) Zukunft vorzustellen.

Ein Beispiel aus Neuseeland: Ein Mädchen wurde öfter beim Stehlen in Läden und Kaufhäusern erwischt. Die Sozialarbeiter haben dieses Stehlen nicht nur als kriminelles Problem gesehen, sondern sie haben die Kompetenz dahinter und den offensichtlichen Willen des jungen Mädchens, damit ihren Lebensunterhalt zu bestreiten, genutzt. Die Lösung bestand darin, dass dieses Mädchen als Testdiebin in den Läden der Stadt weiter gestohlen und danach Seminare für die Ladenbesitzer durchgeführt hat, damit diese ihre Waren besser sichern konnten.

5. Klienten sind Lebensweltexperten

Wolfgang Budde: Diese Ansicht teilen wir wohl alle miteinander. Der Status der Klienten als Lebensweltexperten lenkt den Blick auf Ressourcen und Kompetenzen, aus denen nachhaltige Lösungen entstehen, also die Kompetenzen und Stärken, die die Klienten selber in ihrem Umfeld kennen und die sie in Lösungen einbringen können. Voraussetzung dafür ist, dass die Zusammenarbeit mit den Klientinnen und Klienten auf Augenhöhe geschieht, dass die Klientinnen und Klienten in erster Linie als Besitzer von Stärken und Kompetenzen gesehen werden und darin unterstützt werden, eine Lösung

zu finden, die in ihrer Lebenswelt Bestand hat. Wir akzeptieren damit natürlich, dass solche Lösungen manchmal einen bestimmten Eigensinn haben und provisorisch sind.

Ein Beispiel von Herrn Manderscheid vom Caritasverband in Frankfurt: Eine alte Dame wurde durch einen mobilen sozialen Hilfsdienst unterstützt und bekam „Essen auf Rädern“ geliefert. Mit steigendem Alter wuchs jedoch ihre Befürchtung, die Menschen, die sie in ihrer Wohnung besuchten, nicht mehr kontrollieren zu können. In dem Maße, wie sie um Kontrollverlust fürchtete, schirmte sie ihren Privatbereich stärker von Fremden ab, bis sie den Hilfsdienst und den Essendienst überhaupt nicht mehr in die Wohnung ließ und die Mitarbeiter sich Gedanken machten, was aus der alten Dame wird. Der mobile Hilfsdienst wusste zwei Dinge von dieser Dame: Sie hat ein gutes Verhältnis zu einem Kioskbesitzer, dessen Kiosk vor ihrem Haus steht, und ist regelmäßige Besucherin eines Cafés, wo sie gern Sahnetörtchen isst. Was fängt man mit diesem Wissen im Zusammenhang mit Ressourcen und einem Lösungsplan an? Zumindest auf Zeit ist es dem mobilen sozialen Hilfsdienst gelungen, einen Umzug der Dame in eine stationäre Einrichtung hinauszuschieben, und zwar dadurch, dass das „Essen auf Rädern“ zu dem Kioskbesitzer geliefert worden ist und die Frau das Essen in dem Kiosk zu sich genommen hat. Außerdem wurde mit dem Cafébesitzer vorübergehend ein Kontrakt geschlossen, dass notwendige Hygieneleistungen für diese Frau in dem Personalbereich des Cafés erbracht werden konnten. Das schloss an die Mobilität der Frau an, an ihrem Willen, in der Wohnung zu bleiben, aber respektierte gleichzeitig auch, dass sie keine Profis mehr in die Wohnung lassen wollte. In diesem Beispiel haben Ressourcen und Wille von Klienten einen Stellenwert für eine Lösungsplanung gewonnen.

Zum Vergleich zeigt **Abbildung 15** die Selbstdarstellung eines ambulanten Pflegedienstes. Hier wird nicht ersichtlich, wie diese Kollegen, die sicher eine gute Arbeit leisten, mit den Ressourcen und Kompetenzen ihrer Zielgruppe arbeiten.

Diakonie 

STARK FÜR ANDERE

Diakonische Dienste XXXXXXXXXX gGmbH

WIR BIETEN IHNEN

UMFASSENDE HILFE UND

UNTERSTÜTZUNG



ambulanter Pflegedienst,
soziale Dienstleistungen

Krankheit und Pflegebedürftigkeit kommen oft schnell und überraschend. Dann brauchen Sie zuhause sofort Hilfe und Unterstützung bei der Pflege und den hauswirtschaftlichen Aufgaben.

Dafür sind wir da.

Wir betreuen Sie in Ihrer gewohnten Umgebung und tun unser Bestes um Ihren Bedürfnissen und Wünschen zu entsprechen.

Wir kümmern uns um die kleinen und großen Sorgen und um Ihre häusliche Pflege.

Wir haben die Zulassung für alle Krankenkassen.

Wenn wir Ihnen nicht direkt helfen können, vermitteln wir Sie gerne weiter an Fachleute, Kliniken, Behörden und Organisationen, die weiterhelfen.

Abbildung 15

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

6. Gelegenheiten schaffen!

Frank Früchtel: Auf der individuellen Ebene dieses Prinzips meinen wir, dass es quasi um eine Gleichung geht, Stärken – das müsste das Hauptaugenmerk sozialarbeiterischer Diagnose sein – und Wille von Leuten zu sehen. Dann erziele ich eine Wirkung (**Abbildung 16**).

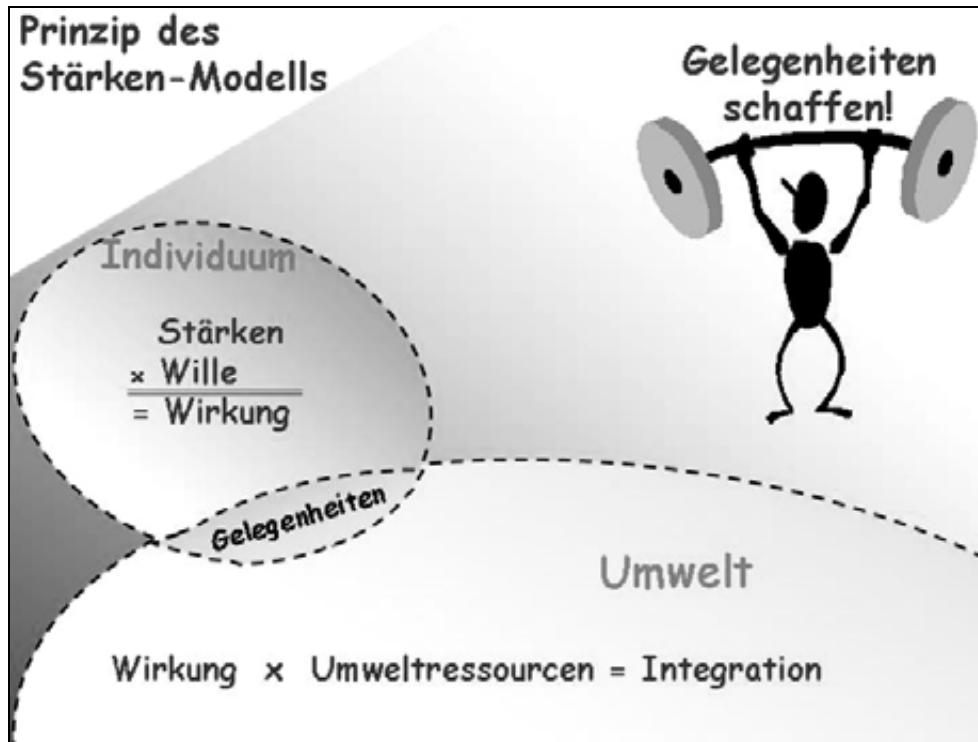


Abbildung 16

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Wenn einer dieser Faktoren Null ist, wird die ganze Gleichung Null. Das ist die individuelle Seite. Das würde eine gute Psychologin ebenso machen. Das ist aber nur ein Teil sozialer Arbeit. Soziale Arbeit kann mehr. Soziale Arbeit begnügt sich nicht damit, einzelne Menschen, einzelne Familien zu sehen.

Der Hauptauftrag Sozialer Arbeit ist Integration oder die Vermeidung von Exklusion. Wir sagen dazu: Gelegenheiten schaffen. Wir als Sozialarbeiter können nicht integrieren. Ein Heim kann zwar jemanden in seine Einrichtung integrieren, dort lernen die Leute, wie man sich in einem Heim verhält. Das ist aber nicht die Integration, die mit dem Auftrag an Soziale Arbeit gemeint ist. Integrieren können nur Normalsysteme. Integrieren können keine Arbeitsförderungsmaßnahmen, sondern nur der Arbeitsmarkt. Integrieren kann keine Sonderschule, sondern nur eine normale Schule. Integrieren kann ein Verein, eine Kirchengemeinde oder auch eine Bank. Wir können nur Gelegenheiten für die Integration schaffen, aber das können wir nicht, wenn wir nur auf individuelle Stärken und Willen schauen. Das ist zwar ein sehr wichtiger und zentraler Faktor, aber gute Sozialarbeit muss mindestens genauso gut im sozialen Raum verankert sein. Ich darf nicht nur meine Fälle kennen, ich muss auch deren Nachbarn und Straßen kennen. Das ist natürlich eine große Herausforderung, aber ich kann eigentlich nur dann Gele-

genheiten schaffen, wenn ich Ressourcen der Umwelt kenne. Diese Gelegenheiten, so behaupten wir, kann ich auch nicht erst dann schaffen, wenn ein Klient bei mir vor der Tür steht und ein Problem oder einen Willen oder eine Stärke präsentiert. Ein solcher „Stadtteilcowboy“ zu werden, das braucht ein paar Jahre.

Ich kann natürlich nicht für einen einzelnen Klienten einen Volkslauf wie im Beispiel aus Singapur (siehe Abbildung 5) organisieren, sondern so ein Volkslauf muss Jahre vorher etabliert sein und dadurch entsteht für Richard eine Gelegenheit zur Integration. Ein weiteres Beispiel aus Singapur ist der Junge Chee Keong (**Abbildung 17**). Das Lieblingsspiel des Jungen ist Counter Strike, ein brutales Computerspiel. Das wird hier nicht heruntergespielt, aber es wird auch nicht kriminalisiert. Es wird herausgearbeitet, dass er im Computerspiel sehr gut ist (Stärke) und Lust und Spaß an Computerspielen hat (Wille). Daraus entsteht dadurch eine Gelegenheit, dass er sich zusammen mit den Profis ein Ziel setzt, einmal selbst Computerspiele zu entwickeln. Im Volkslauf ist der Sponsor für Chee Keong eine Softwarefirma. Ob daraus eine tragfähige Lösung entsteht, wissen wir nicht. Aber diese Gelegenheit hat die Einrichtung dadurch geschaffen, dass sie schon lange, bevor Chee Keong ihr Klient wurde, den Volkslauf ins Leben gerufen hatte, Sponsoren gesucht hatte, Softwarefirmen in der Umgebung kannte. Das schaffe ich nicht erst dann, wenn ich mit einem Fall beschäftigt bin – oder nur sehr selten und nicht systematisch.



Abbildung 17

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Daher muss soziale Arbeit auf beiden Seiten arbeiten: auf der individuellen Stärkeseite sowie im Sozialraum. Nur wenn ich individuelle Stärken und Willen gut herausarbeiten kann, schaffe ich es auch, sie mit Ressourcen im sozialen Raum zu verbinden, so dass

sich Gelegenheiten ergeben. Ob sich diese Gelegenheiten wirklich materialisieren und wie lange sie halten, das ist sicher mit Risiken behaftet. Lebensweltorientierte soziale Arbeit lebt vom Provisorium.

Unsere Lösungen sind nie hundertprozentig sicher. Wasserdichte Lösungen sind nur Lösungen des Hilfesystems, die allerdings den hohen Preis der Desintegration haben. Die Welt, die ich in einer heilpädagogischen Tagesstätte kennen lerne, ist eine schöne Welt. Dort lernen Kinder, wie man sich in der Mittelschicht verhält. Aber sie lernen sehr wenig über das Überleben in einer Nicht-Mittelschichtsfamilie, in einer chaotischen Familie, in der es jeden Tag Krach gibt, in der man Probleme nicht ausdiskutiert, sondern der Vater diese mit der Faust entscheidet. Da muss ich andere Kompetenzen erwerben als in einer Mittelschichtsfamilie, was man in einem desintegrierenden Hilfesystem, das nach allen Regeln der Kunst abläuft, nicht lernen kann.

Ein Beispiel: Wir waren mit einer Gruppe von Studierenden in Berlin im Jugendknast. Dort hat uns eine Mitarbeiterin, eine Sozialarbeiterin, erzählt, dass sich die Jugendlichen während der Zeit oft zum Positiven verändern. Sie lernen eben, wie sie sich in der Einrichtung verhalten sollen. Das Problem ist, wenn sie entlassen werden, kommen sie oft mit ihrer alten Umgebung und ihren Freunden nicht mehr zurecht. Die StudentInnen schlugen vor, die Freunde mit in den Knast einzuladen, um das pädagogische Programm mit zu bestimmen. Das ist dort natürlich undenkbar und vielleicht einer der Gründe, warum die dort erzielten Wirkungen nicht nachhaltig sind.

Lebensweltliche Lösungen sind eben nur mit der Lebenswelt möglich. Mit lebensweltlichen Lösungen riskiert man auch die „Wasserdichtheit“ professioneller Lösungen. Sie verlangen mehr moralische Courage und mehr Flexibilität von unseren Hilfsorganisationen.

Überblick über die Methode des Ressourcenchecks

Wolfgang Budde: Vor diesem Hintergrund merken Sie, warum wir daran interessiert sind, Ressourcen und Kompetenzen aus der Fallseite, aber auch auf der Feldseite systematisch zu sammeln. Wir sind immer dabei, Techniken kennen zu lernen und weiter zu entwickeln, die in der Lage sind, Ressourcen auf der Fallseite und auf der Feldseite aufzudecken und zu mobilisieren.

„Ressourcencheck“ ist eine Technik, mit deren Hilfe Wille, Ziele, Kompetenzen und Ausstattung auf der Fallseite mobilisiert werden. Man muss allerdings sagen, dass sich diese Technik „Ressourcencheck“ in ein komplexeres Modell von Sozialraumorientierung einordnet (**Abbildung 18**). Alles vorher Gesagte muss im Grunde genommen im sozialraumorientierten Konzept noch durch Veränderungen auf der Organisationsseite gestützt werden. Wenn Organisationen Lösungsplanungen nicht nach Standarddiagnosen oder -vorgehensweisen stricken, sondern Lösungsplanungen an dem Willen und den Ressourcen und Kompetenzen des Falles und des Feldes zu orientieren, dann müssen sich Organisationen massiv flexibilisieren. Dann braucht man häufig auch eine Aufbau- und Ablauforganisation im Sinne einer Raum-bezogenen Steuerung. Dieser Zusammenhang muss dabei gesehen werden, lebensweltorientierte Arbeit zieht Stadtteilarbeit und Organisationsentwicklung nach sich.



Abbildung 18

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Der Ressourcencheck bemüht sich, die Ressourcen auf der Fallseite zu mobilisieren. Er hat drei Phasen, mit deren Hilfe Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter Klientinnen und Klienten ihre Stärken vor Augen führen (**Abbildung 19**). Es geht in der Tat nicht darum, dass unser Expertenwissen über Klientenressourcen und –kompetenzen gesteigert wird, sondern es geht darum, dass Klientinnen und Klienten dadurch empowert werden, dass sie selbst entdecken, dass sie ihren Problemen nicht hilflos gegenüberstehen und selbst viele Ressourcen besitzen:

In der ersten Phase stellen wir im Ressourcencheck mit der Klientin/dem Klienten ein Kompetenzteam zusammen. Wir gehen gemeinsam auf die Suche nach Ressourcen, fragen nach Menschen, die sie/ihn gut kennen und „Experte“ für sie/ihn in der Schule, im Verein oder im Freizeitbereich ist. Wer zu diesem Kompetenzteam zugelassen wird, wird letztlich von der Klientin/dem Klienten selbst bestimmt, denn diese Sache hat auch eine soziale Dimension, wen man zur Bewältigung einer solchen Aufgabe an sich heranlassen will.

Im zweiten Schritt wird ganz unsystematisch nach dem Motto „so viel wie möglich“ nach Stärken, Kompetenzen und Ausstattungen gesucht. Das können Beschreibungen sein, besondere Begabungen, eine besondere materielle Ausstattung... – alles, was Klientinnen und Klienten einfällt, spielt dabei eine Rolle.



Abbildung 19

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Die dritte Phase „Feedback zum Feedback“ schließt an die Ihnen bekannten Feedback-Regeln an. Dadurch, dass die Stärke, die in der zweiten Phase genannt worden ist, räumlich und zeitlich gerahmt wird, zum Beispiel „Du kannst besonders gut auf Menschen zugehen. Gestern im Jugendtreff habe ich das beobachtet...“, gelingt es nach unserer Erfahrung Klientinnen und Klienten ein größeres Maß an Sicherheit zu vermitteln, eigene Stärken auch als solche zu erkennen und anzunehmen.

Solche Ressourcenchecks sind in konkreten Fallzusammenhängen anzuwenden. In einem vierten Schritt wird dann versucht zu ermitteln, was man mit den formulierten Stärken und den Gelegenheiten, die der Sozialraum zur Verfügung stellt, tun kann, um im Rahmen einer Hilfeplanvereinbarung einen Lösungsplan zu entwickeln.

Diese vier Phasen sollen in der folgenden Arbeitsgruppe differenzierter diskutiert und eingeübt werden.

Psychosoziale Diagnostik in der niederländischen Kinder- und Jugendhilfe

DR. PETER M. VAN DEN BERGH

Fachbereich Erziehungswissenschaften, Institut für Orthopädik, Abteilung Kinder- und Jugendhilfe, Universität Leiden

Drei Bemerkungen vorher

1. Zuerst möchte ich mich bei den Organisatoren dieser Fachtagung herzlich für die Einladung bedanken, welche mir heute die Ehre verschafft, vor Ihnen über die Diagnostik in der niederländischen Kinder- und Jugendhilfe sprechen zu dürfen. Trotz der Tatsache, dass ich als letzter Redner am Freitagnachmittag eingeplant bin, hoffe ich, dass ich die Erwartungen der Organisatoren erfüllen kann. Falls nicht, dürfen Sie denken, sie in den Niederlanden versuchen es, aber bei uns läuft es wohl doch besser.
2. Es fällt mir nicht ganz leicht, mich auf Deutsch auszudrücken, vor allem wenn es um spezifische Fachtermini geht. Auch die Grammatik geht meistens nicht gut. Nehmen Sie mir das bitte nicht übel. Aber wenn Sie Rudi Carell verstehen können, dann wird es mir vielleicht auch gelingen.
3. Über Heilpädagogik kann ich folgendes sagen. Heilpädagogik heißt auf Niederländisch „Orthopedagogiek“. Die Bezeichnung „Heilpädagogik“ entsteht mit einer recht medizinisch gefärbten Bedeutung. Die Erziehung von Tauben, Blinden und Schwachsinnigen wurde unter der Leitung von Ärzten systematisch angegangen. Gemeinsam mit engagierten Lehrern setzen diese Ärzte sich für die Entwicklung einer auf diese Kinder ausgerichteten Schule ein. Sie stehen an der Wiege der heutigen Sonderschulen.

In der damaligen Heilpädagogik wurden Kinder mit ernsthaft unangemessenem Verhalten oft als verwahrloste und kriminelle Kinder bezeichnet, man wollte versuchen, ihnen das richtige Wertebewusstsein beizubringen. Die Vorsilbe „heil-“ wurde in diesen Kreisen nicht immer im medizinischen Sinne von „heilen“ verstanden, sie hatte oft eine religiöse oder humanistische Bedeutung. Angestrebt wurde die sittliche Vervollkommenheit. Dieser Gedanke war auch bereits in den Terminus „Pädagogisch-moralische Heilkunde“ eingegangen.

Darum sagen wir in Holland nicht Heilpädagogik, sondern Orthopädagogik. „Ortho“ bedeutet: „richten, was krumm ist“. Traditionell ist die Orthopädagogik in der Praxis in drei Arbeitsfelder gegliedert: die Kinder- und Jugendhilfe, die Fürsorge für Behinderte und für Kinder mit Lernproblemen. Orthopädagogik ist in den Niederlanden eine akademische Disziplin. Für den diplomierten Orthopädagogen besteht das Grundstudium aus einem vierjährigen universitären Studiengang.

Ich fürchte übrigens, dass wir in Zukunft nicht mehr Orthopädagogen genannt werden. Wir sind mehr und mehr angelsächsisch orientiert. Man denkt nun an „Child Psychopathology“ oder „Clinical Child and Adolescent Studies“.

Ich habe es etwas umständlich erzählt wegen der Tatsache, dass nur Psychologen und Orthopädagogen in den Niederlanden (Test)Diagnostik machen sollen.

Orthopädagogen und (Kinder- und Jugend- beziehungsweise Entwicklungs-) Psychologen nehmen in der Praxis manchmal recht austauschbare Positionen ein. In Stellenausschreibungen wird dann eine Vorausbildung in Psychologie/Orthopädagogik verlangt. Dadurch, dass in den Orthopädagogik-Ausbildungsgängen neben der Diagnostik der Schwerpunkt auf Behandlung und Betreuung liegt, ist die Arbeitsmarktposition der Absolventen gut. Die Kluft zwischen Theorie und Praxis ist bei Entwicklungspsychologen größer.

Eine ebensolche „Grenzdiskussion“ findet zwischen Orthopädagogen/Psychologen einerseits und Kinderpsychiatern andererseits statt, besonders auf dem Gebiet psychosozialer Probleme. Der Kinderpsychiater hat durch seine lange Studiendauer, zu der eine große praktische Erfahrung gehört, anfangs sicher einen Vorsprung. Dieser nimmt jedoch in dem Maße ab, in dem in den anderen Disziplinen durch Erfahrung und postgraduelle Fortbildung die Expertise steigt. Es ist deutlich, dass für die Orthopädagogik ein eigenes Profil konstatiert werden kann, in dem die Handlungsausrichtung stärker kennzeichnend ist als die Produktivität auf dem Gebiet der Theoriebildung.

1. Einleitung

Ende September 2004 verstarb ein drei Jahre altes Mädchen namens Savanna in einem kleinen Ort in der Provinz Süd-Holland an den Folgen von Misshandlung durch ihre Mutter und ihren Stiefvater. Das Mädchen wurde im Kofferraum des Autos der Eltern gefunden, voll blauer Flecken und stark unterernährt.

Der Fall sorgte in den Niederlanden für viel Aufregung, weil allmählich deutlich wurde, dass die zuständigen Instanzen über einen längeren Zeitraum mit der Familie gearbeitet hatten und der „Familienvormund“ (gezinsvoogd) keine angemessenen Erziehungshilfen veranlasste.

Wenn Sie wider Erwarten dachten, dass es in den Niederlanden alles gut läuft mit der Erziehung und dem Schutz des Wohls von Kindern und Jugendlichen, dann kann man sagen, dass das nicht der Fall ist. Doch ist in den Niederlanden in den letzten Jahrzehnten viel in die Professionalisierung der Diagnostik im Kontext problembehafteter Erziehungssituationen investiert worden.

So steht heutzutage in den Niederlanden Eltern und Kindern, die sich in Schwierigkeiten befinden, eine breite Palette von verschiedenartigen Hilfeangeboten zur Verfügung, die sie zur Auflösung oder Entschärfung ihrer Problemlage in Anspruch nehmen können. Eine gründliche diagnostische Erforschung der Problemlage einschließlich der ihnen zugrunde liegenden Faktoren wird als notwendig vorausgesetzt, um zu einer angemessenen Arbeitsweise oder Behandlung kommen zu können.

In den Niederlanden sind, was die Diagnostik betrifft, drei Entwicklungen von besonderer Bedeutung gewesen. Diese Entwicklungen werden der Reihe nach ausführlicher dargestellt und können unter den folgenden Überschriften zusammengefasst werden:

- Verwissenschaftlichung der Diagnostik;
- Professionalisierung der Hilfeleistung;
- Handlungsorientierung der Diagnostik.

Nachfolgend wird dem so genannten *Hypothesen Testenden Modell* (HTM) Aufmerksamkeit gewidmet. Dieses Modell gilt heutzutage als *das* Modell in der Diagnostik und der akademischen Ausbildung in den Niederlanden. Im Anschluss an den darstellenden Teil werden einige Fragen bezüglich der Weiterentwicklung der Diagnostik in den Niederlanden diskutiert, auch in Verbindung mit dem Fall Savanna.

2. Verwissenschaftlichung der Diagnostik

In den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts wurde die Diagnostik in den Niederlanden von den phänomenologischen Methoden dominiert. Die Gütekriterien der Zuverlässigkeit und Validität in diagnostischen Verfahren wurde nur selten thematisiert. Das war auch nicht im Sinne der phänomenologischen Methoden. Darauf abzielend, den Menschen in allen Aspekten seines Seins zu verstehen, richteten sie sich in ihrer durch den Begriff des *Verstehens* gekennzeichneten Methodik darauf aus, das Wesen eines Phänomens mittels der Exploration der lebensweltlichen Bezüge des *einzelnen* Subjektes zu erfassen.

In der Periode der „Verwissenschaftlichung“ der Pädagogik und der Psychologie in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts trat als Kritik zutage, dass in der phänomenologischen Methode Vorurteile und persönliche Auffassungen des Diagnostikers ungenügend kontrolliert werden können. Es ist der Kritik zufolge notwendig, dass diagnostische Aussagen auf wissenschaftlich überprüfbaren Tatsachen basieren. Dies hatte damals zur Folge, dass die phänomenologische und hermeneutische Diagnostik verketzert und empirische Methoden favorisiert wurden.

Die allgemeine Grundstruktur wissenschaftlichen Erkenntniserwerbs unter dem Paradigma der empirischen Diagnostik kann unter dem Begriff des *Erklärens* zusammengefasst werden und wird in den Niederlanden meist anhand des *empirischen Zyklus* wiedergegeben. In ihm steht das Generieren und Überprüfen erklärender Hypothesen im Mittelpunkt (**Abbildung 1**).

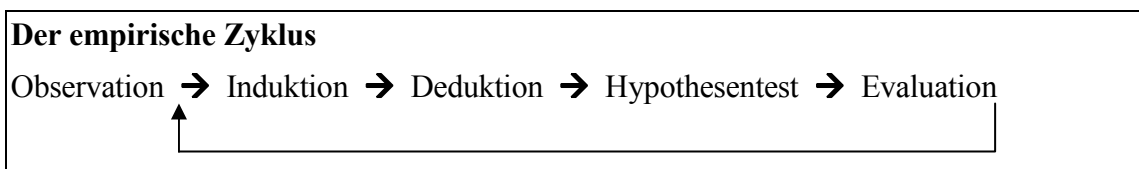


Abbildung 1

© Dr. Peter M. van den Bergh

- *Observation*: Im ersten Schritt werden beobachtbare (empirische) Tatbestände systematisch gesammelt und angeordnet. Die Observation betrifft immer konkrete und in dieser Hinsicht besondere Fälle.
- *Induktion*: Anlässlich der Beobachtungen werden, unter Bezugnahme auf relevante Referenztheorien, Hypothesen formuliert, in denen allgemeine Annahmen

über den Zusammenhang zwischen den beobachteten Tatbeständen und allgemeinen Gesetzmäßigkeiten formuliert werden.

- *Deduktion*: Aus den Hypothesen heraus werden Konsequenzen in Form von überprüfbaren Voraussagen derart verfasst, dass jede der allgemeinen Annahmen und der in ihnen enthaltenen Aussagen der empirischen Überprüfung zugeführt werden können.
- *Hypothesentest*: Es wird in der Folge überprüft, ob die Voraussagen eintreffen oder nicht. Die Überprüfung findet in der empirischen Realität statt, das heißt, dass die in der Hypothese verwendeten Bezeichnungen so operationalisiert sein müssen, dass eine zuverlässige und valide Messung möglich ist.
- *Evaluation*: Abschließend findet eine Beurteilung der Hypothesen und der ihnen zugrunde liegenden Theorien auf der Grundlage der Testergebnisse statt.

Auf die Bedeutung dieses Modells für die Diagnostik werde ich in der Beschreibung des HTM zurückkommen.

3. Professionalisierung der Hilfeleistung

Ein weiterer wesentlicher, für die Diagnostik relevanter Entwicklungsschritt ist gekennzeichnet durch die Einführung der *professionellen Hilfe*.

Nach einer postgraduellen beruflichen Fortbildung ist eine Registrierung als anerkannter Orthopäde oder Psychologe möglich. Sie dürfen Tests durchführen, die durch die Versicherung bezahlt werden.

Der Berufskodex stellt sowohl ein Instrument zum Schutz des Klienten als auch ein Set an Kriterien dar, an dem Kliniker und Wissenschaftler ihr Handeln und dessen Qualität messen können. Die Professionellen können, ausgehend von diesem Kodex, ihr Fach somit auf ethisch verantwortungsbewusste Weise ausüben. Beim Aufsichtskollegium kann eine Beschwerde eingereicht werden, wenn jemand der Meinung ist, dass ein anerkanntes Mitglied sich nicht an den Berufskodex hält. Dieses Kollegium beurteilt die Beschwerde und kann eventuell disziplinarische Maßnahmen ergreifen. Ist man nicht einverstanden mit der Entscheidung, so kann diese einem Berufungskollegium zur Beurteilung vorgelegt werden.

Disziplinarrechtssprechung ist ein Qualitätsinstrument, mit dem – zum Schutz des Klienten – im Nachhinein die Berufsausübung überprüft werden kann. Klienten haben mit dieser gesetzlichen Regelung die Möglichkeit, nach erhaltener Behandlung eine Beschwerde über diese einzureichen. (zum Beispiel über eine falsche oder verspätete Diagnose, unzureichende Information über eine Behandlung, ungerechtfertigterweise nicht erfolgte Überweisung an eine andere Instanz des Gesundheits- oder Sozialwesens, sexuelle Belästigung).

Im engen Zusammenhang mit der Professionalisierung steht das verantwortliche berufliche Handeln: Es reicht heutzutage in der professionellen Sozialen Arbeit nicht mehr aus, etwas „in bester Absicht“ zu tun. Nur Testmaterial, das durch die Berufsvereine

von Psychologen und Pädagogen anerkannt ist, kann benutzt werden. Das bedeutet, dass projektives Testmaterial eigentlich nicht gebraucht werden kann – auf Grund ihrer schlechten Validität und Zuverlässigkeit. Nur wenn man argumentieren kann, warum man das nutzen sollte, ist es möglich, aber immer im Rahmen der Diagnostik mit empirisch fundiertem Testmaterial.

Man muss über die Arbeit Rechenschaft ablegen und die Tätigkeiten anhand professionsbezogener Terminologien erläutern können. Es sollte klar nachweisbar sein, welche Fortschritte in welchem Ausmaß erzielt wurden. All das erfordert ein planmäßiges Vorgehen, sowohl in Bezug auf die individuelle Arbeit mit jungen Menschen und ihren Familien als auch auf die Organisation der Hilfeangebote und deren Integration in die institutionsübergreifende Jugendhilfeplanung. Notwendige Voraussetzung hierfür ist eine höhere berufliche Ausbildung und eine professions- und tätigkeitsbereichbezogene Qualifikation der im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe Tätigen.

Bei der Entwicklung hin zu einem professionelleren und planmäßigeren Handeln fällt dem *diagnostischen Entscheidungsprozess* eine entscheidende Rolle zu. Man kann sagen, dass nicht das „Produkt“ (die Diagnose) im professionellen Handeln im Mittelpunkt steht, sondern das Transparent-Machen des diagnostischen Prozesses. Daran ist heutzutage die Qualität ab zu messen.

4. Handlungsorientierung der Diagnostik

Ein dritter Aspekt der Entwicklungen in der Diagnostik in den Niederlanden wird unter dem Begriff der *Handlungsorientierung* zusammengefasst. In der professionell ausgestalteten Hilfeleistung gibt es einen Bedarf an zielgerichteter Diagnostik: Diagnostik, die nicht nur beschreibt, klassifiziert oder erklärt, sondern auch Hinweise für die Ausgestaltung der Hilfeleistung geben kann. Die Diagnostik steht dann unter dem Zeichen vom Handeln und Behandeln. Das wird deutlich, indem wir uns den Klinischen Zyklus ansehen (**Abbildung 2**).

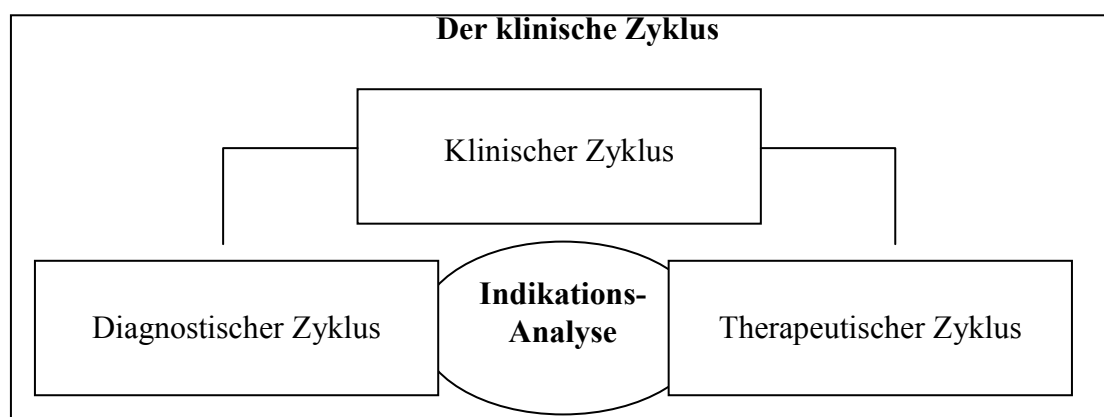


Abbildung 2

© Dr. Peter M. van den Bergh

Die Indikations-Analyse ist das Verbindungsglied zwischen Diagnosestellung und Intervention oder Beratung. Dabei geht es um die Frage, welche Hilfe nötig ist und welche Hilfe am wirkungsvollsten ist. In der Indikations-Analyse geht es um eine Übersetzung

von Hilfefrage des Klienten nach der am besten passenden Hilfe. Ich werde auf die Indikations-Analyse durch die Beschränkung von Zeit nicht weiter eingehen.

In den Niederlanden sind in der handlungsorientierten Diagnostik drei Ansatzpunkte in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung:

- Die Arbeit auf der Grundlage eines Bezugsrahmens, welcher auch Perspektiven für das „Behandeln“ der Umgebung des Kindes (nämlich der Erziehungsberechtigten) bieten soll.
- Die Einbeziehung schützender Faktoren in die Diagnose.
- Die Ausrichtung des diagnostischen Prozesses auf für die Beratung relevante Faktoren.

4.1 Transaktionistische Perspektive

In den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts bekam die Diagnostik im Sog der Systemtheorien und ökologischen Theorien eine stärker *umfeldbezogene* Ausrichtung. Außerdem verloren in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts die so genannten *linearen Modelle*, in denen Probleme aus bestimmten Ursache-Wirkungszusammenhängen heraus erklärt wurden, an Boden. Das Denken in eindimensionalen Ursache-Wirkungsschemata stellte sich als zu vereinfachend heraus. Es wurde deutlich, dass stets das Zusammenspiel zwischen unterschiedlichen Faktoren Anlass zur Diagnose von Entwicklungsproblemen gab. Dieses so genannte *transaktionistische Modell* trägt der Tatsache Rechnung, dass sich der junge Mensch und seine Umgebung ständig verändern und dass diese Veränderungen zum Teil auf dem gegenseitigen Einfluss, den sie auf einander haben, beruhen.

4.2 Schützende Faktoren als Puffer

Mit „schützenden Faktoren“ werden meistens jene Aspekte umschrieben, die sich günstig oder positiv auf die Erziehungssituation auswirken. Ihnen gegenüber stehen die „Risikofaktoren“. Im Kontext der handlungsorientierten Diagnostik ist bedeutsam, dass schützende Faktoren auch Anknüpfungspunkte für die Behandlung bieten können: Indem man die protektiven Seiten des jungen Menschen, der Eltern und/oder der Situation fördert, vergrößert man die Chance auf eine nachhaltig erfolgreiche Behandlung.

Wenn wir in der Diagnostik von einer transaktionistischen Perspektive ausgehen, dann reicht es nicht aus, schützende Faktoren nur zu inventarisieren, denn es handelt sich hier um Wechselwirkungen und gegenseitige Beeinflussung von Faktoren, welche die Erziehung entscheidend mitgestalten. Die Essenz einer transaktionsorientierten Diagnostik ist es, sich einen Überblick über das Kräftespiel zwischen den protektiven Faktoren und den Risikofaktoren zu verschaffen. Der Einbezug schützender Faktoren als wesentliche Ressource stellt somit den zweiten Ansatzpunkt einer handlungsorientierten Diagnostik dar.

Ein weiterer Grund, schützende Faktoren in die Diagnostik mit einzubeziehen, ist, dass einer rein an Defiziten ausgerichteten Sichtweise auf den Klienten entgegen gewirkt werden kann. So ist es zum Beispiel bei der Vermittlung eines Kindes oder Jugendlichen

in ein (weiteres) Jugendhilfeangebot bedeutsam, neben der Beschreibung der Problemlage auch die Ressourcen, über die der Klient und sein Umfeld verfügen, ausführlich aufzuzeigen.

Aus diesem Grund benutzen wir in unserem Land die Bezeichnung „Verwundbar“ (vulnerable) und „Resilienz“ nicht mehr. Beide Begriffe sind, wie sympathisch sie auch sein mögen, terminologisch sehr heikel. Erstens, Verwundbarkeit und Resilienz sind eben nachher zu bestimmen. Zweitens sind diese Begriffe nicht wahrnehmbar. Es wird ein gewisser Zustand angenommen, welcher zu einem gewissen Entwicklungsergebnis führt, aber der Zustand ist nicht wahrnehmbar.

4.3 Relevanz für Beratung

Eine letzte Anforderung an eine handlungsorientierte Diagnostik ist die Beschränkung der Informationsbeschaffung auf die Faktoren, die für die Beratung von Relevanz sind. Mit anderen Worten, es wird im Prinzip nach Informationen gesucht, die Anhaltspunkte für die Behandlung geben. Diese Forderung legt einerseits dem Diagnostiker Restriktionen auf. Schon am Anfang des diagnostischen Prozesses muss man sich fragen, welche Information man für die Beantwortung der Hilfefrage und das Lösen der (erzieherischen) Probleme braucht.

Es wird nicht immer nötig sein, sich eine „völlige Übersicht“ über das Kind zu verschaffen. Dies macht das Durchführen einer ganzen Menge von Untersuchungen überflüssig, ja sogar unerwünscht.

Andererseits fungiert diese Richtlinie wie ein Scheinwerfer während des Prozesses der Informationssammlung: Der Diagnostiker wird sich vor allem an der Erforschung der Bedingungen, von denen man annimmt, dass sie die Probleme beheben können, orientieren beziehungsweise ein solches Vorgehen beibehalten und sich auf „das Veränderbare“ konzentrieren.

5. Das Hypothesen Testende Modell (HTM)

Der bereits dargestellte empirische Zyklus lieferte die Grundstruktur, auf der das *Hypothesen Testende Modell* aufbaut: Die Analyse einer Problemsituation führt zum Aufstellen von Hypothesen, die meistens deduktiv aus relevanten Referenztheorien gewonnen werden. Die im Anschluss operationalisierten Hypothesen müssen im Folgeschritt durch die „Konfrontation mit den real vorfindbaren Tatsachen“ auf ihren Geltungsanspruch hin überprüft werden, um abschließend zu einer diagnostischen Aussage gelangen zu können. Diese Grundidee ist es, die dem HTM seinen Namen verleiht, welches hier anhand des diagnostischen Zyklus von DE BRUYN et al. (2003) skizziert werden soll (**Abbildung 3**):

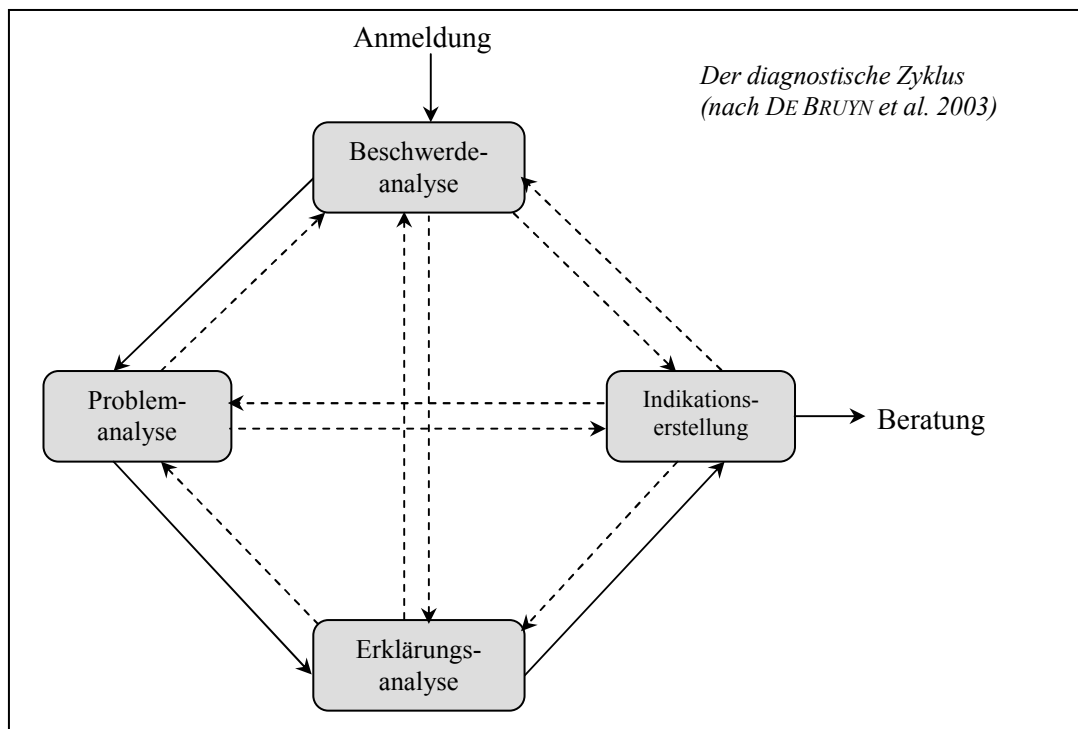


Abbildung 3

© Dr. Peter M. van den Bergh

Der hier dargestellte diagnostische Zyklus ist von präskriptiver Natur: Er schreibt einzelne Schritte vor, die für eine vollständige Diagnose durchlaufen werden müssen. Die Pfeile zeigen die möglichen Abfolgen an, in der die einzelnen Schritte durchgeführt werden können. Die Schritte werden im Prinzip den durchgezogenen Pfeilen folgend durchlaufen, ohne dass dabei ein Schritt ausgelassen wird. Es können einzelne Schritte wiederholt werden, wenn dies zu einem größeren Maße an Sicherheit über die, den Schritt betreffenden Informationen führt, hierbei kann auch mehrere Schritte zurück gesprungen werden.

In jedem Fall bildet den Ausgangspunkt die (komplexe) Hilfefrage des Klienten, welche, über das Typisieren der Art des Bedarfes, zum Beispiel Bedarf an Verdeutlichung einer Situation oder an präventiven Handlungsstrategien, die Ausrichtung der diagnostischen Methoden, zum Beispiel verdeutlichend oder präventiv, bestimmt. Aufgrund der Tatsache, dass Informationen über die Hilfefrage meist unsystematisiert und/oder mehrdeutig ausformuliert werden, ist für deren Beantwortung oft eine Kombination unterschiedlicher diagnostischer Methoden, Techniken und Instrumentarien (zum Beispiel Tests oder projektive Verfahren) notwendig. Eine Übersicht über einen beispielhaften Verlauf einer Diagnose nachdem HTM kann die folgende Tabelle bieten:

Tabelle 1 Hauptschritte in dem diagnostischen Zyklus mit jeweils zugehörigen Resultaten (nach DE BRUYN et al., 2003)

Schritt 1	Beschwerdeanalyse	Analyse dessen, was der Klient meist in Form von subjektiven Informationen einbringt.
	Resultat	Eine Liste von Beschwerden oder Beschwerdekomp-plexen die von Seiten des Klienten oder des Umfel-des anerkannt und der zugestimmt wird.
Schritt 2	Problemanalyse	Beschreibung, Einordnung, Benennung und Ein-schätzung des Ernstes des Problemverhaltens.
	Resultat	Eine Liste der Problemverhalten oder Gruppen von Verhalten, der (potenziell) durch die Berufsgemein-schaft der Diagnostiker zugestimmt werden kann.
Schritt 3	Erklärungsanalyse	Formulierung und Überprüfung der diagnostischen Hypothesen.
	Resultat	Eine Liste von ein oder mehreren Diagnosen, die in einem bestimmten Maße an Wahrscheinlichkeit als Problemerkklärung Geltung beanspruchen können.
Schritt 4	Indikationserstellung	Formulierung von Empfehlungen für die, dieser Di-agnose zufolge, beste Herangehensweise.
	Resultat	Eine Liste von Indikationen/Empfehlungen für mög-liche Interventionen.

Tabelle 1

© Dr. Peter M. van den Bergh

5.1 Beschwerdeanalyse

Das Modell beginnt mit der Analyse von Beschwerden des Klienten. Unter dem Begriff der Beschwerde sollen im Kontext des diagnostischen Zyklus Informationen verstanden werden, die, meist in Form subjektiver Äußerungen (Gedanken, Gefühle, Handlungen) des Klienten oder seines Umfeldes, Auskunft über als negativ erlebte Situationen, Ver-halten oder deren Folgen geben. Ziel ist es, in die Intensität und Art der Wahrnehmun-gen von Diskrepanzen zwischen dem gewünschten und tatsächlichen Erleben von Situa-tionen, Verhalten oder deren Folgen Einsicht zu bekommen. Die Erfahrungen und Sinn-gebungen des Klienten sind wesentlicher Bestandteil der Beschwerdeanalyse. Ziel ist es, mit dem Klienten zu einer Übereinkunft über die gesammelten Beschwerden und der angestrebten Zielsetzung(en) zu kommen. Eine die Beschwerdeanalyse abschließende Liste gibt die vom Klienten oder dessen Umfeld geäußerten Beschwerden oder Be-schwerdekompexe systematisiert wieder und kann erst dann als zufrieden stellend an-gesehen werden, wenn sie durch die Zustimmung aller Beteiligten anerkannt wird.

5.2 Problemanalyse

In dem folgenden Schritt, der Problemanalyse, sollen die in der Beschwerdeanalyse gesammelten Informationen präzisiert und an allgemeineres Wissen über vergleichbare Verhaltensweisen oder Situationen gekoppelt werden. Ziel der Problemanalyse ist es, durch Kopplung der Beschreibung des Einzelfalles an allgemeinere Wissenskategorien wissenschaftlich fundierte und theoriegestützte Erkenntnisse für den Einzelfall verwertbar machen zu können. Dies soll im diagnostischen Zyklus über vier Schritte erreicht werden: Beschreibung, Einordnung, Benennung, und Einschätzung des Ernstes des Problemverhaltens.

In dem ersten Schritt, der Beschreibung, geht es um eine objektive Darstellung und Aufzählung von spezifisch disfunktionalen Vorhaltens-Situationsrelationen (VS-Relationen), die in der aktuellen Lebenssituation des Klienten unterscheidbar sind. Neben der Erfassung von problematischen VS-Relationen sollen in diesem Schritt ebenso Bearbeitungs- und Bewältigungskompetenz fördernde VS-Relationen erfasst werden.

Da innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe Diagnostik noch kein allgemein anerkanntes System zur Einordnung, Benennung, und Einschätzung des Ernstes des Problemverhaltens besteht, wird zu diesem Zweck auf verschiedene bestehende Klassifikationssysteme zurückgegriffen. Insbesondere auf empirische Systeme wie die *Child Behavior Checklist* (CBCL), klinische Systeme wie dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)¹ und auf die Liste van Rutter über „developmental psychopathology“, kann, in ihrer jeweils aktuellsten Ausgabe, zurückgegriffen werden. Ein Beispiel für die Entwicklung von standardisierten Verfahren zur kombinierten Verwendung der beiden Systeme ist das computergestützte System *Machine Aided Diagnosis* (MAD), welches bei der Übertragung von CBCL/YSR²/TRF³ Daten in DSM IV Klassifikationen behilflich sein soll. Erste Ergebnisse der Evaluation des Systems zeigen sowohl positive Ergebnisse als auch Raum für Verbesserungen auf. Im Kontext der Einschätzung des Ernstes des Problemverhaltens wird ebenfalls auf die oben genannten Klassifikationssysteme zurückgegriffen.

Zwischen Problemanalyse und Erklärungsanalyse findet die Hypothesenformulierung statt. Die Hypothesen werden ausgehend von theoretischen Perspektiven formuliert. Dann ist es für jeden deutlich, welche Hypothesen formuliert wurden und warum. Die theoretische Brille von Prof. Melcher ist dann kein Problem.

5.3 Erklärungsanalyse

Die Erklärungsanalyse im diagnostischen Zyklus umfasst zwei Hauptschritte: Erstens die Formulierung von Erklärungen, verstanden als Hypothesen, und zweitens deren anschließende Überprüfung.

¹ Ich muss immer meine Studenten darauf aufmerksam machen, dass Klassifikation keine Diagnose ist. Klassifikation kann als *input* gelten für Hypothesenbildung oder als *output* als Ende des diagnostischen Prozesses.

² Youth Self Report (ACHENBACH, 1991 a)

³ Teacher report Form (ACHENBACH, 1991 a)

Die Formulierung der Hypothesen findet auf der Grundlage der aus der Beschwerde- und Problemanalyse gewonnenen Informationen statt. Die Überprüfung der Hypothesen vollzieht sich über die Anwendung verschiedener standardisierter und genormter Testverfahren und über die Beurteilung der Ergebnisse anhand des aktuell verfügbaren wissenschaftlichen Kenntnisstandes.

Angestrebt wird mit diesen beiden Schritten ein „zusammenfassendes Bild“ auf der Grundlage der vorangegangenen Schritte oder auch eine „idiografische Theorie“. Unter letzterem soll hier die Totalität von Aussagen über Entstehen und Weiterbestehen einer Problematik, einschließlich der gewünschten Vorgehensweisen bezüglich der Auflösung oder Entschärfung der Problematik in einem individuellen Fall, verstanden werden. Die „idiografische Theorie“ erfährt ihre Ausrichtung durch das angestrebte Ziel des diagnostischen Zyklus: der Formulierung von Handlungsalternativen für mögliche Interventionen. Strukturell beinhalten die diagnostischen Hypothesen Aussagen über folgende Komponenten:

1. Ein oder mehrere *Probleme*, thematisch gruppiert nach Verhaltensweisen.
2. Ein oder mehrere *Konditionen*, verstanden als Ursachen struktureller (unter anderem physischer), funktioneller (psychologischer) und genetischer Natur.
3. Eine kausale *Relation* zwischen der ersten und zweiten Komponente, spezifiziert nach drei Typen: hervorrufend, verstärkend oder beides.

Die Hypothesenformulierung nimmt ihren Ausgangspunkt in der Identifizierung von Problem-Konditionsrelationen. Die Problemanalyse des Einzelfalls schließt hierbei an eine ausführliche Fachliteraturrecherche bezüglich wissenschaftlich fundierter Theorien, empirischer Untersuchungen und klinischen Erfahrungswissens an. Ebenso besteht Raum für intuitives Vorwissen des Diagnostikers, des Klienten und seines Umfeldes. Übereinstimmungen und Ähnlichkeiten in den Beschreibungen werden anschließend systematisch aufgezeigt. Das Gültigkeitskriterium der Aussagen ist ihre Fähigkeit, Sachverhalte legitim, anhand von wissenschaftlich anerkannten Kategorien, zu erklären. Die Hypothesenformulierung abschließend, sollen die als mögliche Ursachen für ein Problemverhalten angesehenen Konditionen jeweils in Verbindung mit einer oder mehreren problematischen Verhaltensweisen gebracht werden.

Im zweiten Hauptschritt der Erklärungsanalyse werden Aussagen über die vermuteten Zusammenhänge zwischen Verhalten, Situation und dem daraus resultierenden Problem oder den Problemkomplexen und den jeweiligen Konditionen in der (empirischen) Realität einer Überprüfung zugeführt. Zu diesem Zweck werden die einzelnen in der Hypothese enthaltenen Aussagen in Teilbewährungsschritte gegliedert und Methoden, Techniken und Instrumentarien zu deren Überprüfung ausgewählt. Beispielhaft seien hier genannt: Beobachtungsmethoden, Interviewmethoden, projektive Techniken, Techniken der Gesprächsführung, Tests, Fragebogenerhebung und Verfahren der Aktenanalyse. Die Angemessenheit eines Verfahrens wird maßgeblich über die Validität und Zuverlässigkeit der in dem Verfahren verwandten Methoden, Techniken und Instrumentarien in Bezug auf die Eigenart der zu überprüfenden Kondition(en) (zum Beispiel einmaliges Ereignis, beobachtbare Verhaltensweise, kognitive Fähigkeit etc.)

bestimmt. Vor der Durchführung des Testverfahrens gilt es, anhand des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes festzulegen, welche Ergebnisse als erklärend im Sinne eines bestehenden Zusammenhanges angesehen werden können. Die Evaluation der Testergebnisse folgt den Prinzipien der Falsifikation *und* Verifikation. Im Sinne des Falsifikationsprinzips wird eine Hypothese dann angenommen, wenn für jeden ihrer Teilbewährungsschritte in den Testverfahren kein Gegenbeweis gefunden werden kann. Mit der Verifikation von Hypothesen, das heißt deren mehrfacher positiven empirischen Bestätigung, steigt ihr Maß an Wahrscheinlichkeit. Abschließend werden die annehmbaren Hypothesen unter Angabe des Maßes an Wahrscheinlichkeit der erklärenden Zusammenhänge in ein abschließendes „diagnostisches Bild“ integriert. Nicht überprüfbare Annahmen sollen hierbei deutlich hervorgehoben werden.

Es kann dann auch in dieser Phase nicht mehr so sein, wie Prof. Uhlendorff gestern sagte, dass man an eine Diagnose glauben müsse. Es ist – wie man auf Holländisch sagt: klipp und klar, deutlich. Es ist ein Problem oder nicht.

In diesem Sinne war ich auch nicht einverstanden mit der Aussage Professor Merchels, dass Diagnosen einen hypothetischen Charakter haben. In dieser Phase des diagnostischen Prozesses werden Hypothesen geprüft, entweder angenommen oder verworfen. Sie haben dann keinen hypothetischen Charakter mehr.

5.4 Indikationserstellung

Während in den vorangegangenen Schritten des diagnostischen Zyklus die Situation des Klienten in Verbindung mit seiner Problemlage (Beschwerde- und Problemanalyse), sowie dessen Entstehungs- und Bestandsfaktoren (Erklärungsanalyse) im Mittelpunkt standen, wird im letzten Schritt die zukünftige Entwicklung des Klienten fokussiert. Unter Indikationserstellung wird das Formulieren von theoretisch und empirisch fundierten Empfehlungen für eine oder mehrere Behandlungen verstanden. Diese sollen konkrete Anweisungen und Aussagen über mögliche Behandlungsformen und deren Ausrichtungen enthalten. In Zusammenarbeit mit dem Klienten formuliert der Diagnostiker auf der Grundlage der vorangegangenen Schritte die Behandlungsziele, inventarisiert die in Frage kommende Behandlungsschritte und Behandlungsalternativen, trifft Aussagen anhand von Indikationskriterien über die Angemessenheit der in Frage kommenden Behandlung(en), gibt eine Einschätzung über die Erfolgchancen der Behandlung(en) und verfasst letztendlich eine systematische Auflistung der Behandlungsempfehlung(en).

5.5 Die Rolle des Klienten im HTM

An dieser Stelle soll der Rolle des Klienten in der Diagnostik nach dem HTM gesondert Aufmerksamkeit gewidmet werden. In dem diagnostischen Zyklus können zwei verschiedene Rollen des Klienten unterschieden werden: Zum einen ist der Klient Informant und Gegenstand der Untersuchungen und zum anderen Evaluations- und Konsultationspartner. Das jeweilige, der Interaktion des Diagnostikers mit dem Klienten zugrunde liegende Rollenverständnis ist an die einzelnen Phasen des diagnostischen Zyklus gebunden. In der den Ausgangspunkt bildenden Beschwerdeanalyse und der abschließenden Indikationserstellung wird der Klient sowohl als Informant als auch als

Konsultationspartner angesehen. Besonderes Gewicht wird hierbei auf die gemeinsame hierarchiearme, dialogische Ausgestaltung der professionellen Beziehung gelegt. In den Phasen der Problemanalyse und Diagnoseerstellung liegt die Verantwortung eindeutig bei dem Diagnostiker. Hierdurch wird auch die Art der Einbeziehung des Klienten, je nach Fall, individuell bestimmt: Er ist bei der Erforschung seiner Problemlage entweder Partner in der Evaluation, zum Beispiel durch Zuhilfenahme von leitfadenunterstützten (Eigen-)Beobachtungsinstrumentarien, oder Objekt der Untersuchung, zum Beispiel durch die Teilnahme an Testverfahren. Die Diagnose abschließend versuchen der Diagnostiker und der Klient gemeinsam, eine eindeutige Empfehlung für eine kontrollierbare Intervention(en) abzugeben, die dann von dem Klienten mit einem zu bestimmenden Maß an Unterstützung von Professionellen, ausgeführt wird.

5.6 Kritik an dem HTM

Das HTM gab auch Anlass zur Kritik. Zum einen wird es als zu zwingend empfunden. Kritisch angemerkt wird ein zu starker Reduktionismus bei der Hypothesenbildung. Dies wird im Zusammenhang mit der Forderung nach der Einrahmung der Hypothesen in eine jeweils zu bestimmende Theorie gesehen. Es wird gefordert, dass die einzelnen Faktoren des Problems stärker in den diagnostischen Prozess einbezogen werden müssen und es wird dafür plädiert, die Fragestellung so lange wie möglich offen zu halten. Die besondere Aufmerksamkeit für die Gefahr eines Reduktionismus hat möglicherweise ihren Ursprung in der Erfahrung, dass Diagnostiker dazu neigen, ein Problem zu eingeschränkt zu analysieren und schon frühzeitig glauben, ein Bild von der Problemsituation zu haben, welches wesentlich auf früheren Erfahrungen beruht und nicht auf einer tiefer greifenden Problemanalyse des Einzelfalls. Außerdem ist es denkbar, dass die Ergebnisse nicht ausreichend in ihrem Kontext interpretiert werden. Die Kritik hat dazu geführt, dass in der heutigen Anwendung vom HTM die kontextbezogene Problemanalyse und der interpretative Charakter der Ergebnisse stärker betont werden.

Anfangs wurde das Ziel der HTM als erreicht angesehen, wenn das Problem „erklärt“ werden konnte. Die Praxis musste anschließend selber eine praxisgerechte Vorgehensweise zur Umsetzung des diagnostischen Befundes ausarbeiten. Heutzutage hat man dieses distanzierte „Sachkenntnismodell“ verlassen und dem Klienten kommt nun eine aktivere Rolle in der Erforschung der Problemlage zu.

6. Einige Bemerkungen nachher

Resümierend kann das HTM für die Qualitätsverbesserung der Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe und der professionsbezogenen Ausbildungen mehrere Möglichkeiten bieten, von denen hier drei hervorgehoben werden sollen: die Verringerung von subjektgebundenen Fehlerquellen durch die präskriptive Systematisierung des diagnostischen Prozesses, das Fungieren als Standardmodell, welches allgemeine Richtlinien für die Bestimmung einer verantwortlichen Praxis bieten kann sowie die Beschränkung der diagnostischen Exploration auf die für eine mögliche Intervention relevanten Faktoren durch die Handlungsausrichtung des HTM.

Es ist noch die Frage, ob mit der „Disziplinierung“ des diagnostischen Prozesses durch die Verwendung des HTM eine Erhöhung der inhaltlichen Qualität der Diagnose und

der damit zusammenhängenden Hilfeangebote erreicht wird. Es ist allerdings unklar, ob dies auch tatsächlich der Fall ist, das heißt, ob das gegebene Urteil inhaltlich auch überwiegend richtig ist. Der wissenschaftliche Kenntnisstand bezüglich der Frage, welche Behandlung für welches psychosoziale Problem „die Beste“ ist, ist noch zu gering. Die Anwendung des HTM schafft vielmehr *eine* der Bedingungen für ein wirksames diagnostisches Urteil, sie ist aber keinesfalls eine Garantie dafür.

Zusammenfassend habe ich einige Anmerkungen über die Diagnostik in den Niederlanden gemacht. Wenn ich auf den Fall Savanna zurückblicke, dann finde ich mich in einem Zitat von Albert Einstein wieder: „Es gibt keine andere vernünftige Erziehung, als Vorbild sein, wenn es nicht anders geht, ein abschreckendes“.

Es ist bitter festzustellen zu müssen, dass Einsteins – ursprünglich mit Ironie zu verstehender – Ausspruch auch in diesem Fall eine Lehre in sich trägt. Ich habe nicht die Illusion, dass es bei einem Kind bleibt. Es sind in Anbetracht des vorher Gesagten noch einige Anmerkungen zu machen, Anmerkungen, die von persönlicher Natur sind, weil sie nicht durch wissenschaftliche Untersuchungen gestützt werden. Sie müssen sie vielmehr als persönliche Beobachtung von meiner Warte aus verstehen.

Ein weiteres Problem ist, dass die Kinder- und Jugendhilfe mit so genannter fragegesteuerter Hilfe („vraaggericht werken“) als einer handlungsleitenden Strategie arbeitet. Das „vraaggericht werken“ kann als eine Reaktion auf den Kritikpunkt des „Nicht-Ernst-Nehmen“ der Eltern durch den Kinder- und Jugendschutz des letzten Jahrzehnts des vergangenen Jahrhunderts angesehen werden. Die Beschlüsse werden nun auf die Fragen der Eltern abgestimmt – das Kind hat keinen eigenen Zugang zum Recht; seiner Stimme wird über die Eltern Gehör verschafft.

Die Jugendhilfe richtet sich darum nach den Fragen und Wünschen der Eltern. Dies hat unter anderem zur Folge, dass Kinder so lange wie möglich zuhause belassen werden, auch in verwahrlosten Situationen. Es hat auch zur Folge, dass bei einer Fremdunterbringung die Rückkehr wieder angestrebt wird, nicht nur kurzfristig, sondern auch längerfristig. Man richtet sich auf die Wiederherstellung der Familie aus.

Das ist im Prinzip ein gutes Bestreben. Aber man übersieht hier die Tatsache, dass eine gewisse Anzahl Eltern nicht die Fähigkeiten (Ressourcen) besitzen, um ein Kind aufzuziehen. Man übersieht auch die Tatsache, dass ein Kind sich nach einigen Jahren in der Pflegefamilie weiterentwickelt hat. Hierbei ist der Abbruch einer – oft mühsam zustande gekommenen – pädagogischen Beziehung zwischen dem Kind und seinen Pflegeeltern eine Fortsetzung des früheren Traumatisierungsprozesses. Dies verursacht ernsthaften Schaden in der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes und somit auch des zukünftigen Erwachsenen.

Eigentlich ist hier die Rede von einer *Doppelten Traumatisierung* des Kindes:

- durch die Eltern, die ein Kind haben verwahrlosen lassen,
- durch die Instanzen: die richterliche Macht, die Kinder- und Jugendhilfe, welche nicht das Kindeswohl, sondern vornehmlich die Interessen der Eltern ins Zentrum stellen.

Dieses Trauma wird in der Folge der Betreuung durch die Jugendhilfe aktiviert und gefördert, basierend auf der Auffassung in unserer Gesellschaft, dass Eltern das Recht haben, ihr oder ihre Kinder zu erziehen, auch wenn sie das anscheinend nicht können.

Man sieht dann auch eine „Verrechtlichung“ des Kinderschutzsystems in den Niederlanden. Menschen, die mit Maßregeln des Kinderschutzes rechnen müssen, fechten im Voraus Beschlüsse der zuständigen Instanzen an, wodurch man geneigt ist, eher von einer „Streitsituation“ als von Hilfen zur Erziehung zu reden.

Auch wurde gesetzlich in der Abänderung des Jugendrechts von 1995 festgelegt, dass Menschen ein stärkeres Maß an Eigenverantwortlichkeit für ihre eigene Situation tragen müssen. So anziehend dieser Ausgangspunkt auch ist, bedeutet das auch, dass Menschen, die das nicht können, sehr wohl auf die Verantwortlichkeiten angesprochen werden müssen, die sie nicht erfüllen können. Man gerät dann in der Kinder- und Jugendhilfe leicht in eine Art Teufelskreis, in der der Klient zu dem Leidtragenden wird.

Etwas bitter muss ich leider feststellen, dass wir in den Niederlanden die Prozedere gut geregelt haben: welches Formular bei welchem Hilfebedarf und wie der Hilfeprozess organisiert werden muss. Man vergisst dabei, dass es um den Inhalt gehen muss. Hier haben wir noch ein langes Stück Weg zu gehen.

Ich danke Ihnen sehr für Ihre Aufmerksamkeit.

Arbeitsgruppen: Konsequenzen für die Hilfeplanung

Arbeitsgruppe 1:

Partizipation – Technik des Ressourcenchecks

WOLFGANG BUDDE

PROF. DR. FRANK FRÜCHTEL

Dozenten am Fachbereich Soziale Arbeit der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Frank Früchtel:

Das Phasenmodell

1. Phase: Das Phasenmodell (**Abbildung 1**) geht in einem ersten Schritt davon aus, dass man ein Mandat für diese Technik braucht.



Abbildung 1

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Es ist zunächst eine ungewöhnliche Vorgehensweise, über Stärken zu sprechen. Das ist in Deutschland nicht sehr ausgeprägt, andere Länder beziehungsweise Kulturen sind darin bereits routinierter. Das erkennt man bereits am Wortschatz, mit dem man „gut“ umschreiben kann. Im Englischen gibt es 50-60 Wörter für „gut“. Wir Deutschen sind schwerfälliger, wenn es darum geht, ein positives Feedback zu geben. Das ist auch zu-

nächst für die Klienten, die ihr Problem in den Mittelpunkt stellen, irritierend. Dazu braucht es eine Sequenz, in der man sich ein Mandat für diesen künstlichen Blick holt.

2. Phase: Der Ressourcencheck lebt davon, Leute einzubeziehen, die sich in der Lebenswelt des Klienten auskennen. Lebenswelt hat viele Segmente: Verein, Partnerschaft, Arbeitsplatz, Stammkneipe, Laufsport usw. – ganz unterschiedliche Lebensbereiche. Normalerweise haben wir diese Lebensbereiche nicht in unserem Kopf präsent. Unsere sozialen Netzwerke sind latent, wir haben auch sie nicht im Kopf präsent. Das Kompetenzteam ist aber wichtig, um unterschiedliche Segmente der Lebenswelt an den Tisch zu bringen. Die Leute können vielleicht etwas beisteuern, aus unterschiedlichen Zusammenhängen. Bevor man also anfängt, werden problemunspezifische Ressourcenpersonen als Kompetenzteam gesucht.

Bei Ort und Zeit meinen wir eine „Heimspieltechnik“. Es soll ein Setting sein, in der Klientinnen und Klienten daheim sind, das beschränkt sich nicht unbedingt auf die eigene Wohnung. Es darf aber auf keinen Fall ein Ort sein, an dem sich der Klient nicht auskennt, indem er nicht Gastgeber ist oder nicht die Spielregeln kennt, wo er fremd ist.

Wolfgang Budde: Sie kennen das Phänomen vom Hausbesuch. Der Fernseher läuft, der größere Hund sitzt unter dem Tisch und beschnüffelt Sie. Das, was diese Situation für Sie zum Auswärtsspiel macht, ist das Heimspiel des Klienten und die Qualität, die in diesem Zusammenhang gesucht wird.

Frank Früchtel: Bei Experimenten mit Lösungsplanungsgesprächen haben wir gezielt Bedingungen geschaffen, die uns Profis zu Auswärtsspielern gemacht haben. Wir haben herausbekommen, dass oft unsere Schwäche die Stärke unserer Gegenüber war. Die Gesprächsführung hat auf einmal der Onkel übernommen, weil er der Gastgeber war. Die Gespräche haben einen ganz anderen Verlauf genommen. Eine feste Tagesordnung, welche Probleme und Ziele abarbeitet, ist Gift für einen Heimspielcharakter.

3. Phase: Die Spielregeln des Ressourcenchecks werden erklärt. Den Teilnehmern muss klar sein, dass es kein Alltagsgespräch ist. Es ist ein künstliches Gespräch, für die es Regeln gibt, die zu beachten sind.

4. Phase: Der Begriff Strengths Storming ist an Brain Storming angelehnt. Brain Storming sorgt für Fülle. Es kommt nicht darauf an, möglichst gute Ideen zu präsentieren, sondern möglichst viele. Das Brain Storming löst wie das Strengths Storming Kreativität aus, aber nur dann, wenn man eine künstliche Beschränkung beziehungsweise einen Rahmen vorgibt. Das ist ja das Paradoxe der Kreativität. Kreativ bin ich dann besonders, wenn ich nur in einem engen Rahmen denken darf. Beim Strengths Storming geht es *nur* um Ressourcen, nicht um einen ausbalancierten Blick. Es hat eine ansteckende Wirkung, es macht Spaß, man möchte weitermachen. Beim Strengths Storming bekommt man nicht nur Informationen, sondern es trainiert auch den Blick der Informationsgeber, auf Stärken zu schauen. Das ist anders als bei einer klassischen Diagnose.

5. Phase: Beim Strengths Storming produzieren wir üblicherweise sehr schnell knapp formulierte Eigenschaften. Das ist auch so gewollt, es soll kurz und inspirierend sein, birgt aber die „Gefahr“ einer Belobigung und wir sind meist misstrauisch, wenn uns

jemand lobt. Gegen Lob ist man machtlos und es könnte auch eine Strategie sein. Daher ist die Phase „Feedback zum Feedback“ wichtig. Dort werden die oberflächlich als Belobigungen interpretierbaren Eigenschaften in konkretes Verhalten übersetzt. Das produziert Beweise, macht aus einem Lob ein Faktum und verankert die Eigenschaften in der eigenen Kompetenzvorstellung von Betroffenen.

6. Phase: Es geht bei allen Phasen darum, das Genannte zu dokumentieren. Das bedeutet nicht, dass ein Profi das für sich auf ein Blatt schreibt und niemand sieht es, sondern wir malen dazu „Stärketapeten“. Stärketapeten nennen wir große Papiere – mindestens Flipchartgröße –, die wir mit der dicksten Sorte von Filzstiften beschreiben. Auf diese Weise schaffen wir es üblicherweise im Strengths Storming, innerhalb einer Viertelstunde acht bis zehn solcher Papiere zu füllen. Der Raum wird damit tapeziert und dadurch verändert. Stärken sollen den Raum verändern. Der Schreiber beziehungsweise die Schreiberin hat außerdem die Funktion, die Geschwindigkeit eines Strengths Stormings zu steuern, indem zum Beispiel das Gesagte vor dem Schreiben wiederholt wird. Damit nimmt man etwas Geschwindigkeit heraus. Indem der Schreiber das Gesagte wiederholt, verstärkt er es aber auch. Der Schreiber kann auch kommentieren. Das Schreiben ist also eine anspruchsvolle Aufgabe.

Optimalerweise bringen wir die Dokumentation in eine Form, wie Betroffene es gern schätzen. Zum Beispiel wollte eine junge Frau ihre einzelnen Stärken auf kleine Kärtchen geschrieben haben und hat diese in eine mit Stoff bespannte Kiste gelegt. Das war ihre persönliche Schatzkiste, darauf ist sie selbst gekommen. Eine andere Klientin hatte ihre Stärken in ein Buch geschrieben, das ihr verstorbener Vater ihr hinterlassen hatte. Die eigene Dokumentation schafft Besitzerschaft. Das ist sehr wichtig. Wir überlegen uns oft bei unseren Dokumentationsformen, diese nicht aktenförmig zu machen, sondern entsprechend der Lebenswelt zu gestalten. Das ist oft ein Problem für unsere Aktenführung, die ist auf DIN A4 und Leitz-Ordner ausgelegt. Wir sind jedoch der Meinung, wir müssen dann eher unsere Art der Aktenführung ändern. Die Dokumentation muss zur Lebenswelt von Menschen passen, weil dadurch so etwas wie Besitzerschaft entsteht. Daher nennen wir diese Dokumentation „Schatzkartei“.

7. Phase: Die Phasen müssen natürlich nicht alle in einer Sitzung stattfinden. Gelegenheiten schaffen heißt, Verbindungen mit sozialräumlichen Ressourcen herzustellen, also darüber nachzudenken, welche Gelegenheit sich aus den Stärken und aus dem, was im sozialen Raum vorhanden ist, zimmern lässt. Die Phase funktioniert nur, wenn eine Organisation eine gute Verankerung im sozialen Raum hat und das Leben in dem Stadtteil gut kennt und fallunspezifische Arbeit betreibt. Als Sozialarbeiter kann ich den Fall nicht von seinem Raum trennen. Ich muss gleichzeitig mit den Akten über Klienten auch Akten über Straßen, Stadtteile, Kirchengemeinden anlegen. Nur dann schaffe ich mir eine Sozialraumkenntnis. Es gibt Methoden, das auch systematisch zu tun. Davon kann ein ganzes Team profitieren. Es gibt in jedem Team mindestens ein oder zwei Leute, die richtig gute „Stadtteilcowboys“ sind. Das ist allerdings nicht das Leitbild. Nach unserem Leitbild dokumentieren wir Sozialraumressourcen so, dass das ganze Team das nutzen kann. Jede Teambesprechung sollte neben der Fallphase immer auch eine Feldphase einschließen. Die Feldphase droht oft auszufallen, weil die Falllast zu hoch ist. Daher muss sich das Team dazu disziplinieren.

Die Gesichtspunkte für den Erfolg sind Kriterien dafür, wie gelungen die einzelnen Phasen abgelaufen sind.

Beispiel für einen Ressourcencheck

Wolfgang Budde: In unserem Beispiel spielt die Comicfigur Son Goku eine Rolle. Wir haben diese Komikfigur Son Goku für die Folien auch deshalb ausgewählt, weil er gleichermaßen Stärken und Schwächen hat und immer stärker wird, wenn er seine Stärken anwendet.

Dieser Ressourcencheck ist von einer jungen Kollegin in einer stationären Einrichtung in Wien durchgeführt worden. Sie hat das eben beschriebene Phasenmodell ein bisschen modifiziert. Der Junge Franz war zu dem Zeitpunkt zehn Jahre alt. Die Kollegin meinte, der Junge könne mit der Formulierung „Ressourcencheck“ nichts anfangen. Daher hat sie eine Phase vorgeschaltet, um ihn an die Technik des Ressourcenchecks heranzuführen. Daher steht in **Abbildung 2** „Vertrauen schaffen & Strengths Storming I“.

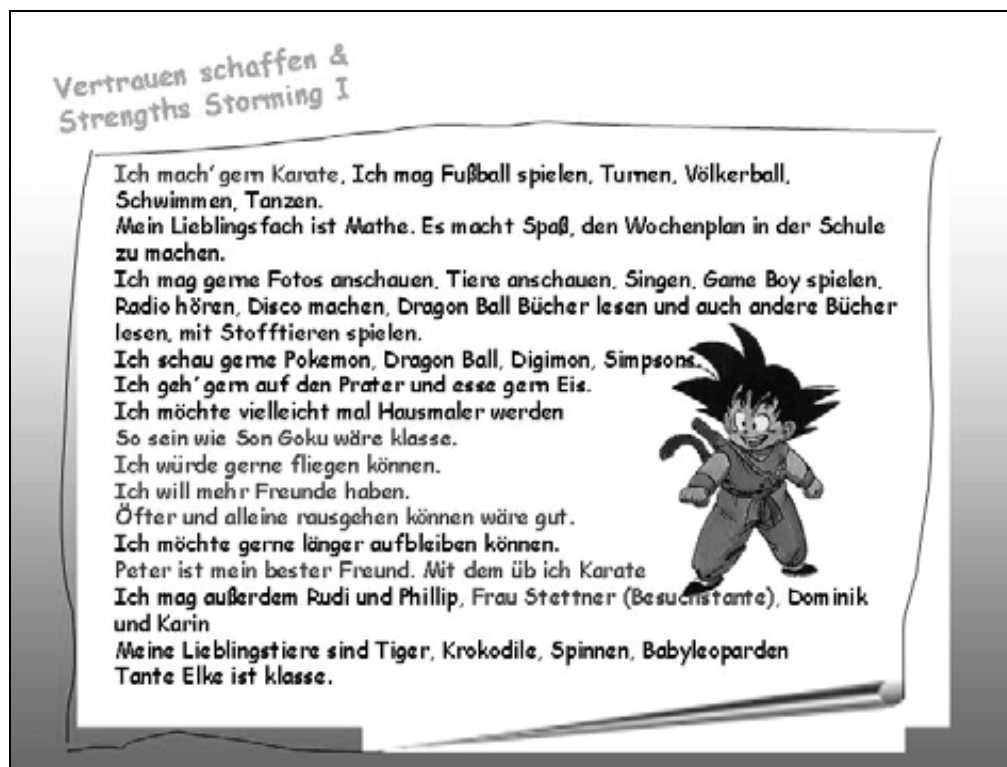


Abbildung 2

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Die Kollegin hat sich erst einmal mit dem Franz allein zusammengesetzt. Bei diesem Gespräch hat sie ihn danach gefragt, was er gern macht, was er gern möchte, wovon er träumt. Das hat sie technisch so durchgeführt, wie der übliche Ressourcencheck abläuft. Der Junge hatte sich den Gruppenraum als Gesprächsort ausgesucht. Die etwas heller gekennzeichneten Aussagen spielen im Laufe des Prozesses eine Rolle.

In der Praxis wissen Sie nicht, welche Aussagen und welche Stärken eine wichtige Rolle spielen. Daher macht es Sinn, so viele Stärken, Kompetenzen und Ausstattungen wie möglich aufzunehmen, auch wenn einige erstmal abwegig oder randständig erscheinen und natürlich mit dem Problem nicht im Zusammenhang stehen. Sie wissen nicht, was im Laufe des Falles für Bedeutungen und sogar Problemlösungen daraus entstehen. Es gibt problemspezifische Ressourcenchecks, dieses Beispiel ist jedoch ein problemunspezifischer Ressourcencheck.

Die „Besuchstante“ ist eine der Ehrenamtlichen, die in der stationären Einrichtung Angebote an die Kinder machen, mit ihnen hinausgehen oder etwas am Wochenende unternehmen usw.

Die Regeln zum Ressourcencheck für die Sammlung von Stärken sind in der **Abbildung 3** aufgeführt.

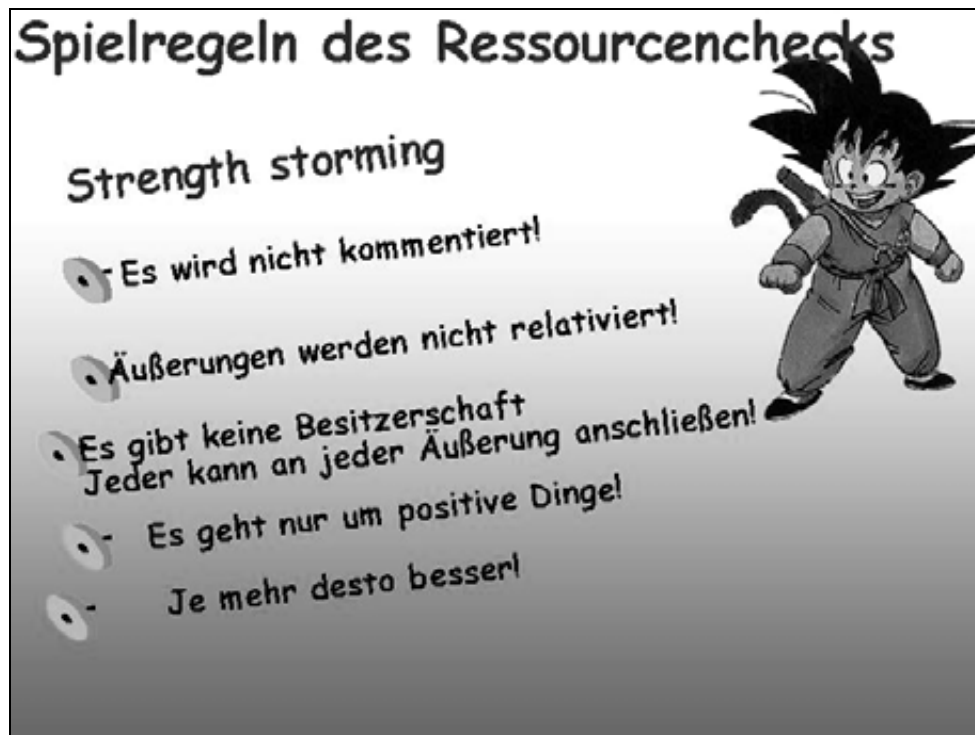


Abbildung 3

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Es ist die Aufgabe des professionellen Begleiters des Ressourcenchecks, dafür zu sorgen, dass keine Aussagen kommentiert und relativiert werden. Es passiert immer wieder, dass jemand in seiner Aussage über eine Stärke ein „aber“ einfügt. Daher muss der Anleiter diese beiden ersten Regeln noch einmal verdeutlichen. Es geht bedingungslos darum, Stärken und nur Stärken zu nennen.

Es gibt auch keine Besitzerschaft für irgendeine Äußerung. Wenn Sie eine Stärke nennen, kann ich anhand dieser Idee eine weitere nennen, die mir in diesem Zusammenhang einfällt.

Frank Früchtel: Die ersten zwei Regeln sind in der Tat gar nicht leicht zu vollbringen. Es ist sehr schwer und muss eingeübt werden, nicht zu relativieren. Unsere Alltagssprache ist sehr oft relativierend, selbst wenn es nur in einem Unterton mitschwingt. Für die Zeit des Ressourcenchecks versucht man das herauszunehmen und absolut nur über Stärken zu sprechen.

Für die Zusammenstellung eines Kompetenzteams wird die Technik des Eco Mapping angewandt (**Abbildung 4**). Es ist nicht so einfach, darüber informiert zu sein, wer für das Kompetenzteam in Frage käme. Die Lebenswelt teilen wir in verschiedene Segmente auf, die für den Klienten relevant sind: Familie, Nachbarn, Kollegen, Freunde, Schule, Interessensgemeinschaften, zum Beispiel ein Sportverein, eine Kirchengemeinde oder sonstige. Damit bekomme ich einen Überblick, wer überhaupt für das Kompetenzteam in Betracht kommt.

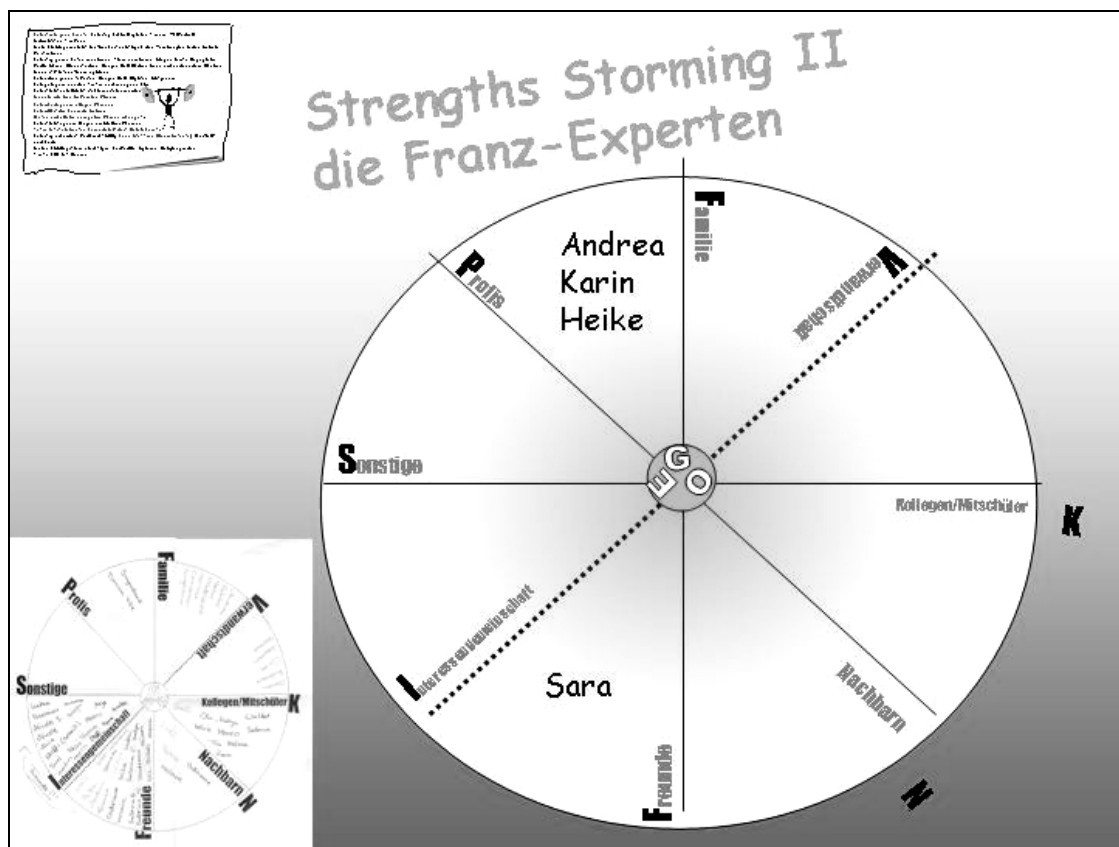


Abbildung 4

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Das Ausfüllen dauert normalerweise etwa zehn Minuten, selbst bei so vielen Personen wie in der kleinen Darstellung links unten in der Abbildung. Beim Eco Mapping gibt es noch weitere Schritte, die aber für unseren Zusammenhang keine Rolle spielen.

Wolfgang Budde: Der Franz hat sich für die aufgeführten vier Personen entschieden. Die Reduzierung auf so wenige Personen und Lebensbereiche ist darin begründet, dass die Zusammenstellung des Kompetenzteams nicht so abgelaufen ist, wie das im kleinen

Bild links unten in der Abbildung 4 dargestellt wird. Diese Reduzierung kennen Sie, wenn Sie in so manchen Akten prüfen, aus welchen Lebensausschnitten die Soziale Arbeit etwas über Ressourcen und Kompetenzen weiß. Die Akten leuchten manchmal nur sehr wenige Lebensbereiche aus, häufig nur das, was Profis beobachten können. Das ist für einen Ressourcencheck kontraproduktiv. Wir wollen ja im Ressourcencheck Stärkesignale auch aus Lebensbereichen gewinnen, die Profis nicht übersehen.

In diesem Fall nennt Franz drei Mitarbeiterinnen der Einrichtung, die er besonders gern mag, und ein Mädchen aus der Nachbargruppe. Das Team trifft sich in seinem Zimmer zum Strengths Storming (**Abbildung 5**). Die unterstrichenen Aussagen werden im Laufe der Bearbeitung von Bedeutung sein.

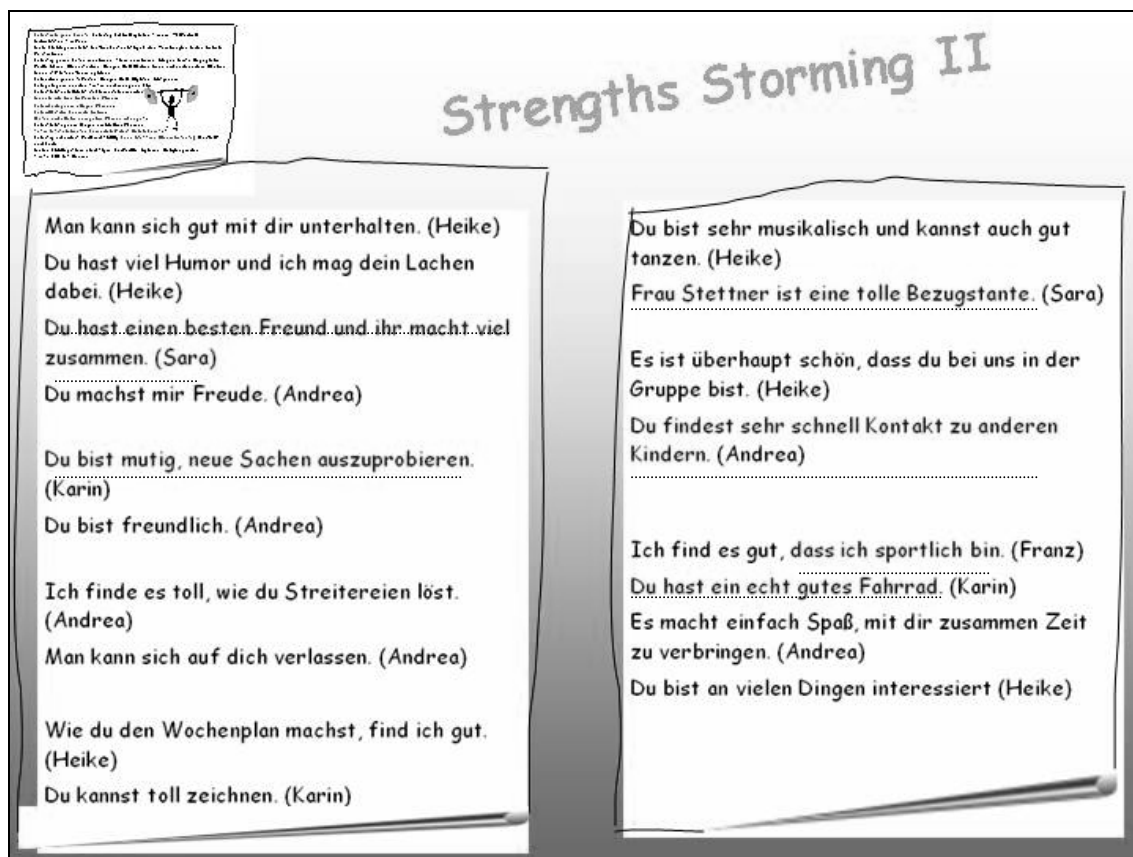


Abbildung 5

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Zum Feedback zum Feedback gibt es ebenfalls Regeln (**Abbildung 6**).

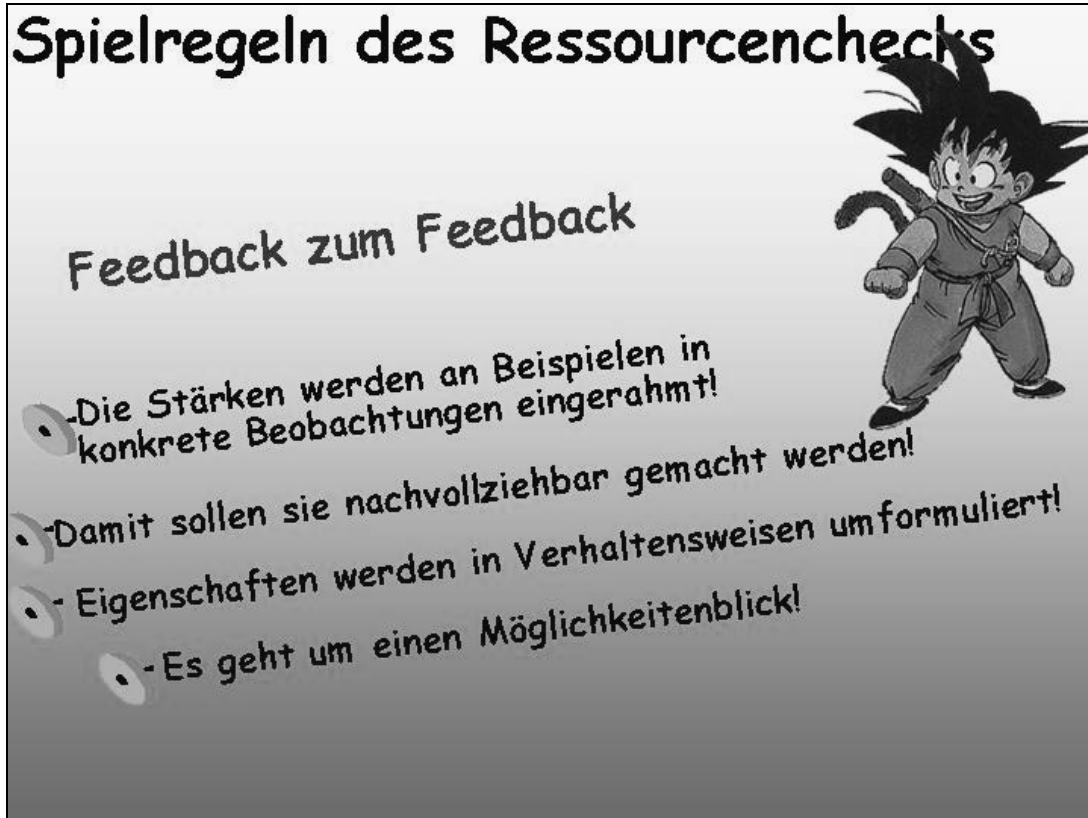


Abbildung 6

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Beim Feedback zum Feedback stellt man fest, was mit einzelnen Eigenschaften gemeint ist, die Stärken werden konkretisiert. Bereits in dieser Phase richtet man den Blick darauf, wie man die genannten Stärken nutzen kann. Die Sozialarbeiterin hat das mit dem Kompetenzteam, wie in **Abbildung 7** aufgeführt, umgesetzt. Auf der linken Seite sieht man die Ergebnisse des Strengths Storming und auf der rechten Seite die Umsetzung im Feedback zum Feedback. Dieses Dokument macht deutlich, es ist nicht immer leicht, das genau entsprechend den Regeln zu organisieren und Eigenschaften wirklich in Verhaltensweisen umzuformulieren.

Frank Früchtel: Der Ressourcencheck wurde in zwei Etappen in zwei verschiedenen Tagen durchgeführt. Die vertrauensbildende Phase und die Phasen Strength Storming und Feedback zum Feedback haben nicht länger als eineinhalb Stunden gedauert. Man hat eine Fülle an Informationen innerhalb relativ kurzer Zeit gewonnen.

Strengths Storming

Man kann sich gut mit dir unterhalten. (Heike)

Du hast viel Humor und ich mag dein Lachen dabei. (Heike)

Du hast einen besten Freund und ihr macht viel zusammen. (Sara)

Du machst mir Freude. (Andrea)

Du bist mutig, neue Sachen auszuprobieren. (Karin)

Du bist freundlich. (Andrea)

Ich finde es toll, wie du Streitereien löst. (Andrea)

Man kann sich auf dich verlassen. (Andrea)

Wie du den Wochenplan machst, find ich gut. (Heike)

Du kannst toll zeichnen. (Karin)

Feedback zum Feedback

→ Weil du gut erzählen und zuhören kannst. (Andrea)

→ Über deine Späße kann man gut lachen. (Sara)

→ Z.B. Karate üben (Andrea), Fußball spielen. (Sara)

→ Z. B. durch Kleinigkeiten, wie mit dem Dragon-Ball-Bild, das du mir gezeichnet hast. (Andrea)

→ Z. B. Klettern, (Karin) oder Einrad fahren. (Sara)

→ Z. B. weil du mich immer lieb grüßt, wenn du mich siehst. (Andrea)

→ Nicht zuschlagen, sondern erst mal reden. (Andrea)

→ Z. B erledigst du deine Sachen selbständig und gut. (Andrea)

→ 1a und ganz selbständig. (Heike)

→ Z. B. Dragon-Ball Figuren. (Karin) und Son Goku.

Strengths Storming

Du bist sehr musikalisch und kannst auch gut tanzen. (Heike)

Frau Stettner ist eine tolle Bezugsperson. (Sara)

Es ist überhaupt schön, dass du bei uns in der Gruppe bist. (Heike)

Du findest sehr schnell Kontakt zu anderen Kindern. (Andrea)

Ich find es gut, dass ich sportlich bin. (Franz)

Du hast ein echt gutes Fahrrad. (Karin)

Es macht einfach Spaß, mit dir zusammen Zeit zu verbringen. (Andrea)

Du bist an vielen Dingen interessiert (Heike)

Feedback zum Feedback

→ Wie z. B. auf Angelo's Geburtstagsfeier (Sara). Getrommelt hast du auch super. (Andrea)

→ Und ihr beide versteht euch super. (Sara) Sie macht auch viele Sachen mit dir, die dir gefallen. (Heike).....

→ Ja, es ist schön, dass du hier bist! (Andrea)

→ Beispielsweise als wir einen Ausflug auf die Jägerwiese oder in das Diana-Bad gemacht haben, hast du dort sofort Kinder gefunden, mit denen du spielen konntest. (Heike)

→ Ich kann gut Fußball und Karate. (Franz)

→ Stimmt! (Franz)

→ Ja, das ist so! (Andrea)

→ Z. B. als wir letztes Mal gemeinsam Nachrichten geschaut haben, hast du immer nachgefragt, „wo ist dieses Land?“, usw. und so habe ich gesehen, dass es dich interessiert, nicht dass du das Programm nur über dich ergehen lässt. (Heike)

Abbildung 7

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Die Einrichtung, in der Franz lebt, ist nicht sozialräumlich orientiert. Sie liegt zwar relativ zentral in Wien, verhält sich aber relativ abgeschlossen von Angeboten und Möglichkeiten der Stadt beziehungsweise des Stadtteils. Das Heim ist sich selbst genug, es ist schon über hundert Jahre alt und hat eine altehrwürdige Tradition.

In der **Abbildung 8** ist eine Schatzkarte eines beliebigen sozialen Raumes gezeichnet, der alles das aufweist, was man in einem Stadtteil vorfinden kann: Leben auf der Straße, kooperative Schulleiter, Menschen mit individuellen Stärken und Talenten, Geschäfte, Kindergärten, Sportplätze usw. Wenn man sich in seinem Sozialraum auskennt, kann man das konkretisieren, man kennt die Namen und die Adressen und die Leute kennen einen selbst auch. Im Vergleich dazu hat das Heim eine recht leere Schatzkarte (**Abbildung 9**). Es gab wenig Verbindung nach außen. Die Kinder wurden in dem Heim betreut und auch Freizeitaktivitäten beschränkten sich auf das Heim und diese Art Exkursionen, die man von Heimen kennt. Eine Ausnahme bildete das Volunteer-System, das waren die Bezugspersonen, die zu Besuch kamen. Das war in der Tat eine sozialräumliche Verbindung. Außerdem gab es in der Nähe einen Karateclub. Dieser Karateclub wurde allerdings erst im Zuge des Ressourcenchecks ermittelt und er lag nicht in unmittelbarer Nähe.

Eine der Gelegenheiten, die aus dem Ressourcencheck entstanden ist, hat darauf aufgebaut, dass Franz erstens leicht zu anderen Kindern Kontakt findet. Er hatte einen Freund, der seinen Traum, ebenso fliegen lernen zu wollen wie Son Goku, teilte. Die beiden haben im Hof oft Karate geübt. Man lernt im Karate auch das richtige Fallen und eine Art „Flug“. Das hatte in der Vorstellungswelt von Franz etwas mit Son Goku tun. Zwei Probleme gab es: Der Karateclub war zu weit entfernt und Franz traute sich nicht allein dort hin. Mit seinem Freund zusammen wagte er sich doch in den Club. Das Fahrrad konnte als Ressource fungieren, leider war gerade Winter, als Franz mit dem Karatetraining im Club beginnen wollte. Außerdem waren die beiden Jungen noch nicht so verkehrssicher mit dem Rad. Daher wurde die „Bezugstante“ gebeten, Franz zum Training und zurück ins Heim mit dem Auto zu fahren. Eine weitere Lösung bestand darin, dass die beiden Jungen gleichzeitig einen Fahrradkurs absolvierten, so dass sie im Sommer mit dem Fahrrad allein zum Karateclub fahren konnten.

Das sieht nicht nach einer spektakulären Lösung aus, aber es wurde in Richtung Integration gearbeitet. Es wäre mit den Stärken noch viel mehr möglich, jedoch nicht mit der Philosophie der Einrichtung. Aber diese Lösung gefällt uns sehr gut, weil sie ganz klar bei Franz ansetzt: Das sind deine Stärken und das ist das, was du willst! Das haben sich nicht die Profis ausgedacht, dass er vielleicht in einen Verein gehen könnte, weil die Profis das für gut und richtig halten. Es ist die Umsetzung seiner eigenen Stärken und seines eigenen Willens.

Der Ressourcencheck, insbesondere Strengths Storming und Feedback zum Feedback hat noch einen weiteren Effekt, sowohl individualpsychologisch als auch gruppendynamisch. Es tut dem Einzelnen sehr gut, er fühlt sich danach gestärkt. Außerdem wirkt es sich auf die Gruppenatmosphäre sehr positiv aus.

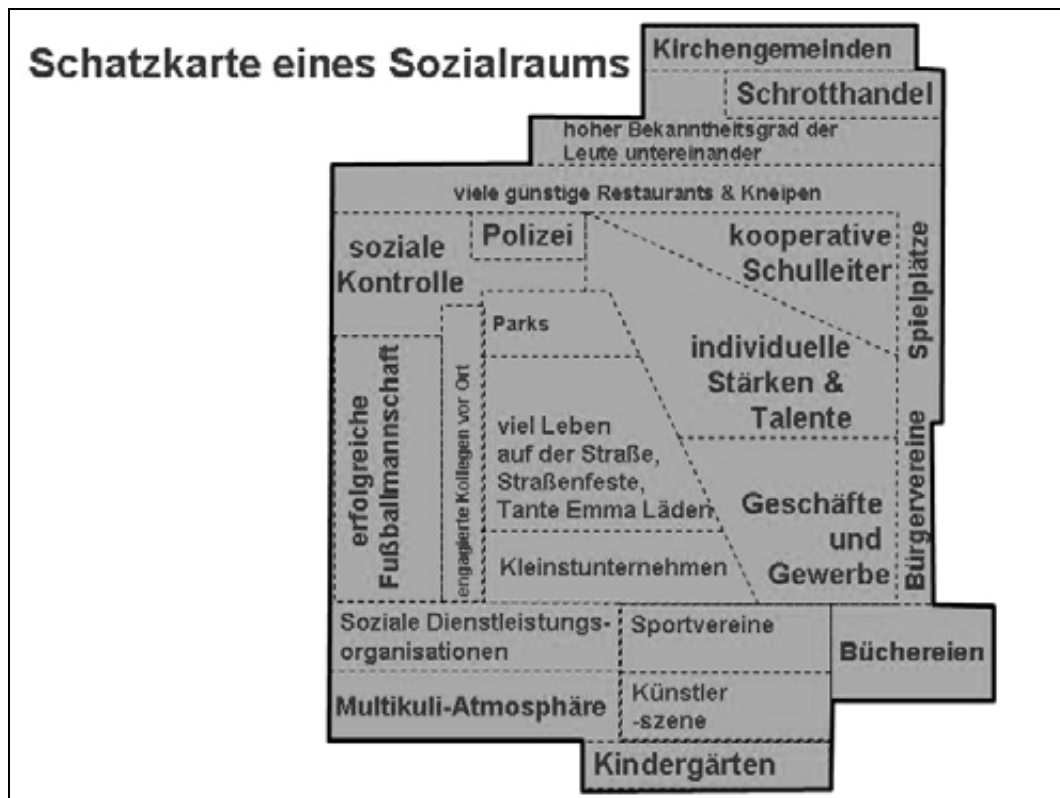


Abbildung 8

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

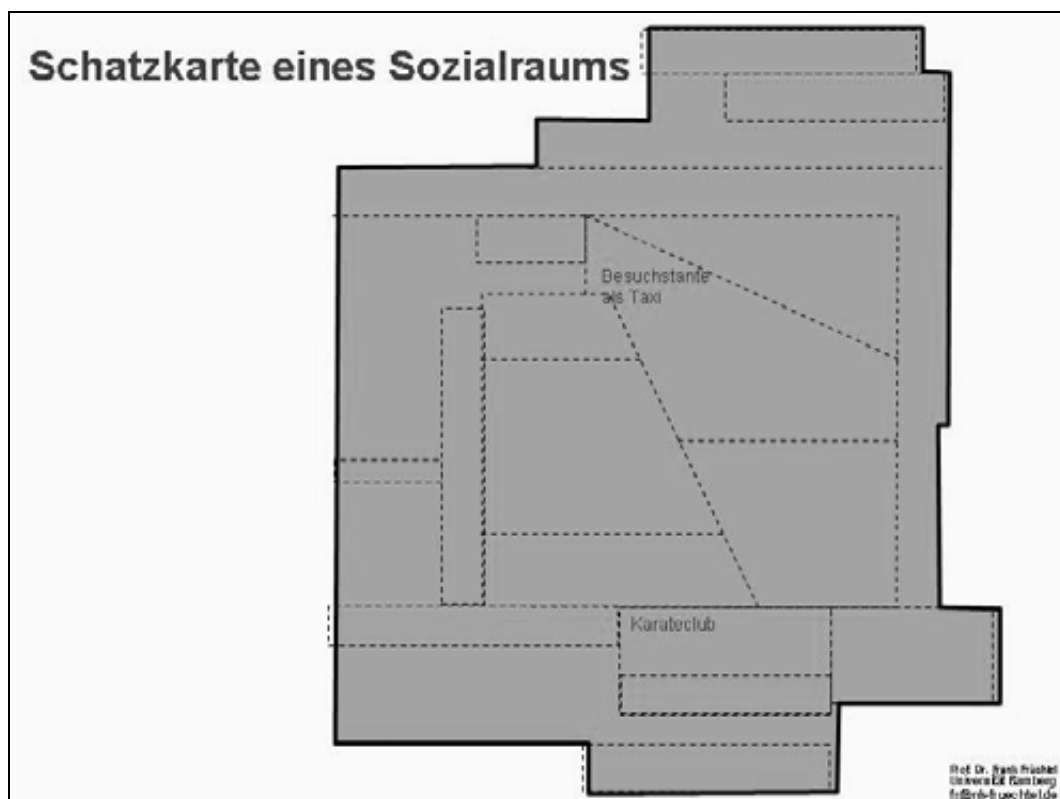


Abbildung 9

© Wolfgang Budde/Frank Früchtel

Arbeitsgruppe 2 a

Dokumentation – Diagnostische Erkenntnisse in der Jugendhilfe als Grundlage für die Leistungsgewährung und die Hilfeplanung“

DAGMAR VON HERMANNI

Leiterin des Allgemeinen Sozialen Dienstes, Jugendamt der Stadt Leipzig

Gestern Abend fragte mich mein Mann noch, wohin ich denn überhaupt fahre und mit welchem Thema ich mich auseinander setzen wolle. Ich sagte ihm das Thema: „Dokumentation: Diagnostische Erkenntnisse in der Jugendhilfe als Grundlage für die Leistungsgewährung und die Hilfeplanung“. „Oh“, sagte er mit nicht zu verkennender Ironie in seiner Stimme, „das ist ja ein total spannendes Thema“.

Ja, ich halte es für ein „spannendes“ Thema, mit dem wir uns die kommenden zwei Stunden beschäftigen wollen, aber diese Einschätzung setzt eben ein entsprechendes fachliches Interesse voraus und resultiert gegebenenfalls auch ein wenig aus dem scheinbaren Dissens, seine verfügbare Zeit der Fallarbeit, das heißt mit der Familie zu widmen und nicht der Dokumentation. Es ist auch ein Thema, welches sehr viel Theorie beinhaltet. Dennoch werde ich davon absehen, auf Theorien zurückzugreifen und versuchen den Zugang zu dem Thema über die Praxis zu finden, die Praxis, die unsere Arbeit in den Allgemeinen Sozialdiensten in den Jugendämtern bestimmt, das heißt auch die Praxis, die (zunehmend?) von begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen bestimmt ist, während soziale Problemlagen eher ansteigen.

Mit dem Blick auf die Praxis meine ich auch, die personellen Ressourcen zu berücksichtigen, die Zeitbudgets, die den SozialarbeiterInnen für ihre Aufgaben letztlich unter Berücksichtigung des Fallaufkommens zur Verfügung stehen, wie aber auch die Unterschiedlichkeit der SozialarbeiterInnen hinsichtlich ihrer Berufserfahrung, der Schwerpunkte ihrer Ausbildung und ihrer individuellen Sichtweisen.

„Diagnose“ ist zunächst ein Begriff, den wir aus der Medizin kennen.

„Diagnose: (gr. *Entscheidung, Urteil*), (engl.) *diagnosis*; überzeugende Zuordnung von Beschwerdebildern zu einem Krankheitsbegriff; i.w.S. Bezeichnung für eine Symptomatik (z.B. Akutes Abdomen) bzw. für einen Verdacht (sog. Verdachtsdiagnostik); vergleiche Klassifizierung“ (Quelle: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Auflage)

Die Verwendung des Begriffes „Diagnose“ in der sozialen Arbeit symbolisiert meines Erachtens auch immer ein Stück Hoffnung, diese „überzeugende Zuordnung von Beschwerdebildern“, das heißt Problembenennungen zu einem „Krankheitsbegriff“ vorzunehmen.

Die Hoffnung, die damit verbunden ist lautet: „*Habe ich erst die Diagnose, weiß ich auch wie ich behandeln muss.*“ In Anbetracht bestehender Leistungsgesetze, hier des

Kinder- und Jugendhilferechtes, erfolgt sodann die „Behandlung“ mit einer Leistung gemäß § 27 ff SGB VIII.

Nun wissen wir alle, dass es nicht so einfach ist. Wir sprechen von sozialer Diagnose, von psychosozialer Diagnose, von systemischer Diagnose, in jedem Fall von Diagnosen, die soziale Gegebenheiten wie auch die sozialen Beziehungen und die wechselseitigen Wirkungen von Beziehungen berücksichtigen. Ich will hier nicht auf Definitionen und Theorien zu diesen unterschiedlichen Diagnosemethoden und -zielen eingehen.

Festzuhalten ist unser Bemühen,

- die Eigendiagnose der Klientel wie aber auch verfügbare Fachdiagnosen, Beurteilungen und Einschätzungen anderer einzubeziehen,
- die daraus resultierenden, teilweise sehr unterschiedlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen sämtlichst zu berücksichtigen und
- zu einer Gesamtdiagnose als Grundlage für unsere Arbeit zusammenzufügen.

Die Sozialarbeiter sitzen mit diesen verschiedenen Beurteilungen, Einschätzungen und Diagnosen mitunter vor einem großen Puzzle und bemühen sich, diese unterschiedlichen Puzzleteile zu einem Ganzen zusammenzufügen. Sie stellen dabei fest, dass nicht alle Puzzleteile zusammenpassen.

Entwickelt sich bei dem Zusammenlegen eines Puzzles Schritt für Schritt *ein* Bild heraus, so blicken wir beim Einsammeln der Diagnosen, Beurteilungen und Bewertungen, die durch verschiedene Dritte an uns herangetragen werden, nicht zwingend auf ein wachsendes Bild, sondern auf verschiedene Bilder. Diese verschiedenen Bilder weisen zwar häufig übereinstimmende Elemente auf, sind jedoch noch lange nicht geeignet, ein Bild zu ergeben.

Sehr unterschiedlich ist das, was diese Bilder ausdrücken, das heißt das, was beschrieben wird, welche Ableitungen aus diesen Beschreibungen vorgenommen und insbesondere welche Ziele hieraus abgeleitet werden.

Weiterhin unabhängig von den verschiedenen Definitionen von Diagnosen stellt sich in der Jugendhilfe nach wie vor die Frage, wer oder was das „Objekt“ unserer Diagnose bleibt.

Bei allem Einvernehmen, dass der Hilfeadressat nicht allein das Kind/der Jugendliche, sondern die Familie in ihrem sozialen Umfeld ist, wissen wir, wie schwer es ist, in Betracht der bei vielen Fallstarts zunächst einsetzenden Problemanzeigen und -beschreibungen über die Symptombeschreibung und -zuordnung zu dem einem Kind/Jugendlichen hinauszuschauen, das heißt seine Familie, sein soziales Umfeld mit einzubeziehen.

Die Dokumentation dieser Zielsetzung der Arbeit beginnt bei uns mit dem zu verwendenden **Aktendeckblatt**, welches nicht das einzelne Kind, welches gegebenenfalls Hilfen zur Erziehung erhält, zum Akteninhaber macht, sondern eine der erwachsenen Personen der Familie oder Lebensgemeinschaft. In dem Aktendeckblatt werden sodann alle Beteiligten dieser Familie mit aufgenommen, sozusagen ein „Verzeichnis der Mitwirkenden des näheren sozialen Umfeldes“ (**Anlage 1**).

In der sozialen Arbeit müssen wir davon ausgehen, dass Situationen, Beziehungen, Verhalten mit einander verwoben sind und sich gegenseitig bedingen. Schon die Erstellung einer Anamnese, selbst wenn dies durch stringentes Abfragen erfolgt, erzeugt gegebenenfalls Veränderungen allein dadurch, dass bestimmtes Fragen entsprechende Überlegungen, Reaktionen auslöst. Tatsächlich stellt eine Anamneseerhebung jedoch nicht ein schlichtes Abfragen dar, sondern erfolgt im Rahmen eines Gesprächsverlaufes, in der Regel über mehrere Gespräche, in denen Reaktionen, Reflektionen und Spiegelungen erfolgen.

Die Erstellung sozialer Diagnosen wird damit bereits zu einem Bestandteil eines Prozesses, auch wenn wir uns noch nicht in einem so genannten Hilfeplan bewegen.

Für die Erstellung der **Sozialanamnese** haben wir ein Schema. Es wird sukzessive mit Beginn der Beratungsarbeit „gefüllt“. Es wird auch ein Genogramm aufgenommen. Die Erstellung der Sozialanamnese kann im PC mittels eines Schreibprogramms aber auch mit der Hand in einem Vordruck, gegebenenfalls durch Zusatzblätter ergänzt, aufgenommen werden (**Anlage 2**).

Wir haben uns in Leipzig in den vergangenen Jahren sehr intensiv damit auseinandergesetzt, wann Hilfeplanung beginnt.

§ 36 SGB VIII sieht vor, dass, „wenn die Hilfe voraussichtlich für längere Zeit zu leisten ist“, im Zusammenwirken mit mehreren Fachkräften die Entscheidung über die im Einzelfall angezeigte Hilfeart getroffen werden soll und als Grundlage für die Ausgestaltung der Hilfe ein Hilfeplan erstellt werden soll.

Nach § 36 SGB VIII hört sich das ganze Verfahren eigentlich überschaubar und schrittweise abarbeitbar an:

- Personensorgeberechtigte und das Kind sind vor der Entscheidung über die Inanspruchnahme einer Hilfe zu beraten und auf die möglichen Folgen für die Entwicklung des Kindes hinzuweisen,
- bei Hilfe außerhalb der eigenen Familie sind Eltern und Kind bei der Auswahl der Einrichtung oder Pflegestelle zu beteiligen,
- der Wahl und den Wünschen ist zu entsprechen, so sie nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden sind,
- die Entscheidung über die Hilfeart wird im Zusammenwirken mit mehreren Fachkräften getroffen,
- Grundlage für die Ausgestaltung der Hilfe ist der Hilfeplan, der zusammen mit den Eltern und dem Kind aufgestellt wird und Feststellungen über den erzieherischen Bedarf, die zu gewährende Art der Hilfe sowie die notwendigen Leistungen enthält.

Dass es sich hierbei nicht um eine chronologische Darstellung im § 36 SGB VIII handelt, ist bereits schnell erkennbar: Wenn im Hilfeplan Feststellungen zum erzieherischen Bedarf getroffen werden sollen, so muss dieser zunächst eruiert werden und dies

kann und darf nicht erst erfolgen, wenn die Eltern bereits über die Inanspruchnahme einer Hilfe und deren möglichen Folgen für die Entwicklung des Kindes beraten wurden.

Wenn wir den Hilfeplan nach § 36 definieren, so geht es um die Feststellung

- des erzieherischen Bedarfes,
- der zu gewährenden Hilfe sowie
- der notwendigen Leistung.

Hilfen zur Erziehung müssen erforderlich und geeignet sein.

Sowohl Erforderlichkeit wie auch Geeignetheit einer Hilfe können nur, von Zielen, deren Erreichung erforderlich ist, abgeleitet werden. Zu einem Hilfeplan gehört damit auch immer die Benennung von Hilfeplanzielen.

Wenn wir in der Jugendhilfe anfangen, bei einem Fall die „Fakten“ aufzunehmen und eine Sozialanamnese zu erstellen, stellt sich regelmäßig bereits heraus, dass die verschiedenen Beteiligten Situationen, bisherige Entwicklungen, Verhaltensweise und Probleme unterschiedlich beschreiben und auch hinsichtlich ihrer Erwartungen, Vorstellungen und Wünsche teilweise sehr unterschiedliche Vorstellungen vorherrschen.

Auch müssen wir feststellen, dass häufig ein nicht geringer Anteil benannter Probleme gegebenenfalls nicht zunächst einen Bedarf an erzieherischer Hilfe, wohl aber an Hilfe hinsichtlich sozialer, wirtschaftlicher Strukturen erfordert.

Die Anamnese und die Erfassung aktueller Gegebenheiten stellen die Grundlage einer jeden Diagnose dar.

Bereits bei der Anamneseerhebung und Erfassung der aktuellen Situation ergeben sich jedoch mitunter bereits die ersten Veranlassungen. Erstmaßnahmen oder ein Interventionsbedarf werden nicht zurückgestellt, bis der Sozialarbeiter seine Anamnese- und Faktenerhebung abgeschlossen hat, insbesondere da er mitunter auch hierfür auf die Einbeziehung Dritter, wie beispielsweise Schule, Amtsarzt usw. angewiesen ist und hierdurch auch längere Zeiträume entstehen.

Bereits diese Phase ist damit begleitet von persönlicher Hilfe und gekennzeichnet von Mitwirkung des Klientels. Jedoch ist auch diese persönliche Hilfe nicht nur operativ, spontan und planlos anzusetzen. Auch sie ist an Zielen zu orientieren und auch die Ziele dieser persönlichen Hilfe sind innerhalb eines zu setzenden Rahmens anzusiedeln.

Diese Ziele herauszuarbeiten, stellt bereits einen gemeinsamen mit den Beteiligten zu bestreitenden Prozess dar (**Abbildung 1**).

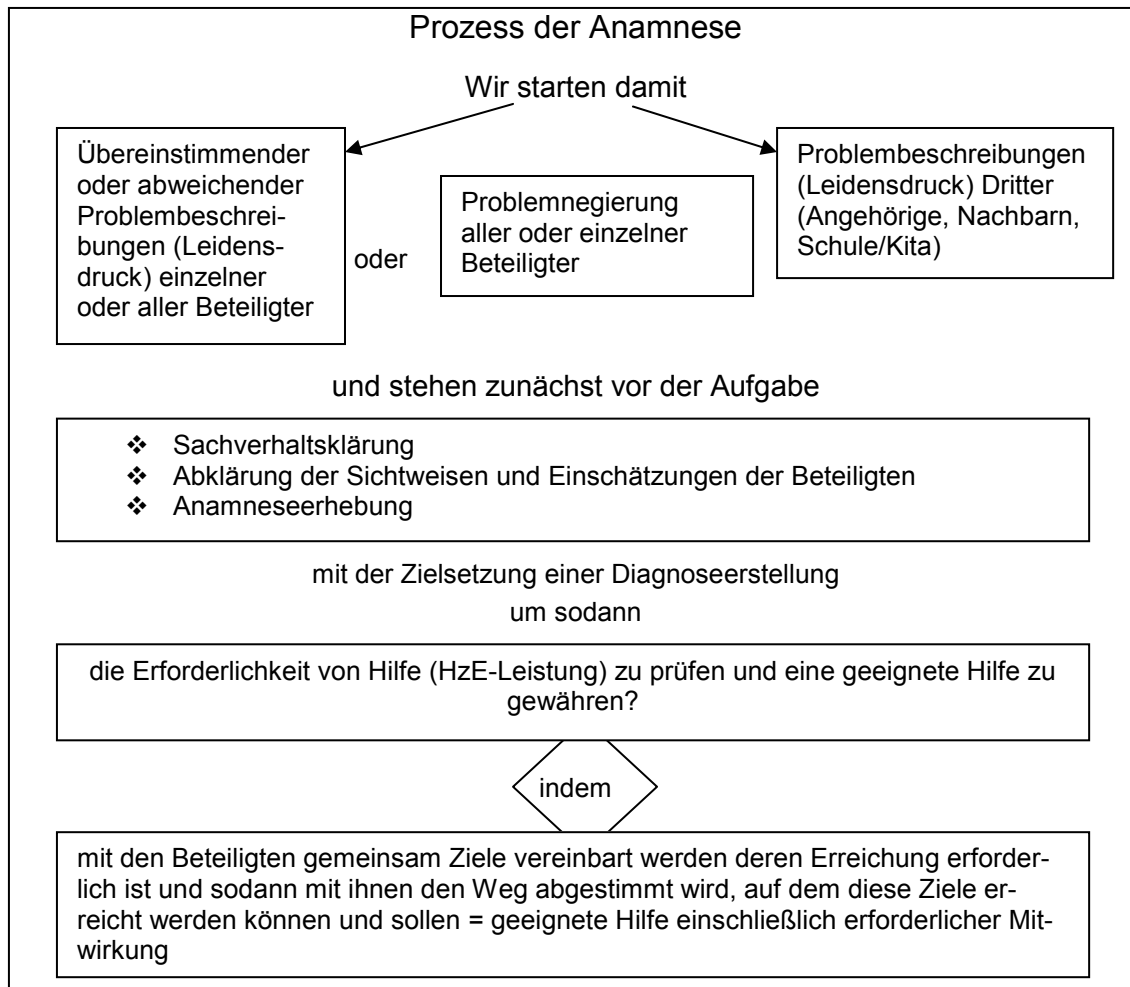


Abbildung 1

© Dagmar von Hermanni

Dieser Prozess setzt eine Erfassung und Würdigung des Sachverhaltes voraus und startet mit der Befragung. Lautete die Definition von Diagnose (im medizinischen Sinne): „überzeugende Zuordnung von Beschwerdebildern zu einem Krankheitsbegriff“ so lässt sich dieser Begriff in der sozialpädagogischen Arbeit übersetzen mit den Antworten auf Fragen. **Die Hauptfrage ist zunächst:**

„Wer hat welches Problem womit beziehungsweise mit wem?“

In einem plakativen Beispiel könnte sich dies wie folgt darstellen:

- Die Schule benennt das Problem, dass die Kinder „verhaltensauffällig“ sind, ...
- Die Nachbarn beschwerten sich über ...
- Der Vermieter kritisiert ... und droht mit Kündigung
- Die Ehefrau kritisiert, dass der Mann nur noch zur Hause rumhockt und trinkt ...
- Die Kinder nörgeln, dass der Vater sich in alles reinhängt und nur autoritär be-
stimmt,
- Der Vater kritisiert, dass die Kinder nicht mehr spüren und ...

- Die Mutter macht sich Sorgen, weil die Kinder über Nacht wegbleiben und die Schule nicht regelmäßig besuchen,
- der Sozialarbeiter nimmt beim ersten Hausbesuch eine verschlammte, unsaubere Wohnung, finanzielle Engpässe der Familie und Mutter, die von niemandem ernst genommen wird, wahr.

Um hier zu gemeinsamen Zielen zu kommen, bedarf es zunächst der Klärungen:

- *Die Schule benennt das Problem, dass die Kinder „verhaltensauffällig“ sind, ...*
 - Was wird als „verhaltensauffällig“ beschrieben?
 - Welche Veranlassungen/Maßnahmen sind seitens der Schule bisher erfolgt, über welchen Zeitraum, mit welchen Ergebnissen?
 - Sind die „Auffälligkeiten“ auf die Gegebenheiten der Schule zurück zu führen oder sind sie auch im Familienleben und in der Freizeit feststellbar?
 - Welche Ziele verfolgt die Schule, die über eine „Unauffälligkeit“ der Kinder hinausgeht?
- *Die Nachbarn beschweren sich über ...*
- *Der Vermieter kritisiert fehlende Mietzahlungen und mietwidriges Verhalten, wie ruhestörenden Lärm und verunreinigtes Treppenhaus und droht mit Kündigung.*
 - Wird die Miete regelmäßig gezahlt?
 - Besteht ein Dauerauftrag?
 - Ist das Existenzminimum der Familie gewährleistet?
 - Welcher Lärm, wann, durch wen/wie? Geht es auch leiser?
 - Wird das Treppenhaus nicht pflichtgemäß geputzt oder über Gebühr verunreinigt?
 - Wer verunreinigt es, die Kinder? Wurde mit den Kindern darüber gesprochen, wurden gegebenenfalls mit ihnen gemeinsam die Verunreinigungen entfernt?
 - Welche Einschätzung haben die Familienmitglieder hinsichtlich eines drohenden Wohnungsverlustes? Ist es ihnen egal umzuziehen oder gewinnen sie einem Umzug gar etwas Positives ab? ...?
- *Die Kinder nörgeln, dass der Vater sich in alles reinhängt und nur autoritär bestimmt.*
 - In was hängt sich der Vater rein?
 - Welche Positionen vertritt er dabei?
 - Decken sich seine Positionen mit denen der Mutter?
 - Zieht sich die Mutter zurück, wenn sich der Vater „reinhängt“?
 - Benörgeln die Kinder „was“ der Vater sagt und tut oder „wie“ er es sagt und tut?
- *Der Vater kritisiert, dass die Kinder nicht mehr spüren und ...*
 - Wann, in welchen Situationen „spüren“ die Kinder nicht?
 - Gibt es Regeln, gegen die sie verstoßen, wenn ja, welche Regeln sind dies und werden sie regelmäßig eingefordert und nur in bestimmten Situationen oder Stimmungen? Wie wird mit den Kindern umgegangen, wenn sie nicht „spüren“?

- *Die Ehefrau kritisiert, dass der Mann nur noch zur Hause rumhockt und trinkt ...*
 - Gibt es eine Aufgabenteilung zwischen den Eheleuten?
 - Gab es zuvor andere Aufgabenteilung? Was hat sich geändert und hat man die Aufgabenteilung dieser Änderung angepasst?
 - Hat man darüber gesprochen? Kann man darüber sprechen?
- *Die Mutter macht sich Sorgen, weil die Kinder über Nacht wegbleiben und die Schule nicht regelmäßig besuchen.*
 - Wann bleiben die Kinder über Nacht weg?
 - Bleiben sie gemeinsam weg? Wo sind sie dann?
 - Was hat die Mutter unternommen, sie abends nach Hause zu holen, was hat der Vater unternommen?
 - Wie wird damit umgegangen, wenn die Kinder nach einer Nacht außer Haus wieder kommen?
 - Was sagen die Kinder, warum sie nicht nach Hause kommen?
 - Was sagen die Kinder, warum sie manchmal nicht zur Schule gehen?
- *der Sozialarbeiter nimmt beim ersten Hausbesuch eine verschlammte, unsaubere Wohnung, finanzielle Engpässe der Familie und Mutter, die von niemandem ernst genommen wird, wahr.*
 - Was ist „verschlampt“ und „unsauber“, führt der Zustand der Wohnung zu Problemen hinsichtlich einer dem Wohl der Kinder entsprechenden Entwicklung?
 - Spiegelt die Bewertung die individuelle Sichtweise des Sozialarbeiters wider?
 - Ist es eine oberflächliche Unordnung/Unsauberkeit?
 - Welche finanziellen „Engpässe“ werden festgestellt, unpünktliche Mietzahlungen (siehe oben) oder Überschuldung?
 - Besteht unwirtschaftliches Verhalten und wenn ja, weil es der Familie egal ist – „bisher hat es ja immer wieder irgendwie geklappt“ – oder weil sie nicht weiß, wie mit dem verfügbaren Geld gewirtschaftet werden kann?
 - In welcher Hinsicht wird die Mutter „von niemanden ernst genommen“, will sie ernst genommen werden, will sie Verantwortung übernehmen?
 - Welche Tagesstrukturen bestehen in dieser Familie, welche Regeln und Grundsätze bestehen?

Das sind nicht mal alle Fragen und auf fast jede gestellte und beantwortete Fragen kommen noch Folgefragen zur Vertiefung.

Sehen wir von Sofortmaßnahmen oder zumindest zügig zu veranlassenden, zu vereinbarenden und umzusetzenden Maßnahmen ab, wie beispielsweise der Sicherung der Wohnung, so werden die Erkenntnisse, die sich aus all den erforderlichen Fragestellungen ergeben, Grundlage für die Bestimmung gemeinsamer und realistischer Ziele sein. Die Ziele müssen auch den Anforderungen, die SGB I und SGB VIII stellen, genügen.

Dem steht eine formalisierte Betrachtung von Antragstellung auf Hilfen zur Erziehung (HzE), der Prüfung einer Leistungsgewährung und die Erstellung und Fortschreibung einer Hilfeplanung, die die „Wünsche“ der Beteiligten aufgelistet hat, entgegen.

Hier hat zunächst ein Prozess einzusetzen, bei dem gemeinsam mit der Familie den Fragen nachgegangen wird, bei dem sich die Beratung auch auf die Aufgaben, das heißt auf die Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten der Eltern beziehen und ihre Mitwirkung abgefordert wird: ein Prozess der Klärung der Ziele, begleitet durch Beratung und persönliche Hilfe.

Ich habe SozialarbeiterInnen kennen gelernt, die sich in ihrem Verständnis einer „Diagnose“ darauf begrenzen, bei den Beteiligten die „Probleme“ und deren Erwartungen und „Wünsche“ abzufragen und sodann die Sorgeberechtigten insofern über die möglichen Hilfen beraten, als sie den Leistungskatalog der HzE wie das Angebot eines Versand- oder Kaufhauses darstellen. Oder, um bei einem Bild aus der Medizin zu bleiben, es wird die „Diagnose“ des Betroffenen als Grundlage für die „Behandlung“ genommen, die eigene Diagnose unterbleibt.

Die Erfassung von Sachverhalten, Problemschilderungen wie aber auch Hoffnungen und Erwartungen bereits als Prozess verstehend, bedarf bereits dieser Prozess Steuerungszielen.

In Leipzig sind bereits Steuerungsziele durch die Jugendhilfeplanung, den Teilfachplan Hilfen zur Erziehung festgeschrieben.

Wir haben aber auch für die Aufgabenwahrnehmung des ASD und damit auch für die Hilfeplanung ein **Grundsatzpapier** erarbeitet. **(Auszug)**

Für den ASD ergeben sich (hierdurch) folgende Steuerungsziele für die Ausrichtung der Arbeit:

*Unter Berücksichtigung der Geeignetheit besteht ein eindeutiger **Vorrang ambulanter und sodann teilstationärer Hilfen zur Hilfe zur Selbsthilfe** bzw. einer weitgehend selbstständigen Lebensführung.*

*Hilfeleistungen zur **Wiederbelebung, Entwicklung oder Schaffung von Ressourcen der Betroffenen und ihres näheren Umfeldes stehen im Vordergrund** vor der Einleitung weitergehender Maßnahmen und der Verfestigung der Inanspruchnahme dauerhafter Leistungsangebote. Eine Orientierung auf den Lebenszusammenhang und das Lebensumfeld der Betroffenen, das heißt insbesondere eine Anbindung im nahen menschlichen und infrastrukturellen Umfeld stellt dabei eine maßgebliche Grundlage der Schaffung individueller sozialer Netzwerke dar.*

*Die Förderung einer selbstständigen, eigenverantwortlichen Lebensführung unterliegt dabei in besonderem Maß der gemeinsamen **Aufstellung eines Hilfeplanes**. Dieser **muss detailliert und kleinschrittig aufgestellt werden, er muss realistische Ziele und Teilziele umfassen**. Gemeinsam mit den Beteiligten wird der eingetretene bzw. der nicht eingetretene Erfolg überprüft. Werden Ziele nicht erreicht, muss bei deren Ursachenprüfung auch erneut ihre Realisierbarkeit hinterfragt werden.*

Der ASD nimmt seine Aufgaben im Rahmen der Einzelfallhilfe wahr.** Wie bereits ausgeführt, ergibt sich auch die Aufgabenwahrnehmung durch den ASD aus den vorgenannten Gesetzen. **Im Vordergrund der Aufgabenwahrnehmung steht die persönliche Hilfe. Die persönliche Hilfe umfasst sowohl Hilfe in situativen persön-

lichen Krisensituationen, wie aber auch Hilfe bei komplexen Problemlagen. Sie orientiert sich zunächst nicht vordergründig an Leistungsparagrafen einzelner Gesetze, sondern an der individuellen, zunächst gegebenenfalls auch nur subjektiv vom Hilfesuchenden wahrgenommenen Problemlage.

In den Grundsätzen haben wir uns bemüht, den „Geist“ der Hilfeplanung und die dafür erforderlichen Voraussetzungen „einzufangen“.

Die Hilfen durch den ASD in Form von Begleitung und Beratung sind auf die betroffenen Personen, die Familien, den Lebensverbund und deren Probleme gerichtet, sie orientieren sich nicht bereits vordergründig an Leistungen nach bestimmten Gesetzen. Hierbei arbeitet der ASD ganzheitlich mit systemischer Zielsetzung der Stärkung der Familien, der Stärkung der eigenen Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen und unter Einbeziehung des jeweiligen sozialen Umfeldes. Die Einbeziehung des sozialen Umfeldes umfasst dabei nicht nur die Familie, sondern auch Nachbarschaft, Freundeskreis, wie aber auch Vereine und Verbände mit ihren vielfältigen Aktivitäten und Angeboten. So stehen auch bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, bzw. deren Eltern, Personensorgeberechtigten oder den Personen, die die tatsächliche Betreuung und Fürsorge gewährleisten, die dem BSHG und dem KJHG obliegenden Zielsetzungen einer Lebensgestaltung unabhängig von öffentlichen Leistungsangeboten im Vordergrund.

In jedem Einzelfall ist dabei in der sozialpädagogischen/sozialarbeiterischen Arbeit eine Problemanalyse zu fertigen, auf der basierend gemeinsam mit den Betroffenen Ziele und Wege erarbeitet werden, die der Problemlösung oder -minderung dienen. Hierfür ist, wenn davon auszugehen ist, dass es sich nicht nur um eine einmalige oder kurzfristige Hilfe handelt, die Erstellung eines Hilfeplanes erforderlich. Aus diesem Hilfeplan ergibt sich dann gegebenenfalls auch eine weitergehende Hilfe, wie Hilfen zur Erziehung, andere Hilfen nach dem KJHG oder auch Hilfen nach dem BSHG, bei Feststellung deren Notwendigkeit und Geeignetheit. Grundlage der Veranlassung solcher Hilfen ist die Erstellung eines Hilfeplanes.

Im Hilfeprozess hat die Arbeit des ASD geprägt zu sein von:

- Einbeziehung aller am Beratungs-/Hilfeprozess beteiligten Personen
- Erfassung relevanter Problemlagen und Entwicklung einer Akzeptanz der Beteiligten für die Problemlagen
- Vermittlung zwischen unterschiedlichen Interessen- und Bedürfnislagen
- Schaffung eines zielorientierten Konsens zur Aufarbeitung der Problemlagen
- Herstellung von Transparenz und Verbindlichkeit zwischen den Beteiligten.

Die Erfassung der Lebens-/Familiensituation, die Beschreibung der Problemlagen und der daraus resultierende Hilfeplan sind dabei die entscheidenden Instrumente der Arbeit des ASD. Sie dienen dabei gleichzeitig der Dokumentation. Sie werden gemeinsam mit den Betroffenen erarbeitet, sind von diesen einzusehen und sollen stets die Position von Sozialarbeiter und Klient unterscheiden lassen.

Die Hilfeplangestaltung soll ein gemeinsamer Prozess von allen Beteiligten sein. Entscheidende Voraussetzung ist es damit, dass sich auch alle Beteiligten in diesen Prozess einbringen. Hierzu zählen insbesondere:

Beschreibung ihrer bisherigen Lebenssituation

- ***Schilderung ihrer Sichtweise der Probleme***
- ***Beschreibung von Vorstellungen und Überlegungen, welche Veränderungen selber leistbar sind***
- ***Äußerung von Hoffnungen, Vorstellungen, Wünschen und Erwartungen hinsichtlich der Bearbeitung und Veränderung der Probleme***
- ***Bereitschaft, sich aktiv einzugeben, Aufgaben und Pflichten zu übernehmen***
- ***Benennung des Veränderungsbedarfes***

Als Instrumentarium hierfür dient die Erstellung der Sozialanamnese.

Aufgaben des ASD

- *Erstellung einer Sozialanamnese,*
- *Erfassung der Problemschilderung der Beteiligten,*
- *Herausarbeitung gegebenenfalls unterschiedlicher Problembeschreibungen und gemeinsame Bewertung mit den Beteiligten,*
- *Herausarbeiten gegebenenfalls unterschiedlicher Vorstellungen, Wünsche und Erwartungen mit den Beteiligten,*
- *Abklärung von Veränderungsmöglichkeiten, Abstimmung kleiner, überschaubarer Schritte, treffen von Vereinbarungen, wer was tut, wer etwas unterlässt usw.*
- *Erfolgskontrolle gemeinsam mit den Betroffenen über erfolgte Abstimmungen und Vereinbarungen,*
- *Abklärung nächster gemeinsamer Schritte bzw. Abprüfung, ob andere Schritte/ Maßnahmen (Alternativen) erforderlich und geboten sind, Verdeutlichung von Konsequenzen.*

Der ASD-Mitarbeiter hat bei diesem Prozess sowohl eine Moderatoren Aufgabe bzgl. der innerfamiliären Diskussion, wie aber auch eine Beratungsaufgabe. Er unterstützt die Beteiligten dabei, ihrer Mitwirkung nachzukommen.

Mit der Erarbeitung des Hilfeplanes setzt bereits die sozialpädagogische Arbeit des ASD ein. Es werden Probleme und deren Ursachen benannt als Grundlage für die Entwicklung von Zielsetzungen und daraus resultierenden Aufgaben und Verantwortungen.

Entscheidend bei der Erstellung eines Hilfeplanes ist nicht die Verständigung auf plakative Ziele - dies stellt eine Voraussetzung dar- , wie „die Familie soll sich stabilisieren; die Mutter soll in die Lage versetzt werden, ihren Aufgaben nachzukommen; der Ehemann soll in einen Arbeitsprozess integriert werden“; sondern das „was macht wer wie und bis wann“. Die vorangegangene Verständigung auf Ziele stellt dabei die Beantwortung des warum dar.

Für die Erarbeitung eines Hilfeplanes muss es deswegen kennzeichnend sein über eine:

- *Situationsbeschreibung,*

- *Problembeschreibung - gegebenenfalls unter Berücksichtigung unterschiedlicher Problemwahrnehmungen und -bewertungen,*
- *Ursachenerklärungen für die erfolgten Problembeschreibungen*
- *Zielvereinbarungen der erforderlichen Veränderungen*
- *Erfassung/Erarbeitung der vorhandenen Ressourcen sowohl bei den direkt Betroffenen wie auch den Beteiligten*

und sodann der kleinschrittigen Hilfeplanung (**Abbildung 2**)

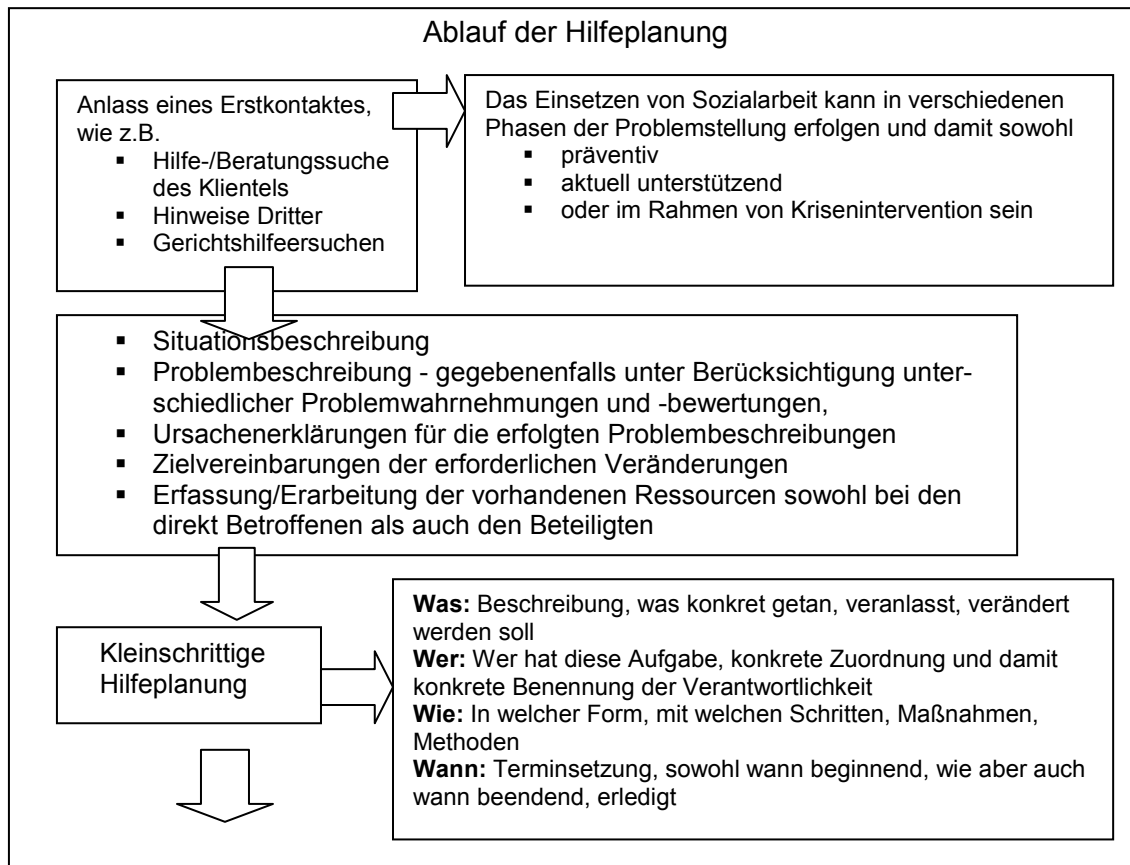


Abbildung 2

© Dagmar von Hermanni

Übertragen wir einige der bereits aufgeworfenen exemplarischen Fragestellungen auf diese Vorgehensweise, auch wenn dies plakativ, verkürzt und unseren Fällen in der Praxis hinsichtlich der Problemlagen in der Regel nicht gerecht wird. Was wird konkret als Problem und änderungsbedürftig benannt und erkannt?

Der **Vater** ist seit vier Jahren arbeitslos. Bemühungen, in seinem Beruf als Schlosser wieder Arbeit zu bekommen, hat er ebenso aufgegeben wie die Hoffnung, anderweitig Arbeit zu erhalten. Vor zwei Jahren sei er im Rahmen einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme tätig gewesen, das sei gut gewesen, aber nun ..., es sei eben alles irgendwie sinnlos, nerve ihn an und es nerve ihn total, wenn dann auch die Kinder nicht spüren. Außerdem habe man natürlich inzwischen finanzielle Probleme, weil man von der Stütze nicht leben könne. Das Geld reiche eigentlich nie bis zum Monatsletzten. Wenn man nun noch vielleicht die Wohnung verliere, nerve ihn das auch wieder, aber was könne man da schon unternehmen?

Die **Mutter** ist ebenfalls seit mehreren Jahren arbeitslos. Sie kümmere sich zu Hause um alles allein. Erfolge könne sie dabei nicht sehen, weil ihr keiner helfe. Handwerkliche Sachen blieben liegen, weil sich ihr Mann nicht darum kümmere. Um die Schularbeiten der Kinder könne sie sich nicht kümmern, weil sie dafür eigentlich schon keine Zeit habe. Außerdem sei es mit dem Geld sehr schwierig, nie würde es reichen und man habe immer mehr Schulden, aber irgendwie müsse man sich ja auch mal was kaufen.

Die **Schule** beschreibt die „Verhaltensauffälligkeiten“ der **Kinder** damit, dass sie unpünktlich zur Schule kommen, mitunter ganze Tage schwänzen, die Schularbeiten überwiegend nicht erledigen, im Unterricht unaufmerksam seien,

der **Vater** problematisiert, dass die Kinder nicht „spuren“ und erläutert, dass sie seinen Anweisungen nicht folgen, nicht im Haushalt helfen,

die **Mutter** beklagt, dass die Kinder nicht aufräumen, sich nicht an feste Zeiten bezüglich des Nachhausekommens und der Mahlzeiten halten. Sie hat den Eindruck, dass ihr die Kinder entgleiten.

Die **Kinder** fühlen sich durch den Vater genervt, er nörgele immer herum. Schule sei eigentlich weit o.k., da würde man auch die Freunde treffen und wenn die Schule mal nerve oder man verschlafen habe, gehe man nicht hin.

Wer hat nun welche Probleme, welche Veränderungen sollen erreicht werden, wer hat welche Verantwortlichkeiten/Aufgaben und wer unternimmt oder unterlässt nun was, bis, wann um die Ziele zu erreichen.

Tagestrukturierung:

Steht die Familie künftig gemeinsam früh auf, damit die Kinder nicht mehr verschlafen? Wird der Tagesablauf der Eltern darauf abgestellt, wann die Kinder nach Hause kommen, das heißt, bis zu diesem Zeitpunkt ist die Hausarbeit getan, Essen gekocht und Einkäufe getätigt? Übernimmt der Vater dabei Aufgaben (zum Beispiel Einkäufe, Instandsetzungsarbeiten in der Wohnung)? Werden Vereinbarungen getroffen, wann die Kinder Schularbeiten machen und welcher Elternteil hierfür zur Verfügung steht? Welche Zeiten stehen für Freizeit zur Verfügung?

Schule und Freizeit

Welcher Elternteil nimmt Kontakt mit der Schule auf um abzustimmen, was Lehrer und Eltern gemeinsam unternehmen können, um das Interesse der Kinder an der Schule zu fördern, die Unaufmerksamkeit im Unterricht zu minimieren und Hilfestellungen bei den Schularbeiten zu geben?

Welche Interessen haben die Kinder, denen sie in der Freizeit nachgehen oder nachgehen können. Welchen Interessen könnten die Kinder gemeinsam mit den Eltern nachgehen (ohne dass hierdurch finanzielle Aufwendungen entstehen)?

Finanzielle Situation und Hauswirtschaft

Wie und durch wen (Mann oder Frau und gegebenenfalls mit wessen Hilfe) können die aufgelaufenen Schulden und die monatlichen finanziellen Verpflichtungen zusammengestellt werden?

Ist die derzeitige Familienwohnung von den Mietkosten oder der Größe für die Familie nicht angemessen und wer kümmert sich in diesem Fall um eine andere Wohnung? Ist die Wohnung angemessen, wird ein Dauerauftrag für die Mietzahlungen eingerichtet und mit dem Vermieter gesprochen, dass die Mietzahlungen nunmehr pünktlich erfolgen und Ratenzahlung für die Mietschulden erfolgt? Wer spricht mit dem Vermieter (Mann, Frau oder beide und bis wann)?

Machen sich die Eheleute (gemeinsam) Gedanken über eine Budgetierung ihrer verfügbaren monatlichen finanziellen Mittel, benötigen sie dafür Hilfe, wenn ja welche?

Benötigt die Familie Unterstützung bei der Organisation ihrer hauswirtschaftlichen Abläufe. Ist sie bereit, sich im ersten Schritt auf Grundregeln der Haushaltsführung, bei der auch die Aufgaben für die Familienmitglieder vereinbart werden, einzulassen?

Die hier aufgeworfenen Fragen basieren auf den Problembeschreibungen. Das Aufwerfen dieser Fragen und deren Klärung und Beantwortung stellt bereits einen Prozess dar und führt zu einer Hilfeplanung und – soweit erforderlich – zu geeigneten Unterstützungen und Hilfen.

Wir haben dabei geklärt, warum künftig etwas geschehen (oder auch unterlassen werden) soll durch die Hilfeplanung was wer wie und bis wann tut.

So individuell die Hilfeplanung zu sein hat, so schematisiert haben wir den Rahmen, in dem die Hilfeplanung dokumentiert wird. Die Hilfeplanung erfolgt auch für persönliche Hilfen durch den ASD, das heißt nicht nur/erst, wenn Hilfen zur Erziehung einsetzen. Er besteht aus den Festlegungen des Hilfeplanes, differenziert nach Zielbeschreibung (Aufgaben und Verantwortung) und der Beschreibung, was geschehen soll, mit Angaben durch wen und bis wann dies geschehen soll und sieht bereits die Erfolgskontrolle dieser Festlegungen vor. Dabei erfolgt die Erfolgskontrolle gegebenenfalls nicht erst zu einem nächsten, gemeinsamen Gespräch aller Beteiligten, sondern zeitnah zu den vereinbarten Terminen („bis wann?“), da bei einer detaillierten, kleinschrittigen Hilfeplanung durchaus unterschiedliche Termine für die verschiedenen Aufgaben und Aktivitäten vereinbart sein können (**Anlage 3**).

Handelt es sich um Hilfen zur Erziehung, werden die Hilfeplanziele, die sich auf die HzE beziehen, in einer „**Einzelfallbezogenen Leistungsvereinbarung**“ dokumentiert und von allen Beteiligten mit Unterschrift bestätigt (**Anlage 4**).

Der Leistungserbringer erstellt im Rahmen seiner Arbeit eine **Leistungsdokumentation**, die Bezug auf die in der Einzelfallbezogenen Leistungsvereinbarung verzeichneten Aufgabenstellungen Bezug nimmt. Hierdurch erfolgt eine kontinuierliche Überprüfung der Hilfeplanung. Gleichzeitig dient die Leistungsdokumentation auch als begründende Unterlage bei der Rechnungslegung des Leistungserbringers, indem sie dem fallzustän-

digen Sozialarbeiter als Grundlage für die sachliche Prüfung und Richtigzeichnung dient (**Anlage 5**).

Mit einer erfolgten Hilfeplanung und deren Umsetzung ist jedoch das, was wir als „Diagnose“ umschrieben haben, nicht beendet. Mit dem Hilfeprozess treten Veränderungen ein, Um bei dem eingangs verwendeten Diagnosebegriff zu bleiben, die Beschwerdebilder bleiben oder verändern sich oder entfallen und damit erfolgt gegebenenfalls auch eine veränderte Zuordnung dieser Beschwerdebilder zu einen „Krankheitsbegriff“.

Die Aufgabenstellung der Erfassung aktueller Sachstände, Fakten, Problembeschreibungen, die Überprüfung der Erreichung bisheriger Zielbeschreibungen und möglicherweise die Anpassung an (realisierbare) Ziele, deren Erreichung erforderlich ist, bleibt. Die Aufgabenstellung bleibt bis zur „Diagnose: „geheilt“ was so viel bedeutet wie „Hilfe ist nicht mehr erforderlich“ oder bis zur Diagnose „nicht behandlungsfähig“, was so viel bedeutet wie „mit den Möglichkeiten der Jugendhilfe nicht zu verändern“ (**Abbildung 3**).

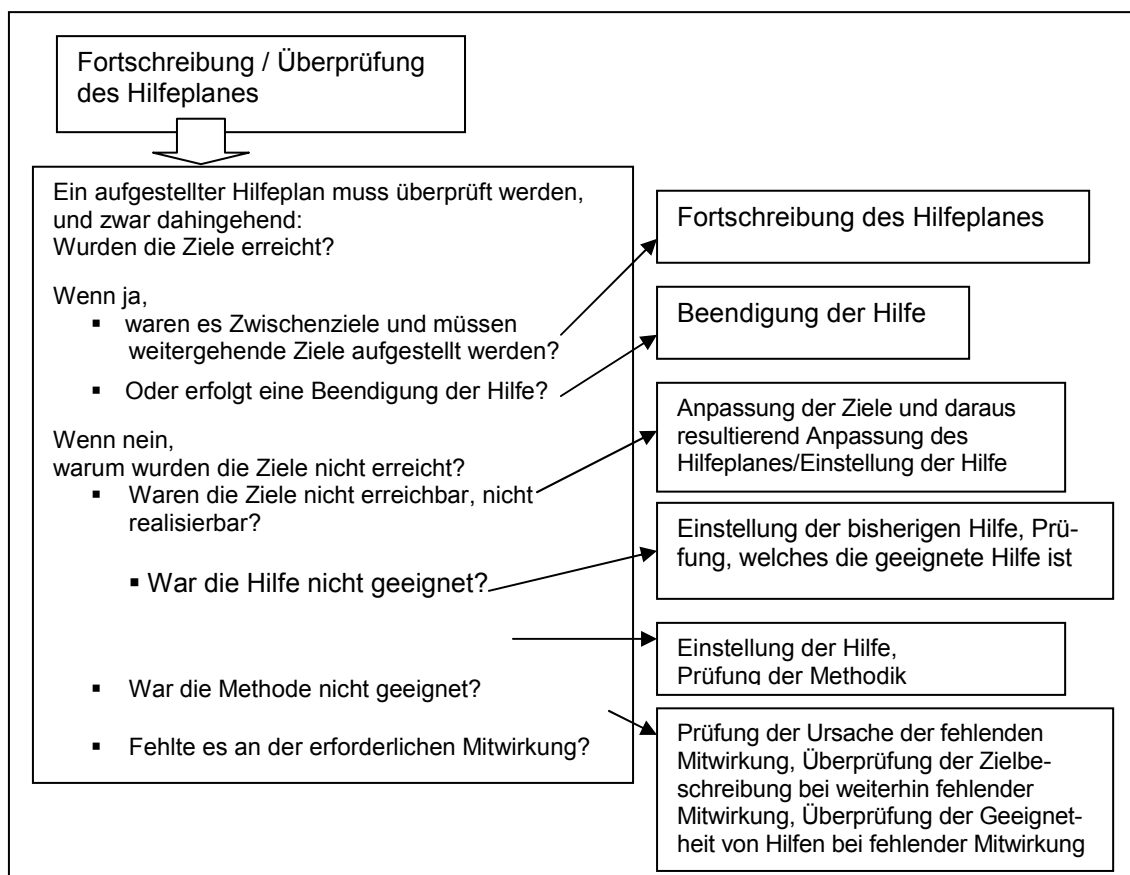


Abbildung 3

© Dagmar von Hermanni

Name		Vorname	geb. am	geboren in	Verw.-grad/Beziehung	
Krankenversicherung		Schwerbesch.-Ausweis/GdB		Familienstand	Staatsangehörigkeit	Religion
Straße		PLZ/Ort		Telefon		

Name		Vorname	geb. am	geboren in	Verw.-grad/Beziehung	
Krankenversicherung		Schwerbesch.-Ausweis/GdB		Familienstand	Staatsangehörigkeit	Religion
Straße		PLZ/Ort		Telefon		

Name		Vorname	geb. am	geboren in	Verw.-grad/Beziehung	
Krankenversicherung		Schwerbesch.-Ausweis/GdB		Familienstand	Staatsangehörigkeit	Religion
Straße		PLZ/Ort		Telefon		

Es bestehen Parallelvorgänge:

Bezeichnung Amt/Abt./Freier Träger	AZ.:	zu folgender der vorstehenden Personen:

Bemerkungen: _____

aufgenommen durch: _____

201

Anlage 2: Sozialanamnese

Blatt 1 und 2

Stadt Leipzig, Abt. Allgemeiner Sozialdienst Sozialbezirk	Blatt 1 Sozialanamnese Familiäre Situation Hier sind alle Personen der Familie/Lebensgemeinschaft zu erfassen. Es ist auf ihre Beziehungen innerhalb der Gemeinschaft anzustellen. Dabei sind einzelne Beziehungsprobleme – soweit bekannt – herauszuarbeiten. Bei unvollständigen Familien sind auch die Beziehungen zu den nicht in der Lebensgemeinschaft lebenden Personen (Eltern, andere, anderweitig untergebrachte Geschwister) zu erfassen.	Genogramm	Sozialanamnese
Blatt 2 Haushalt/vorstand alleinstehend, (Ehe-)Partnerin, Mutter/Stiefmutter	Angaben zum Alter/Schulbildung/Berufstätigkeit	Welche Probleme werden benannt?	Welche Wünsche/Hoffnungen/Ziele bestehen?

Anlage 2: Sozialanamnese

Blatt 3 und 4

Blatt 3	
Kind Name, Vorname, Geb.-Datum	
Körperliche Entwicklung	
Geistige Entwicklung	
Bisherige Betreuung/Betreuungswechsel/Mehrfachbetreuung	
Neigungen/Interessen/besondere Fähigkeiten/Fertigkeiten	
Schulische Entwicklung	
Berufliche Entwicklung	

Blatt 4	
Haushaltsvorstand alleinstehend (Ehe-)Partner, Vater/Stiefvater Angaben zum Alter/Schulbildung/Berufstätigkeit	
Welche Probleme werden benannt?	
Welche Wünsche /Hoffnungen/Ziele bestehen?	

Anlage 2: Sozialanamnese

Blatt 5 und 6

Blatt 6 Zusammenfassung und Beschreibung des sich ergebenden Hilfebedarfes:		
Blatt 5 <table border="1"><tr><td data-bbox="292 1144 873 1865">Problembeschreibung aus der Sicht des Kindes/Jugendlichen</td><td data-bbox="882 1144 1364 1865">Welche Wünsche/Hoffnungen/Ziele bestehen seitens des Kindes/Jugendlichen</td></tr></table>	Problembeschreibung aus der Sicht des Kindes/Jugendlichen	Welche Wünsche/Hoffnungen/Ziele bestehen seitens des Kindes/Jugendlichen
Problembeschreibung aus der Sicht des Kindes/Jugendlichen	Welche Wünsche/Hoffnungen/Ziele bestehen seitens des Kindes/Jugendlichen	

Anlage 3: Hilfeplanvordruck

Datum: _____	
Stadt Leipzig, Allgemeiner Sozialdienst, Sozialbezirk	
Name(n)	zuständige/r Sozialarbeiter/in
Eingesetzte Hilfe/n	
Erfolgskontrolle	
Zielbeschreibung (Aufgaben und Verantwortung) Was wird/soll geschehen?	Was ist durch wen geschehen, was wurde nicht erreicht bzw. bis wann wird es erreicht, ist die Hilfe wirksam geworden, welche Veränderungen sind erforderlich?
Bis wann?	Durch wen?
Unterschriften: _____	

Anlage 4: Einzelfallbezogene Leistungsvereinbarung

Stadt Leipzig Jugendamt, Abt. Allgemeiner Sozialdienst		Sozialbezirk _____ AZ: _____	
Antrag auf Gewährung von Leistungen nach §§ 13, 19, 20, 27 ff, §§ 35a, 41 SGB VIII			
Antragsteller: _____			
Vorname/Name _____		Straße _____	
PLZ _____	Ort _____		
1. (bezieht sich der Antrag auf mehrere Kindern, sind hierfür Beiblätter zu erstellen)			
Vorname/Name _____		Geb.-Datum _____	Geb.-Ort _____
Staatsangehörigkeit _____	Konfession _____	Krankenversicherung _____	
derzeitiger (tatsächlicher) Aufenthalt (Straße/PLZ/Ort) _____			
Aufenthalt vor Hilfebeginn: _____			
Inhaber der Personensorge: ☐ Eltern ☐ Vater ☐ Mutter ☐ Pfleger/Vormund			
Mutter:		Vater:	
Name/Vorname _____		Name/Vorname _____	
Straße _____		Straße _____	
PLZ/Ort _____		PLZ/Ort _____	
Geb.-Datum _____ /Geb.-ort _____		Geb.-Datum _____ /Geb.-ort _____	
Sterbedatum _____		Sterbedatum _____	
ledig/geschieden/Lebenspartner/verheiratet mit: _____		ledig/geschieden/Lebenspartner/verheiratet mit: _____	
Name/Vorname _____		Name/Vorname _____	
Geb.-Datum _____		Geb.-Datum _____	
☐ Berufstätigkeit/Erwerbseinkommen ☐ Bezug von Arbeitslosengeld/-hilfe ☐ Bezug von Sozialhilfe ☐ Bezug von Erziehungsgeld ☐ Bezug von Kindergeld für _____		☐ Berufstätigkeit/Erwerbseinkommen ☐ Bezug von Arbeitslosengeld/-hilfe ☐ Bezug von Sozialhilfe ☐ Bezug von Erziehungsgeld ☐ Bezug von Kindergeld für _____	
Name _____	Name _____	Name _____	Name _____
Name _____	Name _____	Name _____	Name _____
Eltern waren zum Zeitpunkt der Geburt ☐ verheiratet ☐ nicht verheiratet Vaterschaftsanerkennung ☐ ja ☐ nein Sorgerechtserklärung ☐ ja ☐ nein			
Beschlüsse/Gerichtsurteile zu Ehescheidung/elterlicher Sorge (Umfang) _____ Termin _____ (evtl. Kopie beifügen)			
Zum Haushalt gehörende Geschwister: _____ lfd. HZE-Leistungen ja /nein			
Vorname/Name _____	Geburtsdatum _____	Haushalt der Mutter/des Vaters _____	ja /nein
Vorname/Name _____	Geburtsdatum _____	Haushalt der Mutter/des Vaters _____	ja /nein
Vorname/Name _____	Geburtsdatum _____	Haushalt der Mutter/des Vaters _____	ja /nein
Vorname/Name _____	Geburtsdatum _____	Haushalt der Mutter/des Vaters _____	ja /nein
Vorname/Name _____	Geburtsdatum _____	Haushalt der Mutter/des Vaters _____	ja /nein
Vorname/Name _____	Geburtsdatum _____	Haushalt der Mutter/des Vaters _____	ja /nein

Anlage 4: Einzelfallbezogene Leistungsvereinbarung

Blatt 2

Begründung des Antrages (durch Personensorgeberechtigte(n))

Erklärung:

Ich versichere, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Auf meine Mitwirkungspflicht nach den §§ 60-67 SGB I bin ich hingewiesen worden.

Zur Vorbereitung und Durchführung der geeigneten und erforderlichen Maßnahmen werde ich mit dem Allgemeinen Sozialdienst, dem Jugendamt und einem ggf. auszuwählenden Träger eng zusammenarbeiten. Dies gilt auch für die Erstellung eines Hilfeplanes.

An den Kosten der Erziehungshilfe (stationär oder teilstationär) werde ich mich beteiligen, soweit meine wirtschaftlichen Verhältnisse dies zumutbar erscheinen lassen. Kindergeld und sonstige für das/die Kind(er)/Jugendlichen bestimmte Dritteleistungen trete ich hiermit an das Jugendamt ab.

Mir wurde versichert, dass alle Angaben unter Beachtung des Schutzes von Sozialdaten nach den Vorschriften der §§ 61-67 SGB VIII in Verbindung mit §§ 67-78 SGB X vertraulich behandelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Aufgenommen:

Datum

Unterschrift

Kurzstellungnahme des Allgemeinen Sozialdienstes:

Unterschrift ASD-Sozialarbeiter/in

Unterschrift ASD - SBL

Stand: 01.10.03

Blatt 2

Anlage 4: Einzelfallbezogene Leistungsvereinbarung
Blatt 3

Im Ergebnis des Erstgespräches vom: _____ soll die
Einzelfallbezogene Leistungsbeschreibung/Beauftragung
 Teil-/ Hilfeplan

ambulante/teilstationäre/stationäre Leistung: _____
 erfolgen
 für: _____

Beginn d. Hilfe: _____ Vorauss. Ende d. Hilfe: _____

Ziele / Aufgaben / Maßnahmen Beschreibung	wöchentlich ... Stunden	
	Std.-Zahl	Zeitraum von - bis

Leistungserbringer:

Bezeichnung des Trägers	Telefon
fallzuständige Fachkraft	Telefon
ggf. Vertreter/Vorgesetzter (Träger)	Telefon

Vater/Mutter:

Name	Telefon
------	---------

**Kind/Jugendlicher/
Junge/r Volljährige/r:**

Name	Telefon
------	---------

**Sozialpädagogische
Fachkraft des ASD:**

Name	Unterschrift	Telefon
------	--------------	---------

Stand: 01.10.03 Blatt: 3

Anlage 4: Einzelfallbezogene Leistungsvereinbarung

Blatt 4

Kostenkalkulation durch den fallzuständigen Sozialarbeiter

(auf der Grundlage vorstehender Leistungsvereinbarung)

Bei ambulanten Maßnahmen:

Std.-Zahl tgl./wö./monatl. Max. Std. wö./monatl.

€ €

Std.-Satz monatlich gesamt max.

ab bis = € max. für Bewilligungszeitraum

Datum Datum

- ☐ Leistungsvereinbarung mit JA Leipzig besteht
- ☐ Leistungsvereinbarung mit JA anliegend
- ☐ Einzelvereinbarung erforderlich

Bei teilstationären/stationären Maßnahmen

_____ Tage wöchentlich á _____ € Tagessatz

ab bis = _____ Monate

á durchschn. 30 Tage = ca. _____ €

- ☐ Leistungsvereinbarung mit JA Leipzig besteht
- ☐ Leistungsvereinbarung mit JA anliegend
- ☐ Einzelvereinbarung erforderlich

Zusatzleistungen:

= _____ €

Unterschrift ASD-Sozialarbeiter/in

Unterschrift ASD-Sozialbezirksleiter/in

Bewilligung (Nur durch WiJu auszufüllen, zurück an ASD)

Die Kostenübernahme für die beantragte Hilfe gem. §SGB VIII für das/die Kind(er)/Jgdl.

Vorname/Name Geburtsdatum Geburtsdatum

Vorname/Name Geburtsdatum Geburtsdatum

Vorname/Name Geburtsdatum Geburtsdatum

- ☐ abbis wird bestätigt.
- ☐ Kostenübernahme kann nicht bestätigt werden, weil

Datum

Unterschrift Sachbearbeiter WiJu

Stand: 01.10.03

Blatt 4

Anlage 4: Einzelfallbezogene Leistungsvereinbarung

Blatt 5

Stadt Leipzig Jugendamt, Abt. Allgemeiner Sozialdienst		Sozialbezirk _____ AZ: _____	
Antrag auf Gewährung von Leistungen nach §§ 13, 19, 20, 27 ff, §§ 35a, 41 SGB VIII			
vom _____ Beiblatt für ein weiteres Kind			
und zwar für:			
Vorname/Name		Geb.-Datum	Geb.-Ort
Staatsangehörigkeit	Konfession	Krankenversicherung	
derzeitiger (tatsächlicher) Aufenthalt (Straße/PLZ/Ort)			
Aufenthalt vor Hilfebeginn: _____			
Inhaber der Personensorge: Mutter: Name/Vorname _____ * Straße _____ * PLZ/Ort _____ * Geb.-Datum _____ /Geb.-ort _____ * Sterbedatum _____ * ledig/geschieden/Lebenspartner/verheiratet mit: _____ Name/Vorname _____ * Geb.-Datum _____ ☐ Berufstätigkeit/Erwerbseinkommen * ☐ Bezug von Arbeitslosengeld/-hilfe * ☐ Bezug von Sozialhilfe* ☐ Bezug von Erziehungsgeld* ☐ Bezug von Kindergeld für* * _____ Namen _____ Name _____ * _____ Namen _____ Name _____		☐ Eltern ☐ Vater Vater: Name/Vorname _____ * Straße _____ * PLZ/Ort _____ * Geb.-Datum _____ /Geb.-ort _____ * Sterbedatum _____ * ledig/geschieden/Lebenspartner/verheiratet mit: _____ Name/Vorname _____ * Geb.-Datum _____ ☐ Berufstätigkeit/Erwerbseinkommen * ☐ Bezug von Arbeitslosengeld/-hilfe * ☐ Bezug von Sozialhilfe* ☐ Bezug von Erziehungsgeld* ☐ Bezug von Kindergeld für* * _____ Namen _____ Name _____ * _____ Namen _____ Name _____	
		Örtl. Zuständigk. gem. § 86 § 86 a KJHG bei:	
* Angaben hierzu müssen nur erfolgen, wenn sie von den Personalien auf dem Deckblatt des Antrages abweichen.			
Eltern waren zum Zeitpunkt der Geburt ☐ verheiratet ☐ nicht verheiratet Vaterschaftsanerkennung ☐ ja ☐ nein Sorgerechtsklärung ☐ ja ☐ nein			
Ort, Datum		Unterschrift	
Ort, Datum		Unterschrift	
Aufgenommen: _____		Unterschrift	
Datum		Unterschrift	

Stand: 18.11.02

Anlage 4: Einzelfallbezogene Leistungsvereinbarung
Blatt 6

Stadt Leipzig Jugendamt ASD		Sozialbezirk:	AZ:
Verlängerung/Änderung von Leistungen nach §§ 13, 19, 20, 27 ff, §§ 35a, 41 SGB VIII			
Antragsteller: _____			
Vorname/Name	Geb.-datum	Geb.-ort	
Staatsangehörigkeit	Konfession	Krankenversicherung	

derzeitiger (tatsächlicher) Aufenthalt (Straße/PLZ/Ort)			
☐ Es haben sich keine Änderungen bzgl. der pers. Daten und Zuständigkeiten ergeben ☐ Es haben sich Änderungen ergeben, "Beiblatt für weitere Kinder" (Blatt 1a) ist deshalb beigefügt			
Kurzstellungnahme des Allgemeinen Sozialdienstes:			
Voraussichtliche Kosten: Bei <u>ambulant</u> en Maßnahmen:			
_____ x _____ = _____ x _____ € = _____ €			
Std.-Zahl x tgl./wö/monatl. = max. Std. wö/monatl. x Std.-Satz in Euro = monatl.ich max. gesamt in Euro			
ab _____ bis _____ = _____ € max. für Bewilligungszeitraum			
Datum Datum			
Bei <u>teilstationären/stationären</u> Maßnahmen			
_____ Tage wöchentlich á _____ € Tagessatz			
ab _____ bis _____ = _____ * Monate á durchschn. 30 Tage = ca. _____ €			
Zusatzleistungen:			
= _____ €			
_____ Unterschrift ASD-Sozialarbeiter/in		_____ Unterschrift ASD-Sozialbezirksleiter/in	
Bewilligung (Nur durch WiJu auszufüllen, zurück an ASD)			
☐ weitere Übernahme der Kosten wird bestätigt.			
☐ Kostenübernahme kann nicht bestätigt werden, weil			

Datum		Unterschrift Sachbearbeiter WiJu	
Stand: 18.11.02			
Verlängerung/-Änderungsantrag Bl. 1			

Anlage 5: Leistungsdokumentation stationäre und teilstationäre Hilfen

Träger:
(Stempel)

Leistungsdokumentation für stationäre und teilstationäre Hilfen

Die Leistungsdokumentation bezieht sich auf die einzelfallbezogene Leistungsbeschreibung/Beauftragung und gilt als Anlage zur

Name des Leistungsempfängers:

Name des Sozialbezirkes / SozialarbeiterIn:

[illegible]

11.12.02 / L-Doku-Blatt 1

Anlage 5: Leistungsdokumentation stationäre und teilstationäre Hilfen

Blatt 2

[illegible]

Blatt 1

Leistungsdokumentation für ambulante Hilfen

Name des Sozialbezirkes / SozialarbeiterIn:

[illegible]

Anlage 5: Leistungsdokumentation ambulante Hilfen

Blatt 2

[illegible]

Arbeitsgruppe 2 b

Zur Bedeutung der Dokumentation in der Bezirkssozialarbeit

HANS HILLMEIER

Leiter des Sachgebietes Erziehung und Familie, Bayerisches Landesjugendamt, München

Zunächst möchte ich Ihnen auch im Namen des Veranstalters nochmals herzlich danken für Ihre Bereitschaft, die Arbeitsgruppe Dokumentation zu teilen und mit mir als Moderator vorlieb zu nehmen. Wir haben heute Bausteine einer sozialpädagogischen Diagnostik für die Jugendhilfe und Techniken zum Entdecken von Stärken/Ressourcen gehört und sollen nun aus dem Gesagten Konsequenzen für die Hilfeplanung diskutieren, wobei uns das Stichwort „Dokumentation“ mit auf dem Weg gegeben worden ist. Als kleinen Input möchte ich an meinen Beitrag in dem von Henes und Trede vergangenes Jahr herausgegebenen Buch Dokumentation pädagogischer Arbeit (IGFH-Eigenverlag, Frankfurt am Main 2004, Seite 91-126) anknüpfen; kurz, Ihnen gute Argumente für eine gute Dokumentation in der Praxis der Erziehungshilfen nahe bringen, einige Stolpersteine ansprechen und Ihnen zusammenfassende Leitsätze mitgeben (a.a.O. S. 122 f.):

Leitsätze zur Dokumentation in der Bezirkssozialarbeit

- Sozialarbeit muss die Einstellung, administratives Handeln und soziale Beziehungsarbeit seien ganz unterschiedliche, ja gegensätzliche Dinge, überwinden. Die fachliche Logik verbindlicher Handlungsmuster wird und muss sich in der Entwicklung der Profession auch im Hinblick auf dokumentarisches Handeln durchsetzen.
- Sozialarbeit als Verwaltungshandeln muss sich auch in der Kinder- und Jugendhilfe der juristischen Überprüfung stellen und ist darüber hinaus seinen Adressaten gegenüber zur Evaluation und kritischer Selbstreflexion verpflichtet (Münder 2001, S. 415).
- An den Anfang einer jeden Beratung, Hilfestellung oder Intervention gehört eine nachvollziehbare Feststellung der Ausgangssituation beziehungsweise Bedarfslage, auf die im Fortgang des Prozesses immer wieder Bezug genommen wird.
- Soll „Fallverstehen“ zu begründeten und wirksamen Maßnahmen führen, sind Operationalisierung und Hypothesenbildung unverzichtbar (Spindler 2002, S. 14).
- Ziele, die zwischen den Leistungsadressaten und Fachkräften festgelegt werden, müssen möglichst konkret, in einem überschaubaren Zeitraum erreichbar, von den Beteiligten akzeptiert und im Grad der Erreichung auch überprüfbar sein.
- Die Sicht der Dinge des jungen Menschen und der Eltern müssen wahrgenommen, ernst genommen und zur Sicht der Fachkräfte und Sonstiger in Beziehung gesetzt werden. Neben dem Anspruch auf rechtliches Gehör gibt es so etwas wie ein „Recht auf fachliches Gehör“.

- Die durch den § 20 SGB IX begründete Verantwortung des Jugendamts für die Sachverhaltsaufklärung entbindet den Leistungsberechtigten nicht von der Mitwirkungspflicht einschließlich der Offenbarung sachdienlicher Informationen. Sonst muss er mit nachteiligen Folgen bis hin zu Leistungsverweigerung rechnen (Maas 1993, S. 468).
- Dokumentation ist nicht Selbstzweck. Die Grundsätze der Erforderlichkeit, Verhältnismäßigkeit und der Gesichtspunkt der Verfahrensökonomie sind zu beachten.
- (Teil-)standardisierte und EDV-gestützte Dokumentationssysteme sind hilfreich und erleichtern die Arbeit.
- Ein jedes Dokument muss auf einen Blick erkennen lassen, zu welchem Zweck es dient, wer genau zuständig ist, wann der Zeitpunkt der letzten Befassung war und wer wann als nächstes etwas damit zu tun hat.
- Wenn kollegiale Beratung im Team nicht anständig vorbereitet ist, straff moderiert und ergebnisbezogen protokolliert wird und wenn sie länger als eine Stunde dauert, kann man sie sich sparen.
- Das Erlernen der sach- und problemgerechten Verschriftlichung von Sachverhalten und deren fachliche Interpretation ist ein wichtiger Bestandteil der Ausbildung, Einarbeitung und Fortbildung (vgl. Kernig u. a. 2001, S. 218).
- Dokumentation in der Bezirkssozialarbeit ist auch eine Aufgabe von Leitung, Organisations- und Personalentwicklung. Verfahrensbeschreibungen, Dienstanweisungen und Arbeitsstrukturen müssen die Einhaltung vernünftig fachlicher Standards ermöglichen und sicherstellen.
- Dokumentation braucht Zeit. Die Arbeitsbedingungen, aber auch die Einstellung zur Arbeit müssen es zulassen, sich die Zeit zu nehmen, gründlich reflektiert, kollegial eingebunden und fachlich begründet zu handeln, auch in Schriftform.
- Und übrigens: Ein gelegentlicher Blick ins Gesetz erleichtert die Rechtsfindung und man munkelt, es gebe so etwas wie ein Verwaltungsverfahrensgesetz und eine Allgemeine Dienstordnung.

Argumente für die Dokumentation in der Bezirkssozialarbeit

Aus der gestrigen Befassung mit dem Evaluationsprojekt zu den sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen des Bayerischen Landesjugendamts möchte ich einige Punkte anführen:

Diagnostische Erkenntnisse sind nur so gut, wie sie Anhaltspunkte liefern, welche Hilfeart geeignet ist und wie sie ausgestaltet werden soll. Sodann sollten aus den Details der Bedarfsfeststellung operationale und also überprüfbare Zielsetzungen abgeleitet werden können. Dies ist ein wichtiger Gesichtspunkt gerade auch für die Übergabe an die leistungserbringenden Stellen, den Dialog an Schnittstellen und die Überprüfbarkeit des Fortgangs der Hilfe. Was tun mit den Ressourcen, auch das ist nicht nur eine pro-

grammatische sondern eine operationale Entwicklungsaufgabe. Und schließlich ist der Gesichtspunkt der Praktikabilität der Anwendung von Instrumentarien der Qualitätsentwicklung zu nennen. Mein langjähriger Standardsatz dazu lautet: Wenn wir uns den Hilfeplan nicht an den fünf Fingern einer Hand abzählen können, ist der weder durchsetzbar noch praktikabel. Gleichwohl, und es bleibt dabei, **ist Dokumentation unverzichtbar in der Prozessgestaltung der Einzelfallhilfe.**

Es gibt mindestens vier gute **Argumente** dafür:

1. ist Dokumentation eine Ausdrucksform fachlichen Handelns.

Sprache ist Macht. Sprache ist der Mittler zwischen dem Ich und dem Du, zwischen Sehen, Urteilen und Handeln. Sprache schafft soziale Wirklichkeiten. Es kann sein, dass dies zu wenig erkannt wird, dass in Ausbildung und Praxis sozialer Arbeit zu wenig Wert gelegt wird auf sprachliches Ausdrucksvermögen. Wie aber sollen wir fachliche Überzeugungskraft entfalten gegenüber Leistungsadressaten wie Kooperationspartnern, wenn wir nicht fähig und bereit sind, fachliche Standpunkte einzunehmen und verständlich und plausibel zum Ausdruck zu bringen? Die Aufklärung der allein erziehenden Mutter über die Möglichkeit, einen Beistand zu beantragen, der Informationsbrief an das von der Scheidung seiner Eltern betroffene Kind, die zusammenfassende Feststellung des erzieherischen Bedarfs als Voraussetzung für den Leistungsbescheid mit allen Kosten- und Rechtsfolgen, der fachliche Bericht an das Familiengericht mit seinen Auswirkungen auf den künftigen Aufenthalt des jungen Menschen, die schriftliche Anrufung des Familiengerichts gemäß § 50 Absatz 3 SGB VIII, wenn eine Gefährdung des Kindeswohls abgewendet werden muss, der Bericht über die Eignung von Adoptionsebewerbern, von dem womöglich abhängt, ob diese jemals ihren Kinderwunsch werden erfüllen können, die Schilderung von Verdachtsmomenten in Richtung sexuellen Missbrauchs, die vermeintliche Täter- oder tatsächliche Opferexistenzen vernichten können, die Begründung für die Einleitung freiheitseinschränkender Maßnahmen – die Reihe von Beispielen ließe sich fortsetzen, in denen deutlich wird, welchen Stellenwert sozialpädagogisches Handeln in gesprochener, und vor allem in schriftlicher Form einnimmt. Dokumentation als Werkzeug professioneller Sozialpädagogik beginnt bereits bei der kundenbezogenen Aktenführung, bei der Vorbereitung und Protokollierung von Besprechungen aller Art und reicht über die tagtägliche und wöchentliche Arbeitsplanung bis hin zur Führung von Statistiken und Erstattung des Jahresberichts.

2. ist Dokumentation essentieller Bestandteil von Sozialarbeit als rechtsstaatlichem Verwaltungshandeln.

Die Experten mögen sich streiten über die Rechtsnatur des Hilfeplans. Fest steht, dass gemäß § 35 SGB I jeder Verwaltungsakt schriftlich zu begründen ist und im Zweifelsfall einer verwaltungsgerichtlichen Überprüfung standhalten muss. Ein Ursprung von Konflikten besteht oft darin, dass wir nicht sagen, was wir denken und dass wir nicht tun, was wir sagen (Moshe Feldenkrais' Aphorismus ist noch profunder: „Wenn man nicht weiß, was man tut, kann man nicht tun, was man will“). Ein anderer Gesichtspunkt ist aber noch entscheidender.

Sozialpädagogik spielt sich nicht im rechtsfreien Raum ab. Die Götter des Kinder- und Jugendhilfegesetzes haben vor das Gelingen der Sozialleistung nach SGB VIII bewusst den Schweiß der Sachverhaltsermittlung, fachlichen Urteilsbildung und Leistungsbeurteilung gesetzt. Das hat den Vorteil, dass Leistungsrechte (auch nicht mit fiskalischen Argumenten) so einfach vom Tisch gewischt werden können, erfordert aber auch von den zuständigen Fachkräften, dass sie sich erklären.

3. ist Dokumentation ein unverzichtbarer Beitrag zum Qualitätsmanagement.

Qualität besteht aus einem komplexen Bedingungs- und Wirkungsgefüge personaler, fachlicher, konzeptioneller und struktureller Faktoren. Qualitätsentwicklung darf sich also nicht nur auf Merkmale der Strukturqualität beschränken. Das alte Konzept „Mehr desselben“, gemeint ist eine Steigerung des Mittel- und Personaleinsatzes, führt nicht automatisch zu besseren Leistungsergebnissen. So sperrig sich die Materie der Sozialarbeit gegenüber „harten“ Steuerungsprozessen verhalten mag (Wiesner 2002), so dringlich ist die Forderung nach Leistungstransparenz, nach der Extraktion von Wirkfaktoren und Bereitstellung relevanter Kenndaten (Schmidt 2001; Knab/Macsenaere 2001). Qualitätsentwicklung ist keine Einbahnstraße. Das Ei, das uns der Gesetzgeber mit den §§ 78 ff. SGB VIII gelegt hat, muss nicht nur in den Diensten und Einrichtungen der freigemeinnützigen und privat gewerblichen Jugendhilfe bebrütet werden. Die öffentlichen Jugendhilfeträger brauchen leistungsstarke und verlässliche, flexible und modernisierungsfähige Kooperationspartner auf der Leistungsanbieterseite. Diese dürfen aber auch erwarten, dass ihre Kolleginnen und Kollegen in den Jugend- und Sozialbehörden es ihnen gleichtun. Alle reden schlaue daher. Im Ringen um Orientierung, wie die gesetzlich geforderten „Qualitätsentwicklungsvereinbarungen“ herzuschaffen sind, wird aber deutlich, dass keiner so genau weiß, wie es geht. Wenn es denn zutrifft, dass das Verhältnis zwischen öffentlichen und freien beziehungsweise privaten Trägern künftig der Kontrakt beherrsche und die bisherigen, historisch gewachsenen Kooperationsformen durch rationale Kalkulationen von Leistung, Qualität und Entgelt ersetzt werden, wird es darauf ankommen, dass die Vertragspartner einander nicht nur vertrauen, sondern auch wissen (voneinander), was sie tun. Das in letzter Zeit so oft ins politische Feld geführte Konnexitätsprinzip („Wer anschafft, zahlt!“), lässt sich auch auf die Notwendigkeit einer planvollen Verknüpfung zwischen präzisiertem Leistungsauftrag und nachweislicher Leistungserbringung anwenden. Qualität im Dialog, ohne Dokumentation geht das nicht.

4. – ich traue es mich kaum zu sagen – kann Dokumentation die Arbeit im Alltag erleichtern.

Es geht nicht nur um die Legitimation des Einsatzes staatlicher Ressourcen. Und es geht nicht nur um Leistungstransparenz zwischen Kostenträgern und Leistungserbringenden Stellen. Es geht um elementare Regeln der fachlichen Kunst sozialpädagogischen Handelns als Profession, um den Informationsfluss in Teams, um die entscheidungsrelevante Aufbereitung von Sachverhalten, um die (unverzichtbare) Voraussetzung für Vertretungsregelungen, Fallübergaben, Zuständigkeitswechsel und Kostenerstattungen.

Aktenanalysen können entlarven, Hilfepläne peinlich, Entwicklungsberichte dürftig sein. Es ist immer schon viel geredet worden in der Sozialarbeit, aber nicht immer

nachvollziehbar, verständlich, entscheidungs- und handlungsrelevant festgehalten, was dabei herausgekommen ist. Die Anwendung zeitgemäßer Informations- und Dokumentationssysteme ist kein unnötiger zusätzlicher bürokratischer Aufwand, sondern eine lohnenswerte Investition im sozialarbeiterischen Alltag und unterm Strich gesehen auch eine Arbeitserleichterung. „Zeit zum Denken spart Zeit zum Handeln“ (Geiser 1996, S. 41). Wenn als Maßstab kompetenter sozialer Arbeit gelten soll, dass deren Adressaten „ihre materielle und/oder psychosoziale Lebenssituation verbessern und ein befriedigenderes Leben führen können“ (Gloel 2002, S. 46), dann möchte der kritische Betrachter nicht nur die Behauptung hören, dass interpersonale Prozessvariablen und organisationsbezogene Strukturmerkmale unabdingbare Voraussetzungen einer optimalen Annäherung an diese hochgesteckte Zielsetzung sind. Er möchte durch eine differenzierte Darstellung der Ausgangssituation, eine nachvollziehbare Hypothesenbildung, operationalisierte Zielformulierungen und vor allem quantifizierbare Anhaltspunkte zum Ergebnis und zum Grad der Zielerreichung auch sehen, was bei dieser „Hinwendung zum Mitmenschen“ herausgesprungen ist, kurzum eine Dokumentation der Leistungsvoraussetzungen, Leistungserbringung und Leistungsergebnisse.

Qualifizierung des Hilfeplanprozesses

Neben den guten Argumenten für eine Dokumentation gibt es allerdings auch ein paar **Stolpersteine**:

- Wer Standpunkte einnimmt, macht sich angreifbar.
- Unter den gegenwärtigen Arbeitsbedingungen ist es nicht zu schaffen.
- Das Vertrauensverhältnis zur Klientel wird beschädigt.
- Die Anforderungen an dokumentarisches Handeln sind hoch.

Bevor wir uns nun zu lange damit aufhalten zu vertiefen, warum die Welt vielfältig und sehr verschieden ist und das alles nicht geht, lassen Sie uns lieber nachsehen und diskutieren, wie es gehen könnte und die Stolpersteine (Hennes/Trede, S. 96 ff.), die freilich ernst zu nehmen sind, einmal außer Acht lassen.

Seit Anfang der 90er Jahre bemüht sich das Bayerische Landesjugendamt Hilfeplanung und Hilfepläne zu optimieren (Bayerisches Landesjugendamt 2005 in fünfter Auflage), mit wechselndem Erfolg. Es zeigt sich, dass die Anwendungspraxis dieses zentralen kasuistischen Steuerungsinstrumentes von der Bedarfsfeststellung über die Konkretisierung von Leistungszielen bis hin zu Controlling und Leistungsdokumentation nach wie vor recht unterschiedlich ist.

Mit Vordrucken zum Hilfeplan (a.a.O., S. 61 ff.) und Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen (Bayerisches Landesjugendamt 2001) wurde der Versuch unternommen, zu einer Vereinheitlichung und Qualifizierung der Prozessgestaltung in der Einzelfallhilfe beizutragen.

Spätestens mit dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts zum Antragsprinzip vom 28.9.2000 (5 C 29.99) wurde nochmals deutlich, dass mit der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs durch das Kind oder den Jugendlichen (§ 35 a SGB VIII), den jungen Volljährigen (§ 41 SGB VIII) oder die Personensorgeberechtigten (§ 27 SGB VIII) der Einstieg in ein förmliches Verwaltungsverfahren erfolgt, der zumindest seitens der erstberatenden Fachkraft der schriftlichen Dokumentation bedarf, zumal es einer *schriftlichen* Antragstellung durch die Leistungsberechtigten nicht zwingend bedarf.

Ein standardisierter Vordruck zur Aufnahme eines Leistungsanspruchs, wie ihn das Bayerische Landesjugendamt vorschlägt, spart Zeit, hilft, nichts Wesentliches zu vergessen und belegt vor allem, dass die Leistungsberechtigten auch eingehend informiert, beraten und aufgeklärt worden sind (§§ 13 ff. SGB I, § 36 Abs. 1 SGB VIII). Dass auch durch eine solche Form sozialpädagogischen Handelns eine bürgerfreundliche Haltung zum Ausdruck gebracht werden kann, mag das „Kleingedruckte“ auf der *Rückseite des Vordrucks* „Leistungsanspruch“ belegen.

Da dieses Deckblatt zum Hilfeplan (nur) die wichtigsten Informationen auf den ersten Blick enthalten soll und kann, ist es so aufgebaut, dass neben den Grundaussagen, worum es sich handelt und um wen es geht, auch sofort erkennbar wird, wer etwas zu tun hat. Wichtig ist, hier nicht nur festzuhalten, welches Jugendamt zuständig ist, sondern auch konkret, welche Fachkraft (Zimmer-Nummer und Telefon-Durchwahl) für die Leistungsadressaten und mögliche Kooperationspartner verantwortlich und erreichbar ist. Verwaltungsintern ist das Aktenzeichen nicht zu vergessen.

Viele Jugendämter erheben bereits an dieser Stelle des Verfahrens auch Daten zur wirtschaftlichen Situation des jungen Menschen und seiner Angehörigen. Diese werden allerdings erst dann relevant, wenn eine kostenbeitragspflichtige Hilfe in Aussicht genommen wird. Ein Vorschlag hierzu enthält die CD, die der Arbeitshilfe „Sozialpädagogische Diagnose“ (Bayerisches Landesjugendamt 2001) beigelegt ist.

Der Elfte Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung fordert die Konzentration des Jugendamts auf Planung, Entscheidung und Controlling, also auf Steuerungsfunktionen zu Lasten eigener Leistungserbringung (BMFSFJ 2002). Zusammen mit der Jugendhilfeplanung ist der Hilfeplan *das* zentrale Steuerungsinstrument der (öffentlichen) Kinder- und Jugendhilfe und als solcher auch prinzipiell nicht delegierbar.

Ein sorgfältiger Hilfeplan ist bei längerfristiger (also voraussichtlich länger als sechs Monate andauernder) Hilfe unabdingbar und ein wesentlicher Beitrag zum Qualitätsmanagement in der Einzelfallhilfe. Trotz gegenteiliger Behauptungen und nach wie vor recht uneinheitlicher Praxis müssen Hilfeplanung und im Ergebnis der Hilfeplan in seiner schriftlichen Ausfertigung nicht mehr Aufwand und auch nicht mehr Bürokratie bedeuten.

Der Hilfeplan:

- Grundlage für die Ausgestaltung der Hilfe
- Entscheidungshilfe im Einzelfall
- Instrument fachlicher Selbstkontrolle
- Beleg für die Beteiligung der Betroffenen
- Fahrplan für die Zusammenarbeit der Fachkräfte
- Zeit- und zielgerichtetes Planungsinstrument
- Koordinierungsinstrument zwischen Jugendamt und Maßnahmeträger
- Entscheidungsgrundlage für Kostenträger
- Nachweis, fachlicher Plagungskompetenz,
- Bemühen um die richtige(n) Hilfe(n)
- Vertrag, zwischen allen Beteiligten
- Arbeitshilfe für Durchführung und Prüfung der Hilfe(n)

Mit anderen Worten: **Der Hilfeplan ist mehr als ein Formular!**

Wenn wir uns den Hilfeplan nicht an den fünf Fingern einer Hand abzählen können, ist er weder durchsetzbar noch praktikabel. Hilfeplanung meint ja nicht mehr und nicht weniger, als dass sich die Beteiligten rechtzeitig zusammensetzen, gemeinsam einen klaren Gedanken fassen, verbindlich festhalten, was zu tun sei, und von Zeit zu Zeit nachsehen, was daraus geworden ist. Flapsig formuliert mögen als Dokumentationsstruktur auch einmal fünf Bierdeckel genügen, auf denen gesprächsweise notiert wird:

1. Was ist hier eigentlich los? (Situation)
2. Was muss sich ändern, damit es besser wird? (Bedarf)
3. Wie kommen wir gemeinsam dort hin? (Hilfeart)
4. Wer muss was tun? (Leistungen)
5. Wie arbeiten wir zusammen und wann schauen wir das nächste Mal nach, wie sich die Dinge entwickeln? (Zusammenarbeit, Fortschreibung).

Die Hoffnung, die Bierdeckel durch einen Laptop zu ersetzen, auf dem neben einer vorgefertigten Dokumentstruktur auch relevante „Herrschaftsinformationen“ etwa zu Leistungsprofil und aktueller Verfügbarkeit von Hilfearten abgerufen werden können, ist trotz anhaltender Probleme in der Software-Entwicklung und im Aufbau geeigneter Datenbanken noch nicht gestorben.

Wie gesagt, hat das Bayerische Landesjugendamt seit Anfang der 90er Jahre Arbeitshilfen zur Hilfeplanung herausgegeben, die neben grundlegenden Informationen und Verfahrensvorschlägen auch Vordrucke zum Hilfeplan mit Erläuterungen enthalten (a.a.O. S. 61 ff.) und der Logik der oben beschriebenen Kernfragen und dem Regelungsgehalt von § 36 Abs. 2 SGB VIII folgen.

Becker (1999) hat eine bundesweite Analyse von 500 Hilfeplänen aus über 300 Jugendämtern vorgenommen und einen handlungsorientierten Leitfaden erstellt, nachdem er feststellen musste, dass es bislang kaum irgendwo standardisierte Pläne gibt. Zur Unübersichtlichkeit in Struktur und Layout und breiter Streuung bezüglich der Ausführlichkeit kommt nach seiner Prüfung ein gravierender Schwachpunkt hinzu. Nur etwa die Hälfte aller Hilfepläne expliziert Kindeswohlgesichtspunkte und die Problemsicht des jungen Menschen und seiner Angehörigen. Wir müssen also auf den Hilfeplan auch unter dem Aspekt der Beteiligung noch viel stärker achten.

Als weitere Qualitätskriterien für den Hilfeplan hat Harnach-Beck (1997, S. 37) folgende Merkmale zusammengefasst:

- Dokumentation aller (und nur der) erforderlichen Informationen,
- klare Gliederung, die das Lesen und Auffinden von Informationen unterstützt,
- angemessener Detaillierungsgrad der Handlungsanweisungen (Grobstrukturierung ohne „Bevormundung“ der Leistungserbringer),
- nicht-diskriminierende sprachliche Formulierung,
- Zufriedenheit der Eltern (und des Jugendlichen) mit der Darstellung ihrer Sichtweisen.

Die Kollegen vom Wiesbadener Amt für soziale Arbeit sprechen sich in ihrer Arbeitshilfe „Das Hilfeplanverfahren zur Steuerung der Hilfen zur Erziehung“ (2000, S. 16) für die Vereinbarung konkreter und differenzierter Ziele aus und für die Definition von Indikatoren zum Grad der Zielerreichung, die erleichtern sollen, Wirkungen festzustellen:

„Indikatoren konkretisieren die Kriterien weiter bis auf beobachtbare, erfassbare, messbare Verhaltensweisen oder Sachverhalte, die beweisen, dass die Ziele umgesetzt werden. Sie dienen u.a. dazu, die Wirklichkeit in untersuchbare Einheiten aufzuteilen. Indikatoren sind beobachtbare, erfragbare oder einschätzbare Sachverhalte/ Verhaltensweisen, aus denen man ablesen/erkennen kann, ob das Kind seinen (Ergebnis-)Zielen ein Stück näher gekommen ist (...) Indikatoren werden gebraucht, um die großen, oft weniger konkreten Ergebnisziele bis auf die Handlungsebene klein zu arbeiten; sie liefern in dieser Form auch Maßstäbe, anhand derer die Qualität der fachlichen Arbeit bewertet werden kann (Evaluation und Selbstevaluation).“

Damit komme ich zum Schluss der Einführung in diese Arbeitsgruppe und Sie sollen das Wort haben. Ich hoffe, es ist deutlich geworden, dass vom Erstkontakt an eine adäquate Prozessdokumentation aus leistungsrechtlichen, administrativen, fachpolitischen und nicht zuletzt bürgerschaftlichen Gründen unabdingbar erscheint.

Quellen und weiterführende Literaturhinweise

Amt für Soziale Arbeit (2000) (Hg.): Das Hilfeplanverfahren zur Steuerung der Hilfen zur Erziehung – JuMBo -. Wiesbaden

Bayerisches Landesjugendamt (2005) (Hg.): Hilfeplan. Aufstellung, Mitwirkung, Zusammenarbeit. München

Bayerisches Landesjugendamt (2001) (Hg.): Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. München

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): 11. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Bonn

Harnach-Beck, V. (1997): Informationsgewinnung durch Fachkräfte des Jugendamtes – Professionelle Datenermittlung als Aspekt des Qualitätsmanagements. In: Kindheit und Entwicklung, Heft 6/1997, S. 31 – 39

Hillmeier, H. (2004): Für alle Fälle! Konzeptionelle Vorschläge zur Dokumentation in der Bezirkssozialarbeit. In: Henes, H./Trede, W. (Hg.): Dokumentation pädagogischer Arbeit. Frankfurt

Arbeitsgruppe 3

Kooperation – Das multidisziplinäre Team in der Jugendhilfe als Voraussetzung für Erkennen

SABINA SCHAEFER

Dipl. Psychologin, Supervisorin, Leiterin des Beratungszentrums Mitte, Jugendamt der Stadt Stuttgart

1. Rahmenbedingungen im Beratungszentrum Mitte in Stuttgart:

Seit März 2003 gibt es in Stuttgart zwei Beratungszentren: Das Beratungszentrum Mitte und das Beratungszentrum West. In den Beratungszentren sind die bisher getrennten Dienste Allgemeiner Sozialdienst und Psychologische Beratungsstelle in gemeinsamen Organisationseinheiten zusammengeführt. Die Leistungen des Allgemeinen Sozialdienstes und der psychologischen Beratung werden in den Beratungszentren unter einem Dach angeboten (**Abbildung 1 und 2**).

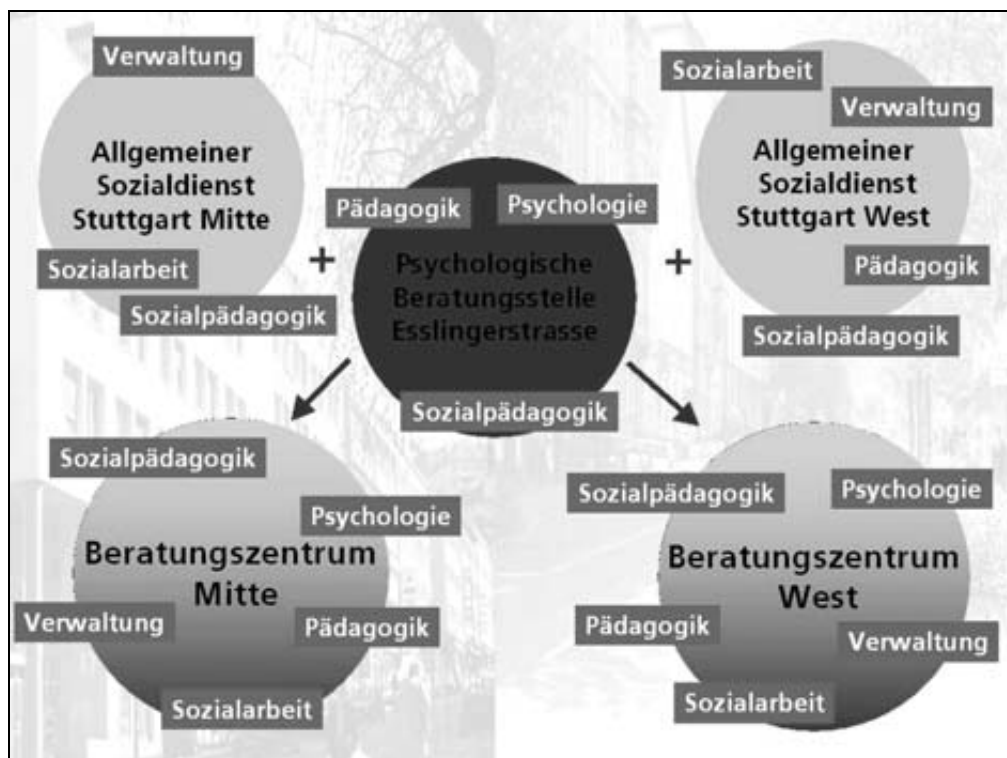


Abbildung 1

© Jugendamt Stuttgart, S. Schaefer

Die Beratungszentren erfüllen damit einerseits den Auftrag des bisherigen Allgemeinen Sozialdienstes, vor allem auch die Aufgabe der Leistungsgewährung und fachlichen Begründung für Leistungen der Hilfen zur Erziehung und des Kinderschutzes. Sie erfüllen andererseits die Aufgaben der psychologischen Beratung, in dem Familien entsprechend beraten und auch mit therapeutischen Interventionen begleitet werden.



Abbildung 2

© Jugendamt Stuttgart, S. Schaefer

Leistungen des Beratungszentrums:

- Allgemeine Sozial- und Lebensberatung,
- Psychologische Beratung mit psychologischer Diagnostik,
- Erziehungsberatung,
- Beratung bei Trennung/Scheidung,
- Beratung, Planung und Vermittlung von Hilfen zur Erziehung und anderen Leistungen,
- Sicherung des Kinderschutzes,
- Wirtschaftliche Jugendhilfe.

Psychologische und sozialpädagogische Fachkräfte der ehemaligen Psychologischen Beratungsstelle beziehungsweise des früheren ASD-Teams bilden nun ein gemeinsames Fachteam. Im Beratungszentrum Mitte sind dies drei Kollegen aus dem ehemaligen Beratungsstellenbereich (auf 2,75 Stellen) und acht Kolleginnen und Kollegen aus dem ehemaligen Arbeitsfeld ASD (auf 7,2 Stellen). Außerdem sind im Beratungszentrum noch drei Diplom-Verwaltungsfachwirtinnen (auf 2,0 Stellen) und zwei Sekretärinnen beschäftigt.

Die Fachkräfte aus den ehemaligen Arbeitsgebieten ASD beziehungsweise Psychologische Beratung bringen vielfältige Kompetenzen und Fähigkeiten mit. Zum einen sind dies die Qualifikation aus den jeweiligen Grundberufen (Psychologie oder Sozialpädagogik), zum anderen Zusatzqualifikationen (zum Beispiel Ausbildung in systemischer Familientherapie, Psychodrama, kognitiver Verhaltenstherapie) und Themen- beziehungsweise Zielgruppen spezifische Qualifikationen (zum Beispiel zu Kinderschutz, Krisenintervention, Existenzsicherung) mit. Diese unterschiedlichen Qualifikationen

und Kompetenzen werden bei der täglichen Verteilung der eingehenden Anfragen berücksichtigt.

Mit der neuen Organisationsform „Beratungszentrum“ wurde ganz bewusst die Fachkompetenz für eigene Beratungsleistungen **vor** einer Hilfe zur Erziehung (HzE) verstärkt.

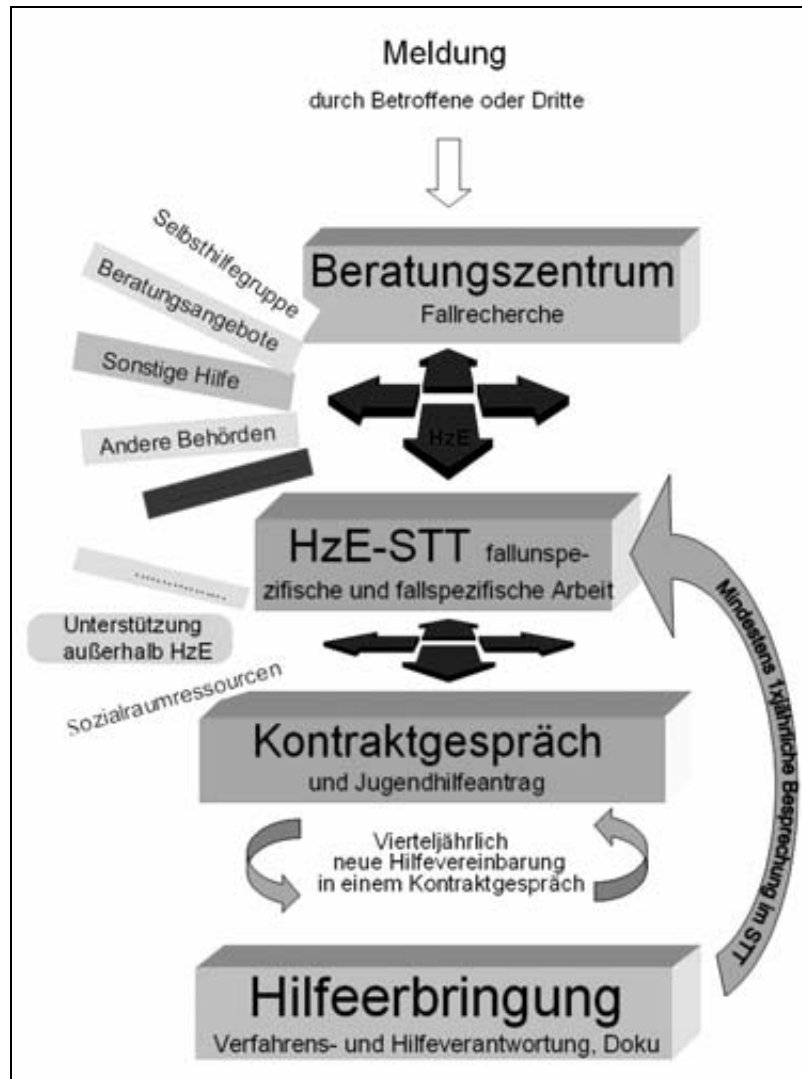


Abbildung 3

© Jugendamt Stuttgart, S. Schaefer

2. Fachliche Grundorientierung

Die Fachkräfte im Beratungszentrum teilen eine fachliche Grundhaltung, die sich durch folgende Merkmale charakterisieren lässt:

- Lebensfeldorientierte Ausrichtung,
- Berücksichtigung der individuellen Besonderheiten des Einzelfalls,
- Ressourcen und Lösungsorientierung,

- Eltern und Kinder werden in die Problemanalyse und Hilfeplanung als gleichberechtigte Partner mit einbezogen,
- Diagnostische Überlegungen oder Erkenntnisse sind Arbeitshypothesen, die in der Fallarbeit ständig hinterfragt und gegebenenfalls revidiert werden müssen.

Diese fachliche Grundhaltung spiegelt sich recht gut im systemischen Ansatz wider, der sich in den letzten Jahren für die Fachkräfte in der Jugendhilfe als sehr fruchtbar erwiesen hat. **Den** systemischen Ansatz gibt es nicht – es ist damit eher ein Oberbegriff gemeint, unter den verschiedene Konzepte und Modelle fallen. Man könnte eher von einer systemischen Perspektive auf der erkenntnistheoretischen Grundlage des Konstruktivismus sprechen.

Kernfrage des Konstruktivismus ist, auf welche Art und Weise Menschen aktiv an der Konstruktion ihrer eigenen Erfahrungswelt Anteil haben. Alle Menschen entwickeln Konzepte oder Landkarten über die Welt, die ihnen helfen, sich in der Welt zurecht zu finden.

Für die Fachkräfte der Jugendhilfe bedeutet dies, auf der Basis einer wertschätzenden Haltung herausfinden zu müssen, welches die Hintergründe für das Verhalten eines Kindes oder eines Erwachsenen sein könnten. Sie müssen sich gewissermaßen in die Schuhe des jeweils anderen Menschen hineinstellen, um mit ihm zusammen herauszufinden, welche Bedeutung oder welchen Sinn sein Verhalten im Kontext des Gesamtsystems haben kann.

Systemische Fragen (zum Beispiel zirkuläre Fragen, Fragen zur Wirklichkeitskonstruktion, zur Möglichkeitskonstruktion oder die berühmte „Wunderfrage“) ermöglichen oft ganz neue Sichtweisen eines Problems und geben neue Hinweise, wie ein Problem verstanden werden könnte beziehungsweise wie es sich vielleicht entwickelt hat.

Visualisierungen wie zum Beispiel mit dem Test „Inszenario“, mit dem Familienbeziehungen gut dargestellt werden können, können bei den Klienten zu ganz neuen Sichtweisen führen. So im Fall der 17-jährigen Jennifer, die von zu Hause ausziehen wollte. Der Mutter wurde anhand der von der Tochter angeordneten Figuren schnell deutlich, wie allein gelassen sich Jennifer in der Stieffamilie fühlte (**Abbildung 4**).

Der systemische Ansatz zeichnet sich insbesondere auch dadurch aus, dass er das Augenmerk nicht nur auf Schwächen, Defizite und Entwicklungsverzögerungen von Menschen richtet, sondern insbesondere auch auf Stärken, Ressourcen und Entwicklungspotentiale eines Menschen. Der Ansatz lädt Fachkräfte daher dazu ein, hoffnungsvolle Perspektiven gemeinsam mit den Kindern oder Erwachsenen zu entwickeln.

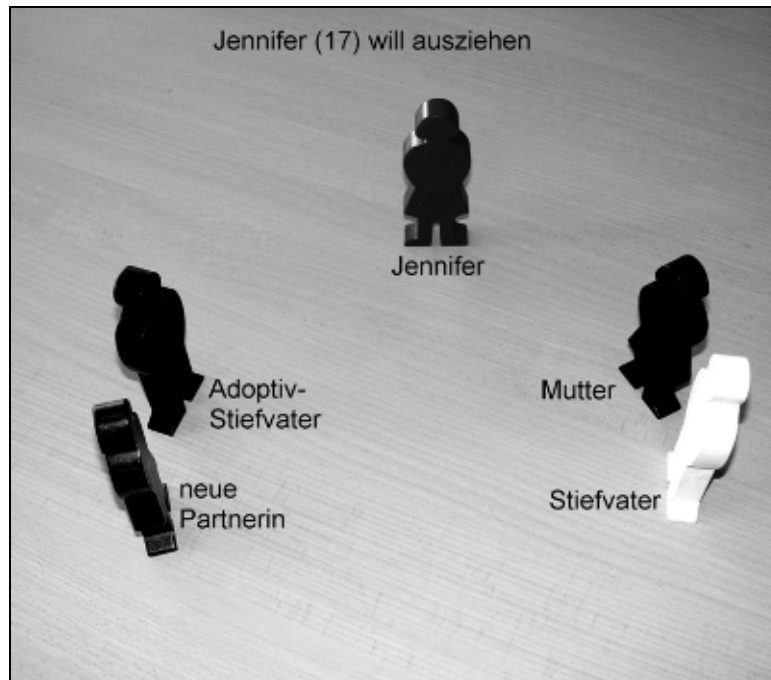


Abbildung 4

© Jugendamt Stuttgart, S. Schaefer

Bezogen auf diagnostische Fragestellungen können auf der Grundlage des systemischen Ansatzes entwickelte Diagnosen die Funktion haben, Ideen zum Problemverständnis zu entwickeln und damit letztendlich die Probleme bearbeitbar zu machen. Obwohl solche Diagnosen hypothetischen Charakter haben, sind sie für die praktische Arbeit doch unabdingbar: Einerseits für die Klienten, die darüber zu einem Verständnis ihrer selbst kommen können, andererseits aber auch für eine sinnvolle Hilfeplanung, weil gute Diagnosen möglichst auch alltagstaugliche Wege zur Veränderung aufzeigen sollten.

3. Fallbesprechungen im Multidisziplinären Fachteam (Fallbeispiele):

Im Beratungszentrum Mitte findet mindestens einmal pro Woche im Rahmen der Dienstbesprechung eine Fallbesprechung im Team statt, darüber hinaus können auch noch bei Bedarf kleinere Fallbesprechungsgruppen einberufen werden. Um sich über den jeweiligen Fall einen raschen Überblick zu verschaffen, bieten sich Strukturbilder von Familien (Genogramme) beziehungsweise Soziogramme an.

Fall 1: Beispiel einer gelungenen Erziehungshilfe nach verschiedenen anderen Hilfeformen

Es geht um den siebenjährigen Martin, der in seinem kurzen Leben schon einiges mitgemacht hat. Die leiblichen Eltern waren beide drogenabhängig, die Mutter verließ die Familie, als Martin ein Jahr alt war. Die Mutter tauchte wieder in der Drogenszene unter, machte verschiedene Entziehungskuren, die aber alle scheiterten.

Martin blieb bei seinem Vater, der aber auch gesundheitlich stark belastet, misstrauisch und misshandelt war und auch hin und wieder äußerte, wenn Martin nicht wäre, hätte er sich schon längst umgebracht.

Martin war zwar äußerlich einigermaßen versorgt, er war jedoch in der Sprachentwicklung und in der motorischen Entwicklung verzögert. Der Vater weigerte sich, die notwendigen Termine beim Kinderarzt wahrzunehmen, so dass die notwendige Förderung nicht eingeleitet werden konnte.

Als Martin drei Jahre alt war, starb der Vater ganz plötzlich an Herzversagen. Das Kind wurde zunächst bei der Halbschwester notuntergebracht, danach kam Martin in Bereitschaftspflege, da die Mutter die Erziehungsverantwortung zu diesem Zeitpunkt auf keinen Fall übernehmen konnte.

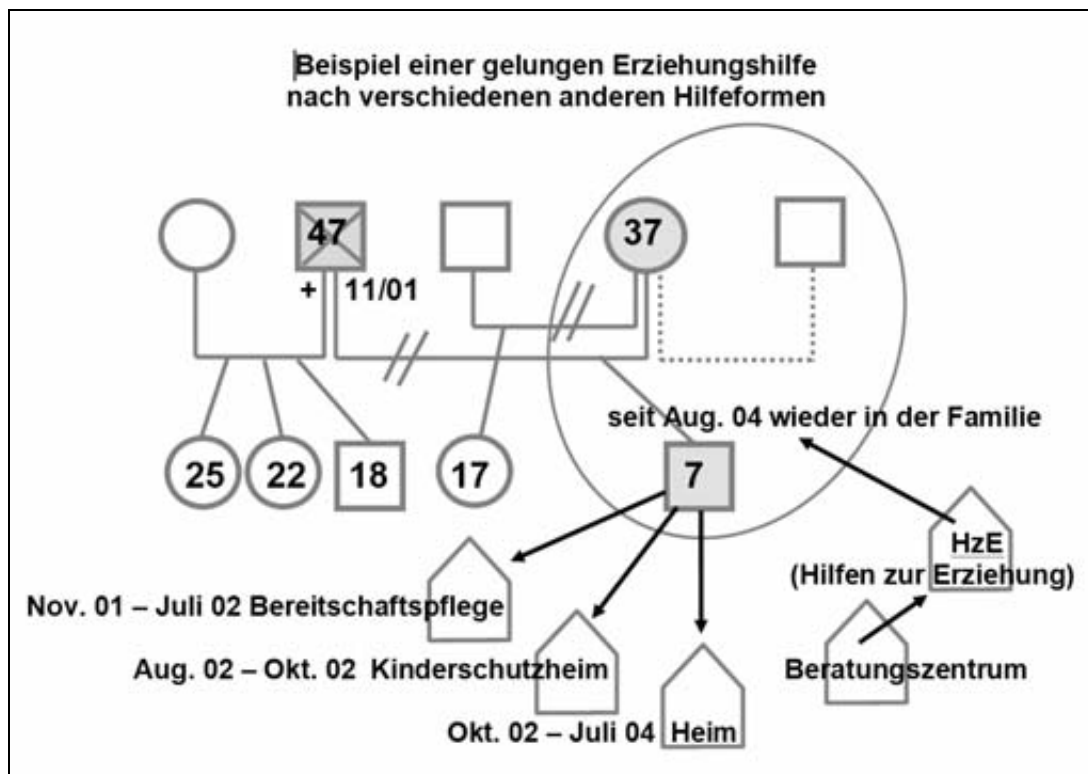


Abbildung 5

© Jugendamt Stuttgart, S. Schaefer

Martin wurde im Sozialpädiatrischen Zentrum des Olgahospitals vorgestellt, wo im Jahr 2002 folgende Diagnose gestellt wurde:

- Allgemeine Entwicklungsverzögerung,
- Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen,
- Psychogene Stimmstörung (Piepsstimme) im Rahmen eines Deprivationssyndroms.

Die Pflegefamilie klagte über Martins große Auffälligkeiten wie Einnässen, Einkoten, Essgier, große Unruhe, Ablehnung von Körperkontakt und ununterbrochenem Sprechen.

Die Pflegefamilie sah sich daher außer Stande, Martin weiter zu betreuen und es fand sich auch keine neue Pflegefamilie, so dass Martin schließlich im Sommer 2002 in einer therapeutischen Einrichtung (Osterhof im Schwarzwald) untergebracht werden musste.

Während der stationären Unterbringung des Kindes stabilisierte sich die Mutter: Sie wurde clean, fand eine neue Arbeitsstelle und zog mit einem neuen Partner in eine Wohnung. Außerdem hatte die Mutter regelmäßig Kontakt mit Martin und im Sommer 2004 (Martin war zu diesem Zeitpunkt sechs Jahre alt) konnte er zur Mutter entlassen werden. Er kam nach der Entlassung in die erste Klasse und besuchte das Tagheim.

Im Dezember 2004 wandte sich die Mutter erneut an das Beratungszentrum und klagte, Martin mache ihr große Probleme: Er nerve sie mit seinem ständigen Bedürfnis nach Aufmerksamkeit, er spiele sehr laut, habe keine Frustrationstoleranz, gerate leicht in Wut, sei hektisch und unruhig. Sie halte ihn für verhaltensgestört und sie meinte, auf Dauer halte sie das nicht aus. Die Mutter stellte einen Antrag auf ambulante HzE: Sie zeigte sich offen für jegliche Art der Unterstützung und war motiviert, es mit Martin zu schaffen.

Zunächst fanden im Beratungszentrum eine Spielbeobachtung mit Mutter und Kind und eine Verhaltensbeobachtung in der Kindertagesstätte statt. Beides wurde von der Psychologin des Beratungszentrums durchgeführt.

In der Kindertagesstätte zeigt sich Martin gut gelaunt, er ist fröhlich und munter, redet viel, will gerne bei den Angeboten der Erzieherinnen mitmachen, ist hilfsbereit zu den kleineren Kindern, liebevoll im Umgang mit ihnen und erzählt beim Frühstück Geschichten von einem Gespenst, was auf seinen hohen Fernsehkonsum hindeute. Auf Regeln muss Martin von Seiten der Erzieherinnen immer wieder eindeutig hingewiesen werden, er hält sich jedoch ohne Schwierigkeiten daran.

In der Spielbeobachtung mit der Mutter zeigt sich, dass die Mutter mit Martin wenig in Kontakt tritt. Martin redet sehr viel – auch mit sich selbst, was als Bedürfnis nach Selbststimulation und Selbstberuhigung verstanden werden kann.

Interessant ist vor allem auch die Abschiedsszene: Die Mutter sagt zu Martin: „zieh deine Jacke an!“ und Martin beginnt daraufhin zu weinen und klammert sich an die Mutter. Die Mutter ist von Martins Verhalten offensichtlich peinlich berührt, sie versteht ihn nicht und versucht etwas ungeduldig, ihn zu beruhigen.

Mit Hilfe einer Umdeutung durch die Psychologin kann die Situation abgefangen werden. Die Umdeutung lautet: „Manchmal ist es schwer zu gehen, wenn man sich irgendwo sehr wohl gefühlt hat“. Geht man von einer solchen Deutung aus, ist es auch nicht weiter peinlich oder verwunderlich, dass man ein bisschen weinen muss.

Mit der Mutter wurde auf der Basis der **Bindungstheorie** eine Deutung für Martins Verhalten gesucht: Martin fehlt eindeutig die sichere Basis, was aufgrund seiner Vorgeschichte nicht weiter verwunderlich ist. Die Mutter sollte daher weniger darauf drängen, dass er sich so selbstständig wie andere siebenjährige Kinder verhält, sondern ihm mehr Sicherheit, Trost und Zuwendung geben. Gerade Trennungssituationen sind für Martin

sicher immer wieder ein heikles Thema – dies hängt eindeutig mit seiner Vorgeschichte zusammen – und die Mutter sollte daher feinfühlicher mit ihm umgehen, d. h., die Mutter muss sich mehr an Martins Bindungsbedürfnissen orientieren, ihm Sicherheit geben und sollte weniger stark das Selbstständigwerden forcieren.

Vor dem Hintergrund der bindungstheoretischen Deutung kann die Mutter auch besser verstehen, dass Martin an manchen Tagen hundert Mal sagt: „Mama, ich hab dich so lieb!“. Dieser Satz hatte die Mutter furchtbar genervt und sie verstand überhaupt nicht, was Martin ihr damit sagen wollte. Vor dem Hintergrund, dass Martin vor allem Bindungssicherheit braucht, konnte sie diesen Satz von Martin jedoch besser verstehen und musste sich weniger darüber aufregen.

Mit der Mutter wurde außerdem besprochen, wie sie die Alltagsgestaltung besser auf Martin ausrichten könnte. Sie wurde angeregt, sich mit Martin zu beschäftigen, wenn er nachmittags aus dem Tagheim kommt, und nicht – wie bisher – von ihm zu erwarten, dass er sich selbst beschäftigt. Außerdem wurde ein so genanntes „Zu-Bett-geh-Ritual“ eingeführt, um die Beziehung zwischen Martin und seiner Mutter weiter zu festigen. Nicht zuletzt wurde empfohlen, den Fernsehkonsum von Martin zu reduzieren, da er in seiner leichten Ansprechbarkeit und Erregbarkeit sehr stark auf spannende Filmszenen reagierte.

Mit den Erzieherinnen im Tagheim wurde auch über Martins Geschichte und seine Bedürfnisse gesprochen. Insbesondere wurde auch herausgearbeitet, dass es durchaus möglich ist, dass Martin in manchen Situationen auf frühere Entwicklungsstufen quasi zurückfällt. Er bekommt zum Beispiel manchmal Schreianfälle wie ein dreijähriges trotziges Kind. In dieser Situation sollten die Erzieherinnen eher wie ein dreijähriges als wie ein siebenjähriges Kind behandeln.

Ferner wurde mit den Erzieherinnen besprochen, dass Martin klare, eindeutige Botschaften und Vorgaben braucht und auch eindeutige Rückmeldungen, wenn er sich den Regeln entsprechend korrekt verhalten hat.

Die Beratungen mit den Erzieherinnen im Tagheim hatte eindeutig zu einer Entspannung der Situation beigetragen. Martin bekommt jetzt noch zur Unterstützung eine ambulante HzE, jedoch hat die Mutter selbst schon einige gute Ansatzpunkte für ihren Alltag bekommen, wie sie selbst besser mit Martin zurecht kommen kann.

Fall 2: Wo hat Julia ihren Platz?

Dieser Fall zeigt, wie die Ergebnisse einer psychologischen Untersuchung für Entscheidungen in einem HzE-Fall genutzt werden können. Eine psychologische Untersuchung bei einem Kind kann nützlich sei, um dessen Entwicklungsbedingungen und seine Lebenssituation besser zu verstehen.

Die zehnjährige Julia lebte von März 2003 bis Ende 2004 bei Pflegeeltern in Augsburg. Die Pflegemutter ist die kinderlose Schwester von Julias Mutter. Zu dem Wechsel kam es nach diversen Krisen bei den leiblichen Eltern (der leibliche Vater ist arbeitslos, hat Alkoholprobleme und die Mutter ist psychisch krank, leidet unter Depressionen).

Insbesondere die Großeltern hatten massiv darauf gedrängt, dass Julia zur Tante übersiedeln solle, weil sie der Meinung waren, Julia würde bei den leiblichen Eltern vernachlässigt. Sie würde unzureichend ernährt, notwendige Arzttermine wegen einer motorischen Entwicklungsverzögerung würden nicht wahrgenommen usw.

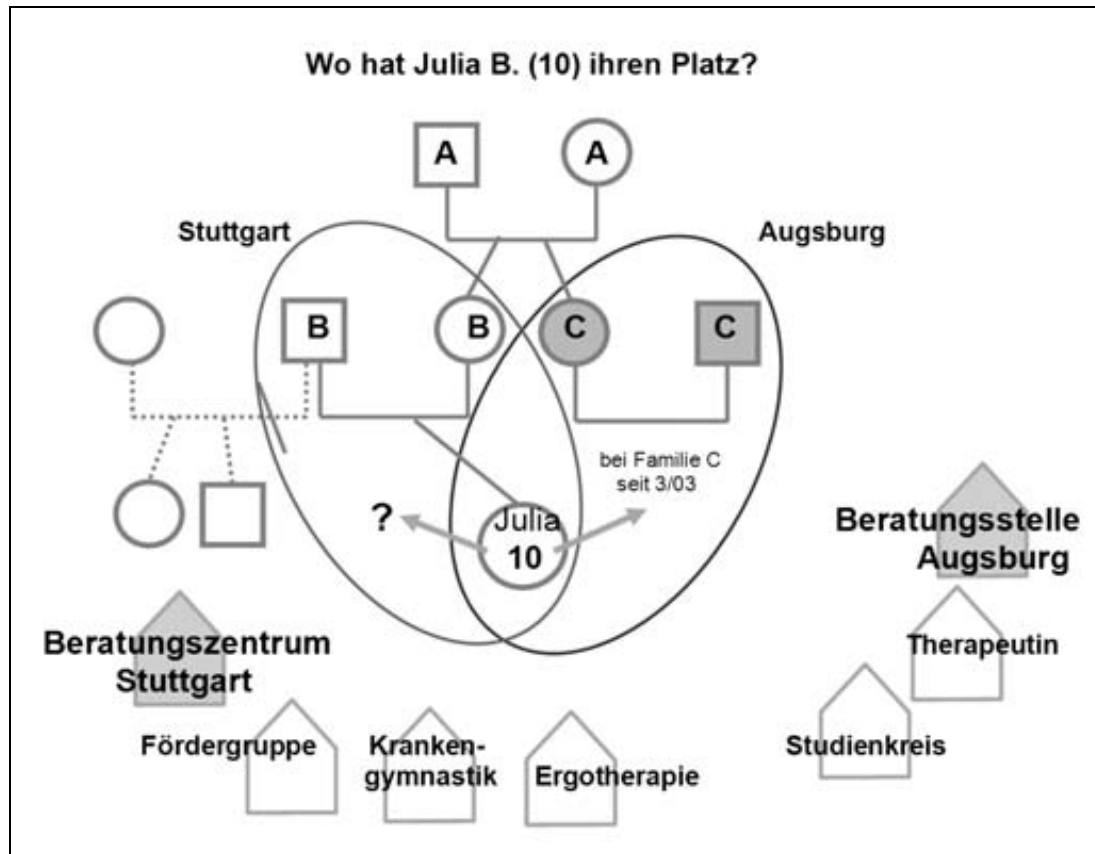


Abbildung 6

© Jugendamt Stuttgart, S. Schaefer

Ende 2004 meldeten sich die Pflegeeltern: Julia würde sich bei ihnen total verweigern (sie belüge sie, stehle Geld usw.), außerdem sei es schulisch sehr schwierig und sie habe von der dritten in die zweite Klasse zurückversetzt werden müssen. Die Situation sei untragbar und der zuständige Kinderarzt habe empfohlen, Julia in die Kinderpsychiatrie einzuweisen.

Es bestand in dieser Situation also ein hoher Handlungs- und Entscheidungsdruck: Wo sollte das Mädchen leben, wo sollte Julia beschult werden und welche weitere Unterstützung war für sie notwendig? Die Situation bei den leiblichen Eltern war nach wie vor sehr schwierig, so dass schnell klar war, dass Julia nicht zu ihnen zurückkehren kann.

In den Weihnachtsferien, die Julia bei den Eltern in Stuttgart verbrachte, wurde daher eine psychodiagnostische Untersuchung mit Verhaltensbeobachtungen durchgeführt. Es entstand ein differenziertes Bild, das einerseits Julias schwierige Situation in der Familie deutlich machte, andererseits aber auch ihre Potenziale offen legte.

Im Kontakt mit der Psychologin zeigte sich Julia munter, neugierig und aufgeschlossen. Sie ist motiviert und die ganze Zeit über konzentriert bei der Sache, zeigt Ausdauer und freut sich offensichtlich über Erfolge.

In der Intelligenzuntersuchung mit der Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC) kommt sie dennoch auf ein unterdurchschnittliches Ergebnis.

Das relativ schwache Abschneiden in diesem Test, das in Einklang mit früheren Untersuchungen steht, legt nahe, dass Julia in der Normalschule derzeit überfordert ist. Vermutlich hat Julia von klein auf ein erhebliches Förderdefizit, das durch die für Julia sehr belastende familiäre Situation noch verschärft wurde.

In Julias Zeichnung „Familie in Tieren“, in dem Meinungen und Empfindungen über die familiäre Situation eher unzensiert zum Ausdruck kommen können, wird deutlich, dass Julia sich in der Familie als allein gelassenes Anhängsel zu fühlen scheint. Sie malt die verschiedenen Paare: Elternpaar (Vater = Hase, Mutter = Affe), Großeltern (Oma = Giraffe, Opa = Spatz), Tante und Partner (Tante = Igel, Onkel = Maus) und dann sich selbst als Raupe. Keines der Tiere hat die Raupe im Blick, die hinter den Pflegeeltern herkriecht. Obwohl sich Julia auf die Ebene der Pflegeeltern gemalt hat, scheinen die leiblichen Eltern erste Priorität zu haben, da sie diese zuerst gezeichnet hat. Bemerkenswert ist auch die Entwicklungsperspektive für die Raupe: Aus ihr könnte ein schöner Schmetterling werden!

Nach verschiedenen Gesprächen mit den Eltern und den Pflegeeltern kam es unter Einbeziehung der Befunde der psychologischen Untersuchung zu der Entscheidung, dass Julia in einem Heim in der Nähe von Stuttgart untergebracht wird und die Förderschule besucht.

Fall 3: Analyse des Helfersystems

In diesem Fall geht es um die Frage, wer von den verschiedenen Helfern mit Mutter und dreizehnjähriger Tochter weiterarbeitet. Dem Fachkollegen ging es in der Fallbesprechung explizit darum zu klären, wer sinnvollerweise den Beratungskontakt fortführt: Er als Mitarbeiter des Beratungszentrums oder die HzE-Mitarbeiterin (Familienhelferin).

Zum familiären Hintergrund: Die Mutter ist psychisch krank (Borderlinestörung), hat keine Arbeit, neigt zu impulsiven Ausbrüchen, verletzt sich selbst und ist latent suizidal.

Die dreizehnjährige Tochter war lange im Heim untergebracht und lebt seit zwei Jahren wieder bei der Mutter.

Um die Tochter in ihrer Entwicklung zu unterstützen, wurde eine ambulante Hilfe zur Erziehung für die Tochter installiert. Parallel wurde die Beratung der Mutter im Beratungszentrum fortgeführt.

Es zeigte sich jedoch, dass es schwierig war, die Absprachen zwischen den Fachkräften (Mitarbeiter des Beratungszentrums beziehungsweise HzE-Mitarbeiterin) in der Praxis durchzuhalten.

In der Fallbesprechung wurde empfohlen, die weitere Hilfe alleine durch die HzE-Mitarbeiterin weiterzuführen.

In diesem Fall konnte also eine Rivalität der Fachkräfte untereinander vermieden werden. Der distanziertere Blick der Fachkollegen war quasi für den in dem Fall sehr engagierten Kollegen ein gutes Korrektiv, das dieser auch gut annehmen konnte.

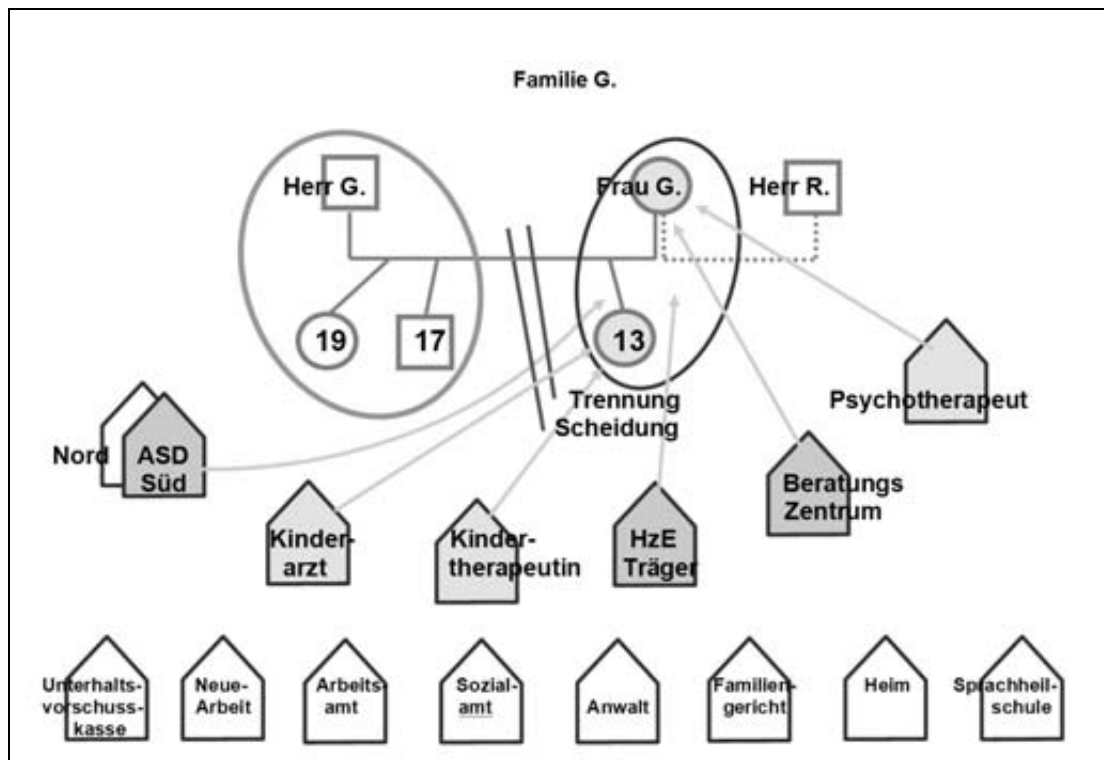


Abbildung 7

© Jugendamt Stuttgart, S. Schaefer

4. Fazit:

Kollegiale Fallberatung im multidisziplinären Team ermöglicht es, unterschiedliche Perspektiven zum Verständnis eines Falls zusammenzutragen und auf dieser Basis geeignete Hilfeansätze zu entwickeln.

Damit die unterschiedlichen Kompetenzen in einem solchen multidisziplinären Team für die Arbeit fruchtbar werden, sind Arbeitsbeziehungen, die von gegenseitiger Wertschätzung getragen sind, eine wichtige Voraussetzung. Außerdem ist gegenseitiges Vertrauen eine unabdingbare Voraussetzung, da neben individueller Fachlichkeit und Kompetenz durchaus auch Ängste und Schwächen einzelner Kolleginnen und Kollegen im Team deutlich werden und Gegenstand der Reflexion und Auseinandersetzung sind.

Für die Fachkräfte, die aus unterschiedlichen Professionen kommen, bietet das multidisziplinäre Team damit die Chance, neue Methoden kennen zu lernen und damit das eigene Handlungsrepertoire zu erweitern. Insbesondere bekommen sie auch nützliche

Hinweise für die diagnostische Einschätzung als Grundlage für die weitere Hilfeplanung.

„Einem Team wird das Potential seiner kollektiven Intelligenz dann bewusst, wenn es gelernt hat, den Wert der individuellen Talente seiner Mitglieder richtig einzuschätzen.“ (Selvini-Palazzoli, 1992)

Literatur

Arist von Schlippe, Jochen Schweitzer: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung; Göttingen 1998

Bayerisches Landesjugendamt (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnose, Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs; Taufkirchen 2005

Maja Heiner (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der sozialen Arbeit – Ein Handbuch, Berlin 2004

Arbeitsgruppe 4: Wirtschaftliche Jugendhilfe – Feststellung von Erforderlichkeit und Geeignetheit des diagnostischen Bedarfs für die Umsetzung in Leistungskategorien des SGB VIII (Notwendigkeit zur Beteiligung anderer Fachkräfte des Jugendamts)

ANTON DAUSER

Leiter des Jugendamtes Ostalbkreis, Aalen

Meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, sowohl am gestrigen Tag als auch schon heute morgen, haben wir in den Referaten, aber auch in den verschiedenen Arbeitsgruppen, sehr viel Theorie darüber gehört, wie sich sozialpädagogische Diagnostik von medizinischer und psychologischer Diagnostik abgrenzt. Wir haben eine Menge zur Thematik Grundsätze, Anforderungen, Methoden, Konzepte und Modelle vernommen, jedoch bislang lediglich in einem Referat – und zwar dem Referat von Herrn Prof. Dr. Merchel – ganz am Rande erfahren, dass Diagnostik nicht nur mit Pädagogik, sondern auch mit Finanzen verknüpft ist.

Sehr treffend hat Herr Prof. Dr. Merchel dazu ausgeführt, dass Diagnostik nicht als selbständiges und unabhängiges Instrument *vor* der Hilfeplanung, sondern als unabdingbarer Bestandteil *innerhalb* und *während* der Hilfeplanung zu sehen ist.

Nur wenn der gesamte Hilfeplanungsprozess (mit der Diagnostik innerhalb der vorbereitenden Hilfeplanung) übereinstimmt und allseitige Akzeptanz findet, kann das prozesshafte Experiment der ausgewählten Leistung der Jugendhilfe erfolgreich sein.

Sofern sowohl in der Vorbereitung der Hilfeplanung als auch während des Hilfeprozesses, einschließlich der Evaluationen und Fortschreibungen, auch nur ein Zahnrad des Räderwerks blockiert, bricht das gesamte Werk auseinander. Das Gleiche gilt, wenn von außen Sand in dieses Räderwerk gestreut wird.

Aus diesem Grunde beschäftigten wir uns in der Arbeitsgruppe 4 mit folgenden bislang noch nicht beantworteten Fragen:

1. Ist auch die „Wirtschaftliche Jugendhilfe“ und gegebenenfalls wenn ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form, am Prozess der Hilfe und der Hilfeplanung zu beteiligen?
2. Wie und in welcher Form ist Diagnostik – und zwar sowohl medizinische, als auch psychologische oder sozialpädagogische – durch die „Wirtschaftliche Jugendhilfe“ in die Leistungskategorien des SGB VIII, umzusetzen?

Dazu vorab meine folgende These:

„Ohne frühzeitige Beteiligung der „Wirtschaftlichen Jugendhilfe“ an Beratung sowie Feststellung von Hilfe und Hilfeplanung birgt der gesamte Planungsprozess in jedem Einzelfall latente Unsicherheiten, welche im schwerwiegendsten Falle am Ende zum Scheitern der Hilfe führen können!“

1. Ist auch die „Wirtschaftliche Jugendhilfe“ und gegebenenfalls wenn ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form am Prozess der Hilfe und der Hilfeplanung zu beteiligen?

Beschäftigen wir uns zunächst mit der Beantwortung der 1. Fragestellung und einigen der rechtlichen Grundlagen des SGB VIII, die uns einen Hinweis auf allgemeine Beratung und Beratung zur Auswahl und Gestaltung von Hilfen, bis hin zum Beratungsprozess vor Einleitung und während der Umsetzung einer Hilfe zur Erziehung beziehungsweise einer gleichgelagerten Eingliederungshilfe, geben und bei denen Beratung auch mit finanziellen oder verwaltungsrechtlichen Aspekten verbunden ist oder verbunden sein kann.

In allen diesen Fällen ist es angezeigt, durch eine innerorganisatorische Regelung (zum Beispiel durch einen sachgebietsbezogenen Geschäftsverteilungsplan) eine klare und eindeutige Abgrenzung dafür zu finden, welche fachliche Kompetenz für die Beratung in finanziellen und verwaltungsrechtlichen Belangen zu beachten ist.

Meine Empfehlung aus der Praxis hierzu ist, dass jegliche Beratung in finanziellen Angelegenheiten und Angelegenheiten von verwaltungsrechtlicher Bedeutung, insbesondere wenn Feinheiten zu berücksichtigen sind, oder aber unbestimmte Rechtsbegriffe der Auslegung bedürfen, speziell durch die „Wirtschaftliche Jugendhilfe“ erfolgt. Eine Abstimmung mit dem „Allgemeinen Sozialen Dienst“ vor Eintritt in den jeweiligen Prozess, halte ich für selbstverständlich.

Im rechtlichen Kontext zu berücksichtigen wäre zunächst § 1 SGB VIII:

Zur Verwirklichung des Rechtes eines jeden jungen Menschen auf Förderung der Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit, soll Jugendhilfe gemäß § 1 Abs. 3 Nr. 2 SGB VIII, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung **beraten und unterstützen**.

Die Begrifflichkeit „soll“, welche ein faktisches „muss“ darstellt, weist darauf hin, dass es sich hinsichtlich der Beratung und Unterstützung im Sinne von § 1 Abs. 3 Nr. 2 SGB VIII um eine Verpflichtung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe handelt. Hierbei bedeutet „beraten und unterstützen“ nicht nur die einseitige pädagogische Beratung, sondern die allumfassende Beratung und damit auch die Beratung gegebenenfalls mit der Pädagogik verknüpfter finanzieller Bedingungen und Auswirkungen.

Ein nächster Hinweis ergibt sich aus § 5 SGB VIII.

Die Leistungsberechtigten haben nach § 5 Abs. 1 SGB VIII das Recht, zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger zu wählen und Wünsche hinsichtlich der Gestaltung der Hilfe zu äußern. **Sie sind auf dieses Recht hinzuweisen.**

Auch die Verpflichtung zum Hinweis auf das Wunsch- und Wahlrecht beinhaltet insbesondere im Hinblick auf die Gestaltung der Hilfe sowie die Einschränkungsmöglichkeiten im Sinne von § 5 Abs. 2 Satz 1 SGB VIII finanzielle Belange von erheblicher Bedeutung. Hier gilt es den unbestimmten Rechtsbegriff „unverhältnismäßige Mehrkosten“ entsprechend zu würdigen und auszulegen.

Ein weiterer Hinweis ergibt sich aus § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VIII.

Kinder und Jugendliche sind entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen. Sie sind in geeigneter Weise auf ihre Rechte im Verwaltungsverfahren sowie im Verfahren vor dem Familiengericht, dem Vormundschaftsgericht und dem Verwaltungsgericht hinzuweisen.

Hier bedarf es hinsichtlich der Beratung über die Rechte im Verwaltungsverfahren und insbesondere dem Verfahren vor dem Verwaltungsgericht besonderer fachlicher Kompetenz. Deshalb wäre es fachlich durchaus angebracht, auch diesen Part in die Zuständigkeit der „Wirtschaftlichen Jugendhilfe“ zu verlagern.

Eine weitere Vorschrift des SGB VIII, welche sich mit einem erweiterten Beratungsanspruch beschäftigt, findet sich in § 36 SGB VIII.

Nach § 36 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII sind der Personensorgeberechtigte und das Kind oder der Jugendliche vor der Entscheidung über die Inanspruchnahme einer Hilfe und vor einer notwendigen Änderung von Art und Umfang der Hilfe zu beraten und auf die möglichen Folgen für die Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen hinzuweisen. Dabei ist nach § 36 Abs. 1 Satz 4 SGB VIII der Wahl und den Wünschen zu entsprechen, sofern sie nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden sind.

In diesem Zusammenhang bezieht sich auch hier die Beratung nicht nur, wie man zunächst annehmen könnte, auf die Folgen für die Entwicklung der Kinder oder Jugendlichen, sondern durch den Begriff „beraten“ auf eine allumfassende, das heißt eine pädagogische aber auch wirtschaftliche Beratung. Ferner kommt auch hier noch das Wunsch und Wahlrecht, wie bei § 5 SGB VIII zum Tragen. Auch hier lässt sich ableiten, dass die Einbindung der „Wirtschaftlichen Jugendhilfe“ und deren verwaltungsrechtliche und finanzielle Kompetenz nicht nur sinnvoll, sondern geboten ist.

Ein weiterer Hinweis ergibt sich aus § 36 Abs. 2 Satz 1 SGB VIII. Danach soll die Entscheidung über die im Einzelfall angezeigte Hilfeart, wenn Hilfe voraussichtlich für längere Zeit zu leisten ist, im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte getroffen werden.

Schließlich wäre auch noch § 36 Abs. 2 Satz 3 SGB VIII zu beachten. Dieser führt aus, dass sofern bei der Durchführung der Hilfe andere Personen, Dienste oder Einrichtungen

gen tätig sind, diese oder deren Mitarbeiter an der Aufstellung des Hilfeplans und seiner Überprüfung zu beteiligen sind.

Zusammenfassung:

Bei näherer inhaltlicher Betrachtung der nicht abschließend genannten Beratungsvorschriften komme ich daher zu dem Ergebnis, dass eine Einbindung der „Wirtschaftlichen Jugendhilfe“ in den gesamten Beratungsprozess vor Leistungsgewährung nach dem SGB VIII nicht nur sinnvoll, sondern zumindest in den Fällen, in denen Jugendhilfeleistungen mit finanziellen Konsequenzen erfolgen sollen und sofern die organisatorische Gliederung eines Jugendamtes eine Trennung von Kompetenzen des „Allgemeinen Sozialen Dienstes“ und der „Wirtschaftlichen Jugendhilfe“ vorsieht, unabdingbar ist. Eine Einbindung der „Wirtschaftlichen Jugendhilfe“, die lediglich als Rechnungsstelle fungiert, wäre unsinnig.

Gerade aus meiner Eingangsthese heraus können durch diese Einbindung, bei der der Bedarfsfeststellung folgenden verwaltungsrechtlichen und verwaltungstechnischen Abwicklung der Hilfe auftretende Probleme und Unstimmigkeiten, welche dann zu einem Verwaltungsvorverfahren (Widerspruch) oder gar zu einem Verwaltungsgerichtsverfahren führen, bereits im Vorfeld vermieden werden.

Bei der praktischen Umsetzung der Einbindung der „Wirtschaftlichen Jugendhilfe“ ist es dazu nicht immer erforderlich, diese unmittelbar in jedes pädagogische Gespräch mit den Betroffenen einzubeziehen, sondern es ist sicherlich fallbezogen ausreichend, wenn einerseits während der Fallvorbereitung ein konstanter fachlicher Austausch zwischen „Allgemeinem Sozialen Dienst“ und „Wirtschaftlicher Jugendhilfe“ erfolgt und andererseits die „Wirtschaftliche Jugendhilfe“ am Abschlussgespräch in Form eines runden Tisches, beteiligt wird.

Als Grundsatz gilt jedoch immer:

Je qualifizierter und umfassender die Beratung der Betroffenen erfolgt, desto geringer ist der Aufwand an personellen Ressourcen hinsichtlich später auftretender Probleme.

2. Wie und in welcher Form ist Diagnostik – und zwar sowohl medizinische, als auch psychologische oder sozialpädagogische – durch die „Wirtschaftliche Jugendhilfe“ in die Leistungskategorien des SGB VIII umzusetzen?

Nach § 27 Abs. 1 SGB VIII haben Personensorgeberechtigte bei der Erziehung von Kindern oder Jugendlichen einen Anspruch auf Hilfe zur Erziehung, wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung **geeignet** und **notwendig** ist.

Dazu sind die Personensorgeberechtigten und das Kind oder der Jugendliche vor der Entscheidung über die Inanspruchnahme einer Hilfe nach § 36 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII zu beraten.

Leider beschäftigen sich die Kommentatoren des SGB VIII immer nur mit dem Thema Pädagogik und Hilfe und lediglich in Randnotizen finden sich kurze Anmerkungen zur „Wirtschaftlichen Jugendhilfe“. Dies ist insofern mehr als unberechtigt, als dass bei den überwiegend in den Jugendämtern vorherrschenden Strukturen, die „Wirtschaftliche Jugendhilfe“ letztlich stattfindende Streitverfahren entweder im Verwaltungsvorverfahren oder aber vor den Verwaltungsgerichten auszufeuchten hat. In diesem Zusammenhang erscheint es dann mehr als kläglich, wenn sich Sachbearbeiter der „Wirtschaftlichen Jugendhilfe“ in letzter Konsequenz nicht auf eigene Entscheidungen, sondern Entscheidungen anderer (ASD, BSD) berufen müssen. Gerade die Auslegungsbedürftigkeit unbestimmter Rechtsbegriffe sind nicht nur Arbeitsfeld der Sozialpädagogen, sondern das klassische Arbeitsfeld der Verwaltungsfachleute in der „Wirtschaftlichen Jugendhilfe“. Für Pädagogen ist in der Regel zunächst alles machbar. Für die „Wirtschaftliche Jugendhilfe“ ist nur das machbar, was rechtlich auch entsprechend subsumiert werden und im Verwaltungsstreitverfahren vertreten werden kann.

In diesem Sinne vertrete ich die Auffassung, dass gerade die Subsumtion der aus der Diagnostik folgernden therapeutischen Maßnahmen unter die rechtlichen Forderungen von Geeignetheit und Notwendigkeit, zumindest ein klassisches Mitbeurteilungsfeld der „Wirtschaftlichen Jugendhilfe“ darstellt. Dies auch unter dem Hintergrund, dass im Falle einer rechtlichen Prüfung der Hilfestellungsvoraussetzungen durch die örtliche oder aber überörtliche Prüfung, die „Wirtschaftliche Jugendhilfe“ und nicht der „Allgemeine Soziale Dienst“ oder der „Besondere Soziale Dienst“, bis hin zum Regress zur Verantwortung gezogen wird.

In Konsequenz bedeutet dies, dass die „Wirtschaftliche Jugendhilfe“ möglichst frühzeitig auch in die aus der Diagnostik gezogenen Schlussfolgerungen einzubeziehen ist und es vor Festlegung von Maßnahmen einer klaren und eindeutigen gemeinsamen Absprache zwischen Pädagogen und Verwaltungsfachkräften bedarf.

Die unbestimmten Rechtsbegriffe

- **Geeignetheit und**
- **Notwendigkeit (auch Erforderlichkeit)**

sind Komponenten des Begriffs

„Verhältnismäßigkeit beziehungsweise Übermaßverbot“.

Sie leiten sich ab aus der Recht- und Gesetzmäßigkeit staatlichen Handelns (vgl. BVerfGE 67, 157 (173 – 178)).

Im Einzelnen werden diese Begriffe wie folgt definiert:

- **Geeignetheit:**
Geeignet ist eine Maßnahme dann, wenn anzunehmen ist, dass sie den erstrebten Erfolg/Zweck herbeiführt oder doch wenigstens fördert (Tauglichkeit). Vorausgesetzt wird dabei, dass die Maßnahme überhaupt einen Zweck verfolgt, also nicht willkürlich ergeht und dass die Verfolgung dieses Zwecks rechtlich zulässig ist.

- **Notwendigkeit/Erforderlichkeit:**

Erforderlich ist eine behördliche Maßnahme dann, wenn es zur Erreichung des angestrebten Zwecks kein geeignetes Mittel gibt, das den Einzelnen oder die Allgemeinheit weniger beeinträchtigt.

Beide Komponenten unterliegen der rechtlichen Nachprüfbarkeit der Verwaltungsgerichte und sind daher bei einer Hilfestellung im Sinne von § 27 SGB VIII zwingend zu beachten.

Die Diagnostik selbst ist verwaltungsrechtlich nicht nachprüfbar, sondern obliegt der Beurteilung der entsprechenden Fachkräfte.

Hinsichtlich der Diagnostik wäre es daher lediglich denkbar, ein entsprechendes „Gutachten“ zur Beurteilung einzuholen.

Zusammenfassung:

Zusammenfassend komme ich daher auch bei diesem Punkt zu dem Ergebnis, dass Diagnostik, Pädagogik und Verwaltung Hand in Hand gehen müssen, um den Erfolg einer Maßnahme nicht zu gefährden.

Dies hat zur Konsequenz, dass der Bereich der „Wirtschaftlichen Jugendhilfe“ während des gesamten Prozesses sehr eng mit der Beratung und Hilfeplanung verflochten sein sollte. Wie diese Verflechtung im Einzelnen aussieht, muss jedoch jedes Jugendamt in eigener innerorganisatorischer Entscheidungskompetenz festlegen. Geeignet hierzu sind

- Klare Arbeitsplatz-/Stellenplatzbeschreibungen der Sachbearbeiter sowie
- Ablaufpläne und
- Geschäftsverteilungspläne.

Herzlichen Dank für Ihre geschätzte Aufmerksamkeit.

Arbeitsgruppe 5: Das Diagnosemodell in München¹

Kurze Einführung in die Sozialarbeitsdiagnose nach Geiser/Obrecht/Staub-Bernasconi Vorstellung des Projektkonzeptes der flächendeckenden Einführung und Umsetzung der Diagnose für den kommunalen Sozialdienst München

SILKE VLECKEN

Master of Social Work, Bezirkssozialarbeit München

Diagnose in der Sozialen Arbeit ist ein Thema, das aktuell im Rahmen von Fachtagungen, an Fachhochschulen und in Fachpublikationen diskutiert wird. In dieser fachlichen Auseinandersetzung werden auch Positionen vertreten, die systematische Diagnosen zu Gunsten eines nicht oder wenig strukturierten „bewertungsfreien“ Verstehensprozess ablehnen, um die Einordnung und in der Folge mögliche Marginalisierung von AdressatInnen der Sozialen Arbeit zu vermeiden. *„Beobachten, beschreiben, analysieren und bewerten [tun] wir alle und jederzeit – und zwar dank unserer psychobiologischen Ausstattung. Und wenn wir handeln, dann handeln wir sowohl aufgrund von Bildern und Interpretationen – Alltagshypothesen über bestimmte Merkmale und Zusammenhänge – meist unter Berücksichtigung von Werten wie sozialen Normen. Ohne diese Fähigkeiten könnten wir gar nicht überleben, uns örtlich und zeitlich orientieren, lernen, erziehen, lieben, arbeiten, politisieren, usw.“* (Staub-Bernasconi, 2003, S. 33).

Um Hilfen, zum Beispiel im Kinderschutz, wirksam und überprüfbar einsetzen zu können, ist es notwendig, SozialarbeiterInnen zu befähigen, durch eine systematische und prozessorientierte Form der Beurteilung sozialer Probleme – einer Sozialarbeitsdiagnose – mit der in der Praxis vorzufindenden Komplexität, der steigenden Quantität und der wachsenden Intensität der sozialen Notlagen professionell umzugehen.

Aus diesem Grund hat sich das Sozialreferat der Stadt München entschieden, für die Bezirkssozialarbeit eine verbindliche „Sozialarbeitsdiagnose“ einzuführen, um bewusst, professionell und aufgrund von theoretisch fundiertem Wissen die für die AdressatInnen der Sozialen Arbeit weitreichenden Entscheidungen treffen zu können und diese sowohl für die BürgerInnen als auch für KooperationspartnerInnen transparent darzustellen.

Der Auswahlprozess, die Vorstellung des gewählten Diagnosemodells und der Einführungsprozess sollen im folgenden Artikel dargestellt werden.

¹ Der Artikel beruht in der Darstellung des Diagnosekonzeptes auf dem Beitrag von Juliane Sagebiel und mir „Soziale Arbeit macht Diagnose“, der im Herbst diesen Jahres in „Engelfried, Constanze (Hg.): Soziale Organisationen im Wandel.“ erscheinen wird.

Kriterien der Auswahl einer Diagnoseform

Eine Arbeitsgruppe des Sozialreferates der Stadt München hat sich intensiv mit verschiedenen Modellen von Diagnosen beschäftigt und entwickelte zur Analyse von möglichen Diagnosemodellen unter anderem folgende Kriterien:

Die Diagnoseform muss

- eine wissenschaftlich fundierte Theorie sozialer Probleme zur Grundlage haben,
- körperliche, soziale, ökonomische und psychische Aspekte von Individuen erfassen und Beziehungen analysieren,
- Problemlagen sowie Ressourcen der AdressatInnen der Sozialen Arbeit berücksichtigen,
- die AdressatInnen am Analyseprozess durchgängig beteiligen,
- das vielfältige Aufgabenspektrum der Bezirkssozialarbeit berücksichtigen,
- methodische Ansätze der Sozialen Arbeit integrieren,
- systemisch sein,
- effektives und effizientes Arbeiten ermöglichen,
- den prozesshaften Charakter der Bezirkssozialarbeit berücksichtigen,
- die Kommunikation zwischen den HelferInnensystemen verbessern,
- Diskriminierungs- und Marginalisierungsdimensionen wie Geschlecht, Rasse, Ethnie, Aufenthaltsstatus, Alter, Behinderungen und sexuelle Orientierung erfassen,
- die Professionalisierung der Bezirkssozialarbeit unterstützen.

Anhand der vorgenannten Kriterien wurden mögliche Diagnosemodelle analysiert und zwar unter anderem „Kollegiale Beratung und Entscheidung“ von Schattenhofer und Thiesmeier, das „Life-Modell“ der Sozialen Arbeit von Germain und Gitterman und die „Problem- und Ressourcenanalyse“ von Geiser.

Die Arbeitsgruppe kam zu dem Ergebnis, dass unter anderem aus folgenden Gründen die Problem- und Ressourcenanalyse von Geiser, in Verbindung mit den Konzepten und theoretischen Vorarbeiten von Staub-Bernasconi und Obrecht, die gestellten Kriterien erfüllt. Denn das Diagnosemodell ermöglicht:

- die Ausstattung der Individuen systematisch zu erfassen,
- einen Überblick der Ausgangssituation zu gewinnen, indem Informationen präzisiert und priorisiert werden, nicht relevante bewusst vernachlässigt werden können und die Informationen ein strukturiertes Bild ergeben,
- die beteiligten Akteure zu ermitteln und Beziehungsanalysen im Sinne von Austausch- und Machtbeziehungen zu diagnostizieren,
- allen Beteiligten, am Lösungsprozess zu partizipieren,

- auf die Problemlösung bezogene verfügbare oder potentielle Ressourcen zu erkennen,
- Ziele aufgrund von (berufsethischen) Werten zu formulieren und zu begründen,
- die interne Kooperation zu verbessern,
- den SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen in Verhandlungen mit Dritten (interprofessioneller Kontext) selbstbewusster und professioneller zu agieren.

Darstellung der Sozialen Diagnose in der Form der Einführung in München

Die Sozialarbeitsdiagnose¹ ermöglicht die systematische Erfassung, Beschreibung und Bewertung von Informationen, die den AkteurInnen in einem Fall zugänglich sind und zur Problembestimmung und Ressourcenanalyse als relevant beurteilt werden. Um aufgrund eines bestimmten Anlasses (Gefährdungsmeldung, Anfrage einer allein erziehenden Mutter oder Ähnliches) ein Bild über die gegenwärtige Situation mit allen Beteiligten zu erhalten, erweisen sich aus wissens- beziehungsweise handlungstheoretischer Sicht die **W-Fragen** als hilfreich (**Abbildung 1**). Sie ermöglichen eine systematische Analyse und Bearbeitung aktueller Problemsituationen.

Im Rahmen der Beantwortung der WAS-Frage kommt das zweite zentrale Instrument der Sozialarbeitsdiagnose die **Systemische Denkfigur (SDF)** zur Anwendung (**Abbildung 2**). Die SDF dient der systematischen und differenzierten Analyse von Individuen und sozialen Systemen und es entsteht eine Beschreibung der Situation zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Die W-Fragen²

Fragen und Wissensformen	
WAS?	Beschreibung der aktuellen Situation
Gegenstands- und Beschreibungswissen	Was kann und muss über die aktuelle Situation als wesentlich festgehalten werden und wer ist beteiligt? Beschreibung der individuellen Ausstattung und der relevanten Beziehungen der beteiligten AkteurInnen. (Systemische Denkfigur) Die Beantwortung aller W-Fragen von KlientInnen und Dritten (mit Quellenangabe) werden als Vervielfältigung der W-Fragen unter der Situationsbeschreibung zusammengefasst. Mit der Beantwortung der Was-Frage entwirft der/die SozialarbeiterIn ein Bild der Gegenwart und beschreibt Fakten.

¹ Der Rahmen des Artikels ermöglicht nur eine Kurzdarstellung des Diagnosemodells

² (Geiser, 2004, S. 326-329)

WOHER? Vorgeschichte, aktuelle Situation, Fakten bzw. Problem und Ressourcen	Problemgeschichte Wann hat – immer nach Aussage der AdressatInnen und Dritter – die Situation sich in welcher Weise für sie zum Problem entwickelt? Gibt es noch andere Quellen? Mit der Woher-Frage erschließt der/die SozialarbeiterIn die Genese der problematischen Situation und entwirft ein Bild der Vergangenheit.
WARUM? Hypothesen (Beschreibungs- und Erklärungswissen)	Erklärungen Wie erklärt sich die Sozialarbeiterin die Situation (setzt bei der Beschreibung, der Erklärung und der Bewertung der AdressatInnen an)? Über die Warum-Frage entsteht ein Bild verknüpfter Fakten, auf deren Basis der Sozialarbeiter seinen Auftrag formuliert.
WOHIN? Prognosen (ohne Intervention), Werte und davon abgeleitete Ziele	Prognose Angenommen, die Sozialarbeiterin wird bei den bestehenden Problemen nicht tätig: Wie wird die Situation zu einem bestimmten Zeitpunkt „aussehen“? Die Sozialarbeiterin erstellt Prognosen und zeichnet ein Zukunftsbild davon, was passieren würde, wenn keine professionelle Intervention erfolgt.
WAS-IST-NICHT-GUT? WAS-SOLL-SEIN? WAS-IST-HILFREICH? (Bewertung)	Probleme – Normen/Standards – Werte – Ressourcen Welche konkreten Umstände sind es, die dazu veranlassen, die Situation als problematisch zu bewerten? Welche (gesellschaftlichen/kulturellen) Normen/Standards werden durch die bestehende Situation nicht befolgt bzw. nicht erreicht? Von welchen (bio-psycho-sozialen) Werten gibt es (dauerhaft) Abweichungen, die Bedürfnisse erzeugen? Welche Kompetenzen, Fähigkeiten und Beziehungsressourcen sind hilfreich hinsichtlich möglicher Lösungen der genannten Probleme?

Abbildung 1

© Silke Vlecken

Zu Beginn der Diagnose wird zunächst ein Überblick über alle für die aktuelle Situation relevanten AkteurInnen erstellt. Hierbei werden sowohl professionelle AkteurInnen, wie zum Beispiel SozialarbeiterInnen, LehrerInnen, ÄrztInnen und RechtsanwältInnen als auch Verwandte, FreundInnen, KollegInnen und andere berücksichtigt. Die zunächst für die Problemsituation relevanten Individuen werden im nächsten Schritt mit Hilfe der SDF in ihrer Ausstattung beschrieben, soweit solche zum Bestimmen der Probleme, zum Erklären der Situation und zum Entwerfen von Prognosen notwendig sind.

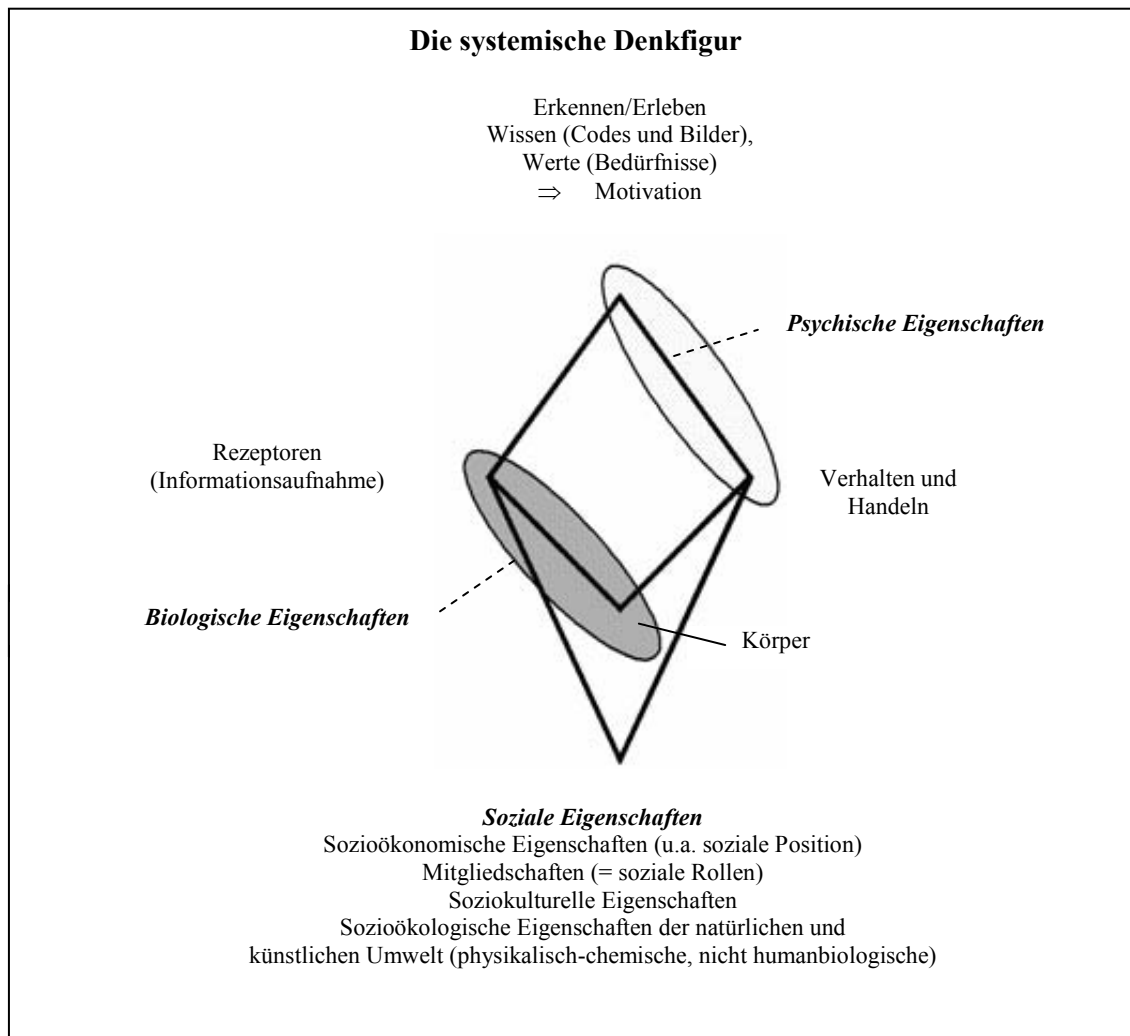


Abbildung 2

© Silke Vlecken

Die fünf Dimensionen der Systemischen Denkfigur (Beschreibung eines Individuums)

Körperliche Ausstattung

Die körperliche Ausstattung wird beschrieben, mögliche Beeinträchtigungen und biologische Eigenschaften, die zu sozialen Problemen führen können und die gegebenenfalls als Ressourcen nutzbar sind. Alter, Krankheit, Geschlecht, Attraktivität und Hautfarbe sind unter anderem Dimensionen, die im sozialen Kontext Chancen und Behinderungen bedingen und für zu bearbeitende soziale Probleme eine Rolle spielen können.

Soziale Ausstattung

Zu den sozioökonomischen Ausstattungsmerkmalen gehören unter anderem Bildung, Beruf, Arbeitsplatz, Einkommen, Schulden, Ethnie, Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsstatus, die die Teilhabe und Existenz in einer Gesellschaft bestimmen. Soziokulturelle Eigenschaften, die sich auf die soziale Position des Menschen (Mitgliedschaften in Vereinen, Hausgemeinschaften, und anderes) im Rahmen der strukturellen und kulturellen

Gegebenheiten einer Gesellschaft auswirken, ergänzen die Beschreibung der sozialen Ausstattung. Sozioökologische Eigenschaften wie zum Beispiel die Wohnung und das Wohnumfeld werden in ihren Eigenschaften wie Lärmbelästigung, Grünflächen, Verkehrsanbindung und anderes beschrieben.

Rezeptoren

Hier werden Sinnesbeeinträchtigungen und Behinderungen, die zu einer erschwerten oder selektiven Informationsaufnahme führen und das Individuum in seiner Lebensgestaltung behindern können, erfasst.

Verhalten und Handeln

Über die Fragen „Was tut das Individuum, was tut es nicht?“ und „Was kann die Person, was kann sie nicht?“ werden die verschiedenen Verhaltens- und Handlungsebenen beschrieben. Es wird individuelles Handeln als absichtsvolles Tun, automatisiertes Handeln, kreativ-strategisches Handeln, Gewohnheiten und Fertigkeiten im Tages- und Wochenverlauf, Rollenverhalten und Rollenhandeln beschrieben. Die Frage nach dem Verhalten und/oder Handeln, das zu sozialen Problemen führt, soll an dieser Stelle beantwortet werden. Ressourcen können unter anderem handwerkliche und soziale Fertigkeiten und körperliche Geschicklichkeit sein.

Erkennen/Erleben – Wissen und Werte

Auf folgende Fragen werden in dieser Dimension Antworten gesucht: Wie erlebt die Person welches Problem? Auf welche Weise denkt sie über die eigene Situation nach? Wie erklärt sie sich die Situation? Welche Lösungen, Zukunftsbilder, Perspektiven sieht sie? Wie beschreibt sie ihre Stimmung? Was ist ihr wichtig? Wie kann sie Informationen verarbeiten? Denken, Fühlen, Aufmerksamkeit, Affekte, Empfindungen, kognitive Kompetenzen des Lernens und Reflektierens werden ebenso beschrieben wie Weltanschauung, innere Bilder und Überzeugungen, Werteorientierung, (belastende/ diskriminierende) Erfahrungen, Erklärungen, Selbst- und Fremdbilder, Motivation Faktenwissen, Erwartungen, psychische Zustände und Erlebnismodi.

Im Rahmen der Diagnoseerstellung können häufig anzutreffende Probleme, zum Beispiel Analphabetismus, Fundamentalismus, Kulturkonflikte und psychische Erkrankungen, sein. Zu möglichen Ressourcen können Lebenserfahrungen, die ein positives Selbstbild generieren, Interesse an Wissen und Wissensbeständen und der Fähigkeit, diese einzusetzen, Werte und Ziele, die eine optimistische Weltsicht erlauben, Problemlösungsfähigkeiten und ein positives Menschenbild gezählt werden.

Erst in der Verknüpfung der fünf Dimensionen der SDF (beispielsweise welche Zukunftsbilder eines Individuums im Rahme seiner sozioökonomischen Ausstattung führen zu welchem Handeln) kann ein Bild der Ausstattung eines Individuums gezeichnet werden. Die individuelle Beschreibung der Individuen zeigt, welche Austausch- und Machtquellen vorhanden und damit für die Chancen und Begrenzungen in Beziehungen konstitutiv sind.

Soziale Beziehungen¹

Die beschriebenen Ausstattungsdimensionen der Individuen (mit Ausnahme der Rezeptoren, die ausschließlich der Informationsaufnahme dienen) beschreiben die Quelle, mit der ein Individuum mit einem Zweiten in Beziehung treten kann. Ein Beispiel soll dies an dieser Stelle verdeutlichen: Der Besitz von Geld ermöglicht den Erwerb von Gütern (soziale Eigenschaften), die Fähigkeit im Umgang mit dem Ball ermöglicht das gemeinsame Spiel (Handeln), der Körper ermöglicht den Austausch von Zärtlichkeit (Körper) und Wissen und über die politische Situation eines Staates die möglicherweise hitzige Diskussion (Erkennen/Erleben/Wissen/Werte). Auf dieser Grundlage ist es SozialarbeiterInnen möglich, Beziehungen zwischen Individuen systematisch zu beschreiben. Beziehungsdynamiken sind analysierbar und Hypothesen zu den AdressatInnen der Sozialen Arbeit können gebildet werden, die eine Grundlage für die Problembestimmung beziehungsweise für die Hilfeentscheidungen bilden.

Idealtypisch lassen sich **Austausch- und Machtbeziehungen** unterscheiden (**Abbildung 3 und 4**), reale Beziehungen lassen sich in einem Kontinuum zwischen diesen beiden Polen einordnen. Horizontal strukturierte Beziehungen, also **Austauschbeziehungen**, finden sich häufig, wenn Individuen sich in gleichen Rollen begegnen. Sie sind durch ein gegenseitiges und gleichwertiges Geben und Nehmen der Beteiligten auf allen Austauschdimensionen charakterisiert. Die Qualität sozialer Beziehungen lässt sich durch die Analyse der Interaktionen und der vorhandenen sowie fehlenden Ausstattungspotenziale der Beteiligten feststellen.

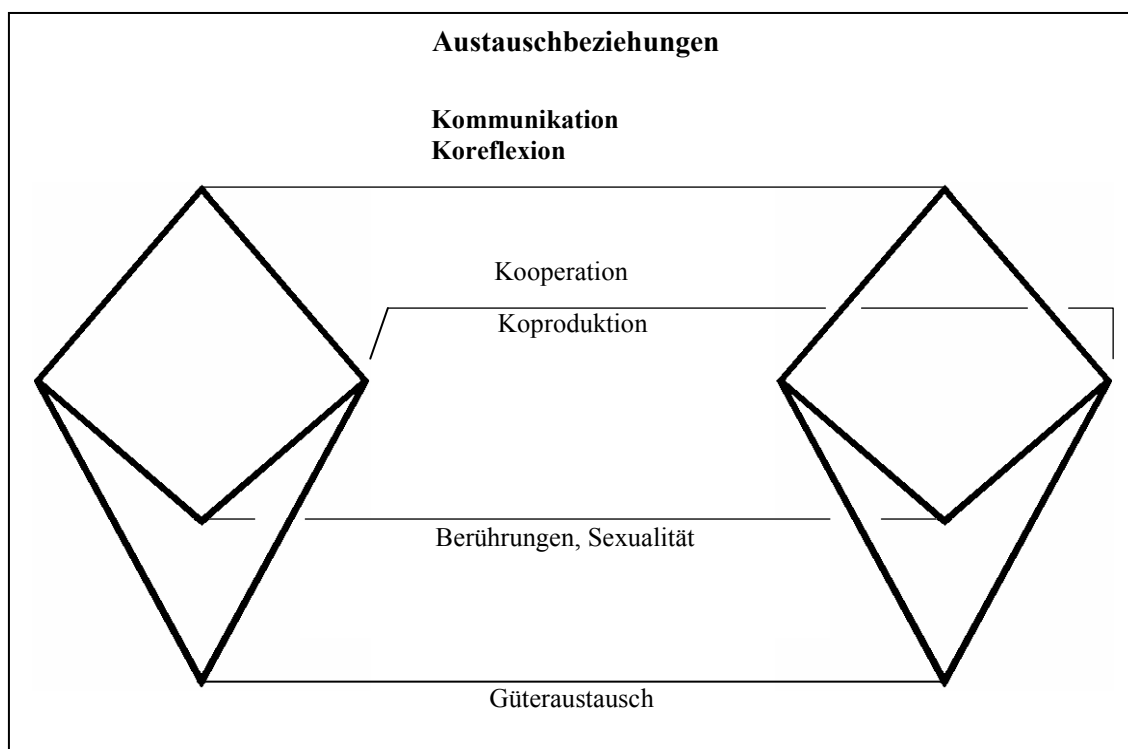


Abbildung 3

© Silke Vlecken

¹ (Geiser, 2004, S. 151-249)

Machtbeziehungen zeichnen sich durch ein vertikal strukturiertes Gefälle aus, das heißt, in den verschiedenen Dimensionen bestehen Abhängigkeitsverhältnisse. In Bezug auf welche Dimension sich eine Person abhängig fühlt und wie sich vermeintliche oder tatsächliche Abhängigkeiten auswirken, spielt bei der Beziehungsanalyse ebenso eine Rolle wie die Frage nach dem Einfluss einer Person. Welche Defizite hinsichtlich Bedürfnis befriedigender Machquellen festzustellen sind, sind ebenso wichtige Aspekte wie die Frage nach behindernder Machtausübung in Beziehungen.

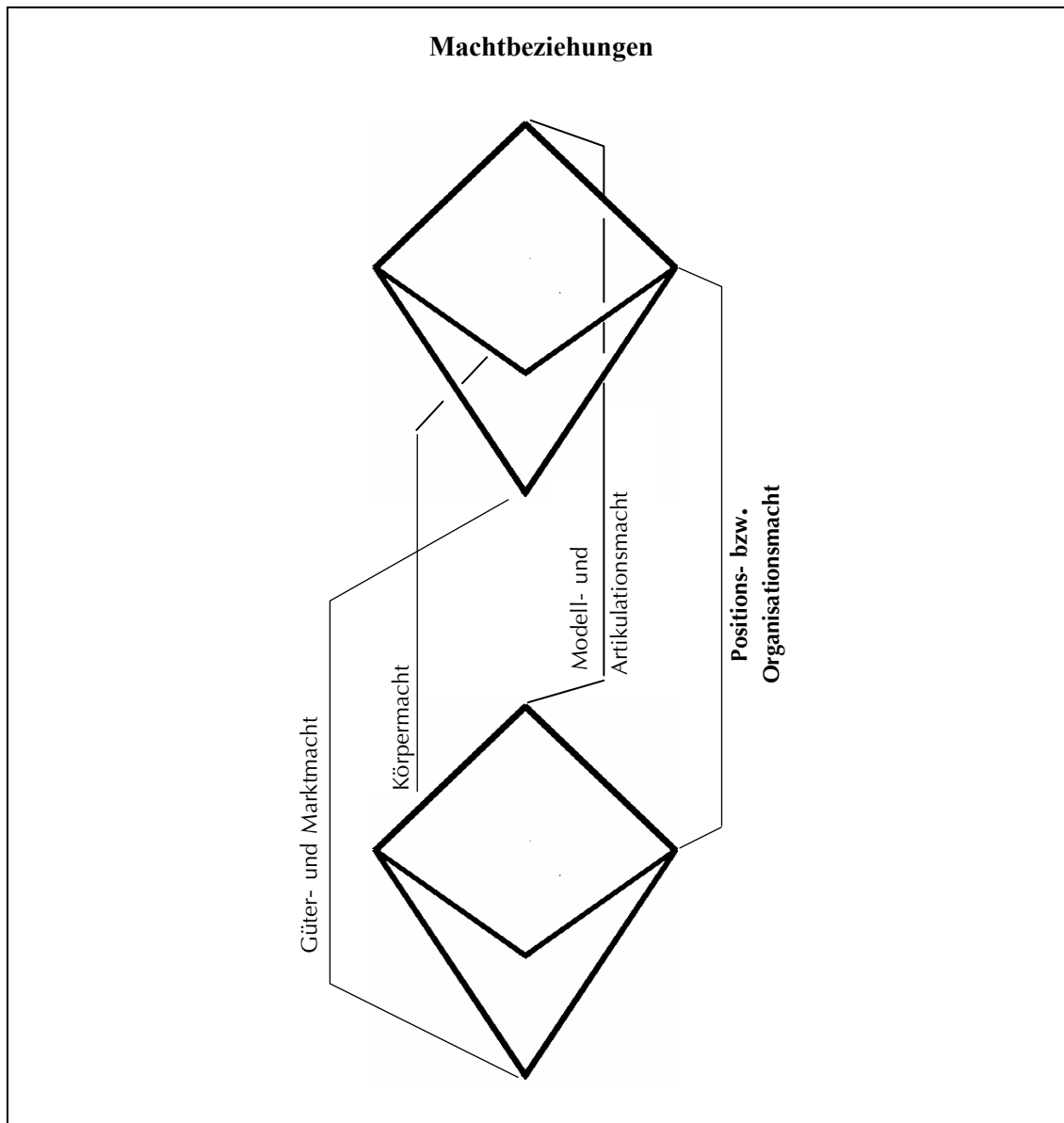


Abbildung 4

© Silke Vlecken

In der folgenden Tabelle¹ sind idealtypisch die Dimensionen von Beziehungen kurz zusammengefasst (**Abbildung 5**).

Austauschbeziehung	Machtbeziehung	Dimension
Austausch von Sexualität , Zärtlichkeit, körperlichen Berührungen	Körpermacht durch physische Überlegenheit, Gewalt, Attraktivität, Entzug des Körpers	Körper
Kommunikation und Koreflexion , Austausch von Informationen, Wissen, Gefühlen und Erkenntnissen	Definitions- und Artikulationsmacht die Möglichkeit, für sich und für andere Ereignisse zu thematisieren und zu interpretieren. Modellmacht ist die Möglichkeit andere zu überzeugen und von sich abhängig zu machen.	Erkennen/Erleben Wissen
Kooperation und Koproduktion , sich miteinander verständigen, was Menschen miteinander gemeinsam tun. Kommunikation und Koreflexion , Austausch von Informationen, Wissen, Gefühlen und Erkenntnissen.	Positions- und Organisationsmacht die Chance, über Menschen zu entscheiden, Beziehungen zu knüpfen und sie für die eigenen Interessen und Bedürfnisse zu nutzen	Handeln/Verhalten
Gütertausch , Austausch von kapitalwertigen Gütern	Ressourcenmacht vorhandene Güter und Ressourcen durch Kontrolle zu gewähren oder vorzuenthalten und darüber andere von sich abhängig zu machen.	Sozioökonomie Sozioökologie Soziokultur

Abbildung 5

© Silke Vlecken

Die Sozialarbeitsdiagnose nach Geiser, Obrecht und Staub-Bernasconi verknüpft individuelle Ausstattungsdimensionen mit differenzierten Beziehungsanalysen bei der Beantwortung der WAS-Frage und schafft so ein komplexes Bild der Situation von AdressatInnen Sozialer Arbeit. Diese Beschreibungen bilden gemeinsam mit der Beantwortung der WOHER-Frage (der systematisierten Vorgeschichte) die Informationen, mit denen bei der Beantwortung der weiteren Fragen gearbeitet wird. Im Rahmen der WARUM-Frage werden zunächst Probleme formuliert und dazu Hypothesen gebildet. Mit

¹ Sagebiel, Juliane; Vlecken, Silke: Soziale Arbeit m(M)acht Diagnose. Allgemeines methodisches Professionswissen als Quelle professioneller Identität. In: Engelfried, Constanze(Hg.): Soziale Organisationen im Wandel. Erscheint im Herbst 2005.

der Prognose (WOHIN?) wird die Frage beantwortet, wohin sich die Situation ohne Intervention eines Sozialen Dienstes entwickeln würde. Dies dient der Klärung der Wichtigkeit und Dringlichkeit professionellen Handelns. Mit der Darstellung des Problems (WAS-IST-NICHT-GUT), der Nennung der verletzten Normen und Standards und der Begründung durch Abweichungen von bio-psycho-sozialen Werten (WAS-SOLL-SEIN) findet eine Bewertung der konkreten Umstände statt, die uns veranlassen, die Situation als problematisch oder nicht problematisch in Bezug auf die individuelle Ausstattung und die sozialen Beziehungen der beteiligten AkteurInnen einzuschätzen und möglicherweise notwendige Hilfen zu installieren. Mit der Frage „WAS-IST-HILFREICH“ werden die für die Probleme relevanten Ressourcen erfasst und in eine Hilfeplanung miteinbezogen.

In einer Zusammenfassung werden in Kürze die „harten“ Fakten dargestellt, die Probleme mit den dazugehörigen Ressourcen erfasst und vor allem die Probleme priorisiert.

Einführung der Diagnose in München

Die vorgestellte Diagnoseform wird in München verbindlich für die Bezirkssozialarbeit (circa 350 MitarbeiterInnen) über ein MultiplikatorInnensystem eingeführt. Die Bezirkssozialarbeit ist in 13 SozialbürgerInnenhäusern (SBH) organisiert und arbeitet in den Bezirken, für die sie zuständig sind, ganzheitlich. Eine Bezirkssozialarbeiterin beziehungsweise ein Bezirkssozialarbeiter ist in der Region für alle Zielgruppen und Problemlagen zuständig.

Für die Bezirkssozialarbeit wurden 40 MultiplikatorInnen ausgebildet, die mit der Umsetzung in allen SBH betraut sind. Diese Qualifizierung umfasste eine grundlegende Einführung durch Prof. Geiser in die Problem- und Ressourcenanalyse, theoretische Seminare zu sozialen Problemen, sozialen Systemen und Bedürfnistheorien mit Prof. Dr. Obrecht sowie ein Seminar zur Machtanalyse mit Prof. Dr. Staub-Bernasconi. Sechs Fallbearbeitungsgruppen bearbeiteten jeweils mindestens einen aktuellen Fall jeder Bezirkssozialarbeiterin / jedes Bezirkssozialarbeiters in dreistündigen von mir¹ begleiteten Sitzungen. In Arbeitskreisen wurde die Dokumentation an die veränderte Systematik angepasst, das Hilfeplanverfahren und hier vor allem die Falleingabe gemeinsam mit dem Jugendamt überarbeitet, die Qualitätssicherung in Gefährdungssituationen für den Prozessverlauf auf die Kompatibilität überprüft und ein Schulungskonzept erarbeitet. Eine Projektgruppe, ein begleitendes Plenum aller am Prozess Beteiligten und eine Begleitgruppe, die sowohl von den Steuerungsbereichen als auch von den Leitungsstellen der SBH besetzt wurde, unterstützte die Implementierung im Sozialreferat der Stadt München.

Im Herbst 2005 beginnt die Schulung der MitarbeiterInnen mit einer dreistündigen Einführungsveranstaltung zur Sozialarbeitsdiagnose. Im Anschluss werden die MultiplikatorInnen alle MitarbeiterInnen in dreitägigen Seminaren schulen und die Einübung der

¹ Aufgrund der theoretischen Fundierung des von mir abgeschlossenen Masterstudiums „Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession“ unter der Leitung von Prof. Dr. Silvia Staub-Bernasconi wurde mir die fachliche Leitung des Projektes Einführung der Sozialarbeitsdiagnose für die Bezirkssozialarbeit übertragen.

Diagnose im Rahmen von Fallbearbeitungen begleiten. Die verbindliche Anwendung der Sozialpädagogischen Diagnose ist für das Frühjahr 2006 geplant.

Erste Beobachtungen zur Wirkung der Sozialarbeitsdiagnose

An dieser Stelle möchte ich den MultiplikatorInnen, die seit einem knappen Jahr mit der Sozialarbeitsdiagnose nach dem vorgestellten Modell arbeiten das Wort geben. Folgende Rückmeldungen wurden im Rahmen von Fallbearbeitungsgruppen gegeben:

„Die Systematik und Übersichtlichkeit verringert den zusätzlichen Erklärungsbedarf im Regionalen Fachteam (Fachrunde mit KooperationspartnerInnen zur Besprechung von Jugendhilfefällen).“

„Die Situation der Menschen und ihre Sicht der Dinge sind durch die direkte Rede authentisch beschrieben.“

„Bewertung und Beschreibung sind deutlich voneinander getrennt.“

„Die einzelnen AkteurInnen sind besser vorstellbar, es entsteht ein klares Bild.“

„Aus den Hypothesen können später Ziele für die Hilfeplanung entwickelt werden.“

„Ich finde die klare Unterscheidung beziehungsweise die Trennung von Faktenangaben und Vermutungen sehr wichtig!“

Wir erwarten mit Spannung die Ergebnisse der Evaluierung des Prozesses der Einführung der Sozialarbeitsdiagnose in München.

Literatur:

Geiser, Kaspar: Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung. Luzern und Freiburg i.Br., 2004, 2. Auflage.

Obrecht, Werner: Umriss einer biopsychosozialen Theorie menschlicher Bedürfnisse. Geschichte, Probleme, Struktur, Funktion. Wirtschaftsuniversität Wien. Interdisziplinärer Universitätslehrgang für Sozialwirtschaft, Management und Organisation Sozialer Dienste. Skript zur gleichnamigen Lehrveranstaltung. Druck: 13.04.1999

Obrecht, Werner: Das Systemische Paradigma der Sozialarbeitswissenschaft und der Sozialen Arbeit. In: Pfaffenberger, Hans/Scherr, Albert/Sorg, Richard. Von der Wissenschaft des Sozialwesens. Rostock 2000, S. 115-143

Obrecht, Werner. Umriss einer biopsychosozio-kulturellen Theorie sozialer Probleme. Ein Beispiel einer transdisziplinären Theorie. Überarbeitete Textversion eines Referats, gehalten auf der Fachtagung „Themen der Sozialarbeitswissenschaft und ihre transdisziplinäre Verknüpfung“ am 5. März 2002 an der Hochschule für Soziale Arbeit Zürich.

Obrecht, Werner. Ontologischer, Sozialwissenschaftlicher und Sozialarbeitswissenschaftlicher Systemismus – Ein integratives Paradigma der Sozialen Arbeit. In: Hollstein-Brinkmann, Heino; Staub-Bernasconi, Silvia. Systemtheorien im Vergleich. Wiesbaden 2005.

Sagebiel, Juliane; Vlecken, Silke: Soziale Arbeit m(M)acht Diagnose. Allgemeines methodisches Professionswissen als Quelle professioneller Identität. In: Engelfried, Constanze (Hg.): Soziale Organisationen im Wandel. Erscheint im Herbst 2005.

Staub-Bernasconi, Silvia: Das fachliche Selbstverständnis Sozialer Arbeit – Wege aus der Bescheidenheit. Soziale Arbeit als „Human Rights Profession“. In: Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses. Freiburg im Breisgau 1995

Staub-Bernasconi, Silvia: Soziale Probleme – Soziale Berufe – Soziale Praxis. In: Heiner, Maja; Meinhold, Marianne; von Spiegel Hiltrud; Staub-Bernasconi, Silvia: Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Freiburg i.Br 1998, 2. erweiterte Auflage, S. 11-137

Staub-Bernasconi, Silvia: Transnationalisierung der Sozialen Arbeit – Montreal und die Folgen. Bericht und Nachgedanken zur Joint Conference of IASSW und IFSW, Montreal/Quebec, Canada, July 2000, unveröff. Manuskript, TU Berlin Januar 2001

Staub-Bernasconi, Silvia: Diagnostizieren tun wir alle – nur nennen wir es anders. In: Widersprüche Heft 88, Juni 2003

Staub-Bernasconi, Silvia: Soziale Arbeit und soziale Probleme. Eine disziplin- und professionsbezogene Bestimmung. In: Thole, Werner (Hrsg.). Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Opladen 2002, S. 245-258

Staub-Bernasconi, Silvia. Fragen, mögliche Antworten und Entscheidungen im Hinblick auf die Konzeption oder Konstruktion von (system)theoretischen Ansätzen. In: Hollstein-Brinkmann, Heino; Staub-Bernasconi, Silvia. Systemtheorien im Vergleich. Wiesbaden 2005

Literaturhinweise

Ader, Sabine (Hrsg.); Schrapper, Christian (Hrsg.); Thiesmeier, Monika (Hrsg.)
Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis.
Münster: Votum (2001); 147 S.; ISBN 3-933158-86-9

Adler, Helmut
Fallanalyse beim Hilfeplan nach § 36 KJHG.
Frankfurt/Main: Lang (1998); 253 S.; ISBN 3-631-32741-2

Bayerisches Landesjugendamt, München (Hrsg.)
Hillmeier, Hans (Bearb.); Huber, Gertraud (Bearb.)
Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. (und CD ROM).
München (2001); 142 S.
Bezugsadresse: Bayerisches Landesjugendamt, Richelstr. 11, 80634 München

Bayerisches Landesjugendamt, München
Hillmeier, Hans; Huber, Gertrud; Pschibl, Kerstin
„EST! - Evaluationsprojekt Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen“.
In: Unsere Jugend, München: E. Reinhardt; 56 (2004); Nr. 2; S. 50-59

Bergh, Peter M. van den; Knorth, Erik J.; Tausenfreund, Tim; Klomp, Martin
Grundlagen der psychosozialen Diagnostik in der niederländischen Kinder- und Jugendhilfe: Entwicklungen und Aufgaben.
In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen:
Vandenhoeck & Ruprecht; 53 (2004); Nr. 9; S. 637-651

Budde, Wolfgang; Früchtel, Frank; Loferer, Andrea
Ressourcencheck. Ein strukturiertes Gespräch über Stärken und was daraus machen ist.
In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 29 (2004); Nr. 6; S. 14-22

Budde, Wolfgang; Früchtel, Frank; Loferer, Andrea
Der Ressourcencheck in der Anwendung. Ein Fallbeispiel.
In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 29 (2004); Nr. 6; S. 23-26

Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V., Köln (Hrsg.)
Fallverstehen und Diagnostik bei Kindesvernachlässigung. Fachkongress 2001.
Dokumentation. Teil 1. „Hilft Diagnostik der Jugendhilfe?“ Zu Fragen qualifizierten Fallverstehens im Kinderschutz. 27. bis 28. September 2001, Köln.
Teil 2. „Vergessene Kinder ... Isolierte Familien.“ Kindesvernachlässigung als Herausforderung für den Kinderschutz. 12. bis 14. Dezember 2001, Stuttgart.
Köln (2002); 69 S.; ISBN 3-9805068-9-4

Conen, Marie- Luise (Hrsg.)

„Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden“. Aufsuchende Familientherapie.
Heidelberg: Carl Auer Systeme (2002); 238 S.; ISBN 3-89670-299-8

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt/Main (Hrsg.)

Sozialpädagogische Diagnose im Kommunalen Sozialdienst.
Frankfurt/Main (2005); 52 S.; ISBN 3-89983-141-1

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt/Main (Hrsg.)

Heiner, Maja (Hrsg.)

Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch.
Berlin: Selbstverl. (2004); 396 S.; ISBN 3-89983-125-X

Fendrich, Sandra; Lange, Jens; Witte, Matthias D.

Umgang mit Ungewissheit in der Jugendhilfe.

Bericht über die 4. Marienfelder Gespräche.

In: Neue Praxis, Neuwied: Luchterhand; 34 (2004); Nr. 3; S. 312-315

Fröhlich-Gildhoff, Klaus (Hrsg.)

**Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Entscheidungsfindung
in Hilfeplanung und Hilfeprozess.**

Weinheim: Juventa (2002); 160 S.; ISBN 3-7799-1430-1

Gode, Bettina (Verf.)

**Auf der Suche nach der bestmöglichen Hilfe für das Kind und seine Familie
Pädagogisch-therapeutische Diagnostik im Ambulanten Dienst (AD).**

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband;
(2004); Nr. 3; Beil. S. I-IV

Götz, Dietmar

Systemisch-lösungsorientierte Diagnostik in der stationären Jugendhilfe.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 41 (2003); Nr. 5; S. 245-251

Hanff, Susanne

**Zur Diagnose/Diagnostik in der Sozialen Arbeit oder "Zur Inflation der
Ratlosigkeit".**

In: Forum Sozial, Essen: Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. -DBSH-
(2004); Nr. 3; S. 15-17

Harnach- Beck, Viola

**Diagnostische Erfordernisse bei der Entscheidungsvorbereitung für Hilfe zur
Erziehung nach §§ 27 ff. SGB VIII. Ein Beitrag zu Fragen der
Qualitätsentwicklung in der Jugendhilfe.**

In: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE), Köln:
Heymann (1998); Nr. 39; S. 17-37

Harnach-Beck, Viola

Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Grundlagen und Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme. 4. Aufl.

Weinheim: Juventa (2003); 400 S.; Lit., Reg.; ISBN 3-7799-1106-X

Hartung, Johanna

Psychologische Begutachtung im Kontext der Gefährdung des Kindeswohls als „Intervention“.

In: Forum Erziehungshilfen, Münster: Votum; 3 (1997); Nr.1; S.19-22

Henkel, Joachim (Hrsg.); Schnapka, Markus (Hrsg.); Schrappner, Christian (Hrsg.)

Was tun mit schwierigen Kindern? Sozialpädagogisches Verstehen und Handeln in der Jugendhilfe. Bericht zum Kölner Modellprojekt.

Münster: Votum (2002); 249 S.; Abb., Lit.; ISBN 3-935984-25-1

Herrmann, Bernd

Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 3 (2000); Nr. 4; S. 24-27

Hildenbrand, Bruno

Fallrekonstruktive Familienforschung und Familientherapie: Die Sequenzanalyse in der Genogrammarbeit.

In: Familiendynamik, Stuttgart: Klett-Cotta; 29 (2004); Nr. 3; S. 257-287

Höpfner, Norbert ; Jöbgen, Manfred

Diagnostik und Jugendhilfe: Szenen einer schwierigen Ehe.

In: Unsere Jugend, München: E. Reinhardt; 56 (2004); Nr. 2; S. 71-83

Horst, Klaus ter

Entwicklung der internen Fachdienste in der Jugendhilfe und deren Perspektiven.

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband; (2005); Nr. 1; S. 28-41

Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen -IGfH-, Frankfurt/Main (Hrsg.)

Henes, Heinz (Hrsg.); Trede, Wolfgang (Hrsg.)

Dokumentation pädagogischer Arbeit. Grundlagen und Methoden für die Praxis der Erziehungshilfen.

Frankfurt/Main: Selbstverlag (2004); 278 S.; ISBN 3-925146-58-X

Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen -IGfH-, Frankfurt/Main (Hrsg.)

Peters, Friedhelm (Hrsg.)

Diagnosen - Gutachten - hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung. 2. Aufl.

Frankfurt/Main: Selbstverlag (2002); 318 S.; ISBN 3-925146-43-1

Jakobs, Silke; Röh, Dieter

Soziale Diagnose und Dialog. Anforderungen an die Ausbildung der Sozialen Arbeit für die Herausbildung von Diagnosekompetenz.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 30 (2005); Nr. 7-8; S. 41-45

Kanthak, Thomas

Kindeswohlgefährdung: Diagnostische Verfahren und Methoden.

In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Bundesanzeiger; 91 (2004); Nr. 5; S. 180-187

Körner, Jürgen

Die Entstehung seelischer Erkrankungen: Risiko- und Schutzfaktoren.

In: Die Verantwortung der Jugendhilfe für Kinder von Eltern mit chronischen Belastungen. Dokumentation der Fachtagung in Kooperation mit der Deutschen Liga für das Kind e.V. am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin.

Verein für Kommunalwissenschaften e.V. -VfK- (Hrsg.), Berlin (2005); S. 40-47; Lit.; ISBN 3-931418-53-7 (Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe; 49)

Krumenacker, Franz-Josef (Hrsg.)

Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven.

Weinheim: Juventa (2004); 176 S.; ISBN 3-7799-1664-9

Leitner, Hans

Hilfeplanung als Prozessgestaltung. Praxisforschung- und Entwicklungsprojekt.

Fachliche und organisatorische Gestaltung der Hilfeplanung nach § 36 KJHG/ SGB VIII. Ein Modellprojekt der ISA - gemn. Gesellschaft für soziale Arbeit mbH Oranienburg in Zusammenarbeit mit Jugendämtern des Landes Brandenburg und dem Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg.

Münster: Votum (2001); 282 S.; ISBN 3-933158-48-6

Marthaler, Thomas

Sozialpädagogische Diagnosen in Familien.

In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Beltz; 9 (2003); Nr. 5; S. 278-283

Merchel, Joachim

„Diagnose“ in der Hilfeplanung: Anforderungen und Problemstellungen.

In: Neue Praxis, Neuwied: Luchterhand; 33 (2003); Nr. 6; S. 527-542

Mollenhauer, Klaus; Uhlendorff, Uwe

Sozialpädagogische Diagnosen. Teil 1. Über Jugendliche in schwierigen Lebenslagen. 4. Aufl.

Weinheim: Juventa (2004); 184 S.; ISBN 3-7799-0833-6

Mollenhauer, Klaus; Uhlendorff, Uwe

Sozialpädagogische Diagnosen. Teil 2. Selbstdeutungen verhaltensschwieriger Jugendlicher als empirische Grundlage für Erziehungspläne. 2. Aufl.

Weinheim: Juventa (2000); 151 S.; ISBN 3-7799-0868-9

Mührel, Eric

Verstehen als Grundvoraussetzung für eine Soziale Diagnose.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 30 (2005); Nr. 7-8; S. 32-36

Müller, Burkhard

Was heißt Soziale Diagnose?

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 30 (2005); Nr. 7-8; S. 21-31

Nestler, Judith; Castello, Armin

Testdiagnostik an Erziehungsberatungsstellen. Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland.

In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, Fürth: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (2003); Nr. 1; S. 31-35

Neuberger, Christa

Fallarbeit im Kontext flexibler Hilfen zur Erziehung. Sozialpädagogische Analysen und Perspektiven.

Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verl. (2004); 210 S.; Lit.; ISBN 3-8244-4591-3

Pantucek, Peter

Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit.

Wien: Böhlau (2005); 258 S.; ISBN 3-205-77350-0

Pantucek, Peter

Von Hubschraubern und Dschungelpfaden. Diagnostische Verfahren für die Praxis der Sozialen Arbeit.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 30 (2005); Nr. 7-8; S. 14-20

Paries, Gabriele

Sozialpädagogische Diagnose - Ein Instrument zur Qualifizierung der Sozialarbeit.

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband; (2004); Nr. 3; S. 180-190

Pebesma, Gryt

Zum Stellenwert der Sozialen Diagnose in den Niederlanden.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 30 (2005); Nr. 7-8; S. 46-49

Pies, Silke; Schrappner, Christian

Fachlichkeit im Hilfeplanprozess. Fachliche Standards und Qualitätsentwicklung als Element professioneller Identität.

In: Forum Jugendhilfe, Bonn: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (2003); Nr. 1; S. 51-62

Pohl, Peter

Entwicklungsdiagnostik in Kindertageseinrichtungen.

In: Unsere Jugend, München: E. Reinhardt; 55 (2003); Nr. 9; S. 402-405

Possehl, Kurt

Struktur und Logik professioneller diagnostischer Informationsarbeit in der Sozialen Arbeit. Theoretische Vorklärungen.

In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Frankfurt/Main: Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge; 35 (2004); Nr. 3; S. 29-67

Projahn, Ute

Die psychologisch-pädagogische Diagnostik im Rahmen des Jugendstraßverfahrens.

In: Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe, Hannover: Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V.; 14 (2003); Nr. 4, S. 350-353

Rauschenbach, Thomas (Hrsg.); Ortmann, Friedrich (Hrsg.); Karsten, Maria-Eleonora (Hrsg.)

Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit. 2. Aufl.

Weinheim: Juventa (2000); 224 S.; ISBN 3-7799-0855-7

Rüth, Ulrich

Das jugendpsychiatrische Gutachten zur geschlossenen Unterbringung Minderjähriger in der Psychiatrie und in der Jugendhilfe - Statusermittlung versus Prozessdiagnostik.

In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Heymann; 88 (2001); Nr. 10; S. 372-379

Scheuerer-Englisch, Hermann (Hrsg.); Suess, Gerhard J. (Hrsg.); Pfeifer, Walter-Karl P. (Hrsg.)

Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention.

Gießen: Psychosozial (2003); 330 S.; ISBN 3-89806-254-6

Schmidt, Martin

Braucht die Erziehungshilfe etwa doch die Diagnostik?

In: Pädagogischer Rundbrief, München: Landesverband katholischer Einrichtungen und Dienste der Erziehungshilfen in Bayern e.V.; 51 (2001); Nr. 3; S. 1-10

Schrappner, Christian

Sozialpädagogische Diagnostik - Anforderungen, Konzepte, Bausteine.

In: Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe, Hannover: Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V.; 14 (2003); Nr. 4; S. 336-342

Schrappner, Christian

„... dem eigenen Urteil trauen?!“ Erfahrungen und Positionen zur sozialpädagogischen Diagnostik.

In: Widersprüche, Bielefeld: Kleine; 23 (2003); Nr. 88; S. 41-45

Schrappner, Christian (Hrsg.)

**Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe.
Anforderungen, Konzepte, Perspektiven.**

Weinheim: Juventa (2004); 224 S.; ISBN 3-7799-1614-2

Schreiber, Werner

**Sozialpädagogische Diagnose und Intervention. Ansätze in der Arbeit mit
psychosozial geschädigter Klientel.**

In: Neue Praxis, Neuwied: Luchterhand; 33 (2003); Nr. 6; S. 515-526

Staub-Bernasconi, Silvia

Diagnostizieren tun wir alle - nur nennen wir es anders.

In: Widersprüche, Bielefeld: Kleine; 23 (2003); Nr. 88; S. 33-40

**Themenschwerpunkt: Neo-Diagnostik - Modernisierung klinischer
Professionalität.**

In: Widersprüche, Bielefeld: Kleine; 23 (2003); Nr. 88; S. 1-115

Thimm, Karlheinz

Fallverstehen in den Hilfen zur Erziehung.

In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 54 (2002); Nr. 10; S. 410-417

Thimm, Karlheinz

**Sozialpädagogische Fallarbeit zwischen Diagnostik und Fallverstehen am Beispiel
der Hilfen zur Erziehung.**

In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Frankfurt/Main: Deutscher
Verein für öffentliche und private Fürsorge; 34 (2003); Nr. 4; S. 72-88

Uhlendorff, Uwe; Cinkl, Stefan; Marthaler, Thomas

**Familien in der Jugendhilfe. Zur sozialpädagogischen Diagnose familiärer
Hilfethematiken.**

In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Frankfurt/Main:
Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge; 36 (2005); Nr. 2; S. 60-73

Uhlendorff, Uwe

Der Fall Kühl: Sozialpädagogische Familiendiagnose und Hilfeplanung.

In: Unsere Jugend, München: E. Reinhardt; 56 (2004); Nr. 2; S. 60-70

Uhlendorff, Uwe

**Familien in der Jugendhilfe. Sozialpädagogische Diagnosen familiärer
Notlagen und Hilfenkonzepte.**

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 29 (2004); Nr. 2; S. 61-62

Uhlendorff, Uwe

Sozialpädagogische Familiendiagnose: Methode und Forschungsperspektiven.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 41 (2003); Nr. 5; S. 229-235

Uhlendorff, Uwe

Sozialpädagogische Diagnosen. Teil 3. Ein sozialpädagogisch-hermeneutisches Diagnoseverfahren für die Hilfeplanung. 2. Aufl.

Weinheim: Juventa (2001); 240 S.; ISBN 3-7799-0893-X

Uhlendorff, Uwe; Cinkl, Stephan

Sozialpädagogik, Professionalität und Diagnostik. Ein Erfahrungsbericht.

In: Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe, Hannover: Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V.; 14 (2003); Nr. 4; S. 343-350

Urban, Ulrike

Individuelle Hilfeplanung im strukturellen Widerspruch Sozialer Arbeit.

In: Neue Praxis, Neuwied: Luchterhand; 31 (2001); Nr. 4; S. 388-400

Urban, Ulrike

Professionelles Handeln zwischen Hilfe und Kontrolle. Sozialpädagogische Entscheidungsfindung in der Hilfeplanung.

Weinheim: Juventa (2004); 223 S.; ISBN 3-7799-1874-9

Vogelskamp, Antje

Der Ressourcencheck in der Praxis.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 30 (2005); Nr. 3; S. 40-43

Wright, Michael T.

Warum es keine standardisierte Soziale Diagnose geben kann.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 30 (2005); Nr. 7-8; S. 37-40

Wustmann, Corina

Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern.

Weinheim: Beltz (2004); 174 S.; ISBN 3-407-56243-8

Wustmann, Corina

Von den Stärken der Kinder ausgehen. Das Konzept der Resilienz und seine Bedeutung für das pädagogische Handeln.

In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 56 (2004); Nr. 10; S. 402-412

Zimmermann-Freitag, Michael

Zur Praxis einer Psychologisch-Hermeneutischen Diagnostik.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 41 (2003); Nr. 5; S. 236-245

In der Reihe „Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe“ bisher erschienene Titel

- 1. Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe**
Dokumentation der Fachtagung am 30./31.3.1995. Berlin 1995
kostenlos im Internet verfügbar
- 2. Jugendhilfeplanung - ein wirksames Steuerungsinstrument der Jugendhilfe**
Dokumentation der Fachtagung am 18./19.5.1995. Berlin 1995
kostenlos im Internet verfügbar
- 3. Anforderungen der Jugendhilfe an neue Steuerungsmodelle**
Dokumentation der Fachtagung am 28./29.8.1995. Berlin 1996
kostenlos im Internet verfügbar
- 4. Aufgaben, Kompetenzen, Strukturen und Arbeitsweisen von Jugendhilfeausschüssen**
Dokumentation der Fachtagung am 24./25.11.1995. Berlin 1996
kostenlos im Internet verfügbar
- 5. Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen im Wandel:
Neue Anforderungen an Jugendhilfe und Schule“**
Dokumentation der Fachtagung am 26./27.1.1996. Berlin 1996
kostenlos im Internet verfügbar
- 7. Jugendarbeitslosigkeit - was tun?! Jugendhilfe und Sozialamt,
Arbeitsverwaltung und Wirtschaft als Partner bei der Sicherung
beruflicher Perspektiven junger Menschen**
Dokumentation der Fachtagung am 21./22.5.1996. Berlin 1997
kostenlos im Internet verfügbar
- 8. Verwaltungsmodernisierung - Standpunkte und Entwicklungen
in der Jugendhilfe**
Dokumentation der Fachtagung am 25./26.11.1996. Berlin 1997
kostenlos im Internet verfügbar
- 9. Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher
in die Jugendhilfe. Erfahrungen – Probleme – Entwicklungen**
Dokumentation des Workshops am 2.-4.9.1996. Berlin 1997
kostenlos im Internet verfügbar
- 10. Kinder-Leben in der Stadt**
Dokumentation der Fachtagung am 22./23.1.1997. Berlin 1997
kostenlos im Internet verfügbar
- 11. Flexibilisierung und Steuerung im Bereich der Hilfen zur Erziehung**
Dokumentation der Fachtagung am 18./19.10.1996. Berlin 1997
kostenlos im Internet verfügbar

- 12. Aufgaben und Möglichkeiten der Jugendhilfe bei der Auseinandersetzung mit sexueller Gewalt gegen Kinder**
Dokumentation der Fachtagung am 6.-7.6.1997. Berlin 1998
kostenlos im Internet verfügbar
- 13. Jugendhilfeausschuss und kommunale Jugendpolitik**
Dokumentation der Fachtagung am 28.2./1.3.1997. Berlin 1998
kostenlos im Internet verfügbar
- 14. Die Reform des Kindschaftsrechts – Auswirkungen auf die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe**
Dokumentation der Fachtagung am 12./13.12.1997. Berlin 1998
kostenlos im Internet verfügbar
- 15. Netzwerk Kriminalprävention – was kann Jugendhilfe leisten?**
Dokumentation der Fachtagung am 19./20.9.1997. Berlin 1998
kostenlos im Internet verfügbar
- 16. Die Beratung im Kontext von Scheidungs-, Sorgerechts- und Umgangsrechtsverfahren: Anforderungen an Strukturen und Formen der Kooperation von Familiengericht, Jugendhilfe und Anwaltschaft**
Dokumentation der Fachtagung am 24./25.9.1998. Berlin 1999
kostenlos im Internet verfügbar
- 17. ... und schuld ist im Ernstfall das Jugendamt. Probleme und Risiken sozialpädagogischer Entscheidungen bei Kindeswohlgefährdung zwischen fachlicher Notwendigkeit und strafrechtlicher Ahndung**
Dokumentation der Fachtagung am 16./17.11.1998
Berlin 1999, 110 S., DIN A4, ISBN 3-931418-21-9 Preis: 7,00 Euro
- 18. Partnerschaftliche Kooperation oder marktwirtschaftlicher Wettbewerb? - Zur Zukunft des Zusammenwirkens von öffentlicher und freier Jugendhilfe**
Dokumentation des 1. Berliner Diskurses zur Jugendhilfe 11./12.12.1998
Berlin 1999 kostenlos im Internet verfügbar
- 19. Hilfen von Anfang an. Unterstützung von Familien als interdisziplinäre Aufgabe**
Dokumentation der Fachtagung am 23./24.4.1999
Berlin 1999, 163 S., DIN A4, ISBN 3-931418-22-7 Preis: 7,00 Euro
- 20. Was tun mit den Schwierig(st)en?**
Dokumentation der Fachtagung am 21./22.6.1999
Berlin 1999, 205 S., DIN A4, ISBN 3-931418-23-5 Preis: 7,00 Euro
- 21. Lokale Agenda 21 – Gestaltungsmöglichkeiten für Jugendhilfe und Schule – Herausforderung für die Kommunalpolitik?**
Dokumentation der Fachtagung am 1./2.10.1999.
Berlin 2000 kostenlos im Internet verfügbar

- 22. Braucht flexible Jugendpolitik ein neues Jugendamt?**
Dokumentation des 2.Berliner Diskurses zur Jugendhilfe 15.11.1999.
Berlin 2000 kostenlos im Internet verfügbar
- 23. Verantwortung, Aufgaben und Möglichkeiten der Jugendhilfe zur Sicherung der Chancen junger Menschen auf Ausbildung und Arbeit**
Dokumentation des Workshops am 29./30.11.1999
Berlin 2000 kostenlos im Internet verfügbar
- 24. Mitwirkung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen – Hindernisse, Probleme, Erfolge**
Dokumentation des Seminars des Deutschen Instituts für Urbanistik und des VfK am 20.-22.3.2000
Berlin 2000, 127 Seiten, DIN A4, ISBN 3-931418-28-6; Preis: 7,00 Euro
- 25. Die Reform des Kindschaftsrechts - eine Reform für Kinder?**
Dokumentation der Fachtagung am 12./13.5.2000,
Berlin 2001 kostenlos im Internet verfügbar
- 26. Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter und das angemessene Reagieren von Jugendhilfe und Medizin unter besonderer Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht**
Dokumentation des Workshops am 30./31.3.2000,
Berlin 2001, 125 Seiten, DIN A4, ISBN 3-931418-27-8; Preis: 7,00 Euro
- 27. Sozialarbeit im sozialen Raum**
Dokumentation der Fachtagung am 21./22.9.2000,
Berlin 2001, 198 Seiten, DIN A4, ISBN 3-931418-30-8; Preis: 14,00 Euro
- 28. Kindertagesbetreuung - eine Investition, die sich lohnt!**
Dokumentation des 3. Berliner Diskurses zur Jugendhilfe am 20.11.2000
Berlin 2001 kostenlos im Internet verfügbar
- 29. Pädagogische Konzepte in der Jugendsozialarbeit mit rechten Jugendlichen**
Dokumentation des Workshops am 8./9.3.2001
Berlin 2001 kostenlos im Internet verfügbar
- 30. Qualitätsmanagement in der Jugendhilfe**
Dokumentation der Fachtagung am 30.11./1.12.2000
Berlin 2001, 191 Seiten, DIN A4, ISBN 3-931418-33-2; Preis: 14,00 Euro
- 31. Auf dem Weg zur solidarischen Stadt - Kooperation von Stadtentwicklung und Jugendhilfe**
Dokumentation der Fachtagung am 10./11.5.2001
Berlin 2001 kostenlos im Internet verfügbar
- 32. Mit Kindern und Jugendlichen verhandeln?! Partizipation im Jugendhilfekontext**
Dokumentation der Fachtagung am 20./21.9.2001
Berlin 2002, 202 S., DIN A4, ISBN 3-931418-35-9 Preis: 14,00 Euro

- 33. Das Verhältnis von Sozialen Diensten und Amtsvormundschaft/
Amtspflegschaft im Jugendamt**
Dokumentation der Fachtagung am 11./12.10.2001
Berlin 2002 kostenlos im Internet verfügbar
- 34. Die Verantwortung der Jugendhilfe zur Sicherung des Kindeswohls**
Dokumentation der Fachtagung am 29./30.11.2001
Berlin 2002, 204 S., DIN A4, ISBN 3-931418-37-5 Preis: 14,00 Euro
- 35. DAS ANDERE. Perspektiven der Jugendhilfe zum Umgang
mit kultureller Vielfalt**
Dokumentation der Fachtagung am 6./7.6.2002
Berlin 2003, 157 S., DIN A2, ISBN 3-931418-38-3 Preis: 14,00 Euro
- 36. Erste Erfahrungen bei der Umsetzung der Regelungen nach
§§ 78 a-g SGB VIII und die wirkungsorientierte Gestaltung von
Qualitätsentwicklungs-, Leistungs- und Entgeltvereinbarungen**
Dokumentation der Workshops am 8./9.4.2002 und 17./18.6.2002
Berlin, 2003, 217 Seiten, ISBN 3-931418-39-1 Preis: 14,00 Euro
- 37. Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention**
Dokumentation der Fachtagung am 10./11.10.2002
Berlin 2003, 215 S., DIN A4, ISBN 3-931418-40-5 Preis: 14,00 Euro
- 38. Nicht nur *gut aufgehoben*. Kindertagesbetreuung als
zukunftsorientierte Dienstleistung**
Dokumentation der Fachtagung am 17./18.10.2002
Berlin, 2003, 176 S. DIN A4, ISBN 3-931418-41-3 Preis: 14,00 Euro
- 39. Die Vereinbarungen nach §§ 78 a ff. SGB VIII
(Achstes Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe).**
Bestandsaufnahme und Analyse der Leistungs-, Entgelt- und
Qualitätsentwicklungsvereinbarungen sowie der Rahmenverträge.
Studie zum Umsetzungsstand der gesetzlichen Neuregelungen der
§§ 78 a ff. SGB VIII im Auftrag des Bundesministeriums für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend
Berlin, 2003, 156 S. DIN A4, ISBN 3-931418-42-1 Preis: 14,00 Euro
- 40. Startchancen verbessern – Für ein neues Verständnis von Bildung
in der Jugendhilfe**
Dokumentation des 5. Berliner Diskurses zur Jugendhilfe am 8.11.2002
Berlin, 2003, 118 S., DIN A4, ISBN 3-931418-43-X Preis: 14,00 Euro
- 41. Steuerungsmöglichkeiten der Jugendhilfe im Kontext der
demographischen Entwicklung in Deutschland**
Dokumentation der Fachtagung am 28./29.11.2002
Berlin, 2003, 169 S., DIN A4, ISBN 3-931418-44-8 Preis: 14,00 Euro

- 42. Freiheitsentziehende Maßnahmen als Voraussetzung für pädagogische Einflussnahme: Indikationen, Settings, Verfahren**
Dokumentation des Workshops am 3./4.04.2003
Berlin, 2004, 96 S., DIN A4, ISBN 3-931418-45-6 Preis: 17,00 Euro
- 43/1. It Takes Two to Tango. Frühe Kindheit an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie**
Dokumentation der Fachtagung am 14.-16.05.2003
Berlin, 2004, ca. 270 S., DIN A4, ISBN 3-931418-47-2 Preis: 17,00 Euro
- 43/2. It Takes Two to Tango. Konzepte und Modelle zur Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen bei Säuglingen und Kleinkindern**
Dokumentation des Pre-Conference-Workshops II zur Fachtagung „It Takes Two to Tango“ am 14.05.2003
Berlin, 2004, 117 S., DIN A4, ISBN 3-931418-46-4 Preis: 13,00 Euro
- 44. Wenn das Jugendamt wüsste, was das Jugendamt weiß... Das Jugendamt auf dem Weg zu einer lernenden Organisation**
Dokumentation der Fachtagung am 18.-19.09.2003
Berlin, 2004, 72 S., DIN A4, ISBN 3-931418-48-0 Preis: 13,00 Euro
- 45. Zusammenhänge und Wirkungen: Umsetzungsstand und Perspektiven der Regelungen nach §§ 78 a bis g SGB VIII**
Dokumentation der Fachtagung am 26.-27.06.2003
Berlin, 2004, 224 S., DIN A4, ISBN 3-931418-49-9 Preis: 17,00 Euro
- 46. (Mehr) Selbstverantwortung zulassen. Neue Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe**
Dokumentation der Fachtagung am 22.-23.04.2004
Berlin, 2004, 122 S. DIN A4, ISBN 3-931418-50-2 Preis: 17,00 Euro
- 47. Kindererziehung zwischen elterlicher und staatlicher Verantwortung**
Dokumentation des 6. Berliner Diskurses zur Jugendhilfe am 14.11.2003
Berlin, 2004, 88 S., DIN A4, ISBN 3-931418-51-0 Preis: 10,00 Euro
- 48. Neuorganisation der Jugendarbeit**
Dokumentation des Workshops am 23.-24.09.2004
Berlin, 2004, 50 S. DIN A4, ISBN 3-931418-52-9 Preis: 12,00 Euro
- 49. Die Verantwortung der Jugendhilfe für Kinder von Eltern mit chronischen Belastungen**
Dokumentation der Fachtagung am 17.-18.06.2004
Berlin, 2005, 209 S., DIN A4, ISBN 3-931418-53-7 Preis: 17,00 Euro
- 50. Die Straftat als Hinweis auf erzieherischen Bedarf? Pädagogik und Konsequenz im Umgang mit Kinderdelinquenz**
Dokumentation der Fachtagung am 02.-03.12.2004
Berlin, 2005, 250 S., DIN A4, ISBN 3-931418-54-5 Preis: 17,00 Euro

Weitere Veröffentlichungen des Vereins für Kommunalwissenschaften e.V.:

WS 1. Soziale Arbeit in der Schule (Schulsozialarbeit) – Konzeptionelle Grundbedingungen

Abschlusspapier eines Workshops am 13./14.12.1996. Berlin 1997

kostenlos im Internet verfügbar

WS 2. Die Verantwortung der Jugendhilfe für den Schutz der Kinder vor sexueller Gewalt: Was muss Jugendhilfe leisten, wie kann sie helfen? Mit wem soll sie wie kooperieren?

Thesen und Leitlinien des Workshops am 15./16.6.1998. Berlin 1998

kostenlos im Internet verfügbar

Literaturauswahl Jugendhilfe 2000: Veröffentlichungen aus dem Jahr 2000.

Berlin 2001

kostenlos im Internet verfügbar

Literaturauswahl Jugendhilfe 2001: Veröffentlichungen aus dem Jahr 2001.

Berlin 2002

kostenlos im Internet verfügbar

Literaturauswahl Jugendhilfe 2002: Veröffentlichungen aus dem Jahr 2002

Berlin 2003

kostenlos im Internet verfügbar

Literaturauswahl Jugendhilfe 2003: Veröffentlichungen aus dem Jahr 2003

Berlin 2004

kostenlos im Internet verfügbar

Literaturauswahl Jugendhilfe 2004: Veröffentlichungen aus dem Jahr 2004

Berlin 2005, 165 S., DIN A4

Preis: 5,50 Euro

Demnächst werden folgende Titel erscheinen:

Jugendhilfe und Hartz IV: Umsetzungsstand und Handlungsbedarf
Dokumentation des Workshops am 02.-03.06.2005

Verändertes Kinder- und Jugendhilferecht und seine Auswirkungen auf die Praxis.
Die Umsetzung aktueller Gesetzesänderungen im SGB VIII
Dokumentation der Fachtagung vom 22.-24.06.2005

Bezugsadresse:

Verein für Kommunalwissenschaften e.V.,

Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe, Postfach 12 03 21, 10593 Berlin

Telefon: 030 / 39001-136

E-Mail: agfj@vfk.de

Fax: 030 / 39001-146

Internet: www.vfk.de/agfj