Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe
im Deutschen Institut für Urbanistik

Aktuelle Beiträge
zur Kinder- und Jugendhilfe 87

„In guten Händen?“

Clearing und Diagnostik in den Hilfen zur Erziehung

Dokumentation der Fachtagung der
Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe
in Kooperation mit dem
AFET - Bundesverband für
Erziehungshilfe e.V.
am 11. und 12. Oktober 2012 in Berlin

Deutsches Institut für Urbanistk gGmbH
Sitz Berlin
AG Charlottenburg – HRB
Geschäftsführer:
Univ.-Prof. Dr.-Ing. Klaus J. Beckmann

Zimmerstraße 13-15 · D-10969 Berlin
Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe
Telefon 030 39001-136 · Telefax 030 39001-146 ·
E-Mail: agfj@difu.de
Internet: www.fachtagungen-jugendhilfe.de

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

Impressum:

Herausgeber:

Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH
Zimmerstraße 13-15 · 10969 Berlin

Redaktion, Satz und Layout:

Dörte Jessen
Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe
Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH, Berlin

Fotos:

Rita Rabe
Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe
Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH, Berlin

Hinweise zur Download-Ausgabe:
Der vorliegende Tagungsband wird von der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik nicht mehr als Druckfassung aufgelegt. Es besteht die Möglichkeit, die Fachbeiträge und Diskussionen aus dem Internet herunter zu laden. Leerseiten und Fotoseiten wurden entfernt.

Berlin 2013

ISBN 978-3-931418-94-6

Inhaltsverzeichnis

Seite

Eröffnung der Tagung **7**
BRUNO PFEIFLE
Leiter des Jugendamtes Stuttgart

Eröffnung der Tagung **10**
RAINER KRÖGER
Vorsitzender des AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., Hannover;
Vorstand des Diakonieverbundes Schweicheln e.V., Hiddenhausen

Steuerungsverantwortung des Jugendamtes bei den Hilfen zur Erziehung - Welche Rolle haben Diagnostik und Clearing? Erkenntnisse der integrierten Berichterstattung in Niedersachsen in Bezug auf die erzieherischen Hilfen **15**
DR. FRANK LAMMERDING
Leiter des Amtes Jugend, Familie und Schule der Stadt Oldenburg; Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Jugendämter der Länder Niedersachsen und Bremen (AGJÄ)

Was sind die „sozialarbeiterischen Regeln der Kunst"? Was ist diagnostische Kompetenz in der Kinder- und Jugendhilfe? Und wie viel diagnostische Kompetenz braucht der ASD? **29**
PROF. DR. SILKE BRIGITTA GAHLEITNER
Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit an der Alice-Salomon-Hochschule Berlin; Univ.-Professorin für Integrative Therapie und Psychosoziale Interventionen an der Donau-Universität Krems

Wer diagnostiziert? Umsetzung intern oder extern? „Interne" Diagnose vom ASD im Jugendamt oder „externe" Diagnose? Ein Plädoyer für „interne" Diagnostik im Jugendamt (stationär und/oder ambulant) **50**
JOHANNES SCHMITT-ALTHAUS
Leiter der Abteilung Familie und Jugend 1, Jugendamt Stuttgart

Ein Plädoyer für „externe" Diagnostik (stationär und/oder ambulant) - Chancen und Risiken externer Diagnostik **60**
SYBILL RADIG
Leiterin des ASD im Amt für Jugend, Familie und Bildung der Stadt Leipzig

Damit ein Fall „in guten Händen" bleibt. Gestaltung von Übergängen im Hilfeprozess Wie vorhandene Hilfestrukturen vor, während und nach der Diagnose sinnvoll verknüpft werden können und sollten **63**
PROF. DR. WERNER FREIGANG
Professor für Pädagogik, Sozialpädagogik, Erziehungs- und Familienhilfen an der Hochschule Neubrandenburg,
Wissenschaftlicher Leiter und Direktor des Institutes für Weiterbildung (IfW)

Was motiviert Menschen, ihr Verhalten zu ändern? **72**
PROF. DR. JÜRGEN KÖRNER
Psychoanalytiker, Präsident der International Psychoanalytic University, Berlin

In der Praxis gelebt - aus der Praxis erzählt:
Übergangsgestaltung im Tandem aus öffentlicher und freier Jugendhilfe

Tandem 1: Jugendamt Darmstadt & Projekt PETRA **85**
KLAUS FISCHER
Leiter des Städtischen Sozialdienstes, Jugendamt Wissenschaftsstadt Darmstadt

CLAUDIA DRÖGE
Bereichsleitung Inobhutnahme/Projekt Zeitkinder, Floating-Abteilung,
Projekt PETRA, Darmstadt

Tandem 2: Jugendamt Marburg & St. Elisabeth Verein **93**
CHRISTIAN MEINEKE
Leiter des Jugendamtes Marburg

KARL KLEFENZ
Geschäftsbereichsleiter Intensiv Betreutes Wohnen,
St. Elisabeth Verein e.V., Marburg

Clearing und Diagnostik in den Hilfen zur Erziehung oder
„Viele Wege führen nach Rom?" – Arbeitsgruppen

Arbeitsgruppe 1: Clearing/Diagnostik: stationär, extern
Ein stationäres Diagnostikangebot außerhalb des Jugendamtes **97**
SIGRID BÖHM
Psychologin, Evangelische Jugendhilfe Rendsburg

Arbeitsgruppe 2: Clearing/Diagnostik: stationär, extern
Ein stationäres Diagnostikangebot für (Klein-)Kinder außerhalb des Jugendamtes **105**
CORNELIE BAUER
Therapeutische Leiterin, KiD-Hannover (Kind in Diagnostik),
Diagnostikzentrum für gewaltgeschädigte, traumatisierte Kinder

Arbeitsgruppe 3: Clearing/Diagnostik: ambulant, extern
Ein ambulantes Diagnostikangebot außerhalb des Jugendamtes **113**
MAJA BLECHSCHMIDT
Leiterin des Sozialen Dienstes im Jugendamt des Ilm-Kreises, Arnstadt

UTA HEYER
Koordinatorin, Ambulantes Team der Erziehungshilfe im Ilm-Kreis,
Trägerwerk Soziale Dienste in Thüringen, Arnstadt

Arbeitsgruppe 4: Clearing/Diagnostik: ambulant, extern
Ein ambulantes Diagnostikangebot außerhalb des Jugendamtes
Angebot der Flexiblen Familienhilfen Ibbenbüren der Evangelischen Jugendhilfe Münsterland **124**

RAINER VRIESEN
Regionalkoordinator der Region Emsdetten-Greven-Saerbeck,
Evangelische Jugendhilfe Münsterland, Emsdetten

Arbeitsgruppe 5: Clearing/Diagnostik: stationär/ambulant, intern
Interne Diagnostik im Jugendamt bei stationären und ambulanten Hilfen
Wege zu Fallverständnis und passgenauen Hilfen in den Beratungszentren **131**

SABINA SCHAEFER
Leiterin des Beratungszentrums Stuttgart Mitte

Arbeitsgruppe 6: Clearing/Diagnostik: ambulant, intern
Ein internes Diagnostikverfahren eines Jugendamtes bei ambulanten Hilfen **145**

JUDITH PFENNIG,
Jugendamtsdirektorin des Bezirks Pankow von Berlin, Leiterin der Arbeitsgruppe Fachliche Steuerung Hilfen zur Erziehung und sonstige Hilfen nach SGB VIII

KATALIN GOLLOVITZER,
Leiterin des Ergänzenden Sozialdienstes/Fachcontrolling im Jugendamt des Bezirks Pankow von Berlin

Arbeitsgruppe 7: Clearing/Diagnostik: teilstationär, extern
Ein teilstationäres Angebot für Mütter und Väter mit Kleinstkindern außerhalb des Jugendamtes
Intensive Familiengruppe „Mara“ für Mütter/Väter mit Säuglingen im ersten Lebensjahr **155**

KATRIN WISCHNEWSKI-BLUHM,
Geschäftsführung, Stützrad e.V., Berlin

ANNETT MASKOW,
Projektleitung, Stützrad e.V., Berlin

Literaturhinweise **159**

Eröffnung der Tagung

BRUNO PFEIFLE
Leiter des Jugendamtes Stuttgart

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,
ich begrüße Sie herzlich zu unserer Fachtagung **„In guten Händen? Clearing und Diagnostik in den Hilfen zur Erziehung“**, die von der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe in Kooperation mit dem AFET – Bundesverband für Erziehungshilfen e. V. veranstaltet wird.

Ich darf mich Ihnen kurz vorstellen. Ich bin seit 21 Jahren Leiter des Jugendamtes in Stuttgart und seit vielen Jahren Vorsitzender des Beirats Jugendhilfe der AGFJ. In diesen beiden Funktionen darf ich Sie auch die nächsten beiden Tage durch diese Tagung begleiten.

Das Interesse am heutigen Tagungsthema ist groß: 190 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus dem ganzen Bundesgebiet haben sich angemeldet. Mehr als 60 Interessenten standen zuletzt noch auf der Warteliste.

Das Thema unserer Tagung liegt mir persönlich sehr am Herzen und ich bin froh, dass wir heute zwei Vorträge aus Stuttgart hören werden, in denen wir Ihnen unsere Gedanken, Ansätze und praktischen Beispiele vorstellen, um mit Ihnen darüber zu diskutieren und aus den Diskussionen auch wieder für uns zu lernen.

Ich werde aufmerksam die verschiedenen Gesichtspunkte und praktischen Beispiele anderer Städte verfolgen, die in den uns zur Verfügung stehenden zwei Tagen zur Sprache kommen werden.

Es ist im Übrigen nicht die erste Tagung, die ich hier in diesem Rahmen mitgestalte. Bereits 2005 hat die AGFJ eine Tagung zum Thema Diagnostik in der Jugendhilfe durchgeführt. Titel der Tagung war damals „Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Vom Fallverstehen zur richtigen Hilfe“ und Tagungsort noch das Ernst-Reuter-Haus. Bereits diese Tagung hat viele Fachkräfte aus der öffentlichen und freien Jugendhilfe sowie Vertreterinnen und Vertreter angrenzender Professionen nach Berlin geführt.

In Vorbereitung zur heutigen Tagung habe ich in alten Tagungsberichten gestöbert und etwas Interessantes entdeckt:

Herr Prof. Dr. Jürgen Körner, der morgen den Abschlussvortrag zum Thema „Was motiviert Menschen, ihr Verhalten zu ändern?“ hält, hat vor einigen Jahren auf einer anderen Tagung der AGFJ im Jahr 2004 – sie hieß „Die Verantwortung der Jugendhilfe für Kinder von Eltern mit chronischen Belastungen“ – äußerst kritische Bemerkungen zur Einstellung der Jugendhilfe gegenüber dem Thema Diagnostik gemacht und damit den Anstoß zu unserer ersten Tagung zum Thema Diagnostik in der Jugendhilfe gegeben.

Er sagte damals, dass die Bemühungen um eine Eigenständigkeit der pädagogischen Diagnostik noch nicht sehr weit gediehen seien und dies wohl auch damit zusammenhän-

ge, dass es auf Seiten der Pädagogen Vorbehalte und Ressentiments gegen (psychologische) Diagnostik gäbe. Die Furcht, den Klienten zu stigmatisieren und die Neigung, sich sehr stark auf die Ressourcen zu konzentrieren und dabei möglicherweise die Defizite zu verharmlosen, sei verbreitet.

Ausgangssituation der damaligen Fachtagung war die Feststellung, dass die Jugendhilfe bislang keine jugendhilfespezifischen Standards und Verfahren im Bereich Diagnostik entwickelt hatte, die in der Praxis Anwendung fanden, und dass es große Defizite im Methodenwissen und dessen Umsetzung in die Praxis gab.

Ziel war es, eine erste Antwort auf die Frage zu finden, wie eine praxisorientierte jugendhilfespezifische Diagnostik aussehen könnte. Wie könnten Hilfebedarfe besser und genauer geplant werden, um 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.

Leitende Fragen waren:

- Wie ist die Diagnostik fachlich und organisatorisch zu gestalten, um eine transparente Grundlage für Hilfeentscheidungen zu gewinnen?
- Welche diagnostischen Möglichkeiten außerhalb der Kinder- und 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?

Diese Fragen haben nichts von ihrer Aktualität verloren. In den sieben Jahren seit der zitierten Fachtagung hat sich in der Kinder- und Jugendhilfe vieles getan. Gleichzeitig steht die Kinder- und Jugendhilfe von vielerlei Seiten verstärkt unter Druck – und hier, Sie erlauben mir die Feststellung, insbesondere das Jugendamt.

Jahr für Jahr steigen die Kosten der Hilfen zur Erziehung. Wie lassen sich die Kosten begrenzen? Eine Frage, die für viele Kommunen ein Dauerthema ist – und das seit Jahren.

Andererseits erlebe ich, dass sich die Kinder- und Jugendhilfe, hier wieder insbesondere die Jugendämter, mittlerweile in einer Art ständiger „Hab-Acht-Stellung“ befindet. Zur Erläuterung dieses Befundes muss ich Ihnen sicher nicht die Namen der durch schreckliche Misshandlungen und Vernachlässigungen in den letzten Jahren zu Tode gekommenen Kinder nennen. Sie sind genügend durch die Presse gegangen.

Der Chef des Bundeskriminalamtes, Jörg Ziercke, traf im Mai dieses Jahres die Aussage, dass jede Woche in Deutschland drei Kinder durch Gewalt oder Vernachlässigung sterben. Insgesamt seien im vergangenen Jahr auf diese Weise 146 Kinder unter 14 Jahren ums Leben gekommen. Standardmäßig wird von den Medien nach dem Versagen des Jugendamtes gefragt.

Nach dem eben zitierten Interview des Leiters des Bundeskriminalamts titelte z. B. die Presse: *„Drei tote Kinder pro Woche. Die Jugendhilfe versagt zu oft.“* Gleichzeitig – nichts Neues und für uns alle altbekannt – stehen die Klagen gegen zu hartes Eingreifen der Jugendämter.

Richtig ist, dass wir es verstärkt mit hoch belasteten Eltern und Familien zu tun haben: jugendliche Mütter, Suchterkrankungen, psychische Krankheiten, Gewalt. Wir sind tagtäglich konfrontiert mit sehr komplexen Problemstellungen, prekären Lebenslagen, verfahrenen Beziehungen. Oft muss schnell gehandelt und für das betroffene Kind bzw. die Kinder eine geeignete Hilfeform gefunden werden. Vielleicht manchmal auch zu schnell. Ist doch eine gründliche und umfassende Klärungsphase eine Voraussetzung für die im Einzelfall geeignete Hilfe und deren Verlauf. Dies Wissen führt unweigerlich dazu, die Frage nach der Diagnostik in der Jugendhilfe zu stellen.

In diesem Zusammenhang ist mir noch eine weitere äußerst streitbare Frage auf einem Schaubild aus unserer Tagung im Jahre 2005 im Kopf. Sie lautete:

„Bedeutet Diagnostik nicht nur nach einer geeigneten Hilfe zu suchen, sondern auch möglicherweise, Kinder und Eltern letztlich aufzugeben – nun mit besseren Argumenten …“

Diese Konsequenz wäre mehr als fatal, widerspräche aber gänzlich der Grundhaltung der Jugendhilfe. Tatsächlich hat die Diagnostik in den letzten Jahren in der Praxis der Jugendhilfe einen wichtigen Stellenwert erreicht. Selbstkritisch, engagiert und lernbegierig wie die Jugendhilfe nun mal ist, haben sich an vielen Orten unterschiedliche theoretische und praktische Ansätze zum Thema „Clearing und Diagnostik“ entwickelt – nicht um Hilfen zu verhindern, sondern um die bestmögliche Hilfe im Einzelfall anbieten zu können.

Dieser Vielfalt von Ansätzen der Diagnostik in der Jugendhilfe versucht unser Tagungsprogramm gerecht zu werden – angefangen von den Referenten bis zu den Beispielen aus der Praxis.

Nun lade ich Sie alle herzlich dazu ein, in den nächsten beiden Tagen auch ihr Erfahrungswissen zum Thema dieser Tagung einzubringen, zu erweitern und die Chancen zum fachlichen Austausch zu nutzen. Ich glaube, Gelegenheiten dazu gibt es genug.

Ich übergebe jetzt das Wort an Herrn Rainer Kröger.

Vielen Dank.

Eröffnung der Tagung

RAINER KRÖGER
Vorsitzender des AFET – Bundesverbandes für Erziehungshilfe e.V., Hannover;
Vorstand des Diakonieverbundes Schweicheln e.V., Hiddenhausen

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, auch ich möchte Sie im Namen des Vorstandes des AFET ganz herzlich zu dieser Kooperationstagung begrüßen, die wir gemeinsam geplant haben.

Wir freuen uns über die große Resonanz, die diese Veranstaltung gefunden hat. Dass das Thema ein interessantes und wichtiges Thema ist, darüber waren wir uns einig. Dass es von einem derart großen Interesse ist, hat uns jedoch ein wenig überrascht. Der Hintergrund für dieses Interesse kann im konkreten inhaltlichen Thema der Instrumente des Clearings und der Diagnostik liegen, aber auch in der Frage: „Wer macht es?". Im Tagungsprogramm werden Sie bemerkt haben, dass heute Nachmittag unterschiedliche Verfahrensweisen des Durchführens von Clearing und Diagnostik besprochen werden: jugendamtsintern oder extern bei einem freien Träger.

Die Frage nach der Beauftragung eines freien Trägers wird bundesweit sehr virulent diskutiert. Ich bin gespannt, wie die Frage auf dieser Tagung diskutiert wird.

Ich glaube, dass das Thema hinter dem Thema genau diese Fragestellung berührt – nämlich die Frage der Steuerung der Hilfen zur Erziehung in der Jugendhilfe. Sie wissen alle, dass es darüber gegenwärtig eine lebhafte Diskussion in der Bundesrepublik gibt. Die große Frage dahinter lautet: Wie wollen wir – öffentliche und freie Träger – zukünftig gemeinsam die gesellschaftlichen Herausforderungen der Jugendhilfe meistern? Dazu werden unterschiedliche Grundmodelle diskutiert.

Meine These ist, dass dies auch das Thema hinter dem Thema bei dieser Veranstaltung ist: Soll es weiterhin die bisherige, an vielen Punkten bewährte Form der Verantwortungsgemeinschaft öffentlicher und freier Träger geben oder entwickelt sich die Jugendhilfe – somit auch Clearing und Diagnostik – hin zu einer Struktur von Auftraggeber und Auftragnehmer?

Vielleicht ist die Thematik der Clearing- und Diagnostikverfahren deshalb auf so großes Interesse gestoßen, weil damit diese grundlegende Frage des Miteinanders von öffentlichen und freien Trägern berührt wird. Wir wollen diese zwei Tage intensiv zur inhaltlichen Diskussion nutzen und seitens des AFET werden wir die Impulse aus dieser Tagung auswerten und in unsere Diskussion einfließen lassen.

In diesem Sinne wünsche ich uns allen eine erkenntnisreiche Tagung und auch Spaß an der Diskussion miteinander. Ich hoffe, dass es vor allem in den Arbeitsgruppen zu lebhaften Diskursen kommt. Ich fordere Sie geradezu auf, sich im positiven Sinne zu streiten, denn wir Pädagogen neigen mitunter dazu, dass wir uns schnell einig werden wollen. Hier haben wir die Chance, in einen wichtigen Diskurs zu treten.

Die Tagungen der AGFJ sind ja dadurch gekennzeichnet, dass öffentliche und freie Träger zusammengeführt werden und miteinander nach gemeinsamen Lösungen suchen. Dafür steht auch der AFET. Diese Gelegenheit hier sollten wir zusammen nutzen und daher wünsche ich uns allen eine gute Tagung.

Steuerungsverantwortung des Jugendamtes bei den Hilfen zur Erziehung – Welche Rolle haben Diagnostik und Clearing?

Erkenntnisse der integrierten Berichterstattung in Niedersachsen in Bezug auf die erzieherischen Hilfen

DR. FRANK LAMMERDING
Leiter des Amtes Jugend, Familie und Schule der Stadt Oldenburg und Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Jugendämter der Länder Niedersachsen und Bremen (AGJÄ)

Vorbemerkungen

Die AGJÄ ist der Zusammenschluss aller kommunalen Jugendämter in den Ländern Niedersachsen und Bremen sowie der obersten Landesjugendbehörden und der beiden Landesjugendämter. Diese Arbeitsgemeinschaft ist in vier Bezirke gegliedert. Ihr Vorstand beschäftigt sich mit der Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe in diesen beiden Bundesländern, erarbeitet Empfehlungen für die Ministerien, berät die kommunalen Spitzenverbände und entwickelt praktische Arbeitshilfen für die operative Praxis vor Ort – sowohl für die kommunalen Jugendämter als auch für die freien Träger.

Mein Vortrag bezieht sich in erster Linie auf ein Projekt, das wir in Niedersachsen seit 2004 umsetzen: die integrierte Berichterstattung Niedersachsen (IBN).

Struktur und Zielsetzung der integrierten Berichterstattung Niedersachsen

Im Jahr 2004 wurde durch die AGJÄ in Kooperation mit dem zuständigen Landesamt der Aufbau einer integrierten Berichterstattung initiiert und die Projektdurchführung der Gesellschaft für Beratung sozialer Innovation und Informationstechnologie (GEBIT) in Münster übertragen. Zur Begleitung des Projekts wurde ein Beirat gegründet.

Gegenstand des Projekts war die Bildung von Vergleichsringen und der Vergleich von Daten der Jugendämter in Zeitreihen. Die Grundlage bilden Daten der sozialen Lage in Niedersachsen und deren Veränderungen und Daten der Vergleichsringe.

Diese sollten folgenden Zielsetzungen dienen:

- Schaffung einer gemeinsamen Wissensbasis in den Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe,
- Identifikation von Gestaltungs- und Steuerungsmöglichkeiten durch die Führungskräfte im Jugendamt,
- Erkenntnisgewinn für die Landesjugendhilfeplanung.

Es kam uns darauf an herausfinden, wie sich die Zahlenreihen innerhalb der Jugendämter verändern, wie diese miteinander vergleichbar sind und inwiefern Sozialstrukturdaten Einfluss auf Erziehungshilfen oder Eingliederungshilfen haben.

Mit diesen Daten konnte dem Ministerium eine wichtige Grundlage für die Jugendhilfeplanung des Landes geliefert werden, um vom Ministerium wiederum bestimmte Hilfestellungen in Form von Projekten und Unterstützungsideen für die Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe zu fordern.

Die Bildung von Vergleichsringen

Zur Bildung der Vergleichsringe war es notwendig, zunächst den Bereich der erzieherischen Hilfen zu analysieren. In den ersten fünf Jahren lag der Fokus des Projekts auf den Erziehungshilfen und den Eingliederungshilfen. Später sind die Jugendgerichtshilfe und die Kindertagesbetreuung einbezogen worden.

Um die Daten miteinander vergleichen zu können, wurde zunächst definiert, welche Art von Zahlen erhoben werden sollen, damit diese auswertbar sind. Das waren Verlaufszahlen, Gesamtzahlen, Ausgaben, Fallstatistikzahlen.

Die Bildung der Vergleichsringe erfolgte durch die GEBIT auf der Basis von Kennzahlen zur Bevölkerungsstruktur – Clusteranalyse – der verschiedenen Kommunen:

- Bevölkerungszusammensetzung und Bevölkerungsentwicklung,
- wirtschaftliche Lage (Beschäftigung, Beschäftigungsentwicklung),
- soziale Lage (Arbeitslosigkeit, Anteil SGB-II-Bezieher, Kriminalitätsrate).

Diese Clusteranalyse hat zur Bildung von fünf Vergleichsringen geführt **(Abbildung 1)**.

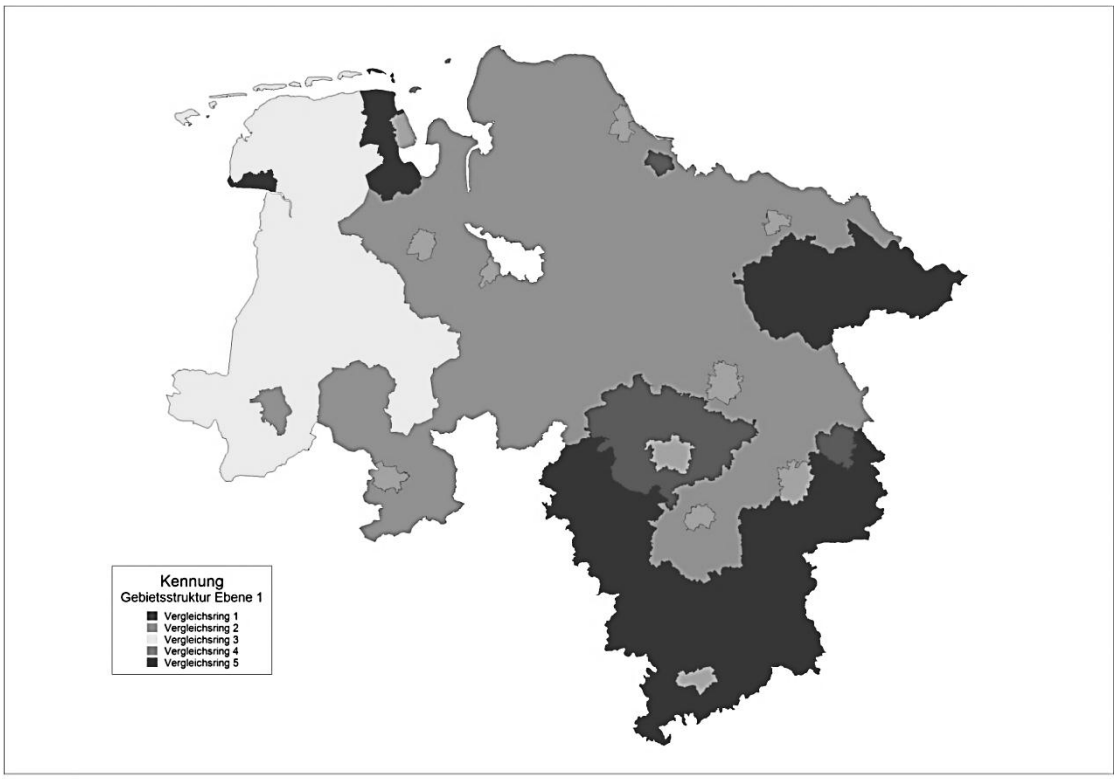


Abbildung 1 © Dr. Frank Lammerding

Diese Vergleichsringe sind demnach nicht regional angesiedelt, sondern anhand der objektiven Datenlagen entstanden, die tatsächlich in den Kommunen und Landkreisen vorliegen.

Entwicklung im Bereich der Hilfen zur Erziehung und der Eingliederungshilfen in den Vergleichsringen

Beim Vergleich der Zeitreihen im Bereich der Hilfen zur Erziehung lassen sich innerhalb der einzelnen Vergleichsringe sehr große Unterschiede in den Mittelwerten der HzE-Quoten feststellen **(Abbildung 2)**.

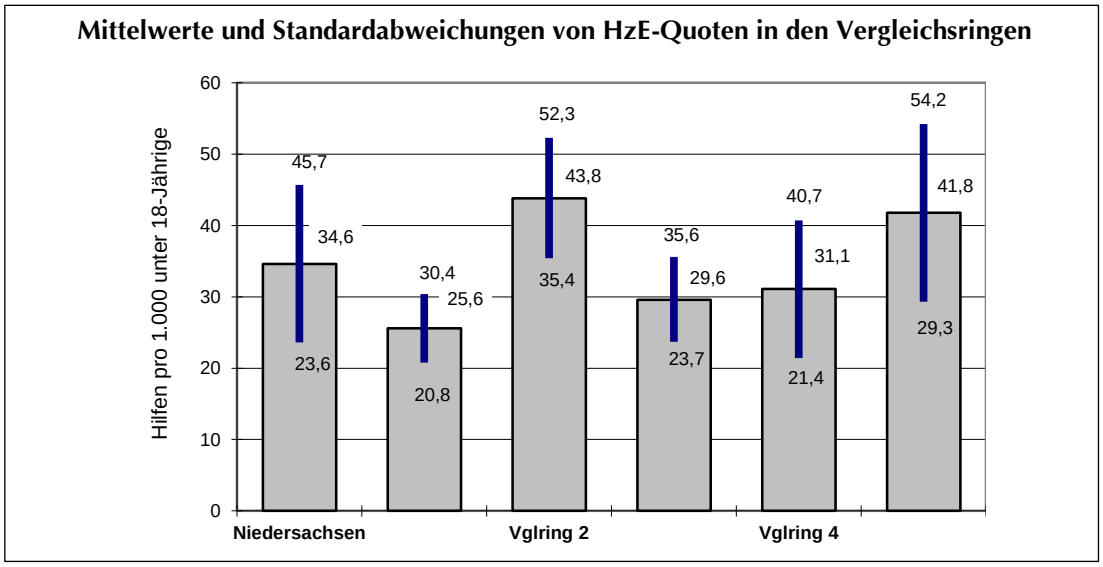


Abbildung 2 © Dr. Frank Lammerding

In der Abbildung sind die Mittelwerte aus dem Jahr 2009 aufgeführt. In Niedersachsen sind beispielsweise 34,6 Hilfen pro 1.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren zu verzeichnen. Im Jahr 2009 sind selbst innerhalb der Vergleichsringe hohe Abweichungen von den jeweiligen Mittelwerten zu erkennen, obwohl die Sozialstrukturlage in den dazugehörigen Kommunen annähernd gleich war. Wir haben sehr unterschiedliche HzE-Quoten in den Vergleichsringen 1 und 5, wobei der Vergleichsring 5 mit vielen Städten die höchsten HzE-Quoten aufweist.

Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Entwicklung der ambulanten Hilfen zur Erziehung **(Abbildung 3)**. Hier liegen die Werte in den Vergleichsringen 2 und 5 über dem niedersächsischen Durchschnitt, die Werte in den übrigen Vergleichsringen darunter.

Die geringste Zahl der ambulanten Hilfen zur Erziehung pro 1.000 Kinder und Jugendliche ist im Vergleichsring 1 festzustellen. Am stärksten ist die ambulante HzE-Quote im Vergleichsring 5 angestiegen. 2009 wurden hier 65 Prozent mehr ambulante Hilfen registriert als 2006. Das heißt, in diesem Vergleichsring sind die ambulanten HzE-Quoten um 65 Prozent innerhalb von drei Jahren gestiegen, in den anderen Vergleichsringen war der Anstieg bei Weitem nicht so hoch.

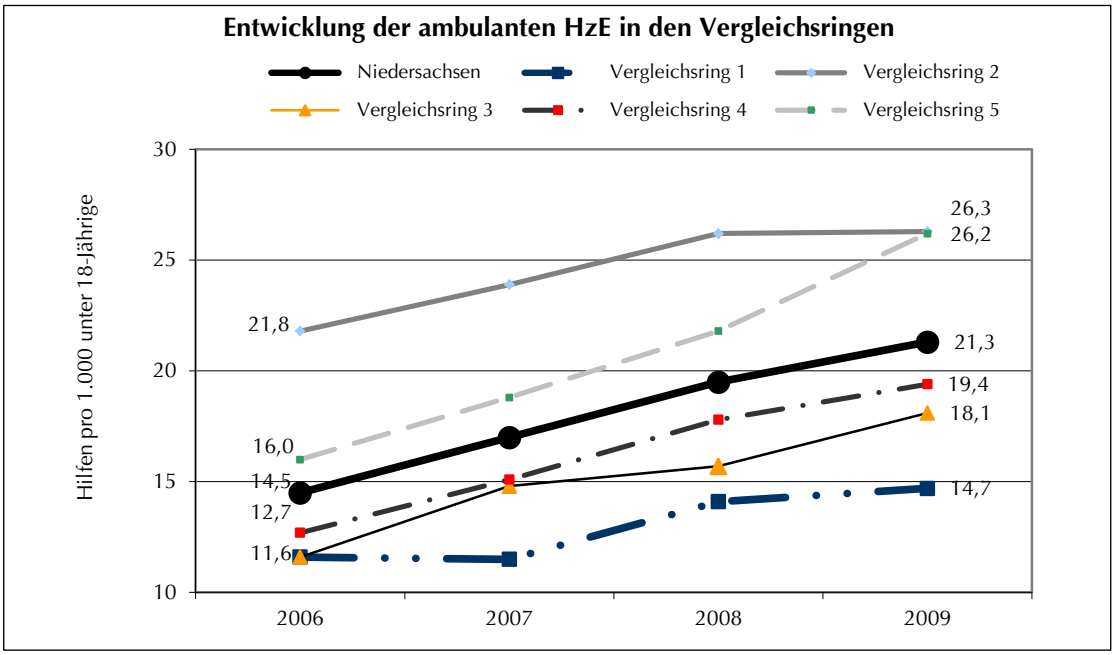


Abbildung 3 © Dr. Frank Lammerding

Die Quoten der stationären Hilfen sind nicht so stark angestiegen wie die HzE-Quoten im ambulanten Bereich **(Abbildung 4)**.

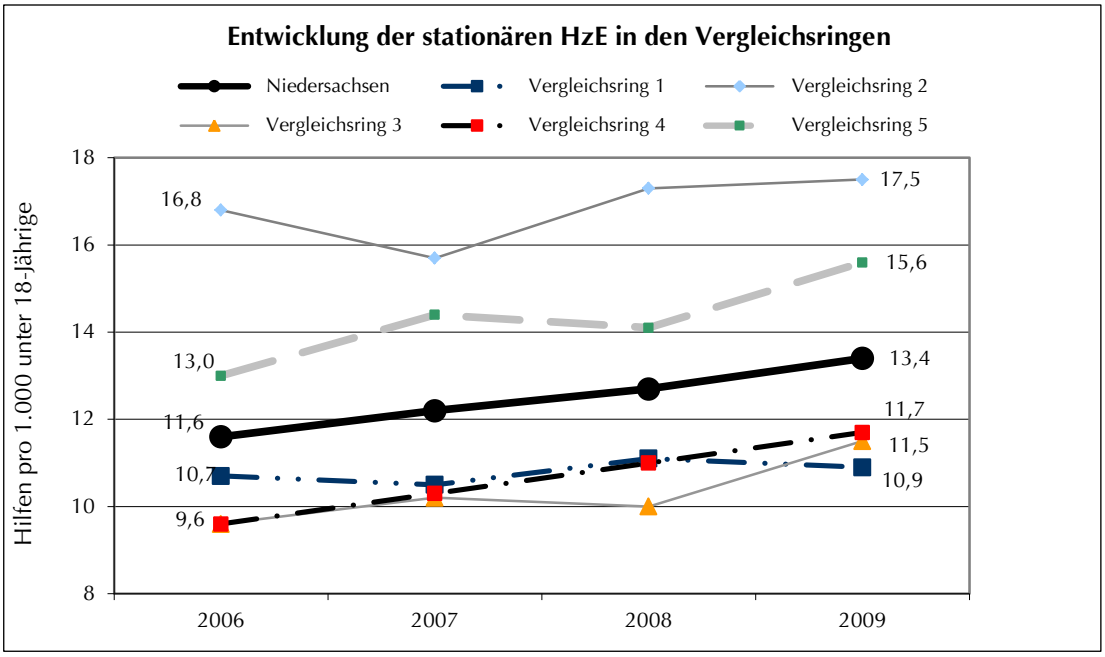


Abbildung 4 © Dr. Frank Lammerding

Im Vergleichsring ist die Quote seit 2006 lediglich um 1 Prozent gestiegen, im Vergleichsring 2 liegt die Steigerungsrate bei 4 Prozent. Der höchste Anstieg ist im Vergleichsring 4 festzustellen, wo im Jahr 2009 22 Prozent mehr stationäre Hilfen gewährt wurden als 2006. Es sind also sehr unterschiedliche Fallzahlenentwicklungen im Zeitraum von 2006 bis 2009 zu verzeichnen.

Bei den Hilfen für junge Volljährige zeigt sich ein ganz anderes Bild **(Abbildung 5)**.

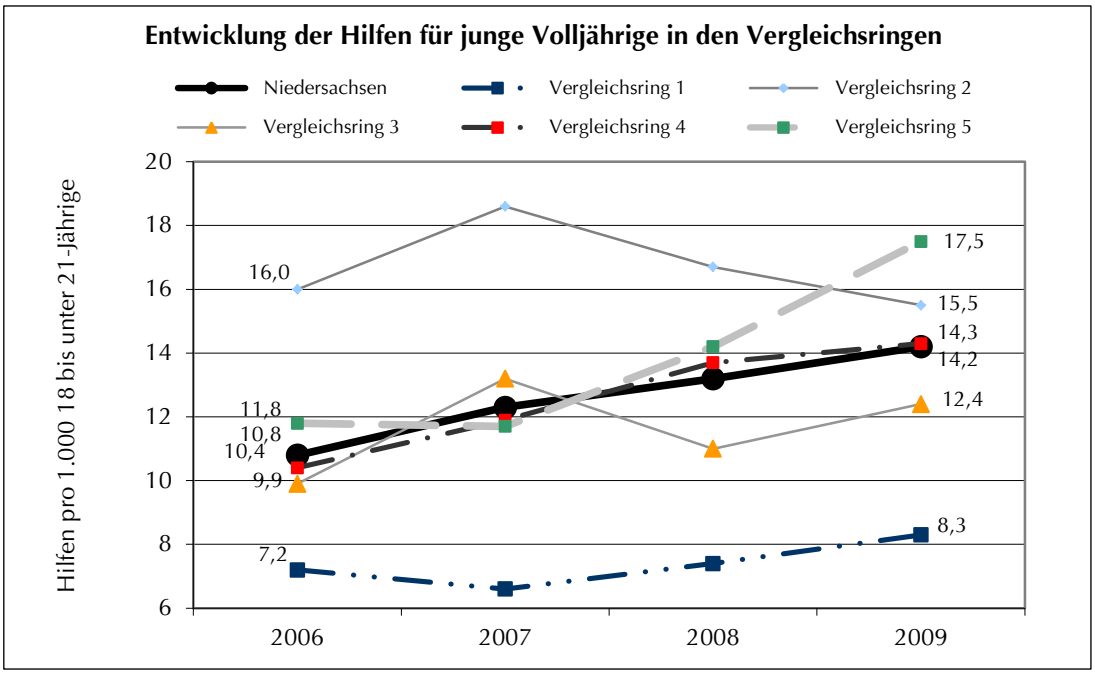


Abbildung 5 © Dr. Frank Lammerding

Zu Beginn der Zeitreihe waren die Quoten im Vergleichsring 2 am höchsten, im Jahr 2009 lag der Mittelwert dieses Vergleichsrings unter dem vom Vergleichsring 5. Das heißt, es waren sogar rückläufige Zahlen innerhalb des gesamten Vergleichsrings festzustellen, nämlich ein Rückgang von 3 Prozent. Die Quote im Vergleichsring 5 ist hingegen um 48 Prozent angestiegen.

Die HzE-Quoten sind nicht 1:1 miteinander vergleichbar, sondern entwickelten sich in den Vergleichsringen sehr unterschiedlich, wobei innerhalb der Vergleichsringe hohe Standardabweichungen zu verzeichnen sind.

Die **Eingliederungshilfen** haben sich ganz anders entwickelt als die erzieherischen Hilfen **(Abbildung 6)**. Anders als bei den Hilfen zur Erziehung, Hilfen für junge Volljährige oder Inobhutnahmen haben bei Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII nicht mehr die Jugendämter des Vergleichsrings 2 die höchsten Quoten. Die höchsten Eingliederungshilfequoten werden vielmehr im Vergleichsring 1 registriert. Das heißt, obwohl in einem Vergleichsring zehn Jugendämter die höchsten HzE-Quoten und eine der höchsten Steigerungsraten aufweisen, haben diese jedoch die niedrigsten Eingliederungshilfequoten. Das weist auf eine sehr starke Unterscheidung zwischen der Entwicklung der Eingliederungshilfe und den Hilfen zur Erziehung zwischen 2006 und 2009 hin.

In allen Vergleichsringen ist die Zahl der gewährten Eingliederungshilfen pro 1.000 Kinder und Jugendliche 2009 höher als 2006. Generell ist also ein Anstieg der Eingliederungshilfen zu verzeichnen. Allerdings verläuft die Entwicklung sehr unterschiedlich. So ist im Vergleichsring 5 zunächst ein Rückgang der Quote festzustellen. Von 2008 auf 2009 ist die Quote jedoch auf ein Niveau angestiegen, das über dem Wert von 2006 liegt. Das Ansteigen der Quote von 2,1 Eingliederungshilfen pro 1.000 Kinder und Ju-

gendliche im Jahr 2006 auf 3,5 Eingliederungshilfen im Jahr 2009 bedeutet insgesamt ein Zuwachs um 64 Prozent im Vergleichsring innerhalb von drei Jahren.

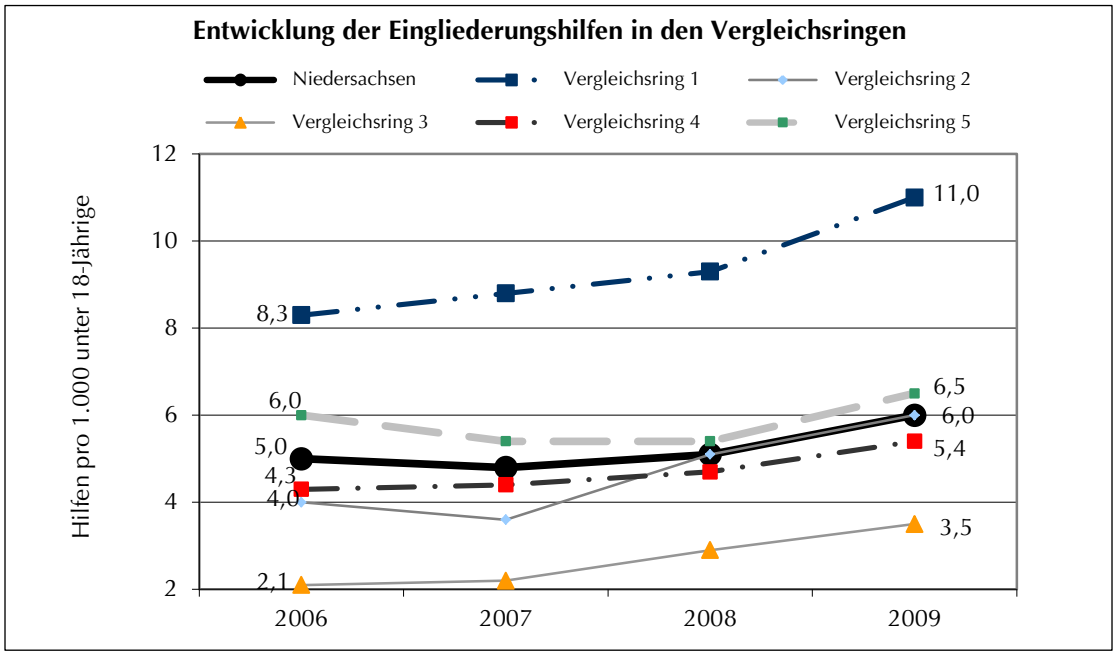


Abbildung 6 © Dr. Frank Lammerding

Interessant ist die Betrachtung der Mittelwerte im Bereich der Eingliederungshilfen **(Abbildung 7)**.

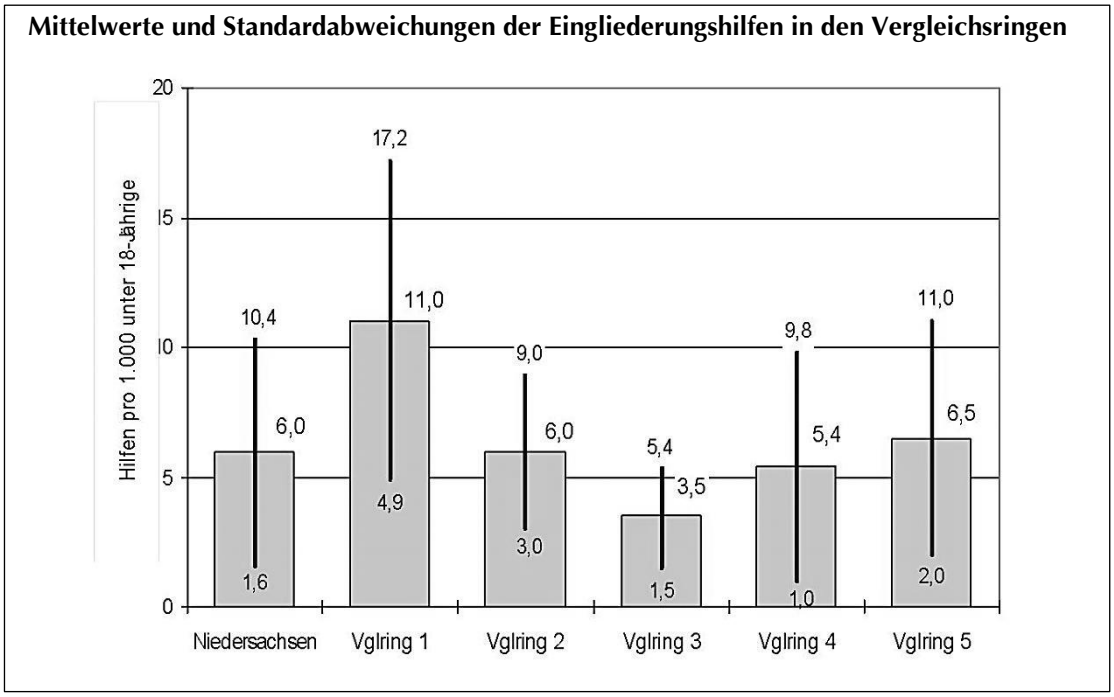


Abbildung 7 © Dr. Frank Lammerding

Hier sind die Standardabweichungen innerhalb der Vergleichsringe noch höher als die in den erzieherischen Hilfen. Das heißt, die Mittelwerte sagen nicht sehr viel aus, wenn man die Standardabweichungen nicht mit betrachtet. Die niedrigste Quote beispielsweise in Niedersachsen liegt bei einem Jugendamt bei 1,6 Hilfen pro 1.000 Kinder und Jugendliche, bei anderen Jugendämtern bei 10,4. Die größte Abweichung ist im Vergleichsring 1 von 4,9 bis 17,2 Hilfen pro 1.000 Kinder und Jugendliche zu verzeichnen – wiederum innerhalb eines Vergleichsringes mit etwa gleichen Sozialstrukturdaten.

Analyse des Zusammenhangs von Sozialstruktur und den Leistungen der Hilfen zur Erziehung und der Eingliederungshilfen

Neben dem Vergleich der Zahlen in den Zeitreihen hat das Institut eine Analyse durchgeführt, inwiefern bestimmte Sozialstrukturmerkmale Auswirkungen auf die Hilfegewährung innerhalb eines Vergleichsringes haben.

Abbildung 8 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Regressionsanalysen für die Jugendhilfequoten im Jahr 2009. Sie zeigt, dass mit Hilfe sozialstruktureller Merkmale zwar durchaus ein Teil der Unterschiede zwischen den beteiligten Jugendämtern erklärt werden kann, dass aber in allen Fällen ein großer Teil der Varianz ungeklärt bleibt.

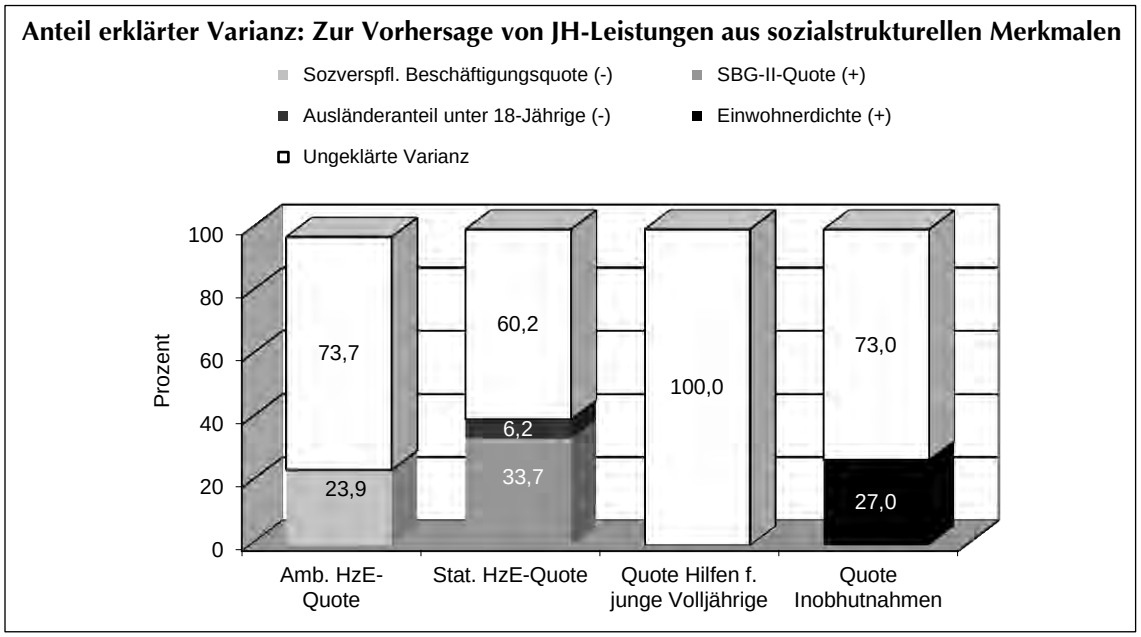


Abbildung 8 © Dr. Frank Lammerding

Bei ambulanten Hilfen zur Erziehung wird etwas mehr als ein Viertel der Varianz mit der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsquote erklärt. Auch in den vorangegangenen Jahren war dieses Merkmal für die Erklärung der ambulanten HzE-Quote von Bedeutung. Die Erklärungskraft war allerdings etwas geringer. Zwischen ambulanter HzE-Quote und sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsquote besteht dabei ein negativer Zusammenhang. Das heißt, bei einem hohen Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter ist die Zahl der ambulanten Hilfen zur Erziehung pro 1.000 Kinder und Jugendliche niedrig und umgekehrt gehen hohe ambu-

lante HzE-Quoten mit einem niedrigen Beschäftigungsniveau einher. Anders als die SGB-II-Quote/Arbeitslosenquote wird mit der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nicht ein sozialstrukturelles Defizit oder eine soziale Belastung, sondern eher eine Ressource abgebildet. Je größer diese Ressource ist, desto niedriger ist die ambulante HzE-Quote.

Mit 23,9 Prozent gibt es bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten eine geringe Varianz. Bei der stationären HzE-Quote werden 33,7 Prozent mit dem Ausländeranteil unter 18 Jahren erklärt. Bei der Inobhutnahme ist es die Einwohnerdichte – je dichter die Einwohnerquote ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit der Inobhutnahme in einem Vergleichsring, aber auch nur mit einer Varianz von 27 Prozent. Das heißt, 73 Prozent der Varianz ist nicht durch sozialstrukturelle Merkmale erklärbar. Es kann andere Gründe dafür geben, dass in diesem Vergleichsring diese Werte so aussehen.

Bei den Hilfen für junge Volljährige gibt es laut der Analyse des Instituts überhaupt keine Varianz zu Sozialstrukturdaten, die sich 1:1 erklären lassen könnten.

Noch extremer fällt die Auswertung im Bereich der Eingliederungshilfen aus **(Abbildung 9)**.

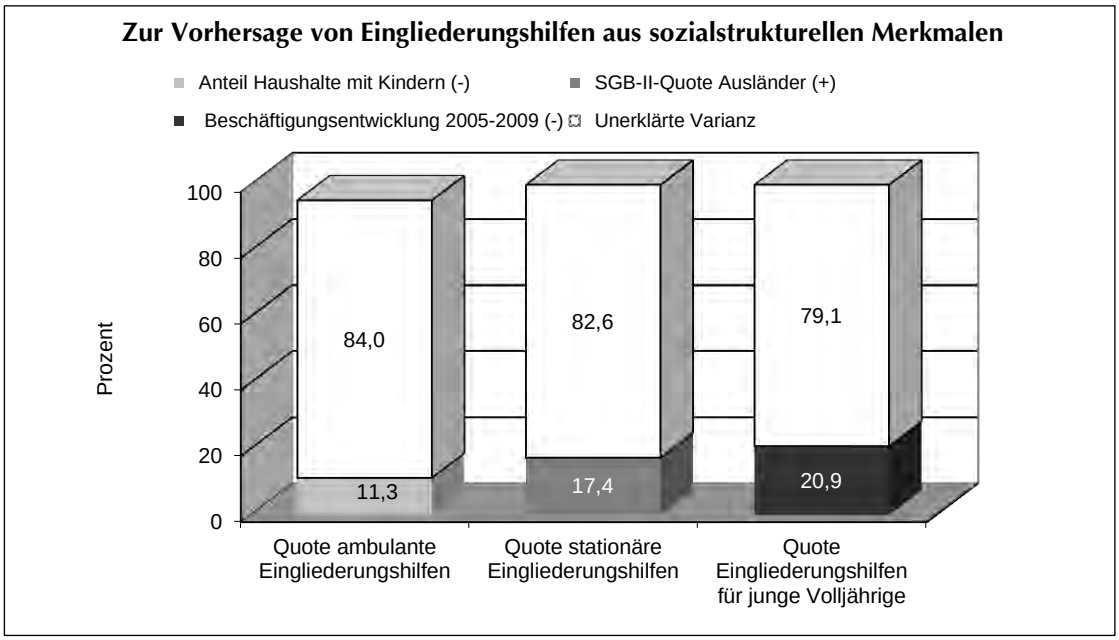


Abbildung 9 © Dr. Frank Lammerding

Bei der Quote ambulanter Eingliederungshilfen ist mit 11,3 Prozent der Anteil der Haushalte mit mehreren Kindern innerhalb der Vergleichsringe ausschlaggebend, bei der stationären Eingliederungshilfe die SGB-II-Quote und der Ausländeranteil. Bei den Eingliederungshilfen für junge Volljährige ist es die Beschäftigungsentwicklung von 2005 bis 2009, d. h. die Arbeitslosenquote. Aber: Über 79 Prozent der Varianz lässt sich über diese Sozialstrukturmerkmale nicht erklären.

Was bedeutet das nun?

Ausblick und Konsequenzen für das Modellprojekt und die beteiligten Jugendämter

1. Es existiert ein hoher korrelativer Zusammenhang zwischen ambulanten und stationären Hilfen. Es wurde deutlich, dass in den Vergleichsringen, in denen die Zahl der ambulanten Hilfen hoch ist, auch eine hohe Anzahl an stationären Hilfen gewährt werden und bei niedrigen Zahlen der ambulanten Hilfen auch die Zahl der stationären Zahlen niedrig ausfällt.

2. Es gibt durch diese Analyse keine Aussagen über die Effekte und die Wirksamkeit der Hilfen. Hier geht es lediglich um die Erklärung der Fallzahl- und Kostenentwicklung und der Verhältnismäßigkeit zur Sozialstrukturanalyse der einzelnen Kommunen.

3. Nicht berücksichtigt sind die Versorgungsquote in der Kindertagesbetreuung und andere Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe, Umfang und Auswirkung der Jugendsozialarbeit, das Verhältnis zwischen kommunalem Träger und freien Trägern, die Angebotsvielfalt der Frühen Hilfen u.a.

4. Die Erkenntnisse regen zur weiteren Diskussion in den Vergleichsringen über die Qualitätsstandards in den Jugendämtern an, vor allem in Bezug auf:

    - Organisations-/ und Leitungskultur,
    - Die räumliche Verteilung von Anbietern und Angeboten von Leistungen der Kinder und Jugendhilfe,
    - Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Supervision, Fortbildung, Kinderschutzfachkraft),
    - Personalschlüssel, Personalstandards,
    - Inhaltliche und methodische Ausrichtung (Casemanagement, Falleingangsmanagement, Bezirkssozialarbeit, Familienrat),
    - Clearing, Diagnostik, Anamnese,
    - Gestaltung des Hilfeplanprozesses (Zielformulierung),
    - Qualitätsentwicklung (Leistungs- und Entgeltvereinbarung) innerhalb des Jugendamtes,
    - Weiterentwicklung des Fachcontrolling im Jugendamt im Hinblick auf kennzahlenbezogene Daten (Fallzahlen, Fallkosten, Verlaufszeiträume, Wirksamkeit, Abbruchquote, Bildungsquote, Zielerreichung),
    - Überprüfung der Standards der Leistungsgewährung vor Ort.

    Die Vergleichsringe sind sich in einem Punkt relativ schnell einig gewesen: Wenn die Zahlen durch äußere Umstände nicht erklärbar sind, dann muss der Blick noch stärker auf die innere Organisationsstruktur und die Arbeitsweise innerhalb des Jugendamtes bzw. in der Kooperation mit freien Trägern gerichtet werden, um Erklärungsansätze zu finden.

Die Aufzählung macht deutlich, dass eine breite Palette von Diskussionspunkten in den Vergleichsringen behandelt wird, wobei der Bereich „Clearing/Diagnostik/Anamnese“ eine zentrale Stellung eingenommen hat. Wir stehen in den Vergleichsringen am Anfang

der Diskussion. Uns stehen jedoch über eine Verlaufsreihe von mehreren Jahren mit Vergleichsringen, deren Sozialstrukturdaten untereinander vergleichbar sind, konkrete Daten zur Verfügung, um miteinander ins Gespräch zu kommen und eine fachliche Diskussion zu führen. Das gibt es in dieser Form ansonsten in Deutschland nicht.

Nur die Diskussion zu führen, würde selbstverständlich nicht ausreichen. Das Projekt hat über Schlussfolgerungen und weitere Maßnahmen nachgedacht. Die erste Maßnahme bestand in einer Organisationsuntersuchung, bezogen auf die ASD-Personalausstattung. Als zweite Maßnahme wurde eine Empfehlung zu Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII für Niedersachsen herausgegeben **(Abbildung 10)**, weil in diesem Bereich die Spannbreite der Gewährungspraxis am größten war, breiter als in der Erziehungshilfe.

Abbildung 10 © Dr. Frank Lammerding

Diese Handreichung enthält:

- aktuelle Rechtsprechung über die Eingliederungshilfe in Deutschland,
- Abgrenzung zu den Aufgaben der Schule,
- klare Vorgaben für die Diagnostik nach ICD 10,
- Diagnosekriterien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Forschungsgesellschaft,
- Falllaufverfahren,
- Diagnoseteil I – III (Abweichung der seelischen Gesundheit, Teilhabebeeinträchtigung, Kausalitätsprüfung),
- Umgang mit dem persönlichen Budget,
- Formulare als Anlage.

Sie beinhaltet sehr praxisbezogene Empfehlungen für alle Jugendämter in Niedersachsen, welche Verfahren sie für die Feststellung, ob ein Eingliederungshilfebedarf existiert, anwenden sollten **(Abbildung 11 und 12)**.

Multidimensionale Teilhabeeinschätzung zur Feststellung einer (zu erwartenden) Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach § 35a SGB VIII

Alltagsbewältig. (Selbstfürs./Pflege)					Funktion in der Familie					Soziale Bezieh. (zu Gleichaltrigen)					Soziale Bezieh. (zu Erwachsenen)					Kindergarten/ Schule/Beruf						Freizeit-aktivitäten					
K/J		E		ASD	K/J		E		ASD	K/J		E		ASD	K/J		E		ASD	K/J		E		L	ASD	K/J		E		ASD	
S	O	S	O	O	S	O	S	O	O	S	O	S	O	O	S	O	S	O	O	O	S	S	O	S	O	S	O	O			
																															keine Beeinträchtigung
																															mäßige Beeinträchtigung
																															erhebliche Beeinträchtigung
																															Schwere Beeinträchtigung

S = subjektiv; O = objektiv; K/J = Kind/Jugendlicher; E = Eltern; L = Lehrperson, ASD = ASD-Fachkraft im Jugendamt

Abbildung 11 © Dr. Frank Lammerding

Sozialpädagogische Diagnostik (Teilhabeprüfung – THP)
(Beurteilungszeitraum: letzte 12 Monate)

Bereich	Einschätzung junger Mensch	Einschätzung Eltern	Einschätzung Fachkraft	Kommentierung/zu Beachtendes
Interaktionen/Beziehungsqualität/Kommunikation Inwiefern kann der junge Mensch altersgemäß…				
mit Familienmitgliedern in Kontakt treten?	0	0	0	
mit anderen Betreuungspersonen in Kontakt treten?	0	0	0	
mit Gleichaltrigen in Kontakt treten?	0	0	0	
mit Fremden in Kontakt treten?	0	0	0	
mit Nähe und Distanz umgehen?	0	0	0	
Regeln und Grenzen einhalten?	0	0	0	
mit sozialen Anforderungen umgehen?	0	0	0	
mit Konflikten umgehen?	0	0	0	
Sonstiges:	0	0	0	
Wie gestalten sich die Beziehungen des jungen Menschen zu….				
Mutter	0	0	0	
Vater	0	0	0	
Geschwistern	0	0	0	
Freunden	0	0	0	
Erziehern/Lehrern	0	0	0	
Fremden	0	0	0	
Sonstiges:	0	0	0	
Gesamteinschätzung:Interaktion/Beziehungsqualität (unter Berücksichtigung der Aussagen der anderen Fachkräfte)				

Abbildung 12 © Dr. Frank Lammerding

Neuausrichtung der Bearbeitungsstandards für die Hilfen zur Erziehung gemäß § 27 ff. SGB VIII in der Stadt Oldenburg aufgrund von Erkenntnissen einer Organisationsuntersuchung

Im Jugendamt Oldenburg – als ein Großstadtjugendamt innerhalb des Vergleichsringes 2 – haben wir uns ebenfalls mit unseren Zahlen befasst und Schlussfolgerungen gezogen. Auffällig ist bei uns, dass Oldenburg die niedrigsten Eingliederungshilfezahlen in Niedersachsen aufweist, aber die höchste Anzahl an ambulanten Hilfen sowie an Hilfen für junge Volljährige im Vergleichsring 2. Diese Zahlen nahmen wir zum Anlass, eine Organisationsuntersuchung im ASD mit der GEBIT durchzuführen. Diese Untersuchung wurde in drei Schritten vorgenommen:

1. Analyse der Ist-Situation in den ASD-Teams in Bezug auf die Leistungsgewährung,

2. Bemessung der Dauer für die Bearbeitung eines Falles,

3. Veränderung/Optimierung der Gewährung von Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen.

Bei der **Ist-Analyse** wurde Folgendes festgestellt:

- Diagnostik/Bedarfsermittlung finden nicht standardisiert und häufig sehr kurz statt.
- Die Zeit pro Fall im ersten Jahr nach der Einleitung einer HzE ist höher als für das Clearing und Diagnostik im Vorfeld. D. h., wenn der ASD eine Hilfe zur Erziehung eingeleitet hat, braucht er mehr Stunden für die Bearbeitung des Falles, als er im Vorfeld aufgewendet hat, um zu klären, ob eine Hilfe zur Erziehung notwendig ist.
- Teamberatung findet in der Regel erst direkt vor der Installation einer Hilfe statt:
  - zu spät für ergebnisoffene Beratung,
  - Beratung und Entscheidung fallen in einen Schritt,
  - Rolle der Teamleitungen innerhalb des ASD ist damit ungeklärt zwischen Beratung, Entscheidung, Budgetkontrolle und Fachcontrolling.
- Es gibt unterschiedliche Arbeitsweisen und Haltungen im ASD.
- Hilfepläne weisen unterschiedliche Standards und Tiefen der Bearbeitung aus.
- Hilfen können zielgerichteter beschrieben werden.
- Einzelfallevaluation findet nicht standardisiert nach Abschluss einer HzE statt.
- Qualifikation und Fortbildung für den Bereich der Anamnese, Clearing und Diagnostik ist verbesserungsfähig.
- Die eingesetzte Fachsoftware ist optimierungsfähig. Das betrifft sicher viele Fachverfahren innerhalb der Hilfen zur Erziehung.

Nach Auswertung der Ist-Analyse wurden folgende **Schritte** eingeleitet:

- Festlegung der Qualitätsstandards für die Diagnostik, insbesondere die Zeit, die ein/e ASD-Mitarbeiter/in im Vorfeld für eine Hilfe zur Erziehung ansetzen muss,

wie viele Kontakte und Gespräche notwendig sind. Dazu wurden standardisierte Diagnostikbögen erarbeitet, die innerhalb des ASD diskutiert werden.

Gemeinsam mit Herrn Dr. Erzberger von der Gesellschaft für Innovative Sozialforschung und Sozialplanung (GISS) entwickelten wir eine fachbezogene Diagnostik auf der Basis der bayerischen Diagnosekriterien, die jedoch noch in die Fachsoftware implementiert werden müssen. Außerdem müssen die Mitarbeiter/innen daraufhin geschult werden, um sie einsetzen zu können.

- Veränderung der kollegialen Beratung: Es gibt mehr Anteile für die fachbezogene kollegiale Beratung in kleineren Teams, die ergebnisoffen sind und mehrmals durchgeführt werden können.

- Optimierung der Hilfe- und Zielbeschreibung, insbesondere durch Anpassung der Formulare für die Hilfepläne.

- Veränderung der Aufgabenwahrnehmung der Teamleitungen im ASD: Die Teamleiter werden nicht mehr Letztentscheider für eine Hilfegewährung sein, sondern sie führen nur noch die Plausibilitätsprüfung durch, ob die vorliegenden Vorgaben vollständig eingehalten worden sind.

- Festlegung des Personalbedarfs zur Steuerung der Hilfen zur Erziehung: Wenn man mehr Zeit für Diagnostik und Clearing zur Verfügung stellen will, braucht man mehr Zeitressourcen. Dafür werden wir den Bereich Trennungs- und Scheidungsberatung minimieren und an freie Träger abgeben. Trotzdem wurde ein erhöhter Personalbedarf festgestellt, wenn diese Qualitätsstandards umgesetzt werden sollen.

- Qualitätsoptimierung in der Leistungsgewährung nach § 35 a SGB VIII: Dazu werden Gespräche mit dem Sozialamt geführt. Man erwägt eine gemeinsame Steuerungsstelle für Eingliederungshilfe, auch im Hinblick auf Inklusion, so dass die Trennung zwischen SGB VIII und XII an dieser Stelle vielleicht aufgehoben werden und eine Diagnosestelle eingerichtet werden kann, die unabhängig von der Rechtszuordnung die Prüfung des Eingliederungshilfebedarfs vornimmt.

- Einführung einer Einzelfallevaluation nach jedem Abschluss einer Hilfe zur Erziehung. Es wird evaluiert, ob die Hilfe erfolgreich war, ob sie fortgeführt werden muss usw.

Der Prozessablauf der Hilfen zur Erziehung innerhalb unseres Amtes soll in Zukunft so aussehen, wie in **Abbildung 13** verdeutlicht. Letztendlich ist das ein Ergebnis der Auswertung der Diskussion in der Vergleichsringarbeit, denn der Impuls ist im Vergleichsring 2 durch den Vergleich mit anderen Städten ausgegangen. Die vorliegenden Zahlen wurden zum Anlass genommen, die Organisation des eigenen Jugendamtes noch einmal kritisch zu hinterfragen.

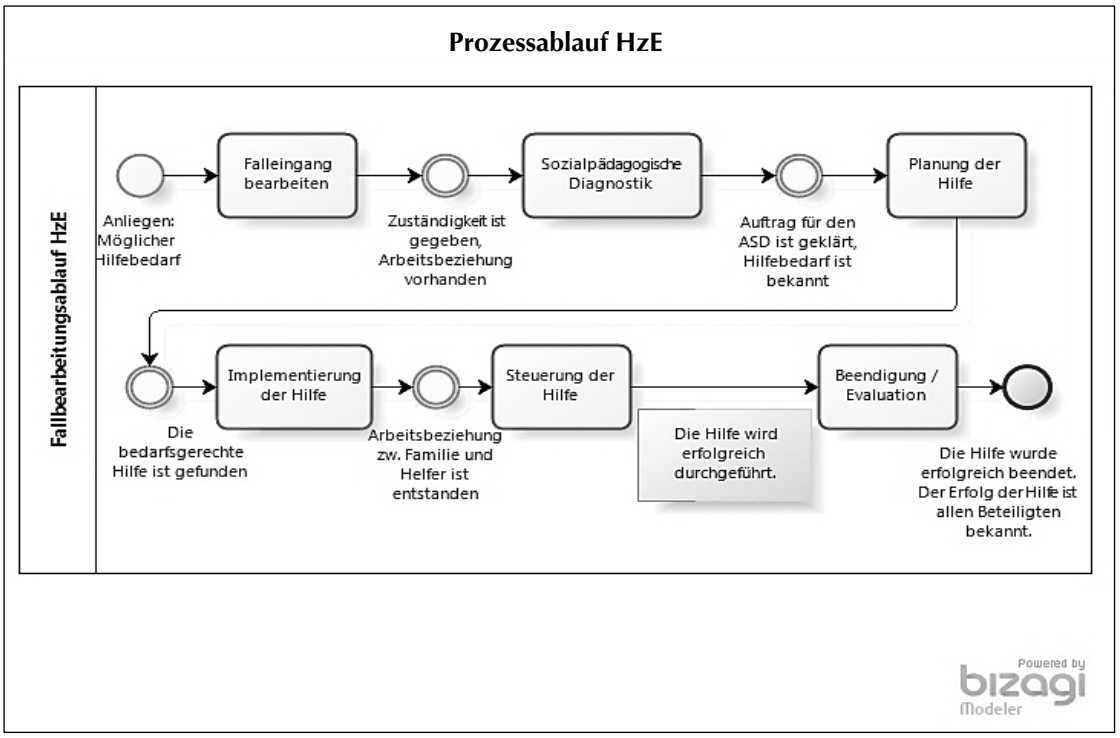


Abbildung 13 © Dr. Frank Lammerding

Diagnostik und Clearing sind eingebettet in die gesamte Gewährungspraxis innerhalb des ASD, denn auch kollegiale Beratung ist Teil von Clearing und Diagnostik und von fachlicher Unterstützung. Diese Aspekte kann man nicht voneinander trennen, sondern man muss die Bereiche insgesamt betrachten.

Vielen Dank.

Was sind die „sozialarbeiterischen Regeln der Kunst“? Was ist diagnostische Kompetenz in der Kinder- und Jugendhilfe? Und wie viel diagnostische Kompetenz braucht der ASD?

PROF. DR. SILKE BRIGITTA GAHLEITNER
Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit an der Alice-Salomon-Hochschule, Berlin; Univ.-Professorin für Integrative Therapie und Psychosoziale Interventionen an der Donau-Universität Krems

1. Was sind die „sozialarbeiterischen Regeln der Kunst“?

Sie können kaum jemanden von der Alice-Salomon-Hochschule einladen, ohne auf Alice Salomon hingewiesen zu werden, schon gar nicht bei diesem Thema **(Abbildung 1)**.

Abbildung 1 © Prof. Dr. Silke Gahleitner

Die Werke von Alice Salomon erscheinen auch heute noch sehr aktuell. Vieles von dem, was wir heute diskutieren, hat sie damals bereits ausgesprochen. Die Komplexität stellt sich immer mehr als ein Markenzeichen der Sozialen Arbeit heraus und wurde von ihr schon erkannt **(Abbildung 2)**.

Abbildung 2 © Prof. Dr. Silke Gahleitner

Erzieherische Hilfen für Kinder heute?

Im Grunde hat sich die Situation für viele Kinder und Jugendliche seit damals an vielen Stellen verbessert, aber für benachteiligte Kinder und Jugendliche hat sie sich im Verhältnis zu den anderen verschlechtert:

- Trotz rückläufiger demografischer Entwicklung steigt der Hilfebedarf, insbesondere die Intensität.
- In den stationären Einrichtungen der Jugendhilfe ist eine Explosion von psychischen Störungen zu verzeichnen.
- Die Intensität der Hilfebedarfe steigt mit dem Jugendlichenalter (verpasste Präventionschance?). Die intensive Beschäftigung mit verpassten Präventionschancen hat in den letzten Jahren zu Programmen wie den „Frühen Hilfen" geführt. Allerdings sind die Jugendlichen dabei wieder aus dem Blick geraten.
- Die Versorgung der Kinder und Jugendlichen ist in Deutschland fast nur außerhalb der Richtlinienpsychotherapie möglich, abgesehen von den dortigen Versorgungslücken. Auch die Ausbildung der Psychotherapeut/innen bewegt sich von diesen Kindern und Jugendlichen weg. Das heißt, wir müssen ihre Versorgung innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe lösen.[1]

Psychische Störungen

Ein großer Teil der Kinder und Jugendlichen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe hat Mehrfachdiagnosen **(Abbildung 3)**[2].

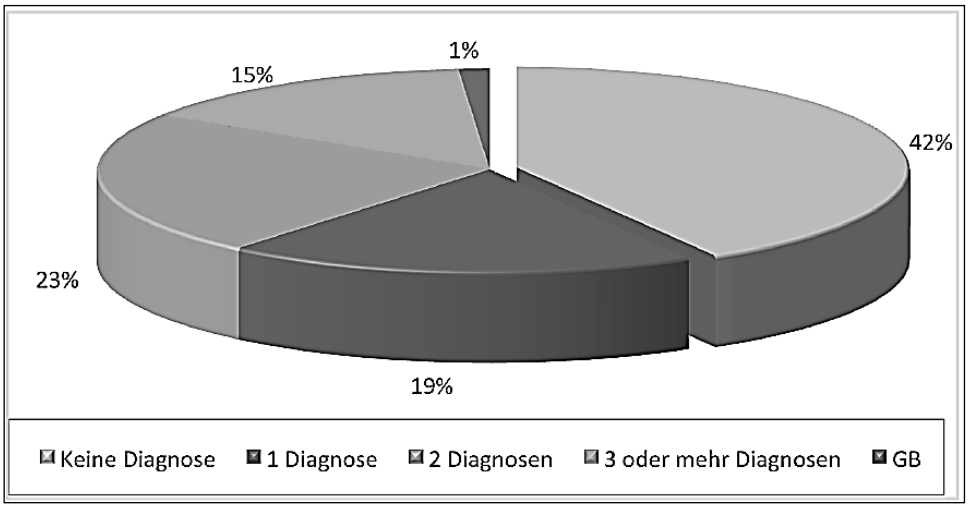


Abbildung 3 © Prof. Dr. Silke Gahleitner

Das bedeutet eine große Herausforderung für die Fachkräfte. Zudem leben wir heute in Bezug auf Entscheidungsprozesse, Selbstständigkeit, nötige Ressourcen in einer ganz anderen Welt als früher. Ich vertrete absolut nicht den Standpunkt, dass es uns heute schlechter geht, aber wir haben eine ganz andere Lebensanforderung. Das heißt, Kinder

[1] Beck, 2011

[2] Beck, 2011, vgl. auch Schmid, 2007, 2010

und Jugendliche, die über viele Ressourcen verfügen, haben heute unglaubliche Entwicklungschancen, die es m.E. nie vorher gab. Kinder und Jugendliche, die das mit ansehen, aber nicht über diese Ressourcen verfügen, haben hingegen große Probleme, ihren Weg durch das angeblich so umfangreiche Angebot, zu dem sie keinen Zugang haben, zu finden und ihr Leben zu managen **(Abbildung 4)**[3].

Abbildung 4 © Prof. Dr. Silke Gahleitner

Dies lässt sich global an inzwischen Besorgnis erregenden Zahlen nachweisen. Der Bedarf für unsere Profession ist damit sehr hoch. Es gibt inzwischen weltweit einige Untersuchungen dazu, u.a. das etwas provokante Buch „Gleichheit ist Glück", in dem weltweit Gesellschaften und Länder in Bezug auf Ungleichheit und Gesundheitszustand untersucht worden sind **(Abbildung 5)**.

Quelle: Wilkinson und Picket: The Sprit Level, 2009

Abbildung 5 © Prof. Dr. Silke Gahleitner

[3] Keupp, 1997; Mielck, 2005

In der Abbildung sieht man auf der horizontalen Achse das Ausmaß an Ungleichheit und dazu auf der Vertikalen den Gesundheitszustand - nach oben schlechter werdend. Die Mortalitätsrate ist oben entschieden höher - und es geht hier nicht um irgendwelche geringfügigen Krankheiten. Das reichste Land der Welt, die USA, steht dabei an einer alarmierenden Stelle und wir bewegen uns gerade mit unseren Gesellschaftssystemen mit rasender Geschwindigkeit auf diese Zustände zu. Das heißt, wir müssen uns künftig auf noch viel mehr an dieser Gesellschaft erkrankte Kinder, Jugendliche und Erwachsene einstellen und uns überlegen, ob wir damit anders umgehen wollen, als die USA es tut, und ob wir gute Konzepte dafür bereitstellen.

Die Auswirkungen der sozialen Ungleichheit sind eindeutig Kernaufgaben der Sozialen Arbeit. Das können wir global nicht einfach an andere Disziplinen auslagern. Daher gehen wir in der klinischen Sozialarbeit von **bifokalen Hilfen** aus **(Abbildung 6)**[4].

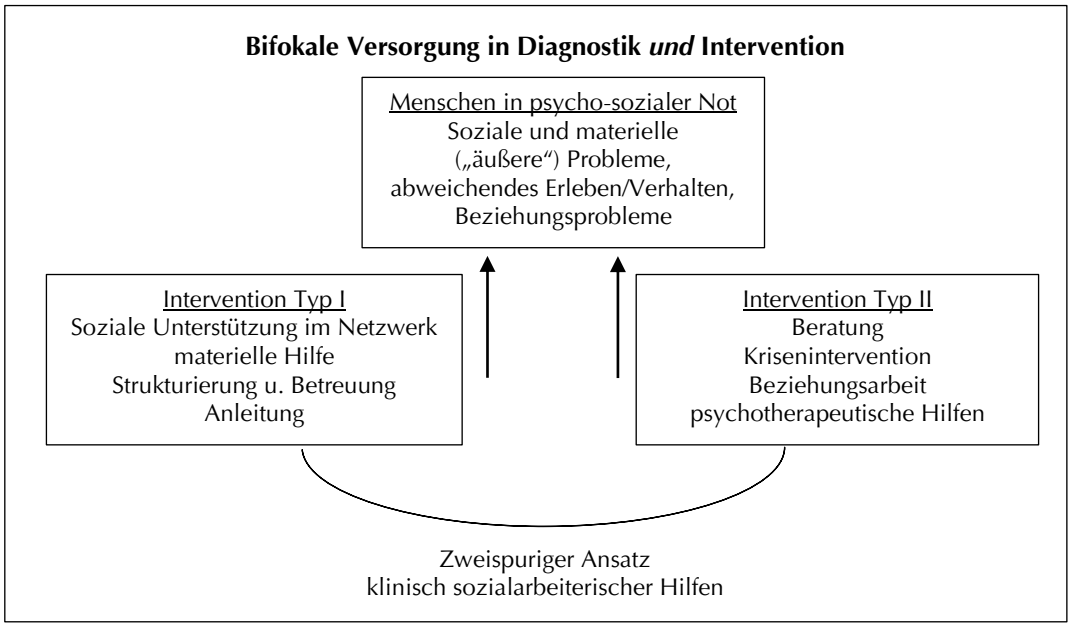


Abbildung 6 © Prof. Dr. Silke Gahleitner

Es ist also notwendig, dass wir sowohl materielle Hilfen als auch psychosoziale Unterstützung – und das möglichst aus einer Hand – anbieten. Das unverbundene Zusammenpuzzeln der Hilfen hilft nur teilweise.

Was heißt das alles für die Diagnostik?

Fünf Thesen zur sozialen Diagnostik

Soziale Diagnostik[5] sollte:

(1) … Komplexität abbilden *und* Strukturierung ermöglichen,

(2) … (Nicht-)Intervention fachlich begründen,

[4] Pauls, 2004, 2008

[5] Pantucek, 2005

(3) … sich an Fragen der Inklusion orientieren,

(4) … Selbstaneignungsprozesse fördern,

(5) ... den Dialog unterstützen.

Diese Thesen sind m.E. hilfreich, um diagnostische Instrumente und Vorgehensweisen zu prüfen.

Zu 1: Ich habe den Eindruck, dass wir uns immer noch und viel zu lange in einer Diskussion bewegen, in der permanent die beiden Seiten gegeneinander ausgespielt werden, und dass diese Gegnerschaft fruchtbare Prozesse verhindert. Das ist äußerst bedauerlich, denn wir haben schon längst mehr als genug Konzepte auf beiden Seiten, wir wenden sie nur nicht systematisch an.

Zu 4: Selbstaneignungsprozesse zu fördern, spielt in der Sozialen Arbeit eine besonders große Rolle, im Gegensatz zu anderen Disziplinen.

Ebenfalls bei *Pantucek*[6] findet sich eine hilfreiche Übersicht zum Diagnoseprozess **(Abbildung 7**).

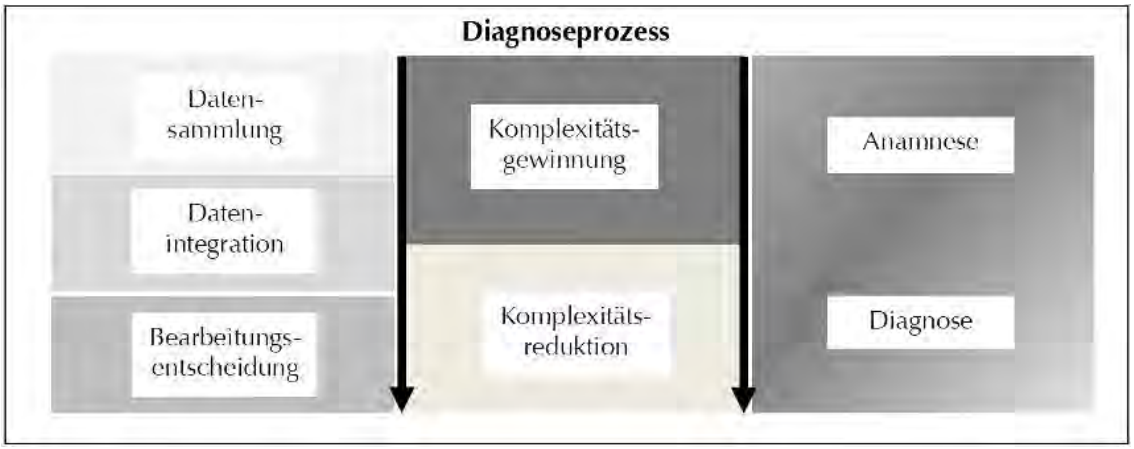


Abbildung 7 © Prof. Dr. Silke Gahleitner

Es hört sich zunächst sehr banal an, dass wir eine Datensammlung brauchen, dann eine Datenintegration, um zu einer Entscheidung zu kommen. Überprüft man jedoch einige Prozesse, verläuft es tatsächlich nicht immer so. Häufig wird die Komplexität reduziert, bevor sie eingefangen wird. Das führt oftmals zu verkürzenden Schlüssen, die in der Praxis wenig sinnvolle Hilfen zur Folge haben. Daher sind Tabellen wie die bayerischen Diagnosekriterien *eine* ganz wichtige Prozedur, aber nicht die einzige – und sie sollte an der richtigen Stelle erfolgen.

Die Klinische Sozialarbeit beispielsweise entwickelt methodische und theoretische Grundlagen der Diagnostik und Intervention im Sinne psychosozialer Passung und Lebensbewältigung in den verschiedenen Dimensionen der *Lebenswelt* und der jeweils vorhandenen sozialen *Chancenstruktur*, unter der fortgesetzten Ausweitung und Stei-

[6] ebenda

gerung des *sozialen Gradienten*.[7] Hier werden klinische/psychopathologische Kompetenz und die Chancenstruktur zusammengeführt **(Abbildung 8)**.

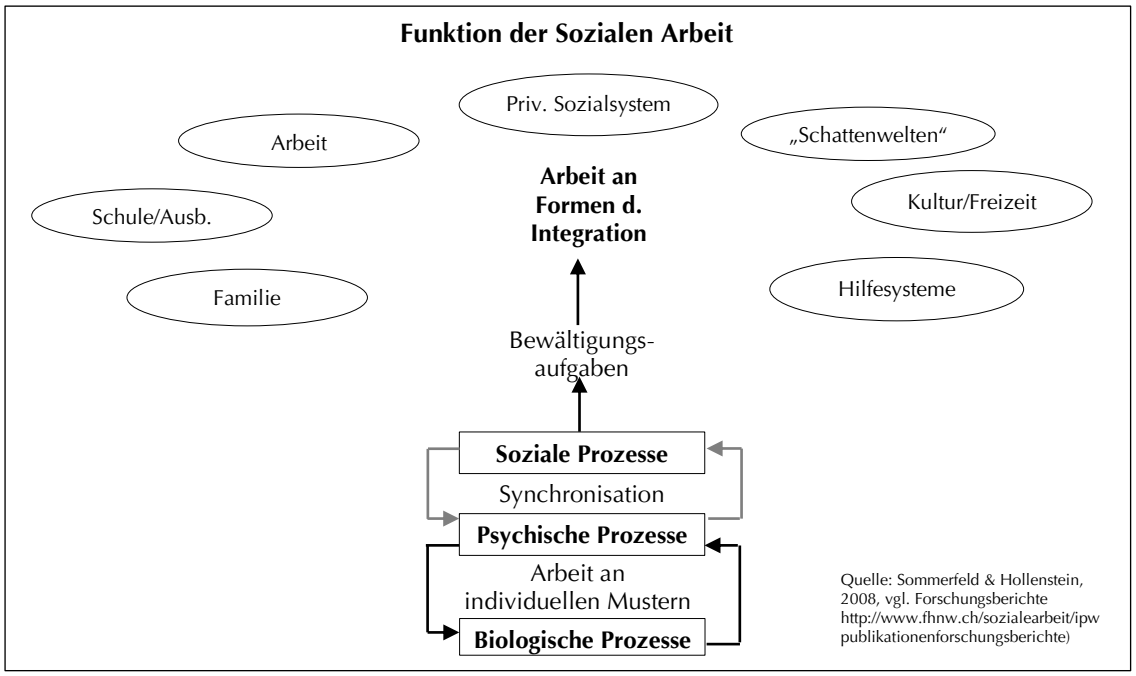


Abbildung 8 © Prof. Dr. Silke Gahleitner

Diese Grafik stammt aus einer Arbeit für Psychiatrieklientel im Erwachsenenbereich einer Forschungsgruppe der FHNW, lässt sich aber sehr gut auf den Bereich der Kinder und Jugendlichen übertragen. Ein wirklich konsequent durchdachtes biopsychosoziales Modell wird hier auf den gesamten Lebensbereich angewendet und vor einem systemischen Hintergrund von der Diagnose bis zur Intervention durchdekliniert.

2. Was ist die diagnostische Kompetenz der Kinder- und Jugendhilfe?

Die Vorgehensweise und Dokumentation sollen an einem komplexen Fallbeispiel erläutert werden, das für alle hier Anwesenden Anknüpfungsmöglichkeiten bietet:

Fallbeispiel Nathalie

Die Situation in der Familie von Nathalie ist gekennzeichnet von früher häuslicher Gewalt. Die Eltern sind beide schwere Alkoholiker. Der Vater ist im alkoholisierten Zustand sehr gewalttätig. Allerdings war er, wenn er keinen Alkohol getrunken hat, durchaus nährend, schützend und entwicklungsfördernd für die Kinder. Daher war es extrem schwer, die Entscheidung zu treffen, die Kinder aus der Familie zu nehmen. Obwohl schon weitere seiner Kinder fremduntergebracht waren, sind zunächst die vier Kinder in dieser Familie, von denen Nathalie die älteste Tochter war, in der Familie verblieben.

[7] Keupp, 1997, 2012; Franzkowiak et al., 2011; zusammenfassend Pauls, 2011, Gahleitner & Hahn, 2008, 2009, 2010, 2012, Gahleitner et al., 2013; Zurhorst, 2005

Dass es um eine komplexe Traumatisierung geht, muss nicht weiter diskutiert werden. Die Kinder wiesen Knochenbrüche auf, der Jüngste hatte eine Schädelfissur aufgrund einer Misshandlung und die Mutter kam ohnehin immer wieder ins Krankenhaus, was aber stets mit anderen Ursachen und Zusammenhängen begründet wurde. Die Familie war sehr überfordert. Das Mädchen hatte aufgrund dieser Situation eine starke Schutzfunktion für den Rest der Familie, einschließlich der Mutter, übernommen. Das vorliegende Bild **(Abbildung 9)** hatte Nathalie im Alter von 16 Jahren in der stationären Jugendhilfeeinrichtung gemalt. Daran ist erkennbar, wie stark retardiert sie ist.

Abbildung 9 © Prof. Dr. Silke Gahleitner

Alle Kinder haben aufgrund des Alkoholeinflusses eine Alkoholembryopathie und bewegen sich bzgl. ihres Intelligenzniveaus an der Grenze zur geistigen Behinderung.

Psychosozialer Diagnoseprozess

In der klinischen Sozialarbeit wird ein mehrstufiges Modell praktiziert. Leider kommen wir in dieser Sache immer nur in sehr kleinen Schritten voran. Es hat einen geschichtlichen Hintergrund, warum sich die Sozialpädagogik gegen kategoriale Diagnostik wehrt, der im Nationalsozialismus verwurzelt ist. Es gab anfangs sehr gute, klinische Konzepte für die Soziale Arbeit. In der Zeit des Nationalsozialismus ist Diagnostik funktionalisiert worden. In den fünfziger und sechziger Jahren gab es daher berechtigterweise einen großen Widerstand gegen psychologische und medizinische Diagnostik und Interventionsmethoden. Das ist nachvollziehbar. In der Folge hat sich aber die Sozialarbeit und Sozialpädagogik aus dieser Szene völlig herausgezogen, was dazu führte, dass die Medizin und Psychologie den Markt dominiert haben, dass Sozialarbeiter, die doch klinische Kenntnisse brauchten, Psychotherapieausbildungen absolvierten und sich dann nicht mehr als Sozialarbeiter verstanden haben. Die gesamte diesbezügliche Kompetenz ist aus diesem Bereich herausgeschwemmt worden. Zurück geblieben ist ein klinisches Vakuum.

In den letzten 20 bis 30 Jahren wurde versucht, die Verbindungen neu herzustellen. Diese Welle sollten wir nutzen.

Wir sollten in der Sozialen Arbeit den Überblick beherrschen. Das stellt eine hohe Anforderung dar. An der Alice-Salomon-Hochschule haben wir einen klinischen Masterstudiengang und das beachtlichste Ergebnis war nach einer Evaluation von fünf Jahren, dass die Studierenden ausnahmslos den Zuwachs der diagnostischen Kenntnisse und Methodenkompetenz als *das* Kriterium dieser Ausbildung verstanden haben und dass sie diesen Zuwachs als am hilfreichsten für die Praxis erlebten.

Wir gehen von einem Modell aus, das an unterschiedlichen Stellen unterschiedlich gefüllt werden kann. Nicht für jedes Jugendamt ist nur ein bestimmtes, in allen Punkten genau festgelegtes Verfahren geeignet, auch wenn auf ein Grundmodell zurückgegriffen wird. Für eine bestimmte Klientel müssen die Jugendämter und Einrichtungen ihr besonderes Repertoire selbst zusammenstellen. Es muss jedoch bestimmte Bereiche geben, die auf jeden Fall abzudecken sind. Dazu gehören:

1. operationalisierbare Psychodiagnostik,
2. biografische Anamnese (rekonstruktiv),
3. Sozial- und Lebenswelt-Diagnostik (Passung)[8].

Die Komplexität muss im Anschluss in ein Koordinatensystem, eine psychosoziale Diagnose, reduziert werden. Das alles ist Aufgabe des ASD. Einige Teilleistungen können durchaus ausgelagert werden, jedoch das Zusammenhangswissen auf keinen Fall. Zu diesem Zusammenhangswissen gehört u.a. die Kenntnis des ICD, auch wenn das nicht alle Sozialarbeiter einsehen mögen. Selbst wenn sie die ICD-Diagnose nicht vornehmen, brauchen sie eine fundierte Kenntnis darüber, um eine entsprechende, von außen erstellte Diagnose kritisch und angemessen hinterfragen und damit weiterarbeiten zu können.

Zu den kategorialen Herangehensweisen gibt es inzwischen eine Reihe von Materialien:

- Multiaxiale Diagnostik (MAS),
- Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ),
- Multiaxiales Diagnosesystem Jugend (MAD-J),
- Bayerische Skalen,
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF),
- Person in Environment Classification System (PIE),
- Testverfahren, Symptomlisten u.a.

Das ICD ist im Kinder- und Jugendbereich ein multiaxiales System. Es gibt zudem analytische Instrumente, das Multiaxiale Diagnosesystem Jugend (MAD-J), die bereits erwähnten

[8] Psychosoziale Diagnose (mehrdimensionale Problem- und Ressourcenmatrix); zum konkreten Vorgehen s. Gahleitner, 2011; Gahleitner & Pauls, 2013

bayerischen Skalen, auch Teile der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) können genutzt werden, gerade im Behinderungsbereich. Es gibt eine ganze Reihe von kategorialen Systemen, die sehr hilfreich sind, um sich an diesem Prozess von Seiten der Sozialen Arbeit konstruktiv zu beteiligen.

Streng genommen kann erst nach der psychosozialen Diagnose richtig beurteilt werden, was wirklich von den Messinstrumenten gewählt werden muss und welches Ergebnis es zeigt, da man ja erst dann alle Informationen vorliegen hat. Leider ist das aber nicht unsere Realität. In aller Regel kommen die Kinder und Jugendlichen schon mit einer Diagnose zu uns. Als Sozialarbeiter muss ich diese Diagnose verstehen und einschätzen können. Der Mediziner hat eine andere Auffassung, als sich unsere Lebensrealität darstellt. Das lässt sich am Beispiel der Diagnose Trauma gut belegen: Im ICD finden sich unter „Trauma" drei Kategorien: die Belastungsreaktion, die Belastungsstörung und die anhaltende Persönlichkeitsveränderung **(Abbildung 10)**.

Psychodiagnostik – ICD 10		
Akute Belastungsreaktion (F 13.0)	Posttraumatische Belastungsstörung PTSD (F 43.1)	Anhaltende Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F 62.0)
Symptomkriterium Anfangs emotionale Betäubung, dann Wechsel von Depression, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug	1. Nachhallerinnerungen bei Schlüsselreizen, 2. Vermeidung von Auslösesituationen, 3. Amnesie, erhöhte Empfindlichkeit oder Übererregung	1. Misstrauen, 2. sozialer Rückzug, 3. Gefühle der Leere und Hoffnungslosigkeit, 4. Chronische Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein, 5. Entfremdung
Zeitkriterium Minuten bis Stunden, max. 3 Tage nach dem Ereignis	Latenz nach Wochen bis Monaten nach dem Ereignis	Mindestens 2 Jahre bestehende Symptomatik

Abbildung 10 Prof. Dr. Silke Gahleitner

Keines dieser Felder passt wirklich auf Nathalie, weil sie ein ganz anderes Störungsbild zeigt, das sehr viel mehr dieser Beschreibung der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung nach der DSM IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, Appendix) ähnelt:

A. Störungen der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus

1. chronische Affektdysregulation
2. Schwierigkeit, Ärger zu modulieren
3. selbstdestruktives Verhalten
4. Schwierigkeiten im Bereich des sexuellen Erlebens, vor allem der Hingabefähigkeit
5. impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen

B. Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins

1. Amnesie
2. Dissoziation

C. Somatisierung

D. Chronische Persönlichkeitsveränderungen

1. Änderung der Selbstwahrnehmung: chronische Schuldgefühle; Selbstvorwürfe; Gefühle, nichts bewirken zu können; Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden
2. Änderungen der Wahrnehmung des Schädigers: verzerrte Sichtweisen und Idealisierungen des Schädigers
3. Veränderung der Beziehung zu anderen Menschen
   a. Unfähigkeit zu vertrauen und Beziehungen mit anderen aufrechtzuerhalten
   b. Tendenz, erneut Opfer zu werden, oder
   c. andere zum Opfer zu machen

E. Veränderungen in Bedeutungssystemen

1. Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
2. Verlust der bisherigen Lebensüberzeugungen.

Aus den Verhandlungen für das neue DSM und das neue ICD weiß ich, dass diese Störung nicht mehr aufgenommen werden wird, weil sie nicht trennscharf genug ist. Das ist in der Logik der Medizin begründet. Das heißt, dass sich unsere Realität in diesen Klassifikationsschlüsseln an vielen Stellen nicht so gut abbildet. Das kann jedoch nicht dazu führen, dass wir diese Instrumente völlig verwerfen. Vielmehr müssen wir mit den vorhandenen Daten und unseren Informationen und Auswertungen in die Fachdiskussion mit Medizinern und Psychologen einsteigen, um daraus eine sinnvolle gemeinsame Substanz zu bilden. Dabei helfen zum Beispiel die bayerischen Tabellen und andere der oben genannten Instrumente.

Daher ist es wichtig, dass Sozialarbeiter auch in diesem Bereich über Kompetenzen verfügen, um Diagnosen beurteilen und mitsprechen zu können.

Zur Verdeutlichung gibt es ein weiteres Beispiel, das eine andere Klientin als Nathalie betrifft. Ein Mädchen, hochintelligent, hat die Diagnose „Anpassungsstörungen“ bekommen. Der Vater ist an einer Krankheit gestorben, die sie selbst auch entwickelt hat. Daher hat sie verständlicherweise viele Ängste. Die Mutter ist zugleich dekompensiert. In der Diagnose stand „Anpassungsstörung, anhänglicher Typus“. Sie hatte aber in der Einrichtung stark randaliert. Daher hatte ich mit der Psychiatrie Kontakt aufgenommen, um mir die Diagnose erklären zu lassen. Dort sagte man mir, dass sich bereits während des Aufenthalts in der Psychiatrie solche Verhaltensweisen entwickelt hätten, aber die Epikrisen wären eben irgendwann geschrieben worden. Das heißt, man muss auch die Pragmatik dabei sehen. Das ICD ist keine feststehende Lösung, sondern Verhaltensweisen sind immer im Fluss und müssen kontinuierlich und prozessual beobachtet werden.

Biografische Anamnese (rekonstruktiv)

Ich plädiere dafür, die Diagnose zunächst wegzulegen und sich den Klienten/die Klientin selbst anzuschauen. Dazu brauchen wir eine gute Biografiediagnostik. Wir müssen etwas über die Bindungsverhältnisse, über Risikofaktoren in der Familie, über die wichtigsten entwicklungsfördernden/-hemmenden Faktoren in den verschiedenen Stadien der Kindheit und Jugend sowie des Erwachsenenalters wissen, wie zum Beispiel bei Nathalie **(Abbildung 11)**.

Das Mädchen war ständig mit Regulationsversuchen beschäftigt und konnte sich kaum entwickeln. Selbst die Förderschule war für sie nicht zu leisten. Die Adoleszenz kann eine große Hürde sein, aber auch eine Chance. In diesem Fall hatte das dazu geführt, dass Nathalie und zwei Schwestern aus der Familie geflohen waren und sich unterbringen ließen.

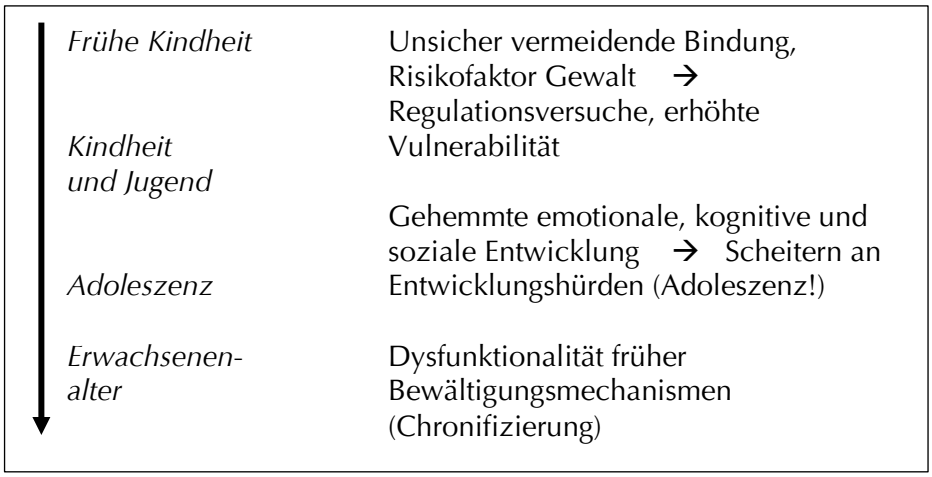


Abbildung 11 © Prof. Dr. Silke Gahleitner

Ob es im späteren Leben zu Chronifizierungsprozessen kommt oder nicht, hängt davon ab, was im späteren Verlauf – auch durch die Jugendhilfe – abgefangen werden kann.

Warum rekonstruktiv?

Die Sozialarbeiterin/der Sozialarbeiter braucht eine rekonstruktive Haltung, das sogenannte Fallverstehen. Das bedeutet, wenn man lediglich anhand einer kategorialen Tabelle feststellt, wie jemand ist, bringt man zwar sein Fachwissen ein – was natürlich auch notwendig ist – aber diese angekreuzten Kategorien können nie genau auf den Klienten/die Klientin zutreffen, weil es lediglich ein Schubladensystem ist. Auf der einen Seite brauchen wir das Fachwissen. Auf der anderen Seite müssen wir die subjektiven Erfahrungen, das biografische Wissen und die Erklärungsmodelle der Klient/innen erfassen. Sonst ist es unmöglich, den Fall zu verstehen. Das hat auch die Medizin längst begriffen und geht in vielen Fällen heute auch besser in den Dialog mit psychosozialen Fachkräften, wenn sie solide vorgeht.

Aus beiden Seiten – Fachwissen und Klientenwissen – erhält man ein Ergebnis, das der Realität wesentlich näher ist als nur eine Seite. Daher brauchen wir

- normatives *und* interpretatives Paradigma[9],
- Theorie- *und* Fallverstehen[10]

zur Erfassung der *Interdependenz* von Psychodynamik und Soziodynamik[11].

Ohne fundierte Theorie kann man auch nicht intuitiv gut sein, sondern Intuition entfaltet sich immer vor einem breit angelegten Wissenshintergrund, daher wird beides gebraucht.

Das heißt: „Die Rekonstruktion von biografischen Verläufen und Konstruktionen vor einem professionellen Hintergrund erfordert intersubjektiv geteiltes, bedeutungsorientiertes Verstehen, aber auch **pragmatisches Handeln**."[12]

Daher ist eine **Vertiefung** entlang der Parameter

- Bindungsverhältnisse,
- Lebensphasen, Lebensverlauf (Chancen und Risiken),
- Bindung, Schutz und Risikofaktoren,
- emotionaler, kognitiver und sozialer Entwicklungsverlauf

notwendig.

Die Komplexität, die aus den beiden Methoden entsteht und die zunächst zum Verständnis gewollt ist, muss danach, aber eben wirklich danach, wieder reduziert werden, um für die Hilfekonferenz eine pragmatische Grundlage erstellen zu können.

Sozial- und Lebenswelt-Diagnostik

Um die Komplexität zu vervollständigen, geht es außerdem um die Analyse der Sozial- und Lebenswelt des Klienten/der Klientin.

Dazu ein Beispiel aus der integrativen Therapie und Beratung:

Wir leben sinnbildlich gesprochen auf einem Fußballfeld. In der Mitte befindet sich der Anstoßpunkt, an dem der Klient steht. Um ihn herum ist auf einem Blatt Papier ein „soziales Atom" gezeichnet. Die wichtigen Menschen im Lebensumfeld werden um ihn herum in der Größe und in dem Abstand aufgemalt, wie sie für ihn wichtig sind. Das alles beschreibt die Situation in der Gegenwart. Diese verändert sich jedoch ständig und ist wie ein Tunnel bis zum Tor (bis zur Geburt) aufgezeichnet, aber auch prospektiv. Das heißt, man ist sein ganzes Leben lang von dem gesamten „Fußballfeld" umgeben. In der integrativen Therapie und Beratung arbeitet man vom Jetzt und Hier über die Struktur in den Entwurf hinein.

---

[9] Uhlendorff, 1997

[10] Gildemeister & Robert, 1997

[11] Müller, 1993; Schulze, 2006

[12] Heiner, 2013

Sie verfügen sicher über viele Instrumente; in der Integrativen Therapie und Beratung nutzen wir die Säulen der Identität, die sich an die Soziologie anlehnen. Es gibt jedoch auch andere Instrumente, anhand derer verschiedene Bereiche abgefragt werden:

- Leiblichkeit,
- Soziales Netzwerk,
- Arbeit/Leistung/Freizeit,
- Ökonomisches ‚Kapital',
- Werte.

Die Psychodiagnostik hingegen bezieht sich nach wie vor auf solche Persönlichkeitstests wie „Big Five", Freiburger Persönlichkeitsinventar u.a. Diese Instrumente sind wesentlich enger gestrickt und können die Diagnostik sehr gut unterstützen. Aber sie geben uns bei Weitem nicht die Auskünfte, die wir in der Kinder- und Jugendhilfe brauchen. Wir müssen unbedingt wissen, wie ein Kind sozial eingebettet ist.

Sehr wesentlich für die Diagnostik ist daher als Vertiefung der Säulen der Identität das soziale Netzwerk. **Abbildung 12** zeigt das Umfeld von Nathalie bis zur Unterbringung in der Einrichtung, die konflikthaften Beziehungen zu ihrem Vater, die Mutter, die sie nicht schützen konnte, die Geschwister usw.

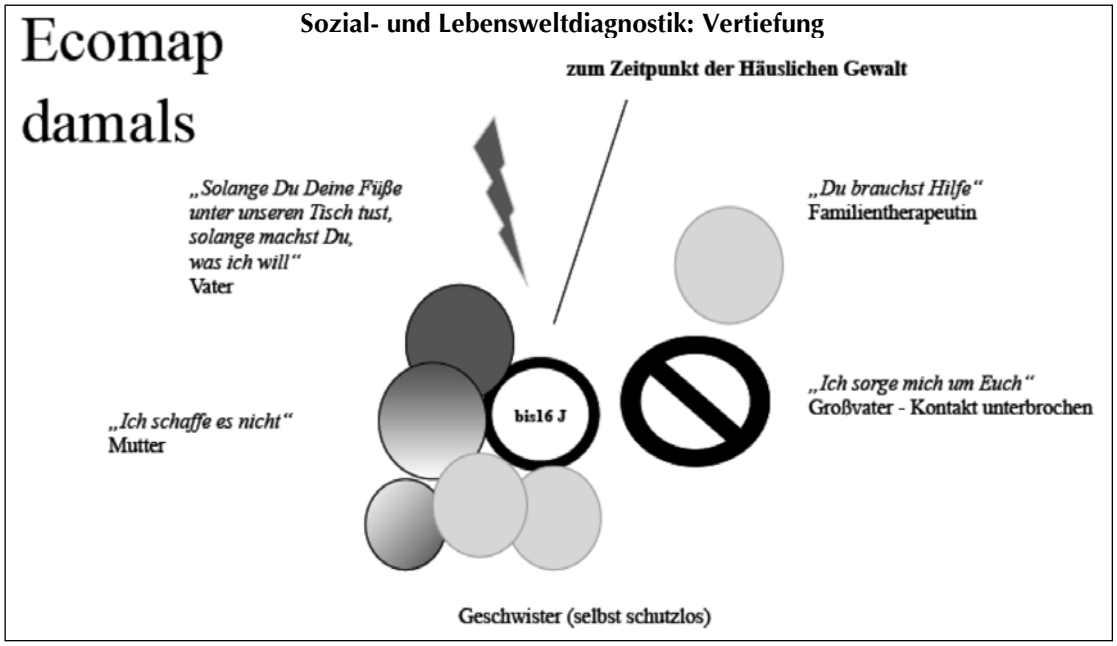


Abbildung 12 © Prof. Dr. Silke Gahleitner

Die kleine Schwester ist dunkel angefärbt, weil der Vater Nathalie einmal gezwungen hatte, sie zu schlagen, und daraus entstand ein großer Konflikt. Die Bearbeitung des Konflikts war auch ein wichtiger Arbeitsauftrag für die Einrichtung und es ist gelungen, die beiden Schwestern wieder zusammenzuführen. Die Familientherapeutin ist weit entfernt aufgezeichnet, sie konnte nur teilweise Einfluss nehmen. Immerhin aber sind die Mäd-

chen zu ihr geflohen. In der Akte von Nathalie tauchte nirgends der Großvater auf, der hier in der Darstellung erwähnt wird. Dieser hatte Nathalie bis zu ihrem 5. Lebensjahr betreut, wurde aber von der Familie absentiert, weil er sie beim Jugendamt anzeigen wollte. Das ist jedoch nicht mehr erfolgt. Dieser Großvater war für Nathalie eine wichtige innere Instanz und blieb es auch nach der Trennung. Solche Informationen sind sehr wichtig für die Interventionsplanung, um die darin liegende Ressource zu nutzen.

Zwei Jahre später sieht die Abbildung deutlich anders aus **(Abbildung 13)**. Die Eltern sind lange nicht mehr so bedrohlich, die Familie ist zusammengeführt, die Geschwister sind eindeutig positiv besetzt, es gibt Freundinnen und einen Freund, mit denen natürlich auch hin und wieder Konflikte ausgetragen werden. Für ein Mädchen wie Nathalie stellen Konflikte eine große Überforderung dar.

Interessant ist daher, dass Nathalie noch einmal das Symbol gemalt hat, um die Situationen, in denen sie mit Geschwistern und Freunden „nur Freude hat", von den Konfliktsituationen abzutrennen. Haustiere spielen auch eine wichtige Rolle. In der sogenannten Ecomap kann man auch die Einrichtungen hinzufügen. Hier ist die Ausbildungseinrichtung dabei, in die sie kam, weil sie die Schule nicht schaffen konnte. Man bekommt dadurch ein sehr vollständiges Bild.

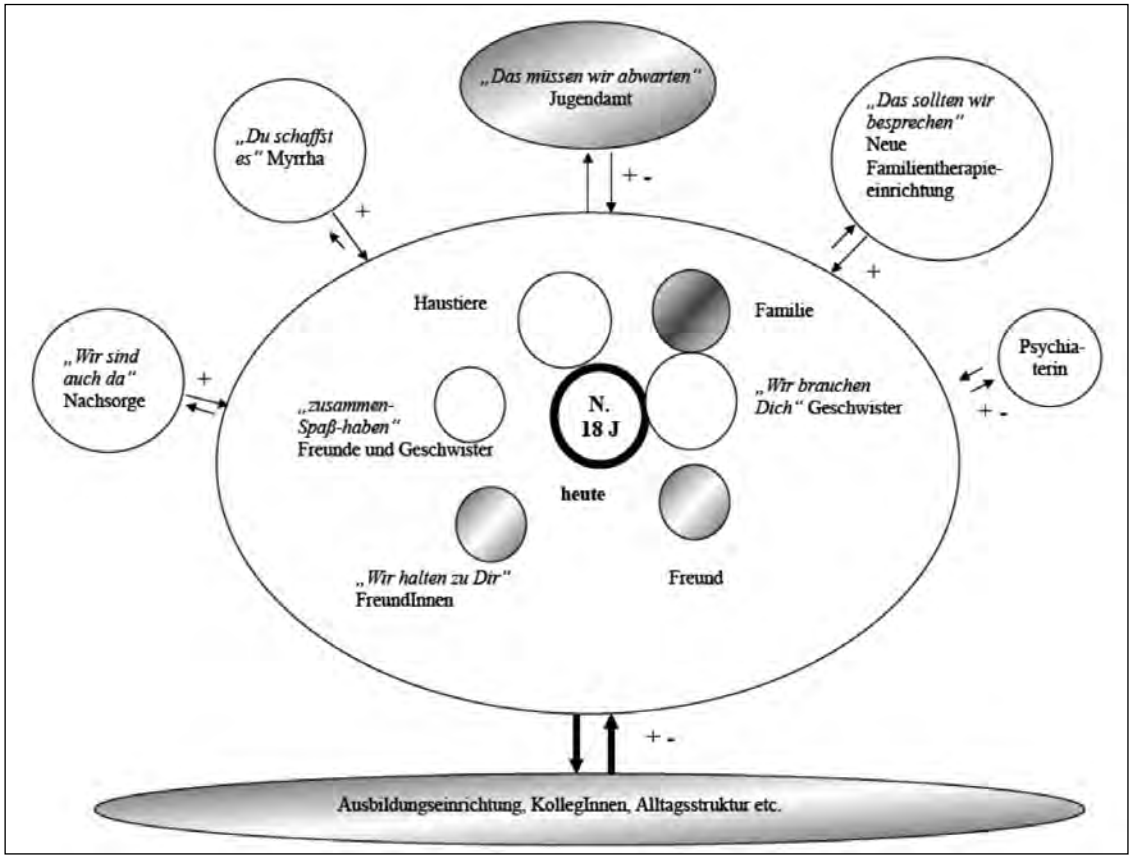


Abbildung 13 © Prof. Dr. Silke Gahleitner

Diese gestaltungsdiagnostischen Vorgehensweisen sind Möglichkeiten zur Bildung eines Konglomerats, das die drei oben genannten Aspekte abbildet und das die Gewähr bietet,

dass man nichts vergisst. Dafür können verschiedene Instrumente von der Grobübersicht bis in die Feinstruktur gewählt werden. Sie müssen sinnvoll im Hinblick auf die Einrichtung und den Fall gewählt werden. Erwähnen möchte ich insbesondere noch das Bindungsinterview, das mit dieser Methodik sehr gut verknüpft werden kann. Ich halte Beziehungsstrukturen für eine der wichtigsten Grundlagen für die Gestaltungsdiagnostik und die konkrete Arbeit in einer Einrichtung.

Bei der Lebensweltdiagnostik entsteht der Effekt, dass sich einige Dinge aus der Biografie wiederholen. Das ist auch nützlich, weil es eine Kontrolle bietet, Informationen richtig aufgenommen zu haben.

Reduktion der Komplexität

Mit all diesen Methoden wurde sehr viel Komplexität gesammelt, nun erst erfolgt die Reduktion. Reduziert man die Komplexität, die man vorher gesammelt hat, auf abstraktere Begriffe, verdichtet sich die Wahrnehmung. Die Reduktion kann auf verschiedene Art und Weise durchgeführt werden. Für unseren Bereich hat sich die Matrix von Pauls[13] bewährt **(Abbildung 14)**.

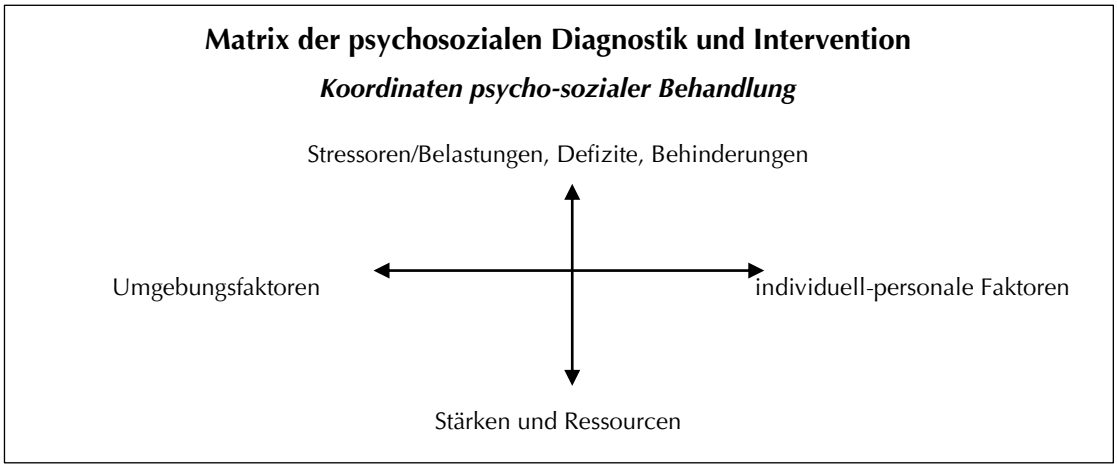


Abbildung 14 © Prof. Dr. Silke Gahleitner

In dieser Matrix - beispielsweise auf einem großen Plakat - werden Stressoren und Ressourcen der Person und der Umgebung erfasst, denn dies wird konkret für die Hilfeplanung benötigt. Für die Erstellung der Matrix können neben den soeben genannten und vorgestellten verschiedenste Erhebungsinstrumente und Möglichkeiten der Diagnostik genutzt werden. Diese psychosoziale Matrix bildet eine Essenz aller vorher zusammengetragenen Punkte, die alle Bereiche (Biografie, Lebenswelt, ICD etc.) enthält.

Für Nathalie aus unserem Fallbeispiel wurde die Matrix folgendermaßen erstellt **(Abbildung 15)**:

[13] Pauls, 2004

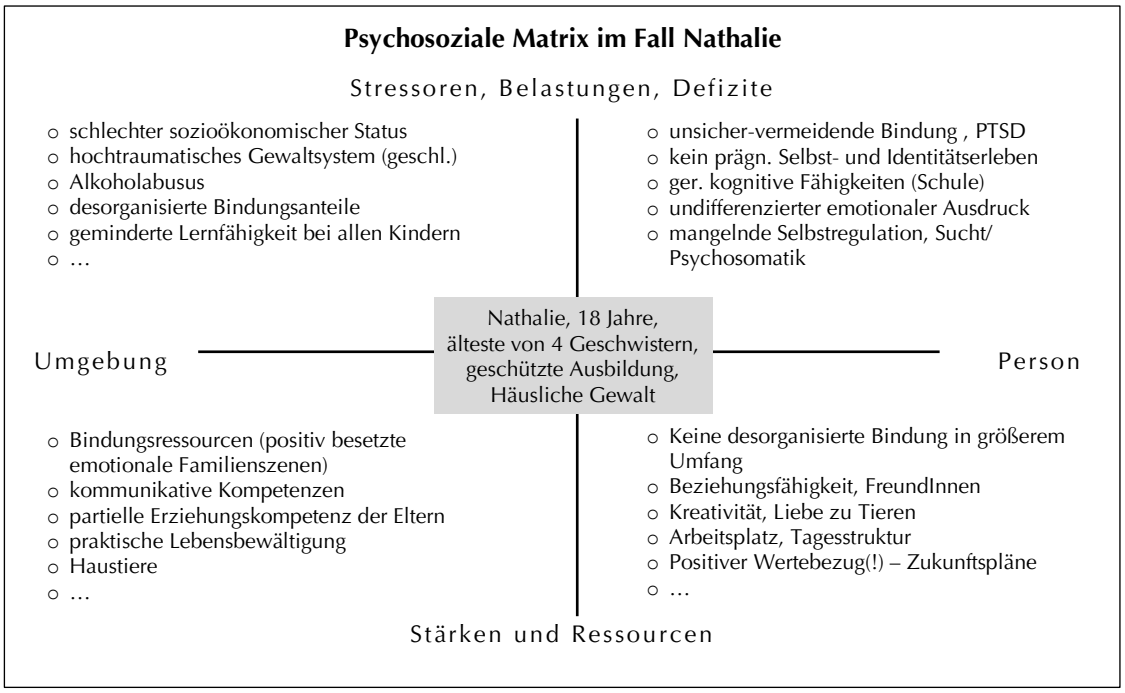


Abbildung 15 © Prof. Dr. Silke Gahleitner

Aus diesen Koordinaten lässt sich sehr systematisch die Hilfeplanung entwickeln, indem man an jeden einzelnen Punkt einen Interventionsimpuls dazu schreibt, wobei Defizite vermindert und Ressourcen gestärkt werden sollen. Diese Impulse werden danach in einer Liste zusammengeführt. Anhand dieser Liste wird eine Prioritätenreihung durchgeführt, die Schritte werden priorisiert. Darüber lässt sich dann ganz eindeutig – z. B. aus der Biografieanalyse – begründen, warum z.B. für das Mädchen Nathalie mit ganz hoher Priorität eine qualifizierte Beziehungsarbeit gebraucht wird. Eine solche oder ähnliche Systematik wie die hier vorgestellte macht dies möglich. Ansonsten erlebe ich es oft in der Praxis, dass von sehr erfahrenen Sozialarbeiter/innen intuitiv zwar nicht schlecht diagnostiziert wird, aber trotzdem nicht so eindeutig rückverfolgbare Begründungen für den Verlauf vorliegen.

3. Wie viel diagnostische Kompetenz braucht der ASD?

Von *Maja Heiner* gibt es eine sehr aufschlussreiche Übersicht zum diagnostischen Fallverstehen über verschiedene Diagnostikarten[14] **(Abbildung 16)**.

Zum Verständnis der Prozesse ist es wichtig zu unterscheiden, ob wir Orientierungs-, Zuweisungs-, Gestaltungs- oder Risikodiagnostik durchführen, d. h., wann welche Instrumente sinnvoll sind, wann die Zuweisungsdiagnostik an andere Kollegen delegiert worden ist (beispielsweise bei Fällen nach § 35a SGB VIII). Die Übersicht wurde auch erstellt, um aus der Debatte zwischen rekonstruktiven und kategorialen Verfahren ein wenig herauszuführen, weil an unterschiedlichen Stellen unterschiedliche Instrumente zum Einsatz kommen müssen. Selbstverständlich braucht man auch u.a. einen Kinder-

[14] Heiner, 2013

schutzbogen, um einen Kinderschutzfall zu erkennen, weil ganz schnell gehandelt werden muss. Dieser allein reicht aber nicht aus, um einen Fall tatsächlich zu verstehen. Dazu werden mehr und tiefer gehende Informationen benötigt. Daher muss klar sein, in welcher Reihenfolge welche Diagnostik für den konkreten Vorgang passt und welche Reichweite man damit hat.

Standardisierung / Funktion der Diagnostik	Reichweite der Informationen	Präzision der Kategorie
Orientierungsdiagnostik ▪ Risikoscreening ▪ Bestandsaufnahme ▪ Globaler Überblick	hoch	gering
Zuweisungsdiagnostik ▪ Auswahl Maßnahme/Programm/Angebot ▪ Eröffnung des Zugangs zum Dienstleister	mittel	mittel
Gestaltungsdiagnostik ▪ Förderungsdiagnostik ▪ Individuelle Spezifikation ▪ Konkretisierung der Ziele, Interventionen u. Interaktionen	hoch + selektiv gering	gering + selektiv hoch
Risikodiagnostik ▪ Risikoeinschätzung ▪ Beurteilung der Dringlichkeit	niedrig	hoch
(*Folie nach Glemser, 2011*)		

Abbildung 16

© Prof. Dr. Silke Gahleitner

Der diagnostische Prozess ist von *Christian Schrapper* in einer Übersicht[15] dargestellt worden **(Abbildung 17)**.

[15] Schrapper, 2005

Abbildung 17 Prof. Dr. Silke Gahleitner

Das heißt zusammengefasst, die Fachkraft der Sozialen Arbeit, besonders im Jugendamt, braucht die Übersicht über die Prozesse. Dafür sind gangbare Umgangswege für Kooperationsstrukturen in den sozialen Diensten nötig.

Kürzlich ist das Buch „Kinder- und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf"[16] erschienen. Darin geht es in erster Linie um § 35a SGB VIII. Dafür haben Herr Homfeldt und ich verschiedene Autoren Artikel darüber schreiben lassen, wie gut oder wie schlecht Kooperation in ihren Bereichen (Schule – Jugendhilfe, stationäre Einrichtung – Jugendhilfe usw.) gelingt. Wir haben alle Artikel danach ausgewertet, was zu guten Kooperationsverhältnissen führt. Wir kamen zu dem Ergebnis, dass Kooperation sehr aufwendig sein müsste und eigentlich fast nirgendwo umgesetzt wird. Alle reden davon, aber der finanzielle, personelle und strukturelle Rahmen ist überwiegend nicht gegeben. Kooperation auf persönlicher Ebene ist nicht zu unterschätzen, sie funktioniert jedoch nur dann tatsächlich und langfristig, wenn es darüber hinaus eine echte Strukturkomponente in der Kooperation gibt. Auch dafür sind die Fachkräfte in der Sozialen Arbeit zuständig. Sie haben das Kooperationsnetzwerk zu koordinieren *und* den Diagnostikprozess zu steuern.

Das heißt auch – so Homfeldts provokante These –, dass der **ASD die Schlüsselstelle** wäre, wenn er diese wirklich angemessen wahrnehmen, diese ganzen Prozesse sammeln und auch entscheiden würde, wo die Fachdienste gebraucht werden und wo nicht und wo die Fachdienste mit dem ASD gut rückgekoppelt werden müssen, bevor sie in den Diagnostikprozess einbezogen werden. Sie müssen einen Weg finden, wie man gegen

[16] Gahleitner, S.B.; Homfeldt. H.G. (Hrsg): Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste. Weinheim: Beltz Juventa (2012)

das stets vorhandene Machtgefälle der Medizin und der Psychologie gegenüber der Sozialen Arbeit in diesen Prozessen vorgehen und wirklich mitdiskutieren und mit unterschiedlichen Sichtweisen und Definitionen umgehen kann.

Fünf Thesen für den ASD

Die Allgemeinen Sozialen Dienste und ihre Mitarbeiter/innen sollten:

(1) ... den Gesamtverlauf der Diagnostik **steuern** – das ist ihr Recht und ihre Pflicht.

(2) ... den gesamten Prozess **fachlich überblicken**. Sie müssen nicht jedes Detail selbst machen, aber sie müssen die Instrumente kennen.

(3) ... **gezielt** Fachdienstinformationen einholen.

(4) ... sich stärker **in den diagnostischen Fachdiskurs einbringen** und Diagnostik mit gestalten. Auch die Wissenschaft braucht den Fachdiskurs mit der Praxis.

(5) ... Evaluationen und neue Forschung anregen.

Ich kann – zum letzten Punkt – nur an Sie appellieren, psychosoziale Forschungsprojekte zu fördern. Diese sind wichtig für Ihren Bereich. Sie können sonst immer nur von fremden Forschungsprojekten zehren, die gar nicht zu Ihrer Praxis gehören.

Resümee: Wozu das Ganze?

Letztendlich geht es um **biografische Aneignungsprozesse und Anschlussmöglichkeiten psychosozialer Intervention**[17]. Unsere Klientel hat häufig die Motivation verloren. Daher ist es von größter Wichtigkeit, sich dialogisch und sensibel auf diese Klientel einzulassen. In diesem Bereich gibt es einen bemerkenswerten Unterschied zu anderen Disziplinen, die lange nicht so partizipativ und dialogisch arbeiten und daher nicht immer so erfolgreich sind, obwohl sie eine höhere Anerkennung finden. Wir sollten daher stolz darauf sein, dass wir in diesem Bereich eine große Domäne haben und sie auch nützen.

Zum Abschluss möchte ich noch auf eine Veröffentlichung hinweisen, die gerade herausgegeben wurde:

Gahleitner/Hahn/Glemser (Hrsg.): Psychosoziale Diagnostik. Köln: Psychiatrie Verl. (2013). (Klinische Sozialarbeit. Bd. 5)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

[17] Schulze, 2006

Quellen

Beck, B.; Borg-Laufs, M.: Sind Sozialarbeiter nicht (mehr) gut genug? Betrachtungen zur Überarbeitung des Psychotherapeutengesetzes. 2., aktual. u. korr. Aufl. Mönchengladbach: Schriftenreihe des Fachbereiches Sozialwesen an der Hochschule Niederrhein (2011)

Franzkowiak, P.: Homfeldt, H.G.; Mühlum, A.: Lehrbuch Gesundheit. Weinheim: Juventa (Reihe: Studienmodule Soziale Arbeit) (2011)

Gahleitner, S.B.; Hahn, G. Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Bonn: Psychiatrie-Verlag (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 1) (2008)

Gahleitner, S.B.; Hahn, G. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 2) (2009)

Gahleitner, S.B.; Hahn, G. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Bonn: Psychiatrie-Verlag (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 3) (2010)

Gahleitner, S.B.; Hahn, G. (Hrsg.): Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten. Bonn: Psychiatrie-Verlag (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 4) (2012)

Gahleitner, S.B.; Hahn, G.; Glemser, R. (Hrsg.): Psychosoziale Diagnostik. Bonn: Psychiatrie-Verlag (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 5) (2013)

Gahleitner, S.B.; Pauls, H.: Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell. In: Gahleitner, S.B.; Hahn, G.; Glemser, R. (Hrsg.): Psychosoziale Diagnostik. Bonn: Psychiatrie-Verlag (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 5), 61-77 (2013)

Gahleitner, S.B.: Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag (2011)

Gahleitner, S.B.; Homfeldt, H.G. (Hrsg): Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste. Weinheim: Beltz Juventa (2012)

Gildemeister, R.; Robert, G.: „Ich geh da von einem Fall aus ..." – Professionalisierung und Fallbezug in der Sozialen Arbeit. In: Jakob, G.; Wensierski, H.-J. von (Hrsg.): Rekonstruktive Sozialpädagogik. Konzepte und Methoden sozialpädagogischen Verstehens in Forschung und Praxis. Weinheim: Juventa, 23-38 (1997)

Heiner, M.: Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit. In: Gahleitner, S.B.; Hahn, G.; Glemser, R. (Hrsg.): Psychosoziale Diagnostik. Bonn: Psychiatrie-Verlag (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 5.), 18-34 (2013)

Keupp, H.: Ermutigung zum aufrechten Gang. Tübingen: DGVT (1997)

Keupp, H.: Alltägliche Lebensführung in der fluiden Gesellschaft. In: Gahleitner, S.B.; Hahn, G. (Hrsg.): Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten. Bonn: Psychiatrie-Verlag (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 4.), 34-51 (2012)

Mielck, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber (2005)

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

Pantuček, P.: Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis sozialer Arbeit. Wien: Böhlau (2005)

Pauls, H.: Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim: Reinhardt (2004)

Pauls, H.: Aufgabenstellungen und Bedarf an Klinischer Sozialarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Gahleitner, S.B.; Hahn, G. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Bonn: Psychiatrie-Verlag (Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 1), 126-136 (2008)

Pauls, H.: Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 2. überarb. Aufl. Weinheim: Juventa (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe) (2011)

Schmid, M.: Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim: Juventa (2007)

Schmid, M.: Psychisch belastete Heimkinder – eine besondere Herausforderung für die Schnittstelle zwischen Klinischer Sozialarbeit und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. In: Gahleitner, S.B.; Hahn, G. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Bonn: Psychiatrie-Verlag (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 3), 113-121 (2010)

Schrapper, C.: Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen. In: Kreft, D.; Mielenz, I. (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Weinheim: Juventa, 189-197 (2005)

Schulze, H.: Biografietheoretische Konzeptualisierung als soziale und geschichtliche Dimensionierung des Psychischen. In: Klinische Sozialarbeit, 2(2), 10-12 (2006)

Uhlendorff, U.: Sozialpädagogische Diagnosen III. Ein sozialpädagogisch-hermeneutisches Diagnoseverfahren für die Hilfeplanung. Weinheim: Juventa (1997)

Zurhorst, G.: Soziale Benachteiligung und psychosoziale Gesundheit. In: Klinische Sozialarbeit, 1(1), 4-6 (2005)

Wer diagnostiziert? Umsetzung intern oder extern? „Interne“ Diagnose vom ASD im Jugendamt oder „externe“ Diagnose?

Ein Plädoyer für „interne“ Diagnostik im Jugendamt (stationär und/oder ambulant)

JOHANNES SCHMITT-ALTHAUS
Leiter der Abteilung Familie und Jugend 1, Jugendamt Stuttgart

Ein Plädoyer lädt dazu ein für **eine** Sicht der Dinge Argumente vorzutragen – in meinem Fall für die Entscheidung, Kompetenzen zur Durchführung von Diagnostik im Jugendamt vorzuhalten und zu nutzen und nicht extern zu vergeben. Viele von Ihnen werden andere Vorstellungen haben.

Wie Sie vielleicht wissen, haben wir in Stuttgart seit Beginn des Jahrtausends flächendeckend den Umbau der Hilfen zur Erziehung vorangetrieben. Der Anspruch, maßgeschneiderte Hilfen anzubieten, stand und steht seitdem im Mittelpunkt. Dabei sind wir uns der Schwierigkeiten und Hindernisse wohl bewusst. Schon früh war klar geworden, dass beispielsweise psychologische oder entwicklungspsychologische Aspekte bei kleineren Kindern nur unzureichend wahrgenommen und gesehen wurden. Die Frage stellte sich, wie diesem Mangel abgeholfen werden konnte. Und dafür war der unvoreingenommene Blick ins eigene Amt nützlich.

Wir stellten fest, dass wir genug fachliche Kompetenz und Expertise im Jugendamt hatten – in den Allgemeinen Sozialdiensten und den Erziehungsberatungsstellen. Wir hatten sie nur klassisch organisiert, nämlich getrennt in eigenen, selbstbewussten Organisationseinheiten. Abgrenzungsbedürfnisse und Schnittstellenkonflikte gehörten zum Alltag.

Wenn wir das ändern wollten, mussten wir uns etwas einfallen lassen. Dabei waren uns die Ziele der zurückliegenden Organisationsentwicklung des Jugendamtes behilflich: Bürgernähe und kurze Wege, Dezentralisierung der Dienste mit verschiedenen Angeboten unter einem Dach, Hilfen aus einer Hand, etc.

Die Idee nahm Gestalt an, ASD und Erziehungsberatung neu zu organisieren und in *Beratungszentren Jugend und Familie* zusammenzuführen. Damit schufen wir die organisatorische Voraussetzung für die interne Diagnostik – und das in einem multiprofessionellen Team –, besonders auch für die Aufgaben des Kinderschutzes und der HzE.

Ich bin einer der zwei Abteilungsleiter im Jugendamt Stuttgart, die für die Beratungszentren und weitere Dienste Verantwortung tragen. Einer meiner Themenschwerpunkte ist das Thema Diagnostik und die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen in den Beratungszentren. Der heutige Fachtag ist für mich eine Herausforderung, unsere Entscheidung für die interne Diagnostik zu reflektieren und über Erfahrungen damit zu berichten.

Dabei leiten mich folgende Fragestellungen:

- In welchen Fällen ist vertiefende Diagnostik angesagt?
- Welcher Rahmen wird vom KJHG gesetzt?
- Wie können Fallverstehen und psychologische Diagnostik eine fruchtbare Koalition eingehen?
- Was fördert diese Zusammenarbeit?
- Wie entwickeln wir diagnostische Kompetenzen im Haus? und
- Wann und wie nutzen wir darüber hinaus externe Diagnostik?

In welchen Fällen ist vertiefende Diagnostik angesagt?

Grundsätzlich muss ich mir natürlich die Frage stellen, ob und in welchen Fällen Diagnostik m. E. sinnvoll oder gar erforderlich ist. Dabei gehe ich von folgender Situation aus, die auch für die meisten Jugendämter zutreffen dürfte:

Unsere Fachkräfte der Sozialen Arbeit haben einen ganzheitlichen Arbeitsauftrag und neben weiteren Aufgaben die uneingeschränkte Fallverantwortung für den Kinderschutz und die Planung der Erziehungshilfen. Ohne eigene Kompetenzen, einen Fall verstehen und diagnostizieren zu können, könnten sie diesen Aufgaben nicht gerecht werden. Neben ihrem sozialpädagogischen Studium haben sie nahezu alle wenigstens eine systemische Grundausbildung.

Für schwierige Fälle, Kinderschutz und Hilfen zur Erziehung, gibt es verbindliche Verfahren, wie der einzelne Fall im Team, Stadtteilteam oder mit Vorgesetzen reflektiert werden muss. Mit diesen Verfahrensstandards wird erreicht, dass die durchschnittliche sozialpädagogische Wahrnehmung und Recherche für viele Fälle ausreichend begründet werden kann. In diesen Fällen ist eine andere Diagnostik nicht erforderlich.

Erst wenn deutlich wird, dass ein Fall mit den eigenen Mitteln nicht befriedigend verstanden werden kann, ist Zeit für vertiefende, (häufig) psychologische Diagnostik.

Ich kann mir also nicht vorstellen, dass fallverantwortliche Fachkräfte unseres Jugendamtes über Hilfe entscheiden, sie bewilligen oder Interventionen planen, ohne im persönlichen Umgang mit den Betroffenen und in der Reflexion mit anderen Fachkräften sich ein umfassendes Bild von Fall und Fallverlauf zu machen. Ebenso wenig ist es vorstellbar, dass sie sich hauptsächlich auf externe Diagnostik verlassen würden. Doch was so selbstverständlich ist, könnte ja von unserer gesetzlichen Grundlage, dem KJHG, auch anders gemeint und zugelassen sein. Deshalb ein Blick ins SGB VIII.

Welcher Rahmen wird vom KJHG gesetzt?

Der Kinderschutz und die Hilfeplanung für die verschiedenen Erziehungshilfen sind für jedes Jugendamt und seine Sozialen Dienste die beiden großen Aufgabenpakete, die es zu bewältigen gilt. Für beides haben sie im Einzelfall die Gewährleistungsverpflichtung und die Steuerungsverantwortung, was nicht delegierbar ist.

Die einschlägigen Paragrafen des SGB VIII sind bekannt:

- § 8a - Kinderschutz,
- § 27 – Hilfe zur Erziehung,
- § 35a - Eingliederungshilfe,
- § 41 – Hilfe für junge Volljährige,
- §§ 36, 36a – Mitwirkung und Hilfeplan und Steuerungsverantwortung SGB VIII.

Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII) ist zuerst die Klärung des Gefährdungsrisikos und das Anbieten von Hilfen, mit denen die Gefährdung abgewendet werden kann. Adressat dieses Auftrags ist das Jugendamt. Die Abschätzung des Gefährdungsrisikos hat im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte zu geschehen. In der Praxis sind das häufig schon aus pragmatischen Gründen die Teamkollegen, es kann aber auch die Expertise von außen hinzugezogen werden.

Bei den Erziehungshilfen (§§ 27, 35a, 41 SGB VIII) geht es um Klärung und Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen, der Geeignetheit und Notwendigkeit von Hilfe und in der Folge um deren Planung im Einzelfall. Diese Prozesse hat das Jugendamt mit seinen Fachkräften in den Sozialen Diensten zu verantworten.

Die einzelne fallverantwortliche Fachkraft wird durch das Gesetz aber auch auf die Zusammenarbeit mit „anderen Fachkräften“ verpflichtet. Das Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte ist in verschiedenen Fallkonstellationen rechtlich gefordert, z. B. beim Kinderschutz, § 8a, bei länger laufenden Erziehungshilfen, § 36 (2), und bei den Eingliederungshilfen, § 35a SGB VIII. Die Verantwortungsgemeinschaft im Kinderschutz und die Beteiligung der anderen Fachkräfte am Hilfeprozess sollen über den Klärungsprozess hinaus erhalten bleiben.

Die „anderen Fachkräfte“ können aus dem eigenen Dienst oder dem Jugendamt kommen oder von anderen Diensten und Einrichtungen der Jugendhilfe, auch von Einrichtungen benachbarter Fachgebiete. Die Regel wird sein, andere Fachkräfte zur Beratung und Konsultation hinzuzuziehen, vor allem, wenn sie schon in Bezug zu den Hilfesuchenden stehen. In Einzelfällen kann es sinnvoll sein, dass noch nicht beteiligte Experten sich den jungen Menschen und seine Familie anschauen und ihre Diagnose in den Klärungsprozess einbringen.

Bei der Eingliederungshilfe ist die Stellungnahme (Ausschlussdiagnostik) einer Fachkraft aus der Medizin erforderlich. Begutachtet werden soll, ob „die seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht“. (§ 35a Abs. 1 Pt. 1 SGB VIII) Die begutachtende Fachkraft soll später am Hilfeplan und an der Durchführung der Hilfe beteiligt werden, § 36 (3) SGB VIII.

Festgestellt werden können für mein Plädoyer zwei Dinge:

1. Kooperation und Einbeziehung von externer oder interner Diagnostik sind aus der Perspektive des Gesetzgebers auf der Tagesordnung, sie sind in vielen Fällen gute Praxis der Sozialen Dienste.

2. Es gibt keine Hinweise darauf, dass diese Diagnostik an Stelle der fachlichen Aufgaben des Jugendamtes und seiner Sozialen Dienste treten könnte.

Aber Diagnostik, sowohl soziale als auch psychologische Diagnostik, ist unter Sozialarbeitern und Sozialpädagoginnen nicht unumstritten. Kann ich daher erwarten, dass meine Fachkräfte sich ihrer nicht nur bedienen, sondern sie auch als Gewinn für die Fallarbeit sehen können?

Leider kann ich Ihnen keine Umfrage unter den Beschäftigten referieren – was spannend wäre – und ich möchte auch nicht auf die eine oder andere Befindlichkeit eingehen. Stattdessen wage ich mich auf das Parkett einer lange Jahre dauernden sozialpädagogischen Fachdiskussion zum Verhältnis von Sozialpädagogik und Diagnostik. Ich mache dies, weil es unverantwortlich wäre, von Beschäftigten etwas zu verlangen, wofür es noch nicht einmal theoretisch Lösungen oder Lösungsansätze gäbe.

Wie können Sozialarbeit und psychologische Diagnostik eine fruchtbare Koalition eingehen?

Erwarten Sie von mir jetzt nicht die Beendigung dieser Fachdiskussion. Stattdessen skizziere ich die für mich **wichtigsten Positionen** und ziehe für meine Anliegen **die erforderlichen Schlüsse** daraus.

- Zur Position 1
  Sie ist gekennzeichnet durch große Vorbehalte bis Ablehnung von diagnostischen Verfahren, die angeblich zu objektivem Wissen und Definitionen von Problemlagen führen würden. Die Menschen seien dem gegenüber die Experten ihres Lebens selbst, höherwertiges Expertenwissen gäbe es nicht, Klassifikationen seien mutmaßlich und willkürlich, Diagnostik etikettiere (Labeling Approach) und fördere versteckte soziale Kontrolle. Es gelte Probleme auszuhandeln und sich wirklich helfend auf sie einzulassen.
  In vielen Einzelfällen ist diese Position ausreichend, gerade dann wenn sich Menschen angenommen und verstanden fühlen und dabei eigene Kraft für die Veränderung ihrer Lage schöpfen. Es wird aber auch deutlich, dass komplexere Problemlagen, insbesondere im Kinderschutz, mit dieser Position nicht verstanden werden können.
  Dennoch ist die Kritik an diagnostischen Verfahren ernst zu nehmen. Wenn diese allerdings verabsolutiert wird, erübrigt sich die Frage nach externer oder interner Diagnostik.

- Die Position 2
  befindet sich auf konträrem Weg. Es wird die soziale oder psycho-soziale Diagnose als Expertendiagnose bevorzugt. Es werden ihr objektive Ergebnisse zugeschrieben, die im weiteren Hilfeverlauf nützlich wären. Die Ergebnisse werden selbstverständlich mit den Betroffenen besprochen, auf die Mitwirkung des jungen Menschen und seiner Familie wird Wert gelegt.
  Aus dieser Position folgt: entweder werden die Fachkräfte der Sozialen Dienste tendenziell zu Diagnostikexperten, oder sie bedienen sich als Fallführende und Fallmanager der diagnostischen Expertise von Dritten. Eine Aufspaltung der Risikoein-

schätzung im Kinderschutz oder der Hilfeplanung bei den erzieherischen Hilfen wäre die Folge

Für Entscheidungsträger im Jugendamt dürfte die erste Variante unrealistisch klingen, die zweite schon eher verlockend. Bei der zweiten käme es nicht darauf an, von wem Diagnostik gemacht würde – Hauptsache schnell und bezahlbar.
Es bleiben aber Fragen: Wie behält das Jugendamt bei dieser Variante seine Steuerungsverantwortung, wenn die Expertendiagnose als unumstößlich, quasi als Wahrheit gilt? Oder: Was tun, wenn die Hilfesuchenden mit der Diagnose nicht zurechtkommen und die daraus abgeleitete Hilfe nicht akzeptieren? In welche Rolle geraten Fallmanager beim ASD, die in solchen Fällen das „Richtige" durchsetzen sollen.

Mir scheint, dass bei Variante 2, die vordergründig schnell zu organisieren wäre, die Probleme zuhauf im Nachhinein entstehen. Sie ist auch fachlich und strukturell nicht stimmig.

- Deshalb eine 3. Position.
  Genau genommen sind es verschiedene Fachpositionen, die darum bemüht sind, das sozialpädagogische Fallverstehen mit Diagnostik, sowohl sozialer als auch psychologischer, aufeinander abzustimmen. Die Begriffe und Inhalte variieren. Es ist die Rede von sozialpädagogischer Diagnostik oder dem diagnostischen Fallverstehen, was von mir bevorzugt wird. Gemeinsam ist ihnen, den deutenden, dialogischen oder hermeneutischen Verstehensprozess mit methodischen und diagnostischen Verfahren zu verbinden. Ich verweise beispielhaft auf die Ausführungen von Maja Heiner, auf die Stichworte „Diagnose" und „Fallverstehen" im Fachlexikon soziale Arbeit oder auf die Konzeption zum Verstehen in helfenden Beziehungen von Thomas Fuchs.

  Was ist aus meiner Leitungsrolle, gesehen an diesen Konzepten, bedeutsam?

  – Fallverstehen und Diagnostik werden als unterschiedliche Formen des Erkennens beschrieben.
  – Das Fallverstehen ist dabei der leitende Prozess, in dem die fallverantwortliche Fachkraft als Gegenüber, quasi auf Du und Du, zu den Hilfesuchenden in teilnehmende Beziehung tritt.
  – Dieses Verhältnis ist eine notwendige Bedingung für das gemeinsame Fallverstehen und für den Erfolg von gewünschten Veränderungsprozessen in Erziehungshilfe oder Therapie.
  – Da in diesem Verhältnis nicht Gleiche aufeinander treffen, ist es erforderlich, dass das zum Thema gemacht werden kann: eine wichtige Voraussetzung zur Vermeidung von Fehlentwicklungen, Konflikten oder Misserfolgen bei Hilfen.
  – Wichtig finde ich die methodische Fundierung der Verstehensprozesse, ihre hermeneutischen und systemischen Grundlagen?
  – Auf diese Weise wird deutlich, wo das gemeinsame Fallverstehen begrenzt ist und ergänzende Diagnostik erforderlich wird, was wiederum in den Verstehensprozess einbezogen wird.

– Wer diese ergänzende und vertiefende Diagnostik durchführt, ist zuerst einmal unbestimmt. Vieles spricht allerdings dafür, dass auch die Fallverantwortung mit diagnostischen Grundlagen vertraut ist oder dass Diagnostik im gleichen (multiprofessionellen) Team gemacht werden kann. So können präzise Fragen an Diagnostik gestellt und Wartezeiten und Wege minimiert werden.
– Ein weiterer Vorteil dieser Positionen ist ihre Ergebnisoffenheit. Zu Beginn ist es noch völlig unbestimmt, welche Hilfen in Frage kommen, ob überhaupt z. B. Hilfen zur Erziehung notwendig sind. Von Vorteil ist, wenn die Fallverantwortlichen des Jugendamtes und ihr Team einen möglichst breit gefächerten Arbeitsauftrag haben.

Diagnostisches Fallverstehen braucht einen ganzheitlichen Arbeitsauftrag, gute Verfahren und kompetente Fachkräfte

Wie begründet sich der **ganzheitliche Arbeitsauftrag**?

Familien und junge Menschen kommen zum Jugendamt, zum Sozialen Dienst, wenn ihnen ihre Probleme über den Kopf wachsen, z. B. bei prekären Lebenslagen, bei Überforderung, bei Erziehungskonflikten, Gewalt in der Familie, Konflikten mit der Schule und dem sozialen Umfeld. Sie umfassen das ganze Spektrum möglicher individueller, familiärer und sozialer Probleme.

Schon im ersten Gespräch geht es um eine vorläufige Sortierung der Probleme, um unterschiedliche Problemsichten (wer hat mit wem welches Problem) und um mögliche Lösungswege. Schon dieses Gespräch ist als Einstieg in das diagnostische Fallverstehen zu gestalten, zumindest sollte es für diesen Weg keine Hindernisse aufbauen.

Dabei hat sich bewährt, dass der Soziale Dienst ein allgemeiner ist, der ein möglichst breites und offenes Wahrnehmungs- und Auftragsspektrum umfasst. In Stuttgart geht das von der Allgemeinen Sozial- und Lebensberatung über die Erziehungsberatung zum Kinderschutz und zur Jugendhilfe im Strafverfahren, also Leistungen aus den Sozialgesetzbüchern VIII, XII und II. Damit werden ganzheitliche Hilfen möglich, Hilfen aus einer Hand, die Verweise an andere Stellen werden minimiert.

Auf dieser Grundlage finden die weiteren Gespräche mit den Hilfesuchenden statt. Ziel ist es, die Schlüsselprobleme herauszuarbeiten und zu verstehen und – ganz im Sinne der Ressourcenorientierung – zu einem Arbeitsbündnis zu kommen, bei dem deutlich wird, wie die Hilfesuchenden die Arbeit an der von ihnen gewünschten Veränderung selbst verantworten können und welche Leistungen durch das Beratungszentrum erbracht oder vermittelt werden. Passende und angemessene Hilfen sind das Ziel. Nicht immer sind das aufwändige Erziehungshilfen.

Gute **Verfahren und Methoden** unterstützen dieses Ziel. Dazu einige Beispiele:

- Beispiel A
  Alle Fachkräfte von Sozialen Diensten haben die Erfahrung, dass Menschen kommen und ihre Probleme zur Behandlung und Lösung abzugeben versuchen. Gelingt

ihnen das, entwickeln sich erfahrungsgemäß immer wieder schwer lösbare Fälle, die zu Unzufriedenheit, oft auch zu Beschwerden gegen das Jugendamt führen.
Diese Kampfmuster frühzeitig zu verstehen, ist Voraussetzung, um es mit den Hilfesuchenden in ein Kooperationsmuster umwandeln zu können. Wertvolle methodische Hinweise gibt dafür Michael Biene mit seinem elternaktivierenden Ansatz.
Auch Familienräte sind geeignet, Widerstände aufzugreifen und ihre Kraft für Selbsthilfe des erweiterten Familiensystems zu nutzen.

- Beispiel B
  Das Verfahren zum Kinderschutz und der Stuttgarter Kinderschutzbogen sind bekannt. Es ist ein Beispiel eines kommunikativ und dialogisch angelegten Verfahrens mit einem starken diagnostischen Element. Die gesamte Lebenssituation der Familie, ihre Beziehungen untereinander, ihr soziales Netzwerk, die Erziehung und Sorge um das Kind und seine Entwicklung werden systematisch gemeinsam angeschaut und bewertet – vorausgesetzt, die Eltern zeigen sich kooperativ. Es wird ein Schutzkonzept für das Kind möglich, das neben erzieherische Hilfen auch die Arbeit an den Zielen der Eltern beinhalten kann.

- Beispiel C
  Verfahren zu Klärung und Planung der Eingliederungshilfe gibt es wahrscheinlich in allen Jugendämtern, Verfahren, die den Vorgaben der §§ 35a und 36,3 SGB VIII folgen müssen, was überaus sinnvoll ist, in der Praxis aber nicht ohne Weiteres befriedigend gelöst werden kann.
  Diese Verfahren bewegen sich im Spannungsfeld von medizinischer Indikation – Abweichung der seelischen Gesundheit vom typischen Zustand - und der Klärung der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.
  Gerade bei den 35a-Fällen wird deutlich, wie sensibel und emphatisch, aber auch informiert Fachkräfte mit den jungen Menschen aus der Psychiatrie oder denen mit Behinderung umgehen müssen und wie eng die Zusammenarbeit im Hilfeprozess bleiben muss.

Was gibt es zur **Kompetenz der Fachkräfte** im Jugendamt zu sagen?

Die Anforderungen sind hoch. Es reicht nicht, Checklisten abzuarbeiten, Bögen auszufüllen, Verfahren abzuspulen. Erwartet werden Fachkräfte, die in Beziehung gehen können, Empathie zeigen, gut gebildet und allseitig informiert sind, sich weiterbilden und über sich, ihr Amt, ihre Arbeitsbeziehungen reflektieren können, die sich als Professionelle verhalten, im Sozialraum und zu anderen Institutionen beste Verbindungen pflegen, bei all dem Freude an der Arbeit behalten und ihre Kreativität. Also Generalisten in einem umfassenden Sinn.

Ich denke manchmal, dass das alles nicht geht, es sich aber andererseits um eine so vielfältige und anspruchsvolle Arbeit handelt, dass es sich lohnt sie zu erhalten und zu pflegen. Und weiter steigende Anforderungen sind zu erwarten, wenn die Entwicklung der letzten Jahre sich fortsetzt.

Welche Antworten darauf sind möglich?

Meines Erachtens sind der generalistische Arbeitsansatz und mit ihm das diagnostische Fallverstehen unverzichtbar, wenn ein Jugendamt auf hohem Niveau seiner Steuerungsverantwortung im Kinderschutz und den Erziehungshilfen nachkommen will.

Andererseits darf nicht verkannt werden, dass die einzelne Fachkraft nicht alle Themen, Methoden und Verfahren gleich gut beherrschen kann. Deshalb bietet sich an, die Arbeits- und Fallverteilung zu ändern, wenn sie noch auf die klassische Bezirkssozialarbeit zugeschnitten ist. Die Alternative ist, dass nicht alle Einzelnen für je einen Bezirk zuständig sind, sondern ein Team für einen Bereich. Teamarbeit und thematische Schwerpunkte sind dann möglich und können sich gegenseitig ergänzen. Das hohe Niveau kann im Team und arbeitsteilig mit relativ wenig Aufwand erreicht werden, muss aber gepflegt und gefördert werden durch Unterstützung des Teams und des Einzelnen mit Fortbildung, Supervision und Coaching. Es bedeutet, Diagnostik und Fallverstehen im eigenen Haus zu entwickeln.

Wie machen wir das in Stuttgart?

Vor etwa zehn Jahren haben wir die ersten beiden *Beratungszentren Jugend und Familie* geschaffen. Sie entstanden durch die Zusammenführung der ASD-Gruppen in zwei Stadtbereichen mit je einer Hälfte einer Erziehungsberatungsstelle. Es gab dafür verschiedene Gründe, auf die ich im Einzelnen nicht eingehen möchte. Nur den Grund möchte ich nennen, der mit dem Thema der Tagung zu tun hat.

Wir hatten im Rahmen des Umbaus der Erziehungshilfen beobachtet, dass in der Einzelfallklärung die psychische Situation des jungen Menschen und die Erziehungsfähigkeit der Eltern oft nur unzureichend gesehen war, was sich negativ auf den Hilfeverlauf auswirkte. Anfragen des ASD an die Erziehungsberatung (EB) wurden nur ungern beantwortet, da die Stelle nicht in die begutachtende Rolle kommen wollte, eine reine Diagnostik aber auch nicht für sinnvoll erachtet wurde. Zudem hatte die EB die Entscheidungskompetenz für teilstationäre Hilfe wenige Jahre davor abgeben müssen.

Die Entstehung eines gemeinsamen Dienstes war jetzt die Alternative. Teamarbeit und Schwerpunktsetzung waren wichtige Voraussetzungen.

Inzwischen haben wir in allen zehn Steuerungsbereichen des Jugendamtes Beratungszentren (BZ) gebildet. Wir beschäftigen psychologische Berater, Fachkräfte der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, viele davon mit langjährigen Weiterbildungen und Zusatzausbildungen. Wir fördern Schwerpunktthemen mit Fortbildungen, Fachtagen und Fachzirkeln.

Dabei war es keineswegs leicht, die psychologischen Fachkräfte und die Fachkräfte der Sozialarbeit und Sozialpädagogik in einen Verständigungsprozess zu bringen. Viele Konkurrenzen, Eitelkeiten und die unterschiedlichen Arbeitsansätze standen im Weg.

Heute spielt die aus der Erziehungsberatung kommende Idee, multiprofessionellen Teams in den BZ zu bilden eine Schlüsselrolle bei der Verständigung der Professionen. Wir unterstützen das mit begleiteten Teamentwicklungsprozessen und Supervision.

Der derzeitige Qualitätsprozess „Diagnostik und Fallverstehen“ ist eines unserer wichtigsten Anliegen. An ihm sind alle Fachkräfte der Beratungszentren beteiligt. Ziel ist es, in einem angenommenen Zeitraum von drei Jahren, die vorhandenen Kompetenzen eines Beratungszentrums im Team zu kommunizieren, die themenbezogene Kommunikation und Kooperation zu verbessern, die Kompetenzen in den Teams und bei Einzelnen mit dem Bedarf der Nachfragenden und Hilfesuchenden abzugleichen und durch gezielte Fortbildungen Lücken zu schließen. Letztlich sollen das diagnostische Fallverstehen und damit die Qualität der Einzelfallklärungen entscheidend verbessert werden.

Was nicht ausbleiben wird, die eigenen Grenzen zu erkennen und die Fragestellungen an externe Expertise klarer stellen zu können.

Wann und wie nutzen wir externe Diagnostik?

Dass externe Diagnostik für ein Jugendamt schwierig sein kann, liegt nicht daran, dass sie in einzelnen Fällen zu konträren Ergebnissen kommt oder mal nicht qualitativ überzeugt. Schwierig ist sie dann, wenn sie für sich Gültigkeit beansprucht, ohne ihre Ergebnisse mit dem Fallzuständigen und den Betroffenen zu besprechen. Leider kommt das immer wieder vor.

Gute Kooperation braucht verschiedene Voraussetzungen:

- Auf Seiten der Sozialen Dienste gezielte und differenzierte Fragestellungen, die auf der Basis eigener diagnostischer Erfahrungen gestellt werden.
- Das gleiche gilt für den Nutzen externer Diagnostik. Die Diagnose muss durch den Fallverantwortlichen adäquat bewertet und für den Hilfe- und Beratungsprozess fruchtbar gemacht werden können.
- Auf Seiten derer, die Diagnostik anbieten, braucht es die Bereitschaft zur Einbindung in den Klärungs- und Hilfeplanungsprozess im Einzelfall,
- Was in Absprachen und im regelmäßigen Austausch strukturell gesichert werden kann.

Positive Erfahrungen haben wir mit Kooperationsvereinbarungen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Sozialpädiatrie, mit den vielen Austauschgremien mit den sozialräumlich tätigen HzE-Trägern und mit den sog. 8a-Vereinbarungen. Gemeinsames Kennzeichen dieser Vereinbarungen ist, dass diese Institutionen sich nicht nur „diagnostisch“ äußern, sondern auch bereit sind, am Hilfeprozess mitzuwirken.

Die wichtigsten Aussagen zum abschließenden Überblick

1. Das Jugendamt hat bei den Hilfen zur Erziehung und dem Kinderschutz gesetzlich vorgegebene Steuerungsfunktionen.
2. Für die Steuerung in Einzelfällen – Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung – bedient es sich eigener Fachkräfte.

3. Gut geklärte Einzelfälle sind **eine** entscheidende Voraussetzung für den Erfolg von Hilfen, eine **andere** die vertrauensvolle Beziehung, ein Arbeitsbündnis zwischen Hilfesuchenden oder Klienten und Fachkraft des Jugendamtes.
4. Die teilnehmende Beziehung und die systematische Diagnostik sind die geeigneten Zugänge, wenn sie aufeinander abgestimmt und kompatibel sind, z. B. in Form des diagnostischen Fallverstehens.
5. Das diagnostische Fallverstehen braucht Ergebnisoffenheit, einen ganzheitlichen Arbeitsauftrag, gute unterstützende Verfahren und kompetente Fachkräfte.
6. Multiprofessionelle Teams können diese Voraussetzungen besser erfüllen und externe Diagnostik leichter für die Steuerungsaufgaben des Jugendamtes nutzen.
7. Die Einbindung externer Diagnostik in den Klärungs- und Hilfeplanungsprozess fordert beide Seiten, Jugendamt und beauftragte Stelle, was durch Kooperationsabsprachen im Sinne gemeinsamer Verständigung und Verantwortungsgemeinschaft gesichert werden sollte.

Literaturliste

Bauer, Joachim, 2011: Einfühlen, mitfühlen, verstehen: Was Spiegelneuronen leisten. In Psychologie heute, November 2011

Biene, Michael, 2010: Systemische Interaktionstherapie, Skript SIT - Einführungsseminar (unveröffentlicht)

Heiner, Maja, 2011: Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, 4., völlig neu bearb. Auflage, München: 237 – 250

Fuchs, Thomas, 2008/2010: Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption, Stuttgart

Kraimer, Klaus, 2011: Fallverstehen. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit, 7., völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Baden-Baden

Müller, Burkhard: Sozialpädagogische Diagnose. Unveröffentlichtes Seminarmanuskript, Hildesheim

Wahlen, Karl, 2011: Diagnostizieren in der Erziehungs- und Familienberatung. In: bke, Informationen für Erziehungsberatungsstellen, Heft 2/11

Weyrich, Karl-Heinz, 2011: Diagnose. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit, 7., völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Baden-Baden

Wer diagnostiziert? Umsetzung intern oder extern? „Interne“ Diagnose vom ASD im Jugendamt oder „externe“ Diagnose?

Ein Plädoyer für „externe“ Diagnostik (stationär und/oder ambulant) – Chancen und Risiken externer Diagnostik

SYBILL RADIG
Leiterin des ASD im Amt für Jugend, Familie und Bildung der Stadt Leipzig

Als ich angefragt wurde, ein Plädoyer für externe Diagnostik zu halten, musste ich die anfragende Kollegin insofern zunächst bremsen, als dass ich darauf hingewiesen habe, dass das Amt für Jugend, Familie und Bildung Leipzig ausschließlich intern sozialpädagogische Diagnostik macht, wenn es um die Feststellung notwendiger und geeigneter Hilfen zur Erziehung geht. Dieses Vorgehen stand nie zur Disposition. Mit der Einführung des Eingangs- und Fallmanagements im Ergebnis der Organisationsuntersuchung des ASD Leipzig 2009 stand allerdings die Frage, innerhalb welchen Bereiches die sozialpädagogische Diagnostik angebunden werden soll. Wurde diese Aufgabe zunächst im Eingangsmanagement verortet, zeigten erste Erfahrungen in der Umsetzung, dass dieser Prozess in das Fallmanagement zu dem fallzuständigen Sozialarbeiter gehört, der anschließend für die weitere Gestaltung des Hilfeverlaufes zuständig ist.

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen habe ich zugesagt, über die Chancen und Risiken externer Diagnostik Ausführungen zu machen.

Zunächst möchte ich auf das Aufgabenprofil des Allgemeinen Sozialen Dienstes verweisen. Er ist als Fachdienst in der Verantwortung, Familien zu beraten, zu unterstützen, Entscheidungen im Interesse der Eltern und Kinder herbeizuführen, aber auch Kinder zu schützen, seine Kontrollaufgaben in diesem Kontext wahrzunehmen und letztlich muss er knappe Ressourcen verteilen.

Aufgrund zunehmender komplexer familiärer Problemlagen ist er gefordert, diese komplexen Unordnungen in der Lebenswirklichkeit von Familien zu erfassen und macht immer wieder die Erfahrung, dass sich dieses Leben nicht so einfach durch Beratung, Unterstützung und Kontrolle ordnen lassen kann. Jedwede Bemühung, regelgeleitete Standardlösungen zu suchen und zu finden, führen nicht zum erhofften Erfolg – weder für den ASD noch für die Familien.

Die Frage ist, was in dieser Situation unterstützen kann und da liegt zunächst der Gedanke nahe: „Eine Diagnose braucht man heute auf jeden Fall/in jedem FALL!“

Im Tagungsprogramm lassen sich Hinweise zur Aufgabe und Handhabung von Diagnostik finden: Von einer Zunahme komplexer Problemlagen und der Steuerungsverantwortung der Jugendämter ist die Rede, es wird die Frage gestellt, wie der Weg von der Krise über die Diagnostik zur passenden Hilfe gangbar ist, wohin die Diagnostik gehört, wie viel diagnostische Kompetenz der ASD braucht, welche technischen/fragebogengestützten Hilfemittel praktikabel sind, wie die Beteiligung von Familien zu sichern ist und es wird die Frage gestellt, wie viel Zeit Diagnostik braucht. Wozu also braucht der ASD eine

Diagnose? Zur Begründung und Legitimation für (kostenrelevante) Entscheidungen gegenüber den Betroffenen, den Kollegen, anderen Fachkräften und gegebenenfalls auch gegenüber dem Verwaltungsgericht, zur Risikoerkennung und -begrenzung im Kinderschutz, zum Finden passgenauer Hilfen, zum Erreichen von Handlungssicherheit oder als Garant für richtige Entscheidungen? Oder dient die Diagnostik den Familien dazu, Zugang zu Erziehungshilfeleistungen zu bekommen, oder wird sie von Familien auch als Chance gesehen, damit sie sich im diagnostischen Prozess selbst besser verstehen und mit diesem Wissen künftig neue, andere konstruktive Wege gestalten können?

Auch wenn ich eingangs ausgeführt habe, dass der ASD in Leipzig ausschließlich intern sozialpädagogisch diagnostiziert, so stellt sich doch die Frage, inwieweit das wirklich stimmt. Denn der ASD agiert gerade im diagnostischen Prozess nicht innerhalb eines geschlossenen Systems. Er ist auf die Unterstützung der Familienmitglieder ebenso angewiesen, wie er mit auferlegten Referenzen beteiligter Partner aus anderen Professionen umgehen muss. Gerade weil er mit komplexen Problemlagen umgehen muss, ist er in der Verantwortung, den diagnostischen Prozess nicht allein sondern im Dialog mit allen Beteiligten aktiv zu gestalten.

Dennoch, entsprechend des heutigen Auftrages, über Chancen und Risiken externer Diagnostik zu sprechen, werde ich zunächst auf angenommene **Chancen** eingehen, wenn der Auftrag zur Diagnostik extern durch den ASD vergeben wird.

Sicherlich gäbe es eine zeitliche Entlastung der Fachkräfte im ASD und die damit verbundene Möglichkeit, sich auf sein Kerngeschäft des Kinderschutzes und die Umsetzung/ fortlaufende Überprüfung der Notwendigkeit und Geeignetheit von Hilfen konzentrieren zu können.

Während dessen können externe Diagnostiker ihre Aufmerksamkeit auf die Konzepterstellung zum Hilfebedarf mit der Familie und Dritten richten – ohne nebenher das Tagesgeschäft des ASD bewältigen zu müssen. Es wird durch dieses Modell weder die Zeit für Diagnostik vor Hilfegewährungen in Frage gestellt noch müssen Externe dem Ruf nach schnellen (nicht passenden) Hilfen folgen noch das Wirtschaftlichkeitsprinzip des ASD im Kopf zu haben.

Gleichzeitig wird impliziert, dass mit ausreichenden fachlichen und personellen Ressourcen Hilfen entwickelt werden, an die Familien Anschluss finden, und dass damit die Abbruchquoten von Erziehungshilfemaßnahmen geringer werden.

Nun zu den **Risiken**. Der ASD würde mit der Auslagerung der diagnostischen Prozesse weniger als Fachbehörde von Anfang an verstanden, sondern um einen wichtigen Teil seiner fachlichen Aufgabe reduziert. Innerhalb dieser Organisationseinheit gäbe es nicht die Möglichkeit des Lernzuwachses zum Thema Fallverstehen. Zuständigkeitswechsel – auch innerhalb des ASD – sind im Hilfeverlauf immer als kritische Situation zu sehen. Die Frage ist, wie Übergänge von externen Diagnostikern zu ASD-internen Fallzuständigen so gut gemeistert werden können, dass Ergebnisse der Diagnostik in ihrer Komplexität ausreichend transportiert und entsprechend umgesetzt werden.

An dieser Stelle soll Konrad Lorenz bemüht werden: „gedacht" ist nicht gesagt, „gesagt" ist nicht gehört, „gehört" ist nicht verstanden, „verstanden" ist nicht gewollt, „gewollt" ist nicht gekonnt, „gekonnt und gewollt" ist nicht getan, „getan" ist nicht beibehalten.

Abschließend ist zu sagen, dass externe/interne Diagnostik letztlich die formale Zuweisung einer notwendigen Aufgabe in der Sozialen Arbeit ist. Viel bedeutsamer ist es doch, ein Fallverstehen zu praktizieren, in dessen Prozess die Beteiligung der Familien ausnahmslos gesichert wird. Dass es selbstverständlich ist, dass andere Professionen beteiligt werden und die Familien diese Beteiligungen als Chance und weniger als Bedrohung für sich erleben. Komplexe, von vielen Brüchen und schwierigen Dynamiken gekennzeichnete Familiengeschichten müssen verstanden und hypothesengeleitet gedeutet werden. Alle Beteiligten müssen gemeinsam einen roten Faden haben. Nicht nur zum Beginn von Hilfen sondern gerade im Hilfeverlauf ist es bedeutsam, dass Zusammenhänge zwischen Lebens- und Hilfegeschichten der Familien gesehen und neu eingehende Informationen und Beurteilungen stetig in diese Zusammenhänge eingeordnet werden. Annahmen und Entscheidungen müssen immer wieder im Hilfeverlauf hinterfragt werden. Das bedeutet, Irritationen zuzulassen, oder auch bewusst zu initiieren. Nur so können so genannte Bestätigungsfehler vermieden werden. Dieser Prozess erfordert Zeit und darf keinesfalls als zusätzlicher Luxus angesehen werden. Ausreichend Zeit für den Dialog mit den Familien, den Fachkräften anderer Professionen und für qualifizierte kollegiale Beratung und Supervision der ASD-Mitarbeiter/innen – darum geht es doch vielmehr.

Fazit: Die Entwicklung eines Fallverstehens

- erfordert die unbedingte Beteiligung der Familien,
- erfordert die Beteiligung anderer (beteiligter) Professionen,
- erfordert, Familiengeschichten (auch vorangegangene Generationen und abwesender Väter) zu verstehen und hypothesengeleitet zu deuten,
- bedeutet, Zusammenhänge – auch im Hilfeverlauf – zwischen Lebens- und Hilfegeschichte, Informationen und Einschätzungen in Zusammenhang zu bringen: einen roten Faden zu haben,
- bedeutet, Irritationen zuzulassen, Entscheidungen in ihrem Verlauf zu hinterfragen, so genannte Bestätigungsfehler zu vermeiden (roter Faden),
- braucht Zeit für qualifizierte kollegiale Beratung,
- braucht Zeit für diese Art von Diagnostik.
- Die Diagnostik ist kein einmaliger Akt.

Die Frage, was heißt jetzt INTERN bzw. EXTERN, kann ich immer noch nicht beantworten. Und wo höhere Risiken/höhere Chancen liegen, auch nicht.

Quellenhinweis zum Thema: http://sfbb.berlin-brandenburg.de/sixcms/media.php/5488/Folien%20Schlussbericht%20WIMES.pdf

Damit ein Fall „in guten Händen“ bleibt. Gestaltung von Übergängen im Hilfeprozess

Wie vorhandene Hilfestrukturen vor, während und nach der Diagnose sinnvoll verknüpft werden können und sollten

PROF. DR. WERNER FREIGANG
Professor für Pädagogik, Sozialpädagogik, Erziehungs- und Familienhilfen an der Hochschule Neubrandenburg,
Wissenschaftlicher Leiter und Direktor des Institutes für Weiterbildung (IfW)

In meinem Beitrag werde ich eingehen auf:

- Selbstverständlichkeiten (die trotzdem wiederholt werden sollten),
- die Unterscheidung von Übergängen und Abbrüchen,
- Diagnosezwecke,
- Risiken von Übergängen,
- Strukturelle Voraussetzungen guter Übergänge,
- Fachliche Voraussetzungen guter Übergänge.

Abbrüche und Übergänge

In vielen „Jugendhilfekarrieren“, mit denen ich mich befasst habe, finden sich Abbrüche, die als Übergänge bezeichnet werden. Daher halte ich eine Differenzierung für notwendig, um Qualitätsmerkmale für Übergänge im Unterschied zu Abbrüchen deutlich zu machen.

Übergang: Normalfall und Besonderheit

Zahlreiche Übergänge sind etwas völlig Normales in jeder Biografie. Übergänge in diesem Sinn können auch als zu bewältigende Entwicklungskrisen bezeichnet werden. Aus dem letzten Jugendbericht und auch aus anderen Untersuchungen wissen wir, dass zum Beispiel die Schulübergänge Entwicklungskrisen darstellen. Das wird u. a. an den steigenden Medikamentenabgaben, insbesondere Psychopharmaka, an Kinder und Jugendliche deutlich. Trotzdem müssen diese Krisen bewältigt werden, wenn Entwicklung stattfinden soll.

Übergänge können kritische Lebensereignisse sein. Sie können zum Teil dramatische Notlagen auslösen. Das kann soweit führen, dass ein Mensch alles, was sein bisheriges Verhalten gesteuert hat, verliert. Ich kenne Menschen, die auch bei einem harmlos erscheinenden biografischen Umbruch – zum Beispiel beim Übergang in den Ruhestand – zum Alkoholiker geworden sind, weil sie die Tagesstruktur verloren haben, die ihnen vorher Halt gab. D.h., jeder Übergang birgt das Potenzial zu einem kritischen Lebensereignis in sich, muss es aber nicht sein.

Für manche sind Übergänge, die für andere eine Krise bedeuten, begrüßte Veränderung/Entlastung/Entwicklungschance. Sie lösen positive Gefühle aus und manche Menschen,

die zum Beispiel in den Ruhestand gehen, tun Dinge, die sie gern tun und zu denen sie vorher keine Zeit hatten. Die Auswirkung des Übergangs liegt nicht nur an der Tatsache des Übergangs selbst, sondern daran, inwiefern man seine Biografie damit fortsetzen kann und wie man darauf vorbereitet ist.

Übergang und (Ab)Bruch

- „Abbruch" ist ein in der Regel negativ besetzter Begriff wie etwa beim Schwangerschaftsabbruch, der ein unwiederbringliches Ende eines Zustandes bezeichnet. Der Begriff setzt am Scheitern an und enthält meist keine Aussage über das, was dann kommen soll.
- „Übergang" dagegen ist ein eher positiv besetzter Begriff: Beim Bahnübergang geht es um das sichere Überschreiten einer Schwelle, danach geht es normal weiter, beim Regen, der allmählich in Schnee übergeht, wird deutlich, dass es um Kontinuität bei langsamem Wandel geht.

In den Erziehungshilfen haben wir es mit Fällen zu tun, die mindestens zu 15 Prozent von einem oder mehreren teilweise dramatischen Abbrüchen allein in den Institutionen gekennzeichnet sind. Noch mehr Kinder und Jugendliche befinden sich in den Hilfen zur Erziehung, weil sie dramatische Abbrüche innerhalb ihres familiären Umfeldes erlebten. Das sind keine Übergänge, sondern Brüche.

Ein Abbruch ist dadurch gekennzeichnet, dass eine Beziehung, welcher Art diese auch sei, beendet wird, beispielsweise bei einem Kontaktabbruch. Es war früher in vielen Einrichtungen zeitweise ein zumindest befristetes Mittel des Eingewöhnens, sechs Wochen lang keinen Kontakt zu Familienangehörigen und/oder Freunden zu erlauben. Diese Regelungen findet man sicher auch heute noch in verschiedenen Einrichtungen. Aus der Sicht der Einrichtung stellt sich das anders dar als aus der Sicht der Kinder. Wenn man Kinder danach fragt, erleben diese das als Bruch, als Verlust von Perspektive und der eigenen biografischen Kontinuität.

Wenn Kinder in einer Einrichtung leben und dieses Leben dort endet, brechen die Beziehungen, die dort aufgebaut oder an die angeknüpft wurden. Bei Jugendlichen, die eine längere Zeit in Einrichtungen der U-Haft-Vermeidung verbracht haben, wirken sich die Abbrüche so aus, dass sie sich meistens an keine Namen von Mitarbeitern mehr erinnern. Sie erinnern sich lediglich an die Bezugspersonen, die Dinge getan haben, die sie aus professioneller Sicht eigentlich nicht tun mussten. Ein Betreuer hatte sie zu einem Fußballspiel und eine andere Mitarbeiterin in ihren Garten mitgenommen. Diese wurden für die Jugendlichen zu Personen, weil sie mehr waren als „Agenten der Institution". Das ist jedoch ein Indikator dafür, wie radikal die Brüche sind. Die Erwachsenen werden zu Figuren, zu den vielen abgebrochenen Beziehungen, die dann keine Bedeutung mehr haben. Einige Jugendliche hingegen haben sich untereinander in verschiedenen Einrichtungen mehrmals wieder getroffen.

Der Begriff „Abbruch" orientiert sich auch am Scheitern, er trägt keinerlei Vorstellung von Zukunft in sich. Es wird etwas beendet – nicht, weil man etwas Besseres hat, sondern weil man – in der Regel die Einrichtung – etwas nicht weiterführen will.

In Übergängen liegen hingegen auch Chancen. Es geht um einen Weg, der nach einem bestimmten Plan fortgesetzt wird. Es ist sinnvoll und sicher, zum Beispiel über einen Bahnübergang zu gehen, um der Straße weiter zu folgen. Ein Übergang ist ein relativ langsamer Wandel, auf den man sich vorbereitet. Hierin liegt auch ein Stück Kontinuität.

Wenn Übergänge tatsächlich Übergänge sind und keine Abbrüche, ist bereits etwas Wesentliches dafür geleistet, dass ein Fall „in guten Händen" bleibt. Ich würde immer dort, wo Kontinuität nicht erkennbar ist, wo Dinge beendet werden, ohne abgeschlossen zu sein, von Abbrüchen sprechen. Dort, wo eine Kontinuität gewahrt bleibt und eine Perspektive verfolgt wird, kann man aus meiner Sicht von Übergängen sprechen.

Heimliche und offene Zwecke von Diagnosen

Sie haben bereits viel über Clearing und Diagnostik gehört und diskutiert. Ich selbst bevorzuge den Begriff des „Clearings", vor allem der „Perspektiv-Klärung". Wenn wir von Diagnostik sprechen, geht es aus meiner Sicht vor allen Dingen um die Klärung dessen, was sinnvoll ist zu tun, um den Aufbau neuer (oder auch alter) Perspektiven, um die Klärung einer notwendigen, speziellen Behandlung.

Es geht in der Praxis auch oft um andere Aspekte, zum Beispiel um **Zuständigkeitsklärung**. Viele Diagnosen sind nicht aus den Gründen motiviert, dass man gute Lösungen für ein Kind, einen Jugendlichen oder eine Familie finden möchte, sondern einen anderen Kostenträger. Man mutet damit den Betroffenen etwas zu, weil man Zwecke für die Verwaltung verfolgt, nicht für das Kind, z. B. als Voraussetzung zur Kostenübernahme.

Man nutzt Diagnosen unter Umständen dafür, dass man über Zuständigkeitswechsel Brüche erzeugt – ohne dies bösartig zu beabsichtigen –, weil man den Regeln von Administrationen folgt. Ist ein anderer zuständig, begleitet dieser den Fall. Dadurch entstehen institutionell erzeugte Brüche.

Zuständigkeitswechsel auch innerhalb von Institutionen wie dem Jugendamt schaden nach aller Empirie den Kindern, Jugendlichen und Familien, weil die Nachfolgeperson nicht mit derselben Intensität und mit einer anderen Beziehung an den Fall herangeht als die, die ihn ursprünglich recherchiert hat. Es haben sich daraus leider auch ganz dramatische Fälle entwickelt, wie ich in einigen Projekten erleben musste, weil das Hauptmotiv für eine Hilfe vergessen wurde.

In einem Fall war bekannt, dass der Vater des Kindes schon immer Probleme mit Alkohol hatte und seine Kinder aus einer ersten Familie vergessen hatte, wenn es etwas „zu feiern gab". Nun hatte eine Minderjährige von ihm ein Kind bekommen und das war immerhin ein Anlass für eine Familienhilfe. Durch einen institutionell produzierten Zuständigkeitswechsel kannte die neue Bearbeiterin diesen Anlass nicht und hat die Hilfe verändert. Das Kind ist gestorben, allerdings eines natürlichen Todes, daher gab es keinen öffentlichen Skandal. Die Logik der Hilfe wurde in diesem Fall jedoch über den Zuständigkeitswechsel vergessen. Dies ist sicher ein dramatischer Ausnahmefall, aber wir konnten häufig beobachten, dass Zuständigkeitswechsel strukturelles Desinteresse am Fall auslösen.

Daher lautet eine Botschaft an dieser Stelle: **Übergänge werden unter anderem dadurch nicht zu Abbrüchen, dass Akteure am Fall bleiben** und nicht aufgrund von bestimmten Diagnosen oder anders produziertem Zuständigkeitswechsel ausgetauscht werden. Natürlich wird es immer Wechsel geben; Mitarbeiter gehen in den Ruhestand oder wechseln in eine andere Dienststelle. Aber wir wissen eben auch, dass dies den Betroffenen schadet.

Mitunter dienen Diagnosen der **Legitimation von Unzuständigkeit**, sozusagen als Begründung für das Beenden einer Hilfe und das Abschieben von Fällen. Man kann damit begründen, dass „dies kein Fall für uns" ist und eventuell ein Kind irrtümlich aufgenommen worden ist. Um genau so ein Vorgehen zu verhindern, gehört es zum Konzept einer Kinder- und Jugendpsychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern, mit jeder Einrichtung, die ein Kind zur stationären Diagnostik dorthin abgibt, einen Vertrag zu schließen, der besagt, dass die abgebende Einrichtung das Kind auch wieder zurücknimmt. Auf Grund dieser Absicherung ist ein Ausweichverhalten einiger Einrichtungen auf eine andere Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Belegungszahlen erkennbar.

Diese Logik, diagnostische Abklärung zu betreiben, um jemanden loszuwerden und um bescheinigt zu bekommen, dass der/die Betroffene eine ganz andere Hilfe braucht und in der eigenen Einrichtung am falschen Ort ist, ist hoffentlich im Abnehmen. Die Diagnose kann ja mitunter durchaus zutreffen, aber hier wird sie anderen Zwecken untergeordnet. Sie wird nicht für das Kind, sondern für die Einrichtung durchgeführt.

Es gibt Karrieren von Kindern und Jugendlichen, die lassen sich nach den Mustern der Diagnosen in Phasen einteilen. Zuerst wird festgestellt, dass das Verhalten des Kindes in den Bedingungen in der Familie und im darin gelernten Verhaltensmuster liegt. Daraufhin kommt es in eine Einrichtung, die die Nachsozialisation zum Ziel hat. Später wird anders diagnostiziert und das Kind kommt in eine eher verhaltenstherapeutisch orientierte Einrichtung. Wenn dies nicht zum Erfolg führt, gibt es noch einen Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung – mit der ursprünglichen Diagnose. Die Diagnosen mögen alle kunstgerecht sein. Mir kommt es darauf an zu verdeutlichen, dass diese unter Umständen einen Zweck erfüllen, der nicht dem Kind dient, sondern den Einrichtungen. **Das schafft Brüche, keine Übergänge**.

Diagnosen entlasten von Schuld und Verantwortlichkeit. Wenn ein Kind einen „angeborenen Defekt" hat, ist keiner schuld. Hat ein Kind eine medizinisch belegbare Krankheit, ist dies für Eltern oder Einrichtungsleiter möglicherweise leichter erträglich als zugeben zu müssen, dass ein Problem die Folge ihres Erziehungsverhaltens ist.

Bei vielen Einrichtungskarrieren lässt sich folgender Mechanismus beobachten: Ein Kind kommt in der Familie nicht zurecht bzw. die Eltern kommen mit dem Kind nicht zurecht. Eine Einrichtung der Jugendhilfe nimmt in der Regel dieses Kind auf oder befasst sich mit der Familie, weil sie behauptet, es besser zu können, weil die Bedingungen besser oder die Personen geeigneter sind. Irgendwann stoßen die Mitarbeiter der Einrichtung möglicherweise an ihre Grenzen. Daraus wird nicht der Schluss gezogen, dass sie ebenso „unfähig" sind wie die Eltern, mit diesem Kind zurechtzukommen, sondern man geht eher davon aus, dass das Kind in der Einrichtung falsch ist. Aus der ursprünglich milieutheoretischen Betrachtung wird somit eine persönlichkeitstheoretische Betrachtung. Dafür nutzt man eine Diagnose, die die Schwierigkeiten anders attribuiert, als sie ursprünglich

waren. Die nächste Einrichtung nimmt wieder milieutheoretisch auf und wähnt sich besser als die erste Einrichtung. Erst wenn sie ebenfalls scheitern, schwenkt sie auch auf das persönlichkeitstheoretische Modell um.

Risiken von Übergängen – Was ändert sich?

Jeder Übergang birgt Risiken. **Geringe, sehr gezielte Veränderungen bringen (in der Regel) geringere Risiken mit sich.** Natürlich sollen die Dinge verändert werden, die Schaden anrichten. Aber im Prinzip gilt zunächst: Wenn ich alles verändere, sind die Risiken am höchsten.

Nebenwirkung sind jedoch bei allen Maßnahmen **unvermeidlich und müssen „kalkuliert" werden**. Es gibt keine Hilfe ohne Nebenwirkungen. Solche Folgeerscheinungen sind niemandem vorzuwerfen. Was jedoch zum Vorwurf gemacht werden kann, ist die fehlende Berücksichtigung entsprechender Überlegungen.

Es passiert in der Jugendhilfe – wie in der Medizin und anderen Disziplinen auch –, dass man sich verkalkuliert. Deshalb sollte man lernfähig sein. Trotzdem wird man manchmal überrascht. Deshalb sollte man **Fehlerfreundlichkeit als Prinzip** verankern.

Man muss eigentlich immer damit rechnen, dass eine Entscheidung auch falsch sein kann, und den daraus entstehenden möglichen Schaden und die möglichen Nebenwirkungen kalkulieren. Wenn ich zum Beispiel ein Kind aus dem Elternhaus herausnehmen muss, ist das Risiko, dass es diesen Bruch nicht gut bewältigt, höher, wenn es in eine andere Stadt kommt, die Schule wechseln muss und auch noch seine Freunde verliert. Stellt sich dann heraus, dass es doch in das Elternhaus zurück kann, und alle Beteiligten sind damit einverstanden, hat es zwei Schulwechsel sowie mühsame Anknüpfungsprozesse an den Freundeskreis zu bewältigen. Möglicherweise wirft das neue Probleme auf, die das Kind kaum meistern kann. Fehlerfreundlich wäre die Maßnahme, wenn eine Lösung in der Nähe ausgewählt wird, zumindest dann, wenn man noch keine eindeutige Klarheit darüber gewonnen hat, dass wirklich die weit entfernte, vermeintlich optimale Einrichtung auch eine dauerhaft richtige Entscheidung ist. Das wird nach meiner Beobachtung zu oft zu wenig beachtet. Manche Kinder werden erst einmal sehr weit weg untergebracht, bevor man – möglicherweise durch das Verhalten des Kindes gezwungen - überlegt, ob das wirklich die sinnvollste Maßnahme für das jeweilige Kind ist. Dies ist zunächst aus der Logik des Handelns oft naheliegend und die Nebenwirkungen tauchen in der Regel mit erheblicher Zeitverzögerung auf.

Fehlerfreundlichkeit als Prinzip heißt also, dass man nicht immer sofort die optimale Lösung findet, sondern abwägt, welchen Schaden man damit für alle Beteiligten anrichtet, wenn sich die optimale Lösung doch nicht als die genau richtige herausstellt. Auch das ist wichtig, um Übergänge nicht zu Brüchen werden zu lassen.

Belastungen und Ressourcen

Eltern gehen meistens nicht mit solchen Begriffen um, aber sie handeln danach. Sie wägen ab, welche Ressourcen in einer Hilfe liegen und welche Belastungen sie bringen.

Wenn die Ressourcen-Belastungs-Balance nicht stimmt, entscheiden sie sich oft gegen die Fortsetzung einer Hilfe. Solange sie sich mehr Ressourcen als Belastungen versprechen, nehmen sie die Hilfe gern an.

Wie gut Übergänge bewältigt werden können, wird maßgeblich von den verfügbaren Ressourcen bestimmt. Diese Ressourcen liegen zum Teil in der Person, zum Teil im Umfeld. Die Möglichkeit der Bewältigung von Übergängen hängt von den durch den Übergang hervorgerufenen Belastungen und den durch den Übergang abgeschnittenen Ressourcen (Resilienzfaktoren) ab. Je mehr von den Ressourcen – gerade auch im Umfeld – abgeschnitten wird, desto höher ist das Risiko, dass der Übergang nicht bewältigt werden kann und kritische Nebenwirkungen auftreten.

In der Begleitung von Einrichtungen erleben wir immer wieder, dass psychisch kranke Eltern ein wichtiges Thema sind. Oft gibt es solche Ressourcen wie Nachbarn oder Lehrer/innen oder andere Verwandte, die dem Kind signalisieren, dass sie um ihre Probleme wissen, und ihnen Mut zusprechen oder dem Kind auf andere Weise häufig etwas Gutes tun. Die Kinder beschreiben in rückblickenden Betrachtungen, dass dies sehr wichtig für sie war, denn sie wussten dadurch, dass nicht sie krank („verrückt") sind, sondern ihre Eltern. Es ist eine wichtige Ressource, dass es Zeugen gibt und man den Zugang zu diesen Zeugen hat. Die Kinder können es so zu Hause besser aushalten, wenn eine solche Ressource zur Verfügung steht.

Werden Kindern durch einen Übergang solche Oasen genommen, muss man davon ausgehen, dass sie schlechtere Chancen haben, die Übergänge zu bewältigen. Daher ist es wichtig, in einem laufenden Prozess nach solchen Ressourcen im Umfeld zu suchen und diese möglichst zu erhalten, wenn eine neue Lebenssituation für das Kind geschaffen werden muss. Diagnose und Clearing sind keine „Sekundenaufnahmen", daher muss man sich die Zeit dafür nehmen.

Damit aus einem Übergang kein Untergang wird… – strukturelle Aspekte

Mecklenburg-Vorpommern verfügt über eine mangelhafte Versorgung mit Psychologen und Kinder- und Jugendpsychiatern. In einem Landkreis von der Größe des Saarlandes gab es lange Zeit nur eine niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterin. Dementsprechend betreute sie etwa 500 ADHS-Fälle, die sie einmal im Vierteljahr sah. Das ist nicht vergleichbar mit anderen Bundesländern. Daher existieren hier überwiegend stationäre Angebote, um ein Clearingverfahren durchzuführen. Das bringt natürlich die beschriebenen Schwierigkeiten mit sich.

Die Akteure im Sozialen Dienst und in anderen Diensten und Einrichtungen benötigen Verweisungswissen. Sie müssen wissen, wo die Grenzen in ihrer Profession liegen, wo sie sich Hilfe von anderen suchen müssen und wie sie die Hilfe als Ergänzung in ihre Hilfe einfügen können, um eine „Doppelhilfe" zu installieren, wenn es sich als nötig erweist.

In einem Projekt mit Pflegekindern begegneten wir Pflegeeltern, denen der halbjährliche Kontakt mit der Mitarbeiterin des Pflegekinderdienstes nicht gereicht hat und die eine Erziehungsberatung wünschten. Diese mussten sie jedoch privat bezahlen, denn „Doppelhilfen werden nicht genehmigt". Pflegekinderhilfe ist bereits eine Hilfe und Erzie-

hungsberatung wäre eine zweite. Diese Logik wird zum Glück nicht von vielen Mitarbeiter/innen geteilt. Aber wenn es darum geht, dass eine auslaufende Hilfe parallel zur neuen Hilfe noch Fachleistungsstunden braucht, um den Übergang zur neuen Hilfe zu bewältigen, finanzieren dies Jugendämter kaum noch, obwohl das für die Kinder, die Jugendlichen und die Familien oft sehr wichtig wäre. Zeigt eine Mutter z. B. die Einsicht, dass ihr Kind in einer Pflegefamilie besser aufgehoben ist, wird sie u. U. sofort damit „bestraft", dass die Familienhilfe wegfällt, auch wenn bei ihr noch ein anderes Kind lebt, das noch keine schwerwiegenden Probleme aufweist. Das ist Alltag und das macht Übergänge und Kontinuität sehr schwer. Daher halte ich es für wichtig, sich offensiv dafür einzusetzen, dass bei manchen Familien mehrere Hilfen gleichzeitig – zumindest zeitweise, nicht dauerhaft – durchgeführt werden können, um Übergänge sinnvoll zu gestalten.

In einem Projekt in einem Landkreis haben wir das versucht und es funktioniert recht gut, dass abgebende Hilfe und neue Hilfe immer mit einem persönlichen Gespräch in Anwesenheit der Familie ineinander übergehen und somit eine Übergabe und eine Deutung der Schwierigkeiten gemeinsam hergestellt werden. Die Investition, dies allen Akteuren zu bezahlen, lohnt sich, da hiermit eine Qualitätsverbesserung erreicht werden kann.

In der Praxis ist es – zum Teil aus Zeitgründen – selten umsetzbar, dass in die Diagnose auch das Heimumfeld einbezogen wird, um das Verhalten eines Kindes zu verstehen. Wenn ich aber bei Kindern das familiäre Umfeld für wichtig halte, um ihr Verhalten verstehen zu können, ist bei Kindern aus Heimgruppen das Heimumfeld ebenso wichtig. Das ist eigentlich eine Selbstverständlichkeit, gehört aber nicht zum Alltag. Für eine Diagnose muss ich immer das Umfeld einbeziehen, auch wenn das nicht die Familie ist, sondern es sich um Professionelle handelt. Es erscheint derzeit noch als eine Skurrilität, wenn ein Team einmal zu einem Gespräch in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt, um eine Situation abzuklären. Dies kann sich aber als hilfreich erweisen. In Rostock konnten Einrichtungen im Rahmen eines Verbundprojektes solche Regelungen selbst gestalten, so dass ein Team z. B. Erziehungsberatung oder Supervision gemeinsam mit dem Kind in Anspruch nehmen konnte, was insbesondere bei den Kindern sehr gut angekommen ist, weil sie sich und ihre Probleme ernst genommen sahen.

Die Kinder, mit denen wir in der Heimerziehung zu tun haben, haben oftmals die Erfahrung gemacht, dass etwas Neues probiert wird, wenn es in einem Bereich nicht funktioniert hat. Man drückt auf „Reset" mit einem neuen Umfeld und wenn wir Kinder von einer Hilfe zur nächsten schieben, wiederholen wir gerade diesen Mechanismus, den wir den Eltern vorwerfen. Die Regelfrage muss jedoch sein, wie man ein Umfeld anreichern kann, dass eine notwendige, *ergänzende* Unterstützung gewährt wird, die ein Kind, ein Jugendlicher oder eine Familie braucht. Damit ist nicht gemeint, dass das Kind unbedingt in der Gruppe bleibt, in der es ihm schlecht geht, oder jedes Kind in der Familie verbleibt. Vielmehr soll gemeinsam geklärt werden, was erhalten und was verändert werden muss.

Es gibt durchaus Eltern, die davon überzeugt sind, ihrem Kind das Beste anzutun, wenn sie es in eine Pflegefamilie oder eine Wohngruppe geben. Solche Eltern sind für die Pflegeeltern die besten Herkunftseltern. Hier ist aus meiner Sicht der Übergang geglückt, weil die Kontinuität mit wechselseitigem Wohlwollen gepaart ist. Wenn das gelingt, hat man gute Chancen, dass Hilfen funktionieren. Man weiß aus der Heimerziehung, dass das

Einverständnis von Eltern und Kindern mit der Maßnahme die wichtigste Voraussetzung für Erfolg ist. Es hat weniger mit den Störungsbildern zu tun als vor allem mit dem inneren Einverständnis zu der Maßnahme.

Damit aus einem Übergang kein Untergang wird… – fachliche Aspekte

- Partizipation auch und gerade in Krisenzeiten,
- Orientierung an bedeutsamen biografischen Themen,
- Ergänzende Hilfe und begleitende Diagnostik als Normalfall,
- Kontinuität einer Fachkraft, die den Übergang begleitet und das Kind, den Jugendlichen, die Familie betreut,
- Die Krise nach einem Übergang muss vorgesehen sein und ausgehalten werden können. Vor einer Veränderung, muss das, was besser ist, erfahren werden können.
- Offene Kommunikation zwischen Abgebenden und Neuen.

Partizipation darf nicht in Krisenzeiten als überflüssiger Luxus betrachtet werden („Jetzt sagen wir dir, wo es lang geht!" … „Du bist uns lange genug auf der Nase herumgetanzt!"). Das führt sonst in aller Regel zu weiterer Eskalation.

Oft ist Diskontinuität, gerade in familiären Verhältnissen, das herausragende biografische Merkmal – und die Jugendhilfe setzt das fort. Man muss sich die Frage stellen, wie man in Hilfeprozessen und in Übergängen mit den biografischen Themen umgeht und ob man nicht mitunter missliche biografische Erfahrungen bestätigt. Hat eine Mutter ständig wechselnde Partner und das Kind erhält in der Jugendhilfe viele Bezugspersonen, lernt das Kind nichts Neues kennen und sieht keinen Grund, in seinem Verhalten etwas zu verändern.

Kinder brauchen einen „Guide" durch ihre Kindheit und Jugend, jemanden, der sie begleitet, der ihnen erklärt, was gerade passiert und warum, jemanden, der kontinuierlich zur Verfügung steht, zu dem das Kind Vertrauen hat, der sie in den Hilfeeinrichtungen besucht. Das hat auch *Klaus Wolf* nach seinen Interviews mit Pflegekindern deutlich herausgestellt. Diese Person muss ihre Rolle auch unabhängig von den Einrichtungen finden. Als Begleiter muss er/sie regelmäßigen persönlichen Kontakt zu dem Kind halten, unabhängig, wo sich das Kind befindet, ob in einer Einrichtung oder einer Pflegefamilie.

Wenn Krisen Anlass für Abbrüche sind, hat man zuvor falsch geklärt. Man kann davon ausgehen, dass Kinder nicht in Vorleistung gehen. Sie verändern ihr Verhalten nicht, weil ihnen versprochen wurde, dass es in der Einrichtung/in der Pflegefamilie besser für sie ist. Sie müssen erst einmal erfahren, dass es wirklich besser ist. Vorher müssen sie das ausprobieren und auch ausprobieren dürfen. Und sie müssen das erproben, was man in den Aufnahmeunterlagen bereits sieht. Wenn ein Kind als destruktiv beschrieben wird, muss man auch vorsehen, dass es sich so verhält, um auszutesten, ob man hier besser/anders damit umgeht als in der vorhergehenden Station oder der Familie. Wenn man vorher weiß, dass man das nicht aushält, darf man das Kind nicht aufnehmen. Man muss symptomtolerant aufnehmen, indem man davon ausgeht, dass das Kind genauso ist, wie es

beschrieben wurde, und nicht, nur weil es jetzt in dieser Einrichtung „sein darf“, sein Verhalten abgelegt hat. Leider entspricht das nicht der Praxis. Man nimmt oft erst einmal auf, ohne die Krise vorzusehen.

Es muss aus all diesen Gründen eine möglichst offene Kommunikation zwischen den Abgebenden und den Neuen geben, erst dann wird es zur Übergabe und zum Übergang für das Kind, für den Jugendlichen und die Familie.

Ich danke für die Aufmerksamkeit.

Was motiviert Menschen, ihr Verhalten zu ändern?

PROF. DR. JÜRGEN KÖRNER
Psychoanalytiker, Präsident der International Psychoanalytic University, Berlin

Zu Beginn möchte ich den Kontext umreißen, in dem ich mich beruflich bewege. Als ehemaliger Professor an der Freien Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, habe ich mich viele Jahre lang mit dem Forschungsschwerpunkt „Jugendliche Delinquenz" beschäftigt. Ich habe in dieser Zeit ein „sozial-kognitives" Training für delinquente Jugendliche entwickelt, das „Denkzeit-Training"[1], und in zahlreichen Anwendungen wissenschaftlich begleitet. Um diese Methode anbieten zu können, habe ich ein Curriculum für die Ausbildung zum Denkzeit-Trainer entworfen und bis zum heutigen Tage zusammen mit meinen Mitarbeitern etwa 80 geeignete Pädagoginnen und Pädagogen zu Denkzeit-Trainern ausgebildet. Außerdem habe ich die Denkzeit-Gesellschaft gegründet, ein in Berlin anerkannter Freier Träger der Jugendhilfe.

Der Fragestellung meines Vortrages heute nähere ich mich vor dem Hintergrund unserer langjährigen Erfahrungen in der Arbeit mit delinquenten Jugendlichen. Diese Jugendlichen waren in der Regel hoch belastet: Die meisten hatten schon zwei- oder dreimal vor dem Jugendrichter gestanden, in der Regel wegen (schwerer) Körperverletzung, Nötigung, Erpressung – oft auch gemeinschaftlich begangen. Es sind also keine „leichten" Fälle darunter und ich möchte betonen, dass nach unserer Kenntnis alle diese Jugendlichen schon als Kinder, zu Beginn ihrer Schulzeit, als verhaltensauffällig gegolten hatten. Die Frage, was Menschen motiviert, ihr Verhalten zu ändern, ist bei dieser Klientel wirklich nicht leicht zu beantworten, zumal die Jugendlichen, mit denen wir arbeiten, durchschnittlich um die 18 Jahre alt sind, das heißt, in vielen Fällen sind es schon gar keine Jugendlichen mehr. Die meisten sind in delinquente Subkulturen eingebunden, in denen sie sich regelmäßig aufhalten, so dass wir auch mit einem intensiven Einzeltraining („Denkzeit" dauert 40 Stunden, es wird ein ausgearbeitetes Manual von einem ausgebildeten Trainer und einem Jugendlichen gemeinsam durchgearbeitet) oft nur wenig Änderung bewirken können. Ich hoffe aber, dass mein Beitrag doch auch für diejenigen von Nutzen sein wird, die mit weniger schwierigen Fällen zu arbeiten haben.

Schließlich möchte ich erwähnen, dass ich im Grundberuf Diplom-Psychologe und Psychoanalytiker bin und auch seit mehr als 30 Jahren neben meiner Hochschultätigkeit in einer kleinen psychoanalytischen Praxis arbeite. Psychoanalytiker pflegen ein indifferentes, wenn nicht negatives Menschenbild, das heißt, sie nehmen nicht von vornherein an, dass Menschen „gut" sind. Vielmehr wissen sie, dass alle die sozialen Tugenden wie Rücksichtnahme, Altruismus, Fürsorglichkeit usw. jedem einzelnen Kind und Jugendlichen in einem sehr lange dauernden und anstrengenden Erziehungsprozess abgerungen werden müssen. Insofern ist es für einen Psychoanalytiker gar nicht so erstaunlich, dass es viele Delinquente gibt, fast erstaunlicher ist es, dass es so wenige gibt, denn die relativ geringe Zahl an Normabweichlern signalisiert doch ganz überzeugend, dass unser Sozialisationssystem in der Regel gut funktioniert. Viele Pädagogen hingegen sind von einem sehr positiven Menschenbild beseelt, deswegen scheinen sie auch über jeden delinquen-

[1] Körner, J.; Friedman, R. (2005)

ten Jugendlichen enttäuscht zu sein. Ich hingegen freue mich immer, wenn ich einem Nicht-Delinquenten begegne.

Im Folgenden möchte ich darlegen, dass sich Täterpersönlichkeiten sehr stark voneinander unterscheiden. Es ist wichtig, diese Unterschiede wahrzunehmen, wenn man gezielt auf den einzelnen Delinquenten eingehen will. Pädagogische Programme, etwa zur Gewaltprävention, gehen bislang von der Vorstellung aus, dass aggressiv-auffällige Jugendliche einander sehr ähnlich sind. Das ist aber nicht der Fall, wie wir gleich sehen werden.

Täter-Persönlichkeiten und ihre Motive

Im Folgenden nenne ich drei Beispiele, die die von uns, meiner Forschergruppe[2] und mir, gefundenen Täterpersönlichkeiten illustrieren sollen.

- A steht auf dem Schulhof mit seiner Freundin, ein anderer Schüler macht eine abfällige Bemerkung über sie, er gerät in Wut und schlägt spontan zu.
- B macht sich mit einem diffusen Groll auf den Schulweg. Er weiß, dass „heute noch was passieren" wird. Der erste, der ihm „irgendwie dumm kommt, kriegt eins in die Fresse".
- C sieht, wie ein Mitschüler mit einem schönen neuen Handy spielt. Er droht ihm mit Gewalt und nimmt ihm das Handy weg.

Ich vermute, dass allen Professionellen, die mit aggressiv-delinquenten Jugendlichen arbeiten, diese drei Typen wohlvertraut sind:

- Typ A, der beleidigt zuschlug, ist ein „reaktiver" oder „expressiver" Täter.
- Typ B, der mit einem diffusen Groll ein Opfer suchte, ist ein „Frusttäter" oder „intrinsischer" Täter.
- Typ C, der das Handy „abzog", ist ein „instrumenteller" Täter.

Der reaktiv (expressiv) Aggressive

Dieser Tätertyp fühlt sich rasch gekränkt oder beschämt und antwortet mit starken Wutaffekten, die er nicht kontrollieren kann, sodass sie bei ihm unmittelbar ins Handeln durchschlagen. Dabei kann verstärkend mitwirken, dass andere, etwa seine Kumpels zuschauen, vor denen er seinen Mut beweisen will. Deswegen nennen wir diesen Täter auch zuweilen den „expressiven" Täter, weil er sich und vor allem anderen seine Unerschrockenheit zum Ausdruck bringen will.

Reaktiv-Aggressive können durchaus empathisch sein und haben nicht selten nach der Tat Schuldgefühle. Sie können in der Regel moralisch differenziert urteilen und finden nach der Tat, dass sie vielleicht doch überreagiert haben. Für die pädagogische Arbeit mit ihnen ist dies ein günstiges Zeichen: Wenn der Jugendliche selber den Wunsch hat, seine Aggressivität „in den Griff zu kriegen", weil er weiß, dass sie ihn allzu oft in Schwierig-

[2] Ich danke Rebecca Friedmann, Silke Wolter und Johan Schabert für die sehr produktive gemeinsame Arbeit.

keiten bringt. Viele Versuche, Jugendliche nach derartigen Straftaten zu „resozialisieren", scheitern allerdings, wenn der Jugendliche zwar differenziert zu urteilen gelernt hat, aber bei der ersten (vermeintlichen) Beleidigung an seinem neuen Arbeitsplatz gleich zuschlägt.

Der „intrinsisch" Aggressive („Frust-Täter")

Dieser Typ unterscheidet sich deutlich von dem reaktiv Aggressiven. Wie in dem Beispiel erkennbar werden sollte, sind das Jugendliche, die mit einer diffusen Wut umherziehen und nach einer Gelegenheit suchen, diese Wut „loszuwerden".

Beispielhaft eine kurze Sequenz aus einem Video-Interview mit einem „intrinsisch" Aggressiven: Der Jugendliche erzählt, dass er des Nachmittags seine Wohnung verließ und „schlecht drauf war". Er zog durch die Straßen und wusste, dass irgendwas passieren wird. Da sei ihm ein fremder Mann entgegen gekommen, „und ich wusste, der denkt: ‚Da kommt Dreck'", und da habe er ihm natürlich eine reingehauen.

Wir wissen nicht, inwieweit der Fremde diesem Jugendlichen nahelegte zu glauben, dass der dachte: „Da kommt Dreck", vermuten aber, dass es in diesem Fall nahezu gleichgültig gewesen war, ob der Fremde ein unbeteiligtes oder ein mürrisches Gesicht gezeigt hat, ob er vielleicht gegrinst oder möglicherweise sogar freundlich geguckt hat. Im Extremfall ist es für einen intrinsischen Täter nahezu gleichgültig, ob der Adressat seiner Projektionen mitspielt oder nicht. Ausgangspunkt der Interaktion, die zur Gewalttat führte, war – das muss man sich unbedingt klar machen – eine sehr negative Selbstwahrnehmung des Jugendlichen: „Ich bin Dreck". Das war seine – mehr oder weniger unbewusste – Überzeugung, mit der er auf die Straße gegangen war und die ihm nahelegte, dass „irgendwas passieren wird". Dann suchte er jemanden, dem er diese negative Zuschreibung „anhängen" konnte, und war überzeugt, dass der denkt „Da kommt Dreck". Wir glauben, dass die Gewalttat dann einen Versuch darstellt, den vermeintlichen Aggressor zu beseitigen, um sich damit besser fühlen zu können. Tatsächlich berichten diese Jugendlichen oft, dass sie sich unmittelbar nach der Tat „wie gehoben" fühlen, dass es „irgendwie leichter" ist. Leider kehrt das negative Selbstgefühl nach einer Weile zu ihnen zurück und die „projektive Identifizierung" kann und muss von neuem beginnen.

Weil das Motiv für die Gewalttat nicht im Äußeren, etwa in einer Beleidigung gründet, sondern im Handelnden selber liegt, nennen wir mit dem Soziologen Ferdinand Sutterlüty[3] diesen Täter den „intrinsischen" Täter, weil der einem intrinsischen Motiv folgt.

Der intrinsisch Aggressive rächt sich eigentlich „nur" für ein vermeintlich erlittenes Unrecht, an der vermeintlichen Quelle seines schlechten Selbstgefühls. Ständig ist er auf der Suche nach Adressaten, die er projektiv verantwortlich machen kann. Vor allem Randgruppen eignen sich vorzüglich als Adressaten, jeder, der „anders" ist: Ausländer, Homosexuelle, Behinderte und Juden. Dabei eignen sich antisemitische Vorurteile ganz besonders, wenn ein Täter oder eine Tätergruppe öffentliche Aufmerksamkeit erregen will. Wenn man diese jungen Menschen dann näher kennen lernt, gewinnt man oft den Eindruck, dass sie politisch vollkommen ungebildet sind. Deswegen glaube ich auch nicht,

[3] Sutterlüty (2003)

dass eine politische, aufklärerische Arbeit mit diesem Täterkreis sinnvoll ist, denn ihre Wut adressieren sie nahezu beliebig und ohne einen durchdachten politischen Hintergrund.

Intrinsisch Aggressive empfinden nach der Tat selten Schuldgefühle, weil sie ja sicher sind, dass sie zu Recht so aggressiv gehandelt haben. Den Mechanismus ihrer projektiven Identifizierung erkennen sie nicht und sie sind fest davon überzeugt, dass die Aggression vom Anderen ausging.

Der instrumentell Aggressive

Der instrumentell Aggressive (Handy abziehen) handelt egozentrisch. Er ist bei der Tat zunächst nicht aggressiv und er wendet nur dann Gewalt an, wenn ihm das zur Durchsetzung seiner Ziele notwendig erscheint. Dann allerdings ist er rücksichtslos, aber selten unbeherrscht: Im Gegensatz zu den anderen beiden Typen, dem reaktiven und dem intrinsischen Gewalttäter würde er auf einen am Boden Liegenden nicht weiter einschlagen oder -treten, wenn er sein Ziel, zum Beispiel das Handy zu bekommen, erreicht hat. Gefragt, warum er denn überhaupt zuschlug, könnte er antworten: „Der hätte mir ja sein Handy geben können, dann wäre auch nichts passiert."

Der instrumentell Aggressive kennt die sozialen Regeln unserer Gesellschaft oft sehr gut, manchmal trägt er sogar ein sehr strenges Gewissen vor sich her, das aber jederzeit korrumpierbar ist. Das heißt, seine moralischen Standpunkte sind ihm vielleicht einmal gewaltsam aufgezwungen worden, aber sie blieben ihm äußerlich, so dass er sie bei jeder passenden Gelegenheit auch wieder abschütteln kann. Man nennt eine solche Gewissensinstanz „heteronom", also außengesteuert. Das bedeutet, dass er nur dann unrechtes Handeln vermeidet, wenn er kontrolliert wird und mit negativen Sanktionen rechnen muss.

Derartig heteronome Gewissensinstanzen entstehen oft dadurch, dass Jugendliche als Kinder sehr strenge, aber willkürliche Eltern vorfanden, die zum Beispiel die Regel „Man darf nicht lügen" mit großer Härte und heftigen Schlägen durchsetzten, selber aber bei jeder Gelegenheit nach Strich und Faden gelogen haben. Das Kind kann eine solche Norm nicht ablehnen und muss sie sich aneignen, um schwere Strafen zu vermeiden. Aber diese Aneignung nennen wir in der Psychoanalyse eine „Introjektion", das heißt, dass Kinder solche Normen wie Fremdkörper in sich aufnehmen müssen, aber sie bleiben ihnen äußerlich und sie können sie jederzeit, wenn keine soziale Kontrolle droht, auch wieder abstoßen. Der gelungene Vorgang der Übernahme wäre hingegen die Identifikation, bei dem wir Normen in unsere Identität einbauen und sie deswegen beachten, weil wir uns sonst vor uns selbst unwohl fühlen.

Der instrumentell Aggressive empfindet nach der Tat geringe Schuldgefühle und wenig Mitgefühl mit seinem Opfer („Der hätte ja das Handy hergeben können…"). Sein Problem ist also nicht, dass er seine Aggressivität nicht zu beherrschen wüsste, und er spürt vor der Tat auch keinen dumpfen Groll in sich, sondern er denkt und handelt sehr egozentrisch und dissozial.

Bevor ich aus unserer Fragebogenuntersuchung einige Beispielfragen nenne, mit denen wir die Tätertypologie zu differenzieren gelernt haben, möchte ich schon jetzt betonen, dass die hier unterschiedenen Typen selbstverständlich ganz unterschiedliche pädagogische Methoden erforderlich machen. Der reaktive Gewalttäter muss vor allem lernen, seine Aggressivität zu kontrollieren, aber in aller Regel fehlt es ihm nicht an moralischem Urteilsvermögen. Ganz anders der instrumentell Aggressive: Der müsste lernen, Regeln des moralischen und sozialbezogenen Handelns zu beachten, während Übungen zur Impulskontrolle bei ihm ganz überflüssig wären. Vor diesem Hintergrund ist es doch erstaunlich, dass wir in der pädagogischen Arbeit bislang „alle über einen Kamm scheren", obwohl sie sich so sehr voneinander unterscheiden und obwohl sie sehr Unterschiedliches lernen müssten.

Methode zur Identifizierung des Täter-Typs

Wir haben in einer empirischen Untersuchung einen Fragebogen konstruiert, mit dem wir die drei eben beschriebenen Typen recht gut identifizieren können[4]. Der Fragebogen enthält eine Reihe kleiner Szenen, die der Jugendliche liest, und dann muss er sich jeweils entscheiden: „Bin ich so wie der? Bin ich gar nicht so wie der?" Zwischen diesen beiden Extremen liegt eine fünfstufige Skala, auf der der Jugendliche ein Kreuz macht.

Drei Beispielfragen, die den reaktiv Aggressiven gut identifizieren lassen:

- „Max fährt mit der U-Bahn. Ihm gegenüber sitzt ein Jugendlicher, der „guckt schon so". Max weiß sofort, dass der ihn nur provozieren will und greift ihn an".
- „Safak hat einen Jugendlichen niedergeschlagen, weil der seine Familie beleidigt hat. Danach fühlt er sich gut, aber später hat er ein schlechtes Gewissen".
- „Achmed steht vor der Disco, als ein fremder Jugendlicher kommt und ihn beleidigt, Achmed wartet nicht lange, sondern schlägt gleich zu".

Drei Beispielfragen für den intrinsisch Aggressiven:

- „Eigentlich war es ein Tag wie jeder andere, aber Maik ahnte, dass er sich heute noch schlagen würde – und so kam es dann auch".
- „Patrick war schlecht drauf. Als ein anderer seine Familie beleidigte, freute er sich fast darüber, weil er jetzt einen Grund hatte, sich abzureagieren".
- „Tarik hat großen Ärger zu Hause, als er raus geht, weiß er: ‚heute passiert's'. Prompt wird er in eine Schlägerei verwickelt."

Beispielfragen für den instrumentell Aggressiven:

- „Maik chillt mit seinen Freunden im Park, als ein Junge vorbei kommt, der mit zwei Handys beschäftigt ist. Sie nehmen ihm eines weg."

[4] Rebecca Friedmann bereitet eine Publikation mit ausführlicher Beschreibung der verwendeten Fragebögen und ihrer faktorenanalytischen Auswertung vor.

- „Kevin braucht dringend Geld. Er kennt eine Mitschülerin, die von ihren Eltern viel Taschengeld bekommt. Er will sie einmal abziehen."
- „Almadi braucht unbedingt Geld, weil er noch Schulden hat. Deshalb entschließt er sich, bei einem Überfall mitzumachen. Eine Waffe nimmt er aber nicht mit."

Diese „Fragen" sind über einige Testversionen hinweg so gewählt, dass sich tatsächlich recht gut die drei Typen aggressiv-delinquenter Jugendlicher identifizieren lassen. Trotzdem stellen die drei hier vorgestellten Persönlichkeitsprofile nur „Idealtypen" dar, die in ganz reiner Form gar nicht häufig vorkommen. Zum Beispiel gibt es zwischen dem intrinsisch Aggressiven und dem reaktiv Aggressiven Mischformen.

Man kann sich ja leicht vorstellen, dass ein reaktiv Aggressiver möglicherweise auch vor der Disco mit seiner Freundin steht und geradezu darauf wartet, dass ein Fremder eine provozierende Bemerkung macht, die ihm dann die Rechtfertigung liefert zuzuschlagen. Wir hatten schon in der Behandlung des intrinsisch Aggressiven gesehen, dass sich diese Jugendlichen darin unterscheiden, inwieweit das Opfer ihrer Aggression „mitspielen" muss. Im extremen Fall spielt das Verhalten des Opfers gar keine Rolle – wie im Beispiel „Der denkt: ‚Da kommt Dreck'" –, aber in anderen Fällen kann es doch sein, dass der Jugendliche erst darauf wartet, bis er einen Grund hat zuzuschlagen. Deswegen lassen sich manche Jugendliche zwischen dem Pol des rein Reaktiven und dem Pol des rein Intrinsischen einordnen, je nachdem, wie weit sie (auf der einen Seite) nur dann unbeherrscht aggressiv reagieren, wenn sie wirklich massiv gekränkt wurden, oder inwieweit sie (auf der anderen Seite) auch dann schon zuschlagen, wenn das Opfer gar nichts Provozierendes erkennen ließ. Psychoanalytisch gesprochen, handelt es sich hier um Varianten der Verkennung in der projektiven Identifikation, die im Fall des rein intrinsisch Aggressiven die Wirklichkeit massiv verzerrt – eine für die pädagogische oder therapeutische Arbeit ungünstige Voraussetzung.

Warum ändert ein Mensch sein Verhalten?

Warum nun ändert einer dieser hier vorgestellten Jugendlichen sein Verhalten?

Der reaktiv Aggressive (Affekttäter) ändert sein Verhalten, ...

- wenn er lernt, seine Wut rechtzeitig wahrzunehmen und zu kontrollieren,
- wenn er alternative Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung hat (Ein Jugendlicher lernte zum Beispiel, einen anderen, über den er sich geärgert hatte, nur mit krassen Worten zu beschimpfen, damit aber eine Schlägerei zu vermeiden. Das trug ihm den Beifall seiner Kumpels und die Anerkennung seiner Freundin ein. Man muss aber hinzufügen: Nicht jeder Jugendliche verfügt über die verbalen Ausdrucksmöglichkeiten, um diese Variante zu wählen.),
- wenn er Freunde findet, für die aggressive Männlichkeitsbeweise nicht so bedeutsam sind (nach unserer Einschätzung ist eine Freundin, die dem Jugendlichen sagt: „Hör auf mit dem Quatsch!", der wohl beste Prädiktor für positive Veränderung. Leider finden die Jugendlichen solche Freunde nicht sehr häufig).

- Die Prognose des reaktiv Aggressiven ist – wie schon betont wurde – eher gut, insbesondere in sozialkognitiven Trainings.

Der intrinsisch Aggressive („Frusttäter") ändert sein Verhalten, ...

- wenn er sein Selbstbild verbessern kann (Man muss sich klar machen, dass viele dieser Jugendlichen mit einem sehr negativen Selbstbild in der Welt sind und dass sie nichts an sich haben, worauf sie stolz sein können – außer vielleicht darauf, dass sie besonders kaltblütig oder mutig zuschlagen.),
- seine Neigung zu Projektionen feindseliger Motive erkennt und kontrollieren lernt,
- befriedigende Beziehungen eingeht, die insbesondere sein Selbstgefühl stärken (prognostisch wäre es sehr günstig, wenn der Jugendliche zum Beispiel eine Arbeit fände, bei der er seine Fähigkeiten zur Geltung bringen könnte).
- Seine Prognose ist weniger gut, vermutlich würde der intrinsisch Aggressive am ehesten von einer Psychotherapie profitieren, die ihn bei der Entwicklung eines positiveren Selbstgefühls unterstützte.

Der instrumentell Aggressive ändert sein Verhalten, ...

- wenn er lernt, die negativen Folgen seines Handelns zu berücksichtigen (Viele dieser Jugendlichen lernen nicht aus ihren Misserfolgen. Nach einer Schlägerei z. B., in der sie „den Kürzeren gezogen" haben, können sie den offenkundigen Misserfolg uminterpretieren und sich dadurch gut fühlen, dass sie finden, angesichts eines übermächtigen Gegners besonders mutig gewesen zu sein. Ich denke auch an die Fälle, in denen ein Jugendlicher nach vier Wochen Arrest entlassen wird und die Kumpels empfangen ihn mit begeisterter Anerkennung, dass er das so tapfer durchgestanden hat. So betrachtet ist dann der Arrest eher eine Mutprobe als eine Strafe, die man unbedingt vermeiden müsste),
- wenn er nicht-delinquente Möglichkeiten findet, erfolgreich zu sein (Das ist ebenfalls sehr schwer zu erreichen, vor allem dann, wenn er über Jahre hinweg mit seinen delinquenten Verhaltensweisen sehr oft erfolgreich war. Man muss sich bei dieser Gelegenheit vor Augen halten, dass wir wohl damit rechnen können, dass von zehn Straftaten nur eine oder zwei überhaupt aktenkundig werden, das heißt, dass der Jugendliche, der verurteilt wird, weil er dreimal Gegenstände „abgezogen" hat, möglicherweise in 25 Fällen erfolgreich damit war).
- Die Prognose des instrumentell Aggressiven ist eher ungünstig.

Es ist wohl gut zu erkennen, dass diese drei Typen delinquent Aggressiver auf sehr unterschiedliche Weise pädagogisch betreut werden sollten. Der Affekttäter, der in der Regel moralisch durchaus niveauvoll urteilen und handeln kann, braucht kein Training, um sein moralisches Urteilsvermögen zu verbessern. Umgekehrt braucht der instrumentell Aggressive kein Training, in dem er seine Affekte kontrollieren lernt. Das kann er nämlich sehr gut, aber ihm fehlt es an der Fähigkeit und vor allem an der Bereitschaft, moralisch begründet zu handeln.

Denken, Fühlen und – Handeln

Hier schließt sich eine Erkenntnis an, die für die Bewertung von pädagogischen Programmen berücksichtigt werden sollte; sie betrifft den Zusammenhang von Denken und Fühlen einerseits und Handeln andererseits.

In der Vergangenheit haben pädagogische Programme oftmals versucht, ihre Wirksamkeit dadurch nachzuweisen, dass sie in einer Fragebogenuntersuchung vor und nach einem Training die moralischen Einstellungen eines Jugendlichen zu messen versuchten. Oft ließen sich dabei starke Effekte messen, die aber möglicherweise nur darauf zurückgehen, dass der Jugendliche inzwischen gelernt hat, was man einem Pädagogen am besten zu sagen hat. Wenn man dann nicht nur die Einstellungsveränderung per Fragebogen misst, sondern auch erhebt, wie sich die Delinquenzbelastung (Rückfallhäufigkeit und -schwere) nach der pädagogischen Maßnahme entwickelt, erlebt man allzu oft Enttäuschungen: Die positiveren Einstellungen der Jugendlichen und das scheinbar gewachsene moralische Bewusstsein korrelieren fast überhaupt nicht mit tatsächlichem Verhalten. Das heißt: Die Jugendlichen reden moralisch und handeln (weiter) unmoralisch.

Deswegen sind derartige Fragebogenerhebungen etwa zur moralischen Sensibilität sinnlos, wenn sie die Veränderung der Jugendlichen im pädagogischen Training messen sollen. Nach unserer Auffassung sind die Zahlen über die Legalbewährung, also die Rückfallhäufigkeit und -schwere die einzig hinreichend zuverlässigen Befunde für die Wirksamkeit einer pädagogischen Methode. Es gibt aber unseres Wissens nur sehr wenige Methoden, die tatsächlich solche Erhebungen in einem anspruchsvolleren Design (am besten mit Kontrollgruppen) vorgenommen haben.[5]

Wenn wir uns nun mit der Frage befassen, was Menschen motiviert, ihr Verhalten zu ändern, müssen wir rasch noch die Voraussetzungen aufzählen, die ein sozialbezogenes, moralisch verantwortungsvolles Handeln überhaupt ermöglichen: Es sind zwei „sozialkognitive“ Kompetenzen, nämlich die **Perspektivenübernahme** und die **Empathie**.

Die Fähigkeit zur **Perspektivenübernahme** entwickeln Kinder etwa bis zum Alter von 14, 15 Jahren unter günstigen Bedingungen bis hin zu einer sehr reifen Kompetenz. Dann können sie sich vorstellen, dass andere Menschen die gemeinsam geteilte Welt aus einer eigenen Perspektive beurteilen, bewerten, dass sie mit eigenen Motiven, die sich von denen des Betrachters unterscheiden, ihr Handeln begründen und ihre Ziele verfolgen.

Hierzu ein fiktives Beispiel:

Mutter und Tochter leben in einer Wohnung, nebenan lebt ein freundlicher Mann, der sich um die beiden sehr bemüht, aber die Mutter ist sehr abweisend zu ihm, während die Tochter ihn „toll“ findet. Wenn die Tochter etwa 6 Jahre alt ist, wird sie vielleicht denken: „Meine Mutter ist so böse zu ihm, aber er ist doch ganz toll.“ Wenn die Tochter 9 Jahre alt ist und Perspektivenübernahme schon in Ansätzen entwickelt hat, wird sie vielleicht denken: „Meine Mutter findet ihn blöd, aber ich finde ihn ganz toll.“ Mit 11 Jahren wird sie vielleicht denken: „Meine Mutter findet ihn blöd, weil sie immer noch wütend ist auf

[5] Dazu zählt neben der Denkzeit-Methode auch das Antiaggressivitätstraining AAT.

unseren Vater, der uns vor zwei Jahren verlassen hat. Ich aber finde das nicht mehr so schlimm und deswegen finde ich unseren Nachbarn auch nett." Und mit 14 Jahren, wenn die Tochter eine sehr reife Form der Perspektivenübernahme entwickelt hat, wird sie vielleicht denken: „Meine Mutter hat verstanden, dass ich unter dem Fortgang unseres Vaters nicht so leide wie sie. Deswegen kann sie auch verstehen, dass ich gegen unseren Nachbarn nicht solche Vorbehalte habe wie sie. Und ich kann verstehen, dass sie ihn so abweisend behandelt."

Zweifellos ist die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme eine Voraussetzung für moralisches Handeln, denn dieses ist immer sozial bezogen, berücksichtigt also die Interessen eines anderen. Und um den anderen berücksichtigen zu können, brauchen wir die Fähigkeit, dessen Interessen, Absichten und Motive in uns abzubilden.

Delinquente Jugendliche sind in dieser Fähigkeit oft wenig gefördert worden, aber man kann – zum Beispiel im Denkzeit-Training – Perspektivenübernahme trainieren. Zum Beispiel kann man Jugendliche vor ein Dilemma stellen, etwa derart: „Stellen Sie sich vor, Sie haben Ihrem Freund versprochen, heute Abend bei der Reparatur des Motorrades zu helfen. Nachmittags aber ruft Ihre Freundin an und sagt, dass sie für heute Abend zwei Freikarten für das Kino hätte. Was nun?" Der Jugendliche, der weiß, was Pädagogen hören wollen, wird zunächst einmal antworten: „Natürlich helfe ich meinem Freund." Da winken wir ab und fordern ihn auf, doch einmal wirklich nachzudenken. Wir helfen ihm, indem wir ihn bitten, sich in die Lage des Freundes hineinzuversetzen, wobei die meisten Jugendlichen natürlich sagen: „Also wenn ich auf den warten müsste, obwohl er es mir versprochen hat, bin ich natürlich ganz sauer." Aber dann bitten wir den Jugendlichen, die beiden Situationen: er als derjenige, der ins Kino gehen möchte, und er als derjenige, der auf seinen Freund wartet, einander gegenüberzustellen und eine Lösung für dieses Dilemma zu suchen. Viele sind dann ratlos und wissen nicht weiter. Einer gab an dieser Stelle die pfiffige Antwort: „Also ich kann ja nur einer von beiden sein; entweder ich bin der, der sich auf das Kino freut, oder ich bin der, der bei seinem Motorrad wartet. Also, was soll's?"

Das Denkzeit-Training enthält eine Reihe von Aufgaben, mit denen Jugendliche üben sollen, ihre Perspektivenübernahme zu verbessern. Zum Beispiel geben wir folgende kleine Geschichte zu bedenken: „Alex will mit 18 Jahren von Zuhause ausziehen, aber seine Eltern wollen das nicht. Wie könnte er mit ihnen reden, wenn er seinen Wunsch durchsetzen will?" Eine solche Aufgabe verlangt von Jugendlichen, sich in die Gedanken der Eltern hineinzuversetzen, um auf sie eingehen zu können.

Die zweite Kompetenz, die ich erwähnte, ist die Fähigkeit zur **Empathie**. Diese ist der Perspektivenübernahme ähnlich, meint aber doch eher die Fähigkeit, die Stimmung oder das Gefühl eines anderen nachvollziehen, also in sich abbilden zu können. Wenn wir uns vorstellen, wie sich unsere Tochter angesichts der bestandenen Abiturprüfung freut, können wir diese Freude in uns selbst erspüren und uns so mit ihr freuen. Empathie beruht nicht auf Affektansteckung, ist also keine unmittelbare Resonanz des erlebten Gefühls eines anderen in dessen Gegenwart. Man kann – wie im Beispiel der Abiturfreude – sich auch einfühlen in das Gefühl eines Abwesenden. Das setzt voraus, dass man entsprechende Gefühlsmuster selbst zur Verfügung hat (Es gibt z. B. Menschen, die ein Gefühl der Trauer bei sich selbst nicht zulassen können, weswegen sie sich nicht in trauern-

de Menschen einfühlen können.). Außerdem steckt in der Empathie immer ein spekulativer Entwurf, denn wir wissen nie wirklich genau, ob wir in unserer Einfühlung die Gefühle des anderen tatsächlich richtig abbilden.[6]

Die hohe Kunst der Empathie zeigt sich dann, wenn wir das Gefühl eines anderen in uns abbilden wollen, obwohl wir in derselben Sache selbst ganz anders fühlen. Denken wir an den Fall, dass Freund X seinen Hund durch einen Unfall verloren hat. Wir wissen, wie sehr Freund X an seinem Hund hing, und wir können einfühlen, wie er um ihn trauern wird. Andererseits: Wir empfinden solche Gefühle nicht, denn wir haben uns über diesen Hund immer nur geärgert, weil man immer Angst haben musste, von ihm gebissen zu werden, und wir sind eigentlich froh, dass er endlich tot ist. Empathie heißt, froh zu sein, dass der Hund tot ist, und doch auch die Trauer zu spüren, die den Freund ergreift – über denselben Anlass.

Empathie und Perspektivenübernahme sind zwei Voraussetzungen für prosoziales Handeln. Allerdings kann man diese beiden Fähigkeiten auch nutzen, um sehr erfolgreich antisozial zu handeln. Deswegen waren wir im Forschungsprojekt immer wieder einmal besorgt, dass unsere Jugendlichen mit ihrer gut entwickelten Perspektivenübernahme zwar weiterhin delinquent handeln, sich aber nicht mehr so oft erwischen lassen. Wer also bisher dem Warenhausdetektiv auffiel, weil er schon mit der Kleidung ankündigte, dass er viel zu stehlen gedenkt, kommt nun adrett gekleidet und insofern unauffällig in das Kaufhaus, stiehlt so viel wie früher, wird aber nicht mehr so oft erwischt. Diese Befürchtung hat sich, soweit wir wissen, nicht bestätigen lassen. Der Grund: Wenn die Jugendlichen begonnen haben, den anderen und seine Interessen in sich abzubilden, um seine Interessen zu berücksichtigen (das ist Perspektivenübernahme), dann gelingt es ihnen nicht mehr so leicht, gegen seine Interessen zu handeln.

Dennoch bleibt das Problem bestehen, dass man seine Fähigkeit zur Perspektivenübernahme auch zu dissozialen Zwecken nutzen kann, man könnte sogar darüber spekulieren, dass auch ein Sadist zur Empathie fähig sein müsste, um sich am Leiden seines Opfers erfreuen zu können.

Es genügt aber nicht, dass der Jugendliche die Fähigkeiten besitzt, moralisch handeln zu können, sondern: Er muss es auch wollen! Das ist vielleicht die entscheidende Frage: **Wie lernen wir, moralisch beurteilen und handeln zu wollen?**

Dazu zunächst wieder ein Beispiel:

Einer der Jugendlichen im Denkzeit-Training erzählte, dass er seinen besten Freund bestohlen hatte. Bei dessen Geburtstagsfeier hätten die Freunde etwas Geld in einer Schachtel gesammelt, aber in einem unbeobachteten Augenblick habe er dieses Geld an sich genommen, in seinem Strumpf versteckt und für sich behalten. Als ihn der Denkzeit-Trainer fragte: „Wie ist es, seinen besten Freund zu bestehlen?“, antwortete er: „Aber er weiß ja nicht, dass ich das war.“

---

[6] Das Wort „Einfühlung“ ist sehr viel treffender als das Kunstwort „Empathie“. Es ist intransitiv und bezeichnet einen reflexiven Vorgang (ich fühle mich ein) (Körner, 1998).

Das ist eine sehr interessante Antwort (und eine, die auch im Alltag gar nicht so selten ist). Dieser Jugendliche zeigte uns, was den Kern altruistischen Handelns ausmacht, nämlich das Motiv, anderen Menschen Gutes zu tun und Schaden von ihnen abzuwenden, ganz unabhängig davon, ob ihr Handeln öffentlich wird oder ob sie mit einer Belohnung rechnen dürfen. Moralisch hoch entwickelte Menschen belohnen sich mit altruistischem Handeln selbst. In psychoanalytischer Perspektive kann man von einem inneren Dialog sprechen: Ich bin mit mir selbst zufrieden, wenn ich darauf verzichte, meinen Freund zu bestehlen (obwohl er es nicht merken würde), oder, „objektbeziehungstheoretisch" gewendet: Ich habe meinen Freund als eine Person in mir abgebildet, der ich gern Gutes tun will.

Wie entwickeln Menschen das Motiv zu altruistischem Handeln?

Wir wissen darüber nicht sehr viel, sind aber sicher, dass positive Bindungserfahrungen in den allerersten Lebensjahren von entscheidendem Einfluss sind. Das Kind muss von seinen Eltern schon sehr frühzeitig als eine reflexive Persönlichkeit gesehen und gefördert werden. Es soll den anderen – zunächst die Personen seiner Familie – als liebens- und achtenswert in sich selbst aufnehmen, das setzt voraus, dass sich diese Personen auch tatsächlich als liebenswerte und achtenswerte Personen zeigen.

Sehr wichtig ist es, dass das Kind ein Ich-Ideal entwickelt, das ja die Vorstellungen enthält, wie es (eigentlich) sein sollte, und es sollte zu diesen Vorstellungen dazugehören, dass „ich einer bin, der anderen Gutes tut und sich darüber freut." Ein solches Ich-Ideal ist sehr wirksam, weil es mit Schuld- oder Schamgefühlen droht, falls das Kind/der Jugendliche sein Ideal verletzt. Im Gegensatz zum „heteronomen" Gewissen, von dem insbesondere im Falle des instrumentell Aggressiven die Rede war, verfügt der sozialbezogene Jugendliche über eine „autonome" Gewissensinstanz, die ihn auch in den vielen Versuchungssituationen des Alltags steuert – nicht überstreng, sondern durchaus elastisch mit der Erlaubnis, immer wieder einmal einen kleinen Schritt vom richtigen Wege abzukommen.

Wozu sollte ein dissozialer Jugendlicher sich ändern wollen?

Die schwierigste Frage zum Schluss: Warum sollte ein Jugendlicher, der nicht darin gefördert wurde, moralisch bezogen zu urteilen und zu handeln, sein Verhalten ändern?

Ich glaube, dass ihn keine rationale Überzeugung („Man muss in sozialen Gemeinschaften doch sozial denken und handeln") dazu bewegen kann. Auch extrem kontrollierende pädagogische Unternehmungen, wie zum Beispiel die Glen Mills Schools in den USA sind nicht nachhaltig erfolgreich, weil die Jugendlichen dort nicht zur Internalisierung der sozialen Normen angeregt werden, sondern sie verhalten sich bloß deswegen konform, weil sie sonst sofort sanktioniert würden. Nach der Entlassung fallen diese Dressate wieder von ihnen ab[7].

[7] Körner, 2002

Ich glaube also, dass das Motiv, moralisch urteilen und handeln zu wollen, in persönlichen Beziehungen gründet. Delinquenten Jugendlichen fehlt diese Beziehungserfahrung schon in der Kindheit, aber wir können versuchen, ihnen eine Beziehung anzubieten, in der ihnen ein Erwachsener zumindest teilweise als Vorbild erscheint. Erst wenn sich der Jugendliche mit diesem identifiziert, kann er in sich selbst ein Ich-Ideal aufrichten, das ihn auch dann leitet, wenn er nicht kontrolliert wird.

Das ist ein sehr schwieriger Weg. Wir wissen, dass wir von diesen Jugendlichen nicht erwarten dürfen, dass sie sich mit unseren Normen identifizieren. Aber wir können ihnen zeigen, wie wir denken, wie wir soziale Konflikte wahrnehmen, wie wir nach Lösungen suchen, die oft genug nicht ideal sind. Nach unserer Erfahrung identifizieren sich die Jugendlichen eher mit unserer Art zu denken als mit unseren moralischen Ansprüchen. Und wir müssen ihnen überlassen, wie sie sich entscheiden wollen und welche Normen sie beachten werden.

Deswegen sollte pädagogische Arbeit mit dieser Klientel nicht zu sehr auf das Verhalten fokussieren, sondern auf die Entwicklung einer inneren, steuernden Instanz – zum Beispiel das Ich-Ideal[8] –, die den Jugendlichen in seinem weiteren Leben leiten muss. Wir müssen seine Selbst-Reflexivität fördern, also seine Fähigkeit, über sich selbst nachzudenken und sich zu entscheiden. Dazu gehört auch, dass er sich im Verlauf einer pädagogischen Maßnahme auch entscheiden kann zu scheitern. Wenn er z. B. die sehr klaren Regeln des Denkzeit-Trainings missachtet, riskiert er sein Scheitern. Er weiß das: Wenn er mehr als dreimal unentschuldigt fernblieb, schließen wir ihn aus – nicht um ihn zu bestrafen, sondern weil wir ihn so verstehen, dass er sich gegen diese Chance entschieden hat. Wir müssen dem Jugendlichen diese Handlungsfreiheit und damit auch die Selbstverantwortung zuschreiben, besser gesagt, wie müssen sie ihm zumuten, um ihn die Entwicklung eigener Handlungsfähigkeit zu ermöglichen.

[8] Mertens 2008

Literatur

Körner, J.: Einfühlung: Über Empathie. Forum der Psychoanalyse (1998)14:1-17

Körner, J.; Friedmann, R.: Denkzeit für delinquente Jugendliche. Theorie und Methode, dargestellt an einer Fallgeschichte. Lambertus, Freiburg (2005)

Körner, J.: Die Glen Mills Schools aus kognitiv-entwicklungspsychologischer Perspektive. In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Die Glen Mills Schools, Pennsylvania, USA. Ein Modell zwischen Schule, Kinder- und Jugendhilfe und Justiz? Eine Expertise, (2002) S. 50-59

Mertens, W.: Ich-Ideal. In: Ders. und Waldvogel B (Hrsg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Kohlhammer, Stuttgart (2008) S. 318-327

Sutterlüty, F.: Gewaltkarrieren. Jugendliche im Kreislauf von Gewalt und Missachtung. Campus, Frankfurt am Main (2003)

In der Praxis gelebt – aus der Praxis erzählt: Übergangsgestaltung im Tandem aus öffentlicher und freier Jugendhilfe

Tandem 1 – Jugendamt Darmstadt & Projekt PETRA

Klaus Fischer
Leiter des Städtischen Sozialdienstes, Jugendamt Wissenschaftsstadt Darmstadt

Claudia Dröge
Bereichsleitung Inobhutnahme/Projekt Zeitkinder, Floating-Abteilung,
Projekt PETRA, Darmstadt

Unser „Tandem" für unsere Inobhutnahmestelle existiert seit acht Jahren und hat bereits in der Entwicklungsphase zu einer intensiven Zusammenarbeit zwischen dem Projekt PETRA und der Wissenschaftsstadt Darmstadt geführt.

Ausgangslage

Vor 1996 hatte die Wissenschaftsstadt Darmstadt keine eigene Stelle für die Inobhutnahme. Vielmehr wurden die Kinder und Jugendlichen in die Gruppen der stadteigenen stationären Jugendhilfeeinrichtung aufgenommen, in denen gerade Platz war. Durch diese Praxis waren teilweise heftige Abbrüche vorprogrammiert. Außerdem war die Verweildauer für die „vorübergehende" Schutzmaßnahme viel zu lang.

Durch die bestehenden Erfahrungen, hat das Jugendamt der Wissenschaftsstadt Darmstadt gemeinsam mit dem Projekt PETRA im November 2004 eine Einrichtung für Inobhutnahmen nach § 42 SGB VIII geplant und konzipiert. Das Jugendamt und das Projekt PETRA waren sich über die Ausgangslage einig, dass die Krise, in der sich die in Obhut genommenen Kinder befinden, möglichst schnell und genau bearbeitet werden muss. Es kann nicht sein, dass Kinder und Jugendliche 10 bis 12 Monate in einer solchen Krise stecken bleiben. Vielmehr muss zeitnah eine „Lösung" gefunden werden.

Das Ziel war eine Inobhutnahmestelle, die tatsächlich eine vorübergehende Stelle ist, in der sich Kinder und Jugendliche trotzdem in dieser Situation wohl fühlen können. Dafür wurde durch das Projekt Petra ein eigenes Haus direkt in einem Wohngebiet geplant und gebaut. Durch intensive Netzwerkarbeit hat sich die Inobhutnahmestelle zwischenzeitlich etabliert.

Neben der vorübergehenden Unterbringung wurden von Beginn an „Clearingstunden" entwickelt, die mit Beginn der Inobhutnahme pauschal jederzeit abrufbar sind und von der Floatingabteilung des Projektes Petra erbracht werden.

Im Einzelfall können sowohl psychologische als auch pädagogische Leistungen angefragt werden. Somit hat das Clearing psychologische und pädagogische Elemente – gemeinsam mit den Fachkräften des Städtischen Sozialdienstes. Das bedeutet in der Praxis: Wird ein Kind oder ein Jugendlicher in Obhut genommen, besteht sofort die Möglichkeit, psy-

chologische und pädagogische Leistungen abzurufen, um die Krise des Kindes abzuklären und die richtige Hilfe zu finden.

Im vereinbarten Tagessatz für die Inobhutnahme von zurzeit ca. 280 Euro sind die Clearingstunden bereits enthalten. Damit errechnet sich ein jährliches Kontingent von ca. 2.100 Fachleistungsstunden. Unsere Kosten sind aber dadurch nicht extrem gestiegen.

Zahlen

Inobhutnahmen gemäß § 42 SGB VIII (Kinder und Jugendliche aus Darmstadt):

- 2009: 69
- 2010: 79
- 2011: 51

Es kommen einige Kinder hinzu, die aus der Umgebung von Darmstadt aufgenommen worden sind. Die Zahl ist relativ stabil.

Fälle, in denen ein Clearing nach den Modulen I oder II beauftragt wurde, verbunden mit der Anzahl der Clearingstunden 2011:

- 26 Fälle 0-25 Stunden,
- 4 Fälle 26-50 Stunden,
- 5 Fälle 51-100 Stunden,
- 11 Fälle 100+ Stunden.

Die Übersicht zeigt, dass die meisten Fälle in Bezug auf das Clearing eine überschaubare Anzahl von Stunden erforderten. Immerhin gab es 11 Fälle, bei denen mehr als 100 Clearingstunden nötig waren. Das heißt, es ist ein sehr intensives Clearingverfahren durchgeführt worden, um die Perspektive nach der Inobhutnahme klären zu können.

Stundenkontingent 2011:

- soll: 2.100 Stunden
- ist: 3.065 Stunden

Im Jahr 2011 war die vereinbarte Stundenzahl zum ersten Mal nicht ausreichend. Die Fachleistungsstunden darüber hinaus werden zu einem Fachleistungsstundensatz abgerechnet, der zwischen dem Jugendamt und dem Projekt PETRA vereinbart worden ist.

Struktur des Clearings

Das Clearing wird mit dem Ziel der Rückführung in die Familie bzw. Hinführung zu einer anderen Hilfe zur Erziehung als Standardleistung vorgenommen:

- Clearingleistung in Bezug auf die Hintergründe und Verursachung der Krisensituation – Was hat die Krise verursacht und können die verursachenden Faktoren gut und schnellstmöglich bearbeitet werden?
- Begleitung der sozialpädagogischen Arbeit der Inobhutnahmestelle, gegebenenfalls einzelfallspezifische Zusatzleistungen,

- Vorbereitung bzw. Durchführung der Rückführung in die Familie und/oder Hinführung zu ergänzenden oder alternativen Formen der Hilfen zur Erziehung.

Wenn das Ziel auf eine Rückführung in die Familie hindeutet, muss diese Rückführung gegebenenfalls pädagogisch begleitet werden. Das Projekt PETRA ist in der Lage, vom ersten Tag an mit der Herkunftsfamilie an den Rahmenbedingungen zu arbeiten, damit das Kind oder der Jugendliche in die Familie zurückkehren kann.

Einzelfallspezifische Fragestellungen, die über die Standardleistung hinausgehen:

- explizit diagnostische/gutachterliche Leistungen, so z. B. Testdiagnostik, Persönlichkeitsdiagnostik, systematische Anamneseerhebung im Rahmen des Klärungsprozesses, Organisation medizinischer Ausschlussdiagnostik etc.,
- Im Rahmen der Begleitung der Arbeit können therapeutische Leistungen erfolgen.
- Systematische Begleitung der Rückführung in die Familie bzw. Kooperation mit einer alternativen Hilfeform.

Die psychologischen Fachkräfte der Floating-Abteilung des Projektes entwickeln gemeinsam mit den sozialpädagogischen Fachkräften des Jugendamtes und der Inobhutnahmestelle einen Weg für die Kinder und Jugendlichen. In diesem Rahmen können für schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche auch therapeutische Leistungen abgerufen werden. Das kommt in der bisherigen Praxis aber eher selten vor.

Die Kooperation mit anderen ambulanten oder stationären Hilfeformen bei der pädagogischen Begleitung verhindert zudem, dass wichtige Informationen über einen Fall irgendwo hängen bleiben.

Bei der Entwicklung unserer engen Kooperation legten und legen wir sehr großen Wert darauf, Brüche für die Kinder weicher zu gestalten. Die Herausnahme eines Kindes aus der Familie ist meistens ein sehr harter Bruch, daher gibt es viele Aspekte, die darauf abzielen, diese Kinder gut aufzufangen und zum Beispiel auch therapeutische Hilfen und Interventionen vorzuhalten, ohne erst lange Anmeldeverfahren bei niedergelassenen Psychotherapeuten abwarten zu müssen. Krisengespräche und das „Abchecken“, ob ein Trauma vorliegt, sind sofort nach der Inobhutnahme möglich.

Exemplarischer Ablauf

Eine Übersicht über den Ablauf gibt die **Abbildung 1**.

Wird ein Kind in die Inobhutnahmeeinrichtung aufgenommen, erfolgt sofort ein Aufnahmegespräch durch einen Mitarbeiter der Inobhutnahmestelle unter Hinzuziehung eines Psychologen, um sich ein Bild darüber zu machen, in welchem Zustand dieses Kind bei uns ankommt und was es an Fürsorge im Rahmen der Inobhutnahme benötigt.

PETRA arbeitet nach dem Prinzip der Doppeloptik, auch wenn sie sehr kostenintensiv ist. Jedes Clearing und jede Diagnostik wird von zwei Fachleuten durchgeführt, weil wir der Meinung sind, dass am Ende sehr einschneidende Empfehlungen und Wege aufgezeigt werden. Daher muss unbedingt abgesichert werden, dass nicht nur eine einzelne – nicht überprüfte – Meinung hinter der Empfehlung steht. In der Regel sind dies zwei Psycholo-

gen, allerdings nicht immer, da wir die Übergänge und Grenzen der Professionen als sehr fließend ansehen.

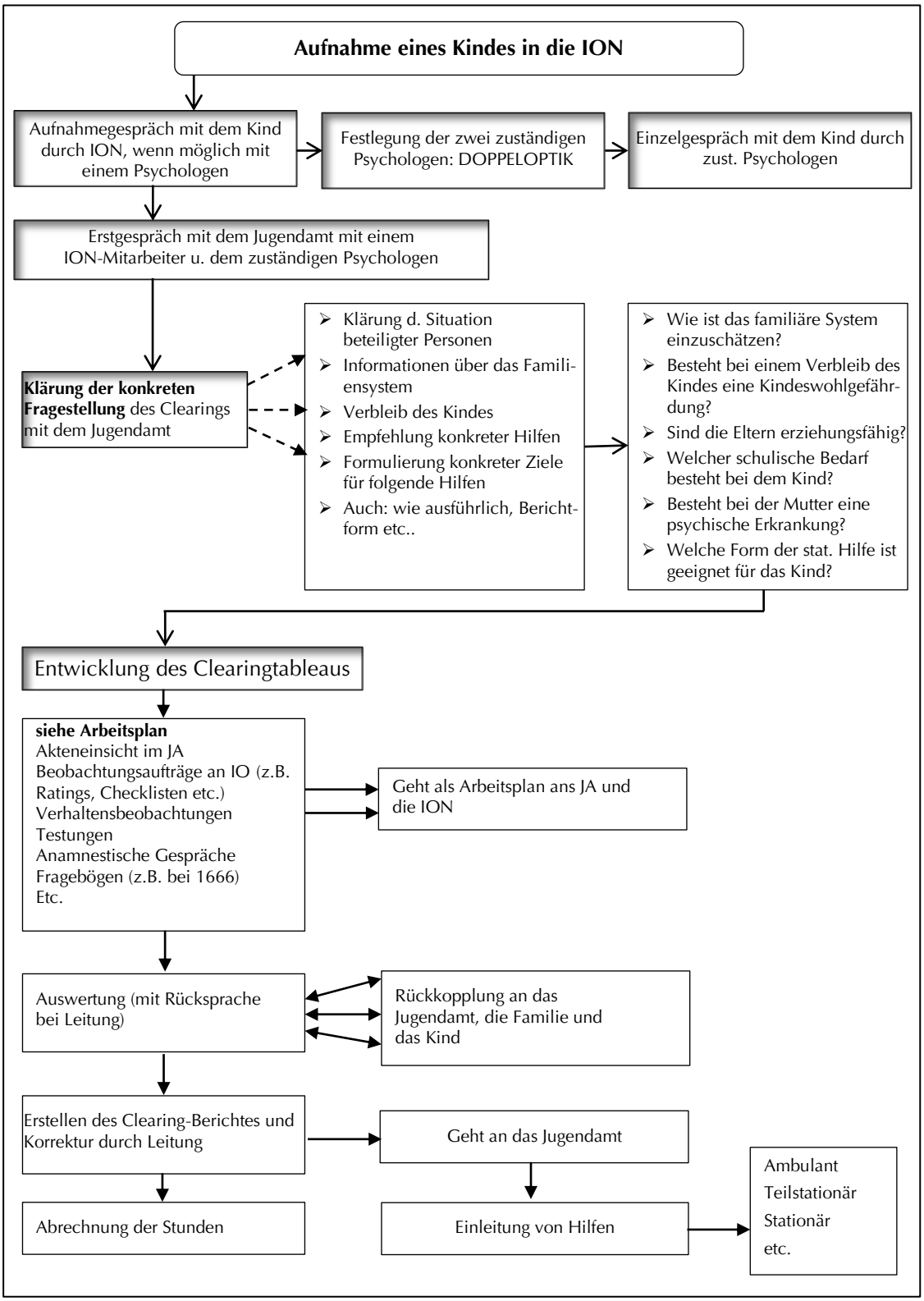


Abbildung 1 © Claudia Dröge/Klaus Fischer

Es erfolgt ein erstes Einzelgespräch eines der zuständigen Psychologen mit dem Kind. Zwischen dem Städtischen Sozialdienst und PETRA wurde vereinbart, dass sofort einen Werktag nach der Inobhutnahme die Kolleg/innen des Jugendamtes vor Ort sind und gemeinsam mit Mitarbeitern der Inobhutnahmestelle sowie dem zuständigen Psychologen ein Gespräch führen. In zwei Dritteln der Fälle wird ein Clearingprozess angestoßen. Die Komplexität ist dabei sehr unterschiedlich. In dem Gespräch wird gemeinsam erarbeitet, was konkret abgeklärt werden muss.

Hier sind unterschiedliche Zugänge möglich. In einigen Fällen kennt das Jugendamt die Familie bereits seit längerer Zeit und es sind schon Kinder aus der Familie in Obhut genommen worden. Hier wird die Fragestellung des Clearings eher dahin gehen, die richtige Einrichtung für dieses Kind – in der Nähe zu den Geschwistern usw. – zu finden. Ausgehend vom Zugang werden sehr differenzierte Fragestellungen erarbeitet. Mitunter bestehen schon viele Diagnostikunterlagen, die nicht alle benötigt werden. Hier wird mit sehr viel Vernunft und Effizienz darauf geachtet, was wirklich wichtig und nötig ist. Ein Clearing kann zum Beispiel die Überprüfung der kognitiven Leistungsfähigkeit eines Kindes beinhalten, weil es vielleicht eine andere Schulform braucht, um besser zurechtzukommen, aber in seiner Familie bleiben kann.

Wir übersetzen die Aufgaben des Clearings in ganz konkrete Fragen, zum Beispiel: Wie ist das familiäre System einzuschätzen? Welcher schulische Bedarf besteht? usw. Diese Fragen werden durch die Mitarbeiter/innen, die das Clearing durchführen, noch einmal übersetzt in eine konkrete sozialdiagnostisch/psychologische Fragestellung, wie zum Beispiel die Frage: „Wie ist das familiäre System einzuschätzen?“ wird konkretisiert in: Wie sind die Bindungsstrukturen? Wie interagieren Eltern und Kinder? usw.

Daraus entwickeln wir ein Clearingtableau und einen Arbeitsplan **(Abbildung 2)**. Wir bearbeiten vier große Bereiche, um daraus eine Perspektive für das Kind zu ermitteln. Auch dieser Schritt ist transparent, der Arbeitsplan und die Ergebnisse gehen auch an das Jugendamt und werden dort kommuniziert, auch um die umfangreichen Verfahren zu begründen.

Einen sehr wichtigen Bereich stellen dabei die Verhaltensbeobachtungen dar. Wir legen großen Wert darauf, das Kind in seiner familiären Umgebung zu sehen. Wir gehen davon aus, dass Fragen zur Bindung und Erziehungsfähigkeit am besten einzuschätzen sind, wenn man die Menschen beobachtet, wie sie miteinander umgehen. Dahinter liegen selbstverständlich diagnostische Schemata und Folien.

Die Bearbeitung findet in einer durchlässigen Struktur statt. Wenn sich ein Kind zur Begutachtung in der Psychiatrie aufhält, wird das Jugendamt während dieser Zeit nichts über das Kind hören. Bei uns ist das anders, da sich im Prozess mitunter neue Fragen ergeben oder so gravierende Eindrücke gewonnen werden, dass bereits hier eine Weichenstellung erfolgen muss.

Es findet in jedem Fall ein enger Austausch zwischen den Kolleg/innen vom ASD, den Psychologen und der Inobhutnahmestelle statt.

Arbeitsplan Clearing für: _____ geb.: _____ Städtischer Sozialdienst: _____ Sorgeberechtigte: _____ Fragestellung: _____ _____
Explorative & anamnestische Gespräche
• Kind
• Mutter
• Vater
• Verwandte
• LehrerInnen, KindergärtnerInnen
• Fachleute
• Jugendamt
Dokumentenanalyse
• Fallakte des Jugendamts
• Sichtung relevanter familiärer Unterlagen (U-Heft, Zeugnisse etc.)
• Berichte anderer Fachkräfte (KJP, SPFH etc.)
• Sonstiges
Verhaltensbeobachtungen
• Zu Hause: Standardsit. Problemsit.
Anforderungssit.
• Unangekündigte Hausbesuche
• Schule Unterricht Pause
• Beobachtung alltäglicher und spezifischer Aspekte im Alltag der Inobhutnahme (z.B. Checklisten/Ratingskalen, Bettnässertagebuch etc.)
• Sonstiges
Testdiagnostik
• Kind
• Leistungsdiagnostik
• Emotionale Diagnostik (proj. Verfahren, Familienbrett etc.)
• Störungsspezifische Testverfahren
• Einstellung/Wahrnehmung (zu Eltern, Erziehungsstil etc.)
• Sonstiges
• Mutter/Vater/erziehungsverantwortliche Personen
• Leistungsdiagnostik
• Störungsspezifische Testverfahren
• Einstellung/Wahrnehmung (zum Kind, Erziehungsstil etc.)
• Sonstiges
Feedback-Gespräche
• Jugendamt
• Eltern
• Kind/Jugendlicher
Clearingbericht

Abbildung 2 © Claudia Dröge/Klaus Fischer

Die Ergebnisse werden ausgewertet und an alle Beteiligten rückgekoppelt. Das gesamte System ist am Prozess beteiligt – das Einverständnis der Eltern vorausgesetzt. Das größte Fingerspitzengefühl ist für das Rückkopplungsgespräch mit den Eltern erforderlich. Die umfangreichste Expertise ist, anhand der Daten, die zunächst erhoben und dann wieder reduziert wurden, den Familien zu vermitteln, worum es eigentlich geht. Es kann passieren, dass mehrere Rückkopplungsgespräche stattfinden, bis die Eltern die fachliche Einschätzung zumindest verstanden haben, was nicht bedeutet, dass sie diese auch annehmen. Auch die Rückkopplung an das Kind gestaltet sich sehr schwierig. Oft verstehen die Kinder überhaupt nicht, was hier passiert und warum, und fühlen sich einfach nur ohnmächtig. Daher müssen solche Gespräche dem Alter des Kindes gerecht sehr sorgfältig vorbereitet werden. Den Kindern und Jugendlichen sowie den Familien ist unbedingt auch dafür Zeit einzuräumen, darüber nachzudenken, was die Ergebnisse des Clearings für sie bedeuten. Daher ist ein Gespräch meist zu wenig.

Im Ergebnis wird ein Clearingbericht erstellt und dem Jugendamt übergeben und das Jugendamt kann die richtige Hilfe einleiten. Ist bei einem Kind eine Rückführung ins Elternhaus möglich, erfolgt diese Rückführung durch die Psychologin oder eine Kollegin der Inobhutnahmestelle, damit nicht noch mehr Fachkräfte ins Spiel kommen.

Der Clearingbericht bildet jedoch nicht die Grundlage, die bei einer Einrichtung dazu führt, ob ein Kind aufgenommen wird oder nicht. Parallel dazu gibt es die „Reduktion der Reduktion“, das bedeutet, eine durch eine/n ASD-Mitarbeiter/in erarbeitete Fallvorstellung wird in einem Gremium noch einmal diskutiert. Durch die gemeinsame Arbeit während des gesamten Prozesses gibt es verschiedene Eindrücke, die in den Rückkopplungsgesprächen mitunter dazu führen, dass einige Aspekte in der vorbereiteten Fallvorstellung geändert werden können.

Die Kinder befinden sich durchschnittlich 30 Tage in der Inobhutnahmestelle. Das ursprüngliche Ziel lag bei maximal 21 Tagen, das hat auch in den ersten fünf bis sechs Jahren gut funktioniert, aber in letzter Zeit gab es doch einzelne Fälle, die aus unterschiedlichen Gründen länger brauchten. Dadurch ist die aktuelle Zahl gestiegen. Inobhutnahmen lassen sich auch nur schwer berechnen, denn man weiß vorher nie, wie viel Clearingleistung wann gebraucht wird und ob nicht eventuell ein personeller Engpass entsteht. Daher lässt sich das kaum steuern.

Einige Probleme resultieren aus den Anschlusshilfen. Wenn die Inobhutnahmezeit relativ kurz ist, muss auch gewährleistet werden, dass möglichst schnell eine Anschlussmaßnahme gefunden wird. Für ambulante Hilfen stehen genügend Träger in Darmstadt zur Verfügung, allerdings gibt es bei den stationären Hilfen manchmal Verzögerungen, weil keine passende Einrichtung gefunden wird. Das führt dazu, dass Kinder und Jugendliche länger in der Inobhutnahmestelle bleiben müssen. Wir versuchen zu vermeiden, dass die Unterbringungen weit entfernt stattfinden. In der Regel gelingt uns das auch, aber auch hier gibt es Ausnahmen, die zu einem Bruch führen. Das werden wir nie zu 100 Prozent vermeiden können, aber wir können darauf achten. Das ist eine wichtige Forderung und Aufgabe im Hinblick auf die Kinder und Jugendlichen.

Erfahrungen und Statements zur Diskussion

Ein Clearing ist eine (spezialisierte) diagnostische Leistung mit einer **klaren und konkreten Fragestellung**. Am Ende des Clearings steht eine ebenso **konkrete Empfehlung/Jugendhilfeempfehlung** in Bezug auf die Perspektive eines Kindes und seiner Familie. Ungenaue und schwammige Fragestellungen und Empfehlungen führen dazu, dass die Unsicherheit im System fortgesetzt wird. Die Fachleute müssen sich – bei allen Abwägungen – irgendwie positionieren und entscheiden.

Entscheidend ist die **Objektivität und Unabhängigkeit des Gutachters** – er darf nicht emotional oder anderweitig (z. B. durch Kostendruck) in seiner Tätigkeit eingeschränkt sein.

Der Gutachter sollte unter allen Umständen **„Feldkompetenz"** mitbringen – er muss die Lebensrealitäten der betroffenen Familien ebenso kennen wie die strukturellen Bedingungen in den Jugendämtern.

Clearings und Gutachten werden auf der Seite des Jugendamts oft als nutzlos empfunden weil ...

- ... man sie aufgrund einer fremden Terminologie nicht versteht,
- ... sie von ihrer Aussage her ungenau sind und sich nicht klar positionieren,
- ... sie Empfehlungen aussprechen, die an den Realitäten vorbei gehen (z. B., wenn es die empfohlene Hilfe nicht gibt),
- ... das Ergebnis nicht der eigenen Einschätzung entspricht.

Um die Clearingarbeit zu verbessern, bedarf es einer gemeinsamen Sprache und einer klaren Aussage in den Empfehlungen. Es muss auf beiden Seiten so viel Professionalität vorherrschen, dass die Gutachter Kenntnisse darüber haben, welche Hilfen möglich und realisierbar sind, und die Mitarbeiter/innen des Jugendamtes auf die Richtigkeit der Einschätzung vertrauen. Letzteres ist umso besser möglich, wenn die Einschätzung wie bei uns in Darmstadt in einem gemeinsamen Prozess gewonnen wird.

Vielen Dank.

In der Praxis gelebt – aus der Praxis erzählt: Übergangsgestaltung im Tandem aus öffentlicher und freier Jugendhilfe

Tandem 2 – Jugendamt Marburg & St. Elisabeth Verein

CHRISTIAN MEINEKE
Leiter des Jugendamtes Marburg

KARL KLEFENZ
Geschäftsbereichsleiter Intensiv Betreutes Wohnen, St. Elisabeth Verein e.V., Marburg

Christian Meineke: Marburg ist eine kleine Stadt mit etwa 80.000 Einwohner/innen. Es befinden sich weitaus weniger Kinder in den Kitas als in der Nachbarstadt Gießen, obwohl wir eine kinder- und jugendfreundliche Stadt sind. In Marburg gibt es ein differenziertes Hilfesystem; in den sozialen Problemgebieten wurden so genannte Gemeinwesenprojekte installiert, die dort inzwischen voll etabliert sind. Im Rahmen dieser Projekte werden ambulante Hilfen zur Erziehung im Auftrag des Jugendamtes angeboten, die recht gut finanziert werden. Der Etat für solche Pauschalleistungen liegt insgesamt bei 4,5 Millionen Euro.

Marburg ist Jugendhilfestandort. Neben den Einrichtungen und Diensten, die wir für unsere Kinder und Jugendlichen selbst betreiben, gibt es etwa 150 stationäre Plätze in Marburger Jugendhilfeeinrichtungen. Wir selbst belegen zurzeit etwa 60 davon. Das heißt, Kinder und Jugendliche kommen in die Stadt, um einen Teil ihrer Sozialisation hier zu verbringen. Ein Teil dieser Plätze sind Internatsplätze von einem Schullandheim. Eine andere Einrichtung ist in der Behindertenhilfe tätig, auch für Menschen von außerhalb. Wir bieten all diesen Menschen gute Chancen in Marburg. Das liegt u.a. in der guten Kooperation des Jugendamtes mit den Trägern begründet. Die Stadt unterstützt eine breite Palette von Trägern und hat selbst Träger gegründet.

Im Jugendamt ist eine Stelle „Organisations- und Leistungsentwicklung freier Träger" ansässig. Hier geht es nicht nur um Finanzierungsfragen, sondern auch um Budgets, die nicht mit unmittelbaren personenbezogenen Hilfen zu tun haben. In diesem Rahmen wurde u.a. ein Verfahren der Qualitätsentwicklung erarbeitet. Dieses beinhaltet zum Beispiel, dass wir alle zwei Jahre in jede Wohngruppe gehen und mit den Kolleginnen und Kollegen vor Ort alle wichtigen Fragen, vor allem zur Gestaltung von Übergängen, besprechen. Als Vorlage dazu dient jeweils ein anonymisierter Bericht.

Der größte Träger in Marburg ist der St. Elisabeth Verein mit überwiegend stationären Einrichtungen, die auch überregional belegt werden. Für das Jugendamt sind mehrere Träger im Bereich Clearing/Diagnostik tätig. Der St. Elisabeth Verein wurde nicht zufällig ausgewählt. Dieser Träger führt sowohl stationäre als auch ambulante Hilfen in Marburg durch. Das heißt, immer dann, wenn Übergänge im stationären Bereich stattfinden sollen, würden wir den St. Elisabeth Verein beauftragen. Von zwei weiteren Trägern, die diese Maßnahmen für uns durchführen, ist einer eher auf Elternberatung und der andere auf kleine Kinder spezialisiert.

Wir überlegen uns vorher sehr genau, was passieren soll. Daher geben wir nur bestimmte Fälle in die Verfahren hinein, bei denen bereits festgestellt wurde, dass eine Hilfe notwendig ist, aber die richtige, geeignete Hilfe nicht geklärt ist.

Karl Klefenz: Unabhängig von Diagnostik, von Verfahren und Struktur ist die Kommunikation zwischen Jugendamt und Träger ein zentraler Punkt. Wir sparen uns viele Umwege und auch viel Definitionsklärung, wenn wir ein gutes Verhältnis zueinander haben, das es natürlich zu pflegen gilt. Das bedeutet nicht, dass man stets einer Meinung ist.

Christian Meineke: Das kann ich nur bestätigen. Gestern in einer Arbeitsgruppe wurde u.a. auch die Frage danach gestellt, wer denn der „Bestimmer" sei. Die Aushandlung findet bei uns in einem offenen, kommunikativen Prozess statt. Anders ist es auch nicht möglich, solche Fragen zu klären. Dieser kommunikative Prozess findet zwischen dem ASD, der Hilfe durchführenden Stelle und der Familie statt.

Karl Klefenz: Zur praxisnahen Beschreibung unserer Zusammenarbeit haben wir drei Fälle ausgewählt, die zu den Themen „Übergänge", „Abbrüche", aber auch „Auswege" passen. Mit den Clearing-Geschichten befinden wir uns häufig an Punkten, an denen wir für Kinder Auswege suchen müssen und dadurch Übergänge schaffen und Abbrüche vermeiden helfen.

Im ersten Fall, den wir vorstellen möchten, kam der erste Impuls zur Durchführung eines Clearings von einem zuständigen Sozialarbeiter, der einen Kollegen bei uns gefragt hat, ob er „mal mit draufschauen könnte". Das war der erste Schritt zum Clearing-Auftrag.

Es ging dabei um eine Familie, so genannte „Russlanddeutsche", die nach meiner Erfahrung nicht ohne weiteres einen Zugang in ihren Kulturkreis zulassen. Im Bericht wurde u.a. erwähnt, dass die Eltern große Angst vor dem Jugendamt hätten, da sie Ämter, auf Grund ihrer persönlichen Historie, stets mit einer Bedrohung verbinden. Daher erwies es sich als vorteilhaft, dass ein freier Träger mit der Frage, welche Hilfe angebracht ist, in die Familie kam.

Die Geschichte hatte sich nach entsprechenden Meldungen der Schule und der Tagesbetreuung zu einem Kinderschutzfall entwickelt. Bei der Klärung der Schwierigkeiten wurde deutlich, dass der Junge von seiner Mutter, die alles dafür tat, dass dieser Junge mit allem ausgestattet wurde, was aus ihrer Sicht für eine gute Entwicklung in unserer Gesellschaft wichtig schien, heillos überfordert wurde. Er bekam schulische, künstlerische, sportive und weitere Förderungstermine. Ständig kam Neues hinzu. Darauf reagierte der Junge mit Aggression und Verweigerung, sodass die Frage gestellt wurde, ob der Junge bei der Mutter in den richtigen Händen ist.

Christian Meineke: Die Schule und der Hort, der sich in unserer eigenen Trägerschaft befindet, haben den ASD gedrängt, etwas zu unternehmen, weil das Kind sich aus der Überforderung heraus völlig verweigert hatte. Sie vermuteten, dass der Junge zu Hause geschlagen würde. Diese unklare Situation bedurfte einer Klärung. Obwohl wir nicht von einer unmittelbaren Gefährdungssituation ausgingen, waren wir uns darüber einig, dass etwas passieren musste, aber nicht, welche Hilfe richtig ist. Zunächst wurde der Junge in Obhut genommen.

Karl Klefenz: Der Klärungsauftrag wurde durch eine breit angelegte Informationsbeschaffung wahrgenommen. Alle, die mit dem Jungen zu tun hatten, wurden befragt: Schule, Hort, Verwandte, auch die Fachkräfte einer therapeutischen Maßnahme, die bereits eingeleitet worden war. Die Mutter war alleinerziehend, der Vater hatte eine neue Familie gegründet. Der Vater war jedoch eine wichtige Bezugsperson für den Jungen. Nach der Inobhutnahme nahm zunächst der Vater den Jungen bei sich auf. Er war der Meinung, die Probleme ergäben sich alleinig aus der fehlenden Erziehungskompetenz der Mutter. In der Zusammenarbeit der Akteure gelang es tatsächlich, die Mutter mit dieser Lösung zu befrieden. Es wurde ein regelmäßiger Besuchskontakt installiert, die Mutter erlebte die Trennung nicht nur als Verlust. Inzwischen war der Vater zu der Erkenntnis gekommen, dass nicht nur die Mutter „schuld" daran ist, dass der Junge so heftige Reaktionen gezeigt hatte. Im Einvernehmen mit allen Beteiligten wurde der Junge im Haushalt des Vaters belassen, die Hilfe wurde inzwischen eingestellt.

Christian Meineke: Der St. Elisabeth Verein arbeitet nicht nur für die Stadt Marburg, sondern auch für den umliegenden Landkreis. Die Zuständigkeit unseres Jugendamtes beschränkt sich jedoch nur auf das Stadtgebiet. Der Vater lebte außerhalb des Stadtgebiets. Es gab aber keinen personellen Abbruch in der Zuständigkeit, weil der Kreis mit dem Wechsel des Kindes zum Vater den Auftrag von uns übernommen hatte. Bei der Mutter hatten sich psychische Auffälligkeiten herausgestellt. Sie wollte tatsächlich nur das Beste für ihr Kind, hatte aber völlig unangemessen reagiert und verfügte nicht über die notwendige Erziehungskompetenz.

Karl Klefenz: Das leitet zum nächsten Fall über. Auch hier war der Ausgangspunkt eine Inobhutnahme. Anlass war der Klinikaufenthalt der Mutter in der Psychiatrie. Nach Abschluss der stationären Behandlung stand auch hier die Frage nach der Erziehungsfähigkeit der Mutter. Über mehrere Wochen fanden regelmäßige, begleitete Kontakte statt. Es wurde dabei beobachtet, wie die Mutter mit dem Kind umgeht, sie wurde dabei angeleitet und beraten. Im Clearingbericht wurde vermerkt, dass die Mutter sich zwar als verlässlich, aber nicht als genügend kompetent erwiesen hatte. Clearingsergebnis ist, das Kind ist nun wieder bei der Mutter, eine Familienhilfe wurde installiert, es wurde gesichert, dass bei einer eventuellen erneuten akuten Erkrankung der Mutter sofort ein Helfersystem zur Verfügung steht.

Unser Clearing erfolgt sehr alltagsorientiert und sehr dicht am Kind, um das es geht. Wir versuchen, alle Aspekte in der ganzen Breite sowie alle beteiligten Personen zu erfassen und einzubeziehen.

Christian Meineke: Wir garantieren die Personengleichheit. Wir wissen, wenn wir einen Auftrag erteilen und von einer Hilfe in Richtung einer SPFH ausgegangen wird, dass diese Hilfe von denselben Personen weitergeführt wird. Das ist durch Leistungsvereinbarungen mit all unseren Trägern geklärt.

Wir orientieren uns in unserer Zusammenarbeit an einer Definition von Uhlendorff: Wir müssen zwei Arten von Diagnostik durchführen. Nach § 27 SGB VIII soll eine Hilfe geleistet werden, wenn sie notwendig und geeignet ist und das verlangt diagnostische Leistungen. Die erste ist eine sozialpädagogische, analytische Diagnostik in Bezug auf die Frage, ob eine Hilfe notwendig ist. Das ist ursächlich die Aufgabe des Jugendamtes. Das

Jugendamt entscheidet aufgrund einer Meldung oder einer Situation, ob eine Hilfe notwendig ist. Wird diese Frage bejaht, wechselt der Blickpunkt auf die geeignete Hilfe. Dazu ist nach Uhlendorff eine sozialpädagogisch-hermeneutische Diagnostik erforderlich, das heißt das Clearing. Es besteht hier keine unmittelbare Gefährdungssituation, es geht nicht um eine sofortige Krisenintervention, sondern gegebenenfalls eine latente Kindeswohlgefährdung.

Auf Grund des knappen Zeitfensters konnte der dritte Fall nicht mehr dargestellt werden, hier eine kurze inhaltliche Skizzierung:

Die Clearingziele im dritten Fall waren:

- Überprüfung der Erziehungskompetenz, das heißt, es soll durch ein Clearing geklärt werden, ob die Erziehungskompetenz in der Familie ausreicht, keine Gefährdungssituation für das Kind entstehen zu lassen.
- Alltagsstrukturierung (werden Rechnungen bezahlt, ist die Wohnung vermüllt usw.),
- Erarbeitung von Entlastungsmöglichkeiten,
- Abgrenzung vom gewalttätigen Vater (Ankündigung der Konsequenz, dass die Kinder herausgenommen werden müssen, wenn der Vater des Kindes weiterhin in die Wohnung gelassen wird und Gewalt gegen die Kinder ausübt).

Soweit unsere praktischen Einblicke in ein gemeinsames Miteinander im Einzelfall.

Clearing und Diagnostik in den Hilfen zur Erziehung oder „Viele Wege führen nach Rom“?

Arbeitsgruppe 1: Clearing/Diagnostik: stationär, extern
Ein stationäres Diagnostikangebot außerhalb des Jugendamtes

SIGRID BÖHM
Psychologin, Evangelische Jugendhilfe Rendsburg

Das Clearing- und Diagnostikkonzept, das an dieser Stelle vorgestellt werden soll, wurde in unserem Haus entwickelt. Als Grundlage dieser Vorstellung soll das folgende **Verlaufsschema** dienen:

Clearing-Verlaufs-Dokumentations-Schema in der Evangelischen Jugendhilfe Rendsburg

1. Auftrag zum Clearing

- Sichtung der Aufnahmeunterlagen
- (Bereichsleitung, Psychologischer Dienst)
- Entscheidung zur Aufnahme ins Clearing

- entweder

1a in der Herkunftsfamilie, dann

- Kennenlernen der familiären Strukturen, Bezugspersonen und Umgebungsfaktoren
- Ressourcen recherchieren in der Familie und Umgebung
- Anamnese und Exploration
- Erheben der medizinischen Notwendigkeit
- Erheben der derzeitigen schulischen Situation
- Evtl. psychologische/heilpädagogische Diagnostik
- Erheben der Motivationslage der Familie
- Beurteilung der Wirksamkeit der bisherigen Interventionsmaßnahmen

↓

Zu Punkt 8

- oder

1b im Rahmen einer stationären Aufnahme in unserer Einrichtung, dann der im Folgenden dargestellte Ablauf

2a eine evtl. Ablehnung geschieht durch den Bereichsleiter mit Begründung, z.B.

- Vorwiegend psychiatrische Fragestellung (Psychose etc.)
- Entgiftung, Drogentherapie steht im Vordergrund
- Platzkapazitäten/Platzierungsprobleme

2b bei Entscheidung für eine stat. Klärung

- Klärung wohin durch Bereichsleiter/in, Psychologischer Dienst

3

3. Aufnahme in der Gruppe

- Gruppenbetreuer/in, Bereichsleiter/in (Psychologsicher Dienst), wenn möglich, Jugendamt, Eltern
- hier, wenn möglich, zusätzliche Erhebung von anamnestischen Daten (Eltern, Jugendlicher, Jugendamt)
- erste Verhaltensbeobachtung des Clearings in der Gruppe
- Definition der Ziele → Definition Clearing, was geht, was nicht
- Protokoll mit ersten erhobenen Informationen u. Absprachen
- ggf. überprüfen, ob kurzzeitige Projektphase (S.H.) in Anbindung an Gruppe angezeigt ist

Konzepte/Clearing-Verlaufsdokumentation Ev. Jugendhilfe Rendsburg (a) © Sigrid Böhm

4. Eingewöhnungsphase in der Gruppe

4a. Gruppenerzieher/in: Verhaltensbeobachtung und Ersteinschätzung
→ Rückmeldung (RM) an Bereichsleitung, Psych. Dienst

4b. Schule, Arbeitsstelle: Zuordnung (z.B. AA-Termine, Praktika, Auswerten der Schulakte, Explorationsgespräche mit dem Kind) in direkter Zusammenarbeit von Gruppenerziehern mit Schule und Arbeitsagentur;

Zufriedenstellender Verlauf

JA

RM an Bereichsleitung Psych. Dienst
Entwickeln von Einzelfalllösungen, z.B. stundenweise Einzelbeschulung, Schulbegleitung etc.

NEIN

RM an Bereichsleitung/ Psych. Dienst (P.D.)
evtl. Leistungsdiagnostik
evtl. Schulleistungsdiagnostik…

medizinische Versorgung: Recherche des ‚medizinischen Status', (evtl. dann Fachärzte Augen, Ohren, Kinderpsychiater, Gynäkolge)

6

5. parallel zu 3 und 4: Sichtung der bisher vorliegenden Informationen

Vollständig

JA

Aktenanlage Sachbearbeitung

Vollständig

NEIN

- Anfordern von z.B. psychiatrischen Gutachten etc.
  → Schweigepflichtsentbindung (P.D.)
- Schulische Stellungnahmen
- Berichte aus vorherigen Einrichtungen} BL
- Ärztliche Befunde
- Exploration im Hause bei Notwendigkeit bzw. Unklarheiten…
- Heilpädagogische Diagnostik
- Explorationsgespräche mit der/m Betreuten (PD Wünsche und Ziel der/s Betroffenen)
- Anamnese der Familie (P.D.)
- Evtl. Psychiatrische Begutachtung (veranlasst durch P.D.)
- Persönlichkeitsdiagnostik (P.D.)

6

6. Einschätzung der bisherigen Clearingergebnisse (ca. 4 - 6 Wochen)

zufriedenstellend aus Sicht der Beteiligten

nicht zufriedenstellend aus Sicht der Beteiligten

Alternativangebote **innerhalb** unseres Netzwerkes
- andere Gruppe
- Einzelprojekt

Alternativangebote **außerhalb** unseres Netzwerkes

7. Umsetzung der angestrebten Ziele

z.B. (Soziale Integration) unter Alltagsbedingungen Lernen und Arbeiten
- Beschulung
- Verhaltensbeobachtung durch Betreuer/innen, ggf, Schulsystem
- Einzelfallanalyse durch alle beteiligten Helfer/innen
- Verlaufsexplorationsgespräche durch P.D. und/oder BL
- evtl. Initiation von Hilfen: Therapie, Anti-Gewalttraining etc.

zufriedenstellend aus Sicht der Beteiligten

8

nicht zufriedenstellend für mind. 1 der Beteiligten

zurück zu Punkt 4 und 5

bei erneutem Scheitern

8

zu Punkt 8

8. Ausführlicher Abschlussbericht, Empfehlungen (an den Zielen orientiert) (BL)

- Weitervermittlung in andere Einrichtungen o.ä. mit Begleitung der Überleitung
- Verbleib in bisheriger oder anderer Gruppe der Einrichtung (Clearing-Ende, reguläre Aufnahme)
- Elternhaus, eigene Wohnung etc. mit alternativen Betreuungsangeboten
- „Vorschalten" von notwendigen Maßnahmen z.B.
  - Entgiftung
  - psychiatrische Therapie
  - Einzelbetreuungsprojekt

 © Sigrid Böhm

Wenn im Punkt 1 der Auftrag zum Clearing steht, befinden wir uns als freier Träger der Jugendhilfe bereits an der Stelle, an der längst entschieden ist, dass in diesem Fall eine Hilfe zur Erziehung einsetzen soll. Es handelt sich häufig um Kinder, die bereits mehrere andere Einrichtungen verlassen mussten, bei denen Hilfen und/oder Pflegefamilien gescheitert sind und fallführende Jugendamtsmitarbeiter den Fall immer weitergegeben haben, weil die Eltern häufig umgezogen sind. Bei diesen Fällen sind schon viele Katastrophen in der Jugendhilfe passiert und niemand weiß, was man noch tun könnte. Unter diesen Bedingungen erhalten wir den Clearingauftrag.

Wir unterscheiden zwischen Clearing und Diagnostik. Das Clearing bedeutet die Klärung der Perspektive und der weiteren Betreuung des Kindes/Jugendlichen. Die Diagnostik (psychologische Diagnostik u.a.) ist dem Clearing untergeordnet. Die Diagnostik wird für die Klärung der Perspektive herangezogen. Unser Auftrag bezieht sich eindeutig auf die Klärung der Perspektive, einzelne Diagnostikmodule werden zusätzlich extern in Auftrag gegeben (z.B. psychiatrische Diagnostik).

Im Folgenden wird anhand eines Fallbeispiels „Kevin“ der weitere Ablauf erläutert.

1. Auftrag zum Clearing

Mit dem Auftrag erhalten wir manchmal Unterlagen, manchmal findet lediglich ein Telefonat statt. Das gesamte Verfahren findet in Kooperation des Psychologischen Dienstes mit der pädagogischen Leitung statt. Diese beiden Bereiche entscheiden, ob wir mit einem Kind ein Clearing durchführen, entweder in der Herkunftsfamilie (Punkt 1a), wenn z.B. das Kind gerade wieder aus einer Einrichtung in die Familie zurückgebracht worden ist, oder das Kind wird zum Clearing bei uns in eine Gruppe aufgenommen (1b).

2. Entscheidung über ein Clearing in der Gruppe

Wird für ein Clearing in der Gruppe entschieden, muss geklärt werden, ob wir das überhaupt leisten können. Es können bestimmte Gründe dagegen sprechen, wie überwiegend psychiatrische Fragestellungen, notwendige Entgiftung oder Drogentherapie oder auch nicht ausreichende Platzkapazitäten (Punkt 2a). Bei einer Entscheidung für ein stationäres Clearing muss die Gruppe ausgewählt werden (2b). Im Prinzip ist ein Clearing in allen Gruppen möglich, in einigen – speziell in denen für traumatisierte Kinder – jedoch eher nicht.

Im Fall „Kevin“ informierte uns das Jugendamt telefonisch darüber, dass sie einen elfjährigen Jungen hätten, der bereits aus mehreren Pflegefamilien und Einrichtungen herausgenommen werden musste und in der letzten Einrichtung allen anderen Kindern bei jeder Gelegenheit die Hosen heruntergezogen hatte. Das brachte im Jugendamt die Frage auf, ob sexuelle Auffälligkeiten vorliegen (ein Missbrauch o.a.). Wir haben Kevin daraufhin in einer Gruppe für sexuell übergriffige Jungen untergebracht. Hier arbeiten Kollegen, die sich mit der Fragestellung nach sexuellen Auffälligkeiten und sexuellem Missbrauch gut auskennen.

Eine spezielle Clearinggruppe halten wir nicht für hilfreich, weil das ein Aufeinandertreffen von vielen unterschiedlichen Kindern mit völlig unterschiedlichen Problemlagen und

eine daraus entstehende Unruhe im Alltag bedeutet. Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, gezielt einzelne Kinder in festen Gruppen unterzubringen. Dem ging die Überlegung voraus, welcher „Schaden" größer ist: Schadet es einer Gruppe von mehreren Kindern, wenn ein Kind dazukommt, das ein „Sonderprogramm" erhält, oder ist es für die fünf, sechs oder mehr Kinder, die in einer besonderen Clearinggruppe zusammengefasst sind und jeder mit einem völlig anderen Problem behaftet ist, schwieriger, sich zu verorten und zurechtzufinden? Wir haben uns letztendlich für die festen Gruppen entschieden. Das bedeutet jedoch, dass die Auswahl der Gruppe sorgfältig erfolgen muss und auch die Personalausstattung für diese Gruppe eine Rolle spielt.

3. Aufnahme in die Gruppe

In der Aufnahmesituation, wenn Gruppenbetreuer/in, Bereichsleiter/in, Psychologischer Dienst, das Jugendamt und auch die Eltern zusammensitzen, tauchen sehr viele Informationen über das Kind/den Jugendlichen auf. Diese Gruppierung trifft wahrscheinlich nur noch einmal beim Hilfeplangespräch zusammen. Das stellt eine große Chance dar, so viele Informationen wie möglich zu sammeln. Daher gestalte ich dieses Aufnahmegespräch relativ umfangreich. Das mag für alle Beteiligten, vor allem für das Kind/den Jugendlichen, recht anstrengend sein. Aber es schafft eine Möglichkeit, ein tieferes Fallverständnis zu erreichen. Außerdem können Daten abgeklärt werden, wie das letzte Zeugnis, die Adresse der Schule u.a. Es findet eine erste Verhaltensbeobachtung statt. Die Ziele werden noch einmal genau definiert.

Die Überprüfung der Möglichkeit einer kurzzeitigen Projektphase bezieht sich darauf, dass unsere Jugendhilfeeinrichtung in der letzten Zeit viel mit Erlebnispädagogik zu tun hatte. Gegenwärtig gibt es noch einige Einzelfallpädagogikmaßnahmen in Schleswig-Holstein, die sich über einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen erstrecken. Diese nutzen wir in einigen Fällen zum Clearing, wenn sich von Anfang an herausstellt, dass ein Kind mit der Gruppensituation überfordert und in einer Gruppe schwer zu fassen ist. Diese Maßnahmen sind jedoch an eine Gruppe angebunden. Auch diese Möglichkeit muss im Aufnahmegespräch geklärt werden und wäre ein zusätzliches Modul.

Bei Kevin war eine solche Einzelmaßnahme nicht angezeigt. Er kam gleich in diese o.g. spezielle Gruppe für intellektuell minderbegabte, sexuell übergriffige Jungen, die jedoch am normalen Alltagsleben teilnehmen können. Am Aufnahmegespräch nahmen weder das Jugendamt teil, in dem gerade die Zuständigkeit gewechselt hatte, noch die Eltern, die augenscheinlich das Interesse an ihrem Sohn verloren hatten. Kevin wurde von Kollegen aus der vorherigen Einrichtung zu uns gebracht. Daher gewannen wir nicht viele Informationen. Die Kollegen aus der letzten Gruppe von Kevin erzählten lediglich noch einmal die Geschichte mit den heruntergezogenen Hosen und, dass Kevin in großen Gruppen alle „in den Wahnsinn" treibt. Vor uns saß ein elfjähriger, etwas kompakter, bebrillter Junge mit einer „großen Klappe", der uns sofort erklärte, was er alles braucht und wie das aus seiner Sicht laufen sollte. Es war gut, dass er mit uns sprach, aber wir konnten uns auch gut vorstellen, dass es mit ihm für alle Beteiligten recht anstrengend werden würde.

4. Eingewöhnungsphase in der Gruppe

In der Eingewöhnungsphase profitieren wir vom normalen Gruppenalltag (4a). Eine erfahrene Gruppenerzieherin kann eine Menge sehen, auch wenn nicht immer ein Beobachtungsbogen benutzt wird. Der Alltag in der Gruppe bietet viele Möglichkeiten, die Verhaltensweisen eines Kindes zu beobachten, zum Beispiel beim Essen, in der Körperpflege usw. Wir setzen darauf, dass solche normalen Fähigkeiten in der Gruppe eingeschätzt werden. Eine wichtige Rolle spielt dabei das Schlafverhalten. Wir haben es mit vielen traumatisierten Kindern zu tun, die Einschlafprobleme oder Durchschlafstörungen aufweisen, die Alpträume haben, sich an keinem Ort sicher fühlen können. Auch den Umgang mit Medien kann man gut beobachten.

Ein zufriedenstellender Verlauf bedeutet, dass Informationen fließen und der Gruppenalltag funktioniert. Wenn es nicht funktioniert, wenn ein Kind in der Gruppe nicht zurechtkommt, so dass der Alltag dort durcheinandergerät, muss man irgendwann reagieren, eventuell mit Einzelfalllösungen oder speziellen Angeboten im Alltag. Gerade an dieser Stelle setzt Diagnostik ein.

Die Zuordnung zu einer Schule oder Arbeitsstelle ist mitunter eine schwierige Frage (4b). Kevin zum Beispiel war vorher in drei Pflegefamilien und sechs Heimgruppen untergebracht. Es war völlig unklar, welche Schulart, welche Klassenstufe er besucht hatte, ob er in der Lage sein würde, an einer Regelschule oder in einer Kleingruppen- oder Einzelsituation beschult werden zu können. Er hatte so oft die Schule gewechselt, so viele Schwierigkeiten in den Gruppen und in den Schulen, daher konnten die Kollegen in der Gruppe auch nicht wie üblich mit der zuständigen Schule über die zeitweilige Aufnahme von Kevin sprechen. Wir wussten nicht, ob wir das einer Schule überhaupt zumuten können und in welcher Schule oder in welcher Klasse das sein sollte.

Bei Kevin hat eine Lehrerin der ESE-Klassen (Klassen für emotionale und soziale Entwicklungsstörung) der evangelischen Jugendhilfe zuerst einmal eine Schulleistungsdiagnostik durchgeführt, um herauszufinden, was er eigentlich kann und wo er steht. Auch für mich überraschend stellte sich dabei heraus, dass er ein guter Hauptschüler war, der trotz seiner chaotischen Schullaufbahn dem der 4. Klasse entsprechenden Klassenstand gut folgen konnte. Dieses Ergebnis traf jedoch nicht in Bezug auf seine soziale Kompetenz zu. In großen Gruppen zeigte er sich als schwierig, so dass wir uns dazu etwas überlegen mussten.

Außerdem befasste ich mich mit Kevin psychodiagnostisch; zunächst musste eine vernünftige Anamnese erstellt werden, bei der es einerseits um den familiären Hintergrund und andererseits um den Ablauf in den verschiedenen Heimeinrichtungen ging. Dabei erzählte Kevin von einer Pflegefamilie, in der es ihm absolut nicht gefallen hatte. Dort lebten zwei große Jungen, die Alkohol- und Drogenprobleme hatten und mit denen er gar nichts anzufangen wusste. Alles drehte sich um diese Jungen, keiner kümmerte sich um ihn, er selbst hätte immer nur Vorwürfe erfahren. Trotzdem wäre dies der schönste Ort in seinem Leben gewesen, an dem er je war, weil es auf dem Land war und er Trecker fahren durfte. Sonst war alles „blöd“, aber der Pflegevater hätte ihn öfter auf dem Trecker mitgenommen – und darum möchte er am liebsten dorthin zurück. Das war tatsächlich eine interessante Information.

An dieser Stelle ist auch die medizinische Versorgung von Bedeutung. Kevin trug eine Brille, die bereits mehrfach zerbrochen und mit Pflaster geklebt war. Außerdem stimmten die Dioptrienwerte längst nicht mehr. Die Brille musste dringend ausgetauscht werden. Wir haben u.a. schon öfter die Erfahrung gemacht, dass Kinder, die „nicht hören" können, wirklich nicht oder nur schlecht hören können. Vor allem für Mädchen, die von der Straße aufgegriffen worden sind, steht auch ein Gynäkologe bei uns mit auf dem Plan. Gegebenenfalls ist auch noch einmal der Kinderpsychiater gefragt, um eventuell seelische Beeinträchtigungen mit Krankheitswert abzuchecken. Manchmal kommen Kinder mit einer Medikation zu uns, die sie in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie erhalten hatten. Hier muss überprüft werden, ob diese aktuell noch angezeigt ist oder angepasst werden muss.

Bei der psychologischen Diagnostik von Kevin ging es um seine psychische Befindlichkeit. Trotz seines vorlauten Auftretens zeigte er relativ hohe Ängstlichkeitswerte. Außerdem setzte ich einen unserer Tests ein, die sich auf die sexuelle Übergriffigkeit und die diesbezügliche Prognose bezieht. Das war nicht ganz richtig, weil dieses Instrumentarium erst für Jugendliche ab 14 Jahren gilt. Um Hinweise zu gewinnen, konnte dieser Test dennoch eingesetzt werden.

5. Sichtung der bisher vorliegenden Informationen

Es ist leider eine Tatsache, dass im Laufe einer chaotischen (Hilfe-)Biografie wie der von Kevin auch viel Papier „verschwindet" – Psychiatrieberichte, die nicht abgeschickt worden sind, Dokumentationen, die bei Zuständigkeitswechsel nicht weitergegeben wurden usw. Alle vorhandenen Informationen, die einmal über das Kind und seine Familie an den verschiedenen Hilfeeinrichtungen und beim Jugendamt erhoben worden sind, noch einmal konsequent zu sammeln und zu sichten, ist eine aufwendige, aber wichtige Arbeit innerhalb des Clearings.

6. Einschätzung der bisherigen Clearingergebnisse

Nach etwa vier bis sechs Wochen wird eine Zwischeneinschätzung der bisherigen Clearingergebnisse vorgenommen. Dabei wird vor allem nach der Zufriedenheit aller Beteiligten gefragt, d. h. auch mit dem Jugendlichen wird darüber gesprochen, ob er den Ort, an dem er sich nun befindet, aktuell für richtig befindet und ob seine Interessen, Probleme und Ziele berücksichtigt worden sind. Dies ist durch Partizipation in der Gruppe immer wieder abzugleichen. Auch innerhalb der Gruppe können Schwierigkeiten mit dem betreffenden Jugendlichen benannt werden. Die Gruppe oder die Betreuer können zum Beispiel eine Einschätzung geben, ob der Jugendliche eher nach Hause oder in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie gehört als zu ihnen.

Soweit es geht, beziehen wir die Eltern mit ein. Allerdings stellt dies oft eine logistische Schwierigkeit dar, weil wir auch Fälle aus weiter entfernt liegenden Bundesländern erhalten. Bei Kindern oder Jugendlichen, die schon mehrere Hilfestationen hinter sich haben, sind mitunter die Eltern auch nicht mehr bereit zu kooperieren oder sich an solchen Gesprächen zu beteiligen, weil sie frustriert und enttäuscht sind, der Jugendhilfe nicht mehr trauen, den Kontakt zum Kind abgebrochen haben o.a.

7. Umsetzung der angestrebten Ziele

Wenn das Clearing aus Sicht des Jugendlichen, der Gruppe, der Betreuer, der Bereichsleitung, des Psychologischen Dienstes sowie des Jugendamtes bisher zufriedenstellend verlaufen ist, gilt es, die Ziele umzusetzen.

Wenn wie bei Kevin festgestellt wird, dass er aufgrund seiner Leistungen als normaler Hauptschüler alterstypisch beschult werden kann, könnte im Schritt 7 ein Gastschulstatus in einer zuständigen Schule beschlossen und umgesetzt werden. Ein anderer Jugendlicher gibt beispielsweise zu verstehen, dass er für sein Wohlbefinden unbedingt Fußball spielen möchte, auch um sein Aggressionspotenzial unter Kontrolle zu haben. Dies wird dann in die Wege geleitet, um zu sehen, ob das vielleicht nur eine Idee von dem Jungen war oder Fußball wirklich ein gutes Mittel ist, das greift. Eine andere Maßnahme kann Antigewalttraining sein. Diese Maßnahmen dürfen jedoch nicht langfristig angelegt sein, denn wir befinden uns immer noch im Prozess des Clearings und nicht in der Einrichtung, in der der/die Jugendliche oder das Kind letztlich bleiben wird. Die Maßnahmen dienen diagnostischen Zwecken, um zu sehen, ob diese in der Realität tatsächlich Bestand haben.

Die Entscheidungen sind nicht einfach. Es ist dabei zu berücksichtigen, nicht noch weitere Abbrüche für die Kinder und Jugendlichen zu produzieren. Steht als Ziel, dass das Kind am Ende des Clearings wieder zu seinen Eltern nach Hause geht, ist eine vorübergehende Integration in eine bei uns ansässige Fußballmannschaft nicht hilfreich. Hier werden eher Therapie- oder Trainingseinheiten durchgeführt. Unserer Meinung nach ist es jedoch sinnvoll, die Ideen und Erkenntnisse, die während des Clearings gewonnen wurden, anhand solcher Maßnahmen zu überprüfen.

Ist der Verlauf nicht zufriedenstellend, können außerhalb unseres Netzwerkes Alternativen ausgewählt werden, um das Clearing fortzuführen, oder man muss nach dem Scheitern des Praxischecks (Umsetzung der Ziele) innerhalb unseres Netzwerkes zurück auf Punkt 4 und 5 gehen, um zu überprüfen, an welcher Stelle etwas falsch eingeschätzt worden ist.

8. Abschlussbericht, Empfehlungen

Ein Ergebnis des Clearings kann ein Vorschlag für eine Unterbringung in unserer oder einer anderen Einrichtung sein.

Alle diagnostischen Beobachtungs- und Sozialanalysen haben bei Kevin ergeben, dass er nicht sexuell auffällig war, sondern insgesamt in jeder Hinsicht distanzlos. Kevin war angenehm und liebenswert im Einzelkontakt, aber immer schwierig und überfordert in einer großen Gruppe. In einer Gruppe von acht sexuell übergriffigen, geistig minderbegabten bzw. behinderten Kindern und Jugendlichen war er schlichtweg falsch untergebracht. Es stand fest, dass er einen Einzelkontakt, eine schulische Anbindung und Förderung und – einen Trecker braucht. In einer familienanalogen Kleingruppe lebt auf einem Hof ein Betreuerehepaar mit vier Kindern. Das erschien uns für Kevin sozial überschaubar. Es gab zunächst Schwierigkeiten mit der Schulbegleitung, bis der Bauer ihn mit dem Trecker in die Schule fuhr. Das funktioniert und Kevin besucht inzwischen die 5. Klasse. Dieser Hof ist die erste Hilfegruppe, in der er länger als ein Jahr verbringt. Obwohl die

Unterbringung bei uns in der größeren Gruppe nicht richtig war, hat es Kevin sicher gut getan, dass er aufgrund seiner intellektuellen Überlegenheit gegenüber den anderen Kindern ohne große Anstrengung seine Position in der Gruppe erhalten konnte. Außerdem hat der Informationsgewinn während der Zeit im Clearing dazu beigetragen, dass er jetzt an einem Ort ist, an dem er sich offensichtlich wohl fühlt.

Eine andere Empfehlung ist die Weitervermittlung in eine Einrichtung mit den Clearingergebnissen entsprechenden Angeboten. Für ein Mädchen zum Beispiel wurde empfohlen, sie in eine Gruppe für essgestörte Mädchen und junge Frauen aufzunehmen. Über ein solches Angebot verfügen wir selbst nicht.

Manchmal müssen andere notwendige Maßnahmen der Jugendhilfe vorgeschaltet werden. Wir haben es zunehmend mit Kindern unter 14 Jahren zu tun, die aufgrund ihres Drogenkonsums ohne Entgiftung an keinem Clearing teilnehmen können oder die zunächst einer psychiatrischen Therapie bedürfen.

Schwierig ist es, wenn nicht sofort die notwendigen Plätze zur Verfügung stehen und die Übergänge verzögert werden.

Clearing und Diagnostik in den Hilfen zur Erziehung oder „Viele Wege führen nach Rom“?

Arbeitsgruppe 2: Clearing/Diagnostik: stationär, extern
Ein stationäres Diagnostikangebot für (Klein-)Kinder außerhalb des Jugendamtes

CORNELIE BAUER
Therapeutische Leiterin, KiD-Hannover (Kind in Diagnostik), Diagnostikzentrum für gewaltgeschädigte, traumatisierte Kinder

In diesem Workshop geht es um die Gründe nach einem externen, stationären Diagnostik- und Clearingsetting für Kinder aus chronisch hoch belasteten Familien. Nicht für jedes Kind/jeden Jugendlichen ist ein solches Setting erforderlich. Für einige ist es jedoch unabdingbar für eine gelingende Hilfe. Deshalb beschränke ich mich in meinem Input auf

a) **Kinder im Alter von etwa 5 – 12 Jahren**. Diese Kinder benötigen ein völlig anderes Setting als Kleinkinder und auch ein anderes als Kinder, die bereits in die Pubertät kommen und Jugendliche
b) **Kinder, die** durch die Belastungen in der Familie in Form von körperlicher, sexueller oder seelischer Gewalt **traumatisiert wurden**. Zu dem Begriff der seelischen Gewalt gehört auch Vernachlässigung.

Bevor ich auf die Frage nach dem Setting eingehe, möchte ich zurückgreifen auf einige zentrale Kenntnisse über Trauma und Traumafolgen. Diese Kenntnisse sind erforderlich, um die Frage nach dem Setting plausibel begründen zu können.

1. Trauma und Traumafolgen

Traumata sind nach WHO-Definition

kurz oder lang anhaltende Ereignisse oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würden.

Im therapeutischen Setting wird auch von Traumata gesprochen als

existenziell bedrohliche, ausweglose Ereignisse, bei denen Menschen in Schutzlosigkeit geraten und aus denen es weder Flucht- noch Kampfmöglichkeiten gibt.
In dieser Situation des „inescapable shock“ reagiert, verarbeitet und speichert unser Gehirn anders als bei sonstigen Erfahrungen und Erlebnissen.

In meinen Ausführungen gehe ich nicht auf Monotraumata (z. B. Verlust der Eltern durch einen schrecklichen Unfall) ein, sondern ich beziehe mich auf **Kinder, die einer länger anhaltenden, einer sogenannten „sequentiellen Traumatisierung“ ausgesetzt waren.**

Dies sind die traumatisierten Kinder, mit denen wir es in der Erziehungshilfe maßgeblich zu tun haben und die uns Probleme bereiten.

Traumatisierte Kinder werden dem Jugendamt aufgrund ihrer Symptome bekannt. Hauptsächlich werden die Kinder beschrieben als:

- hoch aggressiv mit geringer Frustrationstoleranz und fehlender Affektregulierung (Impulsdurchbrüche),
- beziehungsunfähig – häufig keine adäquate Kontaktaufnahme, wenn sie angesprochen werden, oft Vermeidung von Blickkontakt. Das Kind scheint in einem ganz anderen Film zu sein.
- Gefühlskalt mit der Unfähigkeit zur Empathie,
- selbstverletzend (Ritzen) oder Selbstmord gefährdet,
- extrem unruhig (ADHS),
- Schulversager mit einer – scheinbar - extrem niedrigen Leistungsbereitschaft.

Häufig kommt noch Kotschmieren, Einnässen und eine Essproblematik hinzu. Das Ende der Fahnenstange ist meist erreicht, wenn PädagogInnen oder andere Kinder aus der Gruppe angegriffen und körperlich verletzt werden. Dann kommt es häufig zum Abbruch der Hilfe.

Sie kennen alle diese **Kinder, bei denen jegliche Erziehungsbemühungen scheitern**.

Oft wurden diese Kinder der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt und haben bereits eine Diagnostik erhalten wie „Bindungsstörung, Essstörung, ADHS“ usw. Nicht selten bekommen die Kinder Medikamente verschrieben. Diese Diagnostik hilft im pädagogischen Alltag der HzE insofern nur begrenzt weiter, als die Kinder damit noch nicht ausreichend verstanden sind und wir noch nicht wissen, welche Hilfe wirklich die passende und erforderliche ist.

Aus der Traumaforschung (z.B. von Soldaten nach Einsatz in Kriegsgebieten, Unfallopfern oder Opfern von Katastrophen oder Krieg) wissen wir, dass diese Menschen tatsächlich so **aus der Lebensbahn geworfen** sind, dass **ihre normalen Lebensmechanismen nicht mehr funktionieren**. Das Gehirn hat umgeschaltet auf **reine Überlebensmechanismen**.

Trauma als unausweichlicher, tiefgreifender Schock macht es dem Traumaopfer unmöglich, auf seine normalen Abwehrmechanismen wie Kampf oder Flucht zurückzugreifen.

Nach dem Trauma ist nichts mehr, wie es war.

Was ist also mit diesen Kindern los? Warum strengen sie sich nicht ein bisschen mehr an und versuchen, in einer Wohngruppe klar zu kommen und sich an Regeln zu halten?

Die Gehirnforschung hat zwischenzeitlich recht gut erkannt, was genau im Gehirn passiert, wenn ein Mensch unter traumatischen Erfahrungen leidet und von Lebensbewältigungsstrategien auf Überlebensmechanismen umgeschaltet hat. Dies hier zu erläutern, führt jedoch an dieser Stelle zu weit.

Es gibt aber einen zentralen Mechanismus, der für das Verstehen von Traumata von enormer Bedeutung ist. Vereinfacht dargestellt läuft dieser Mechanismus so ab **(Abbildung 1)**:

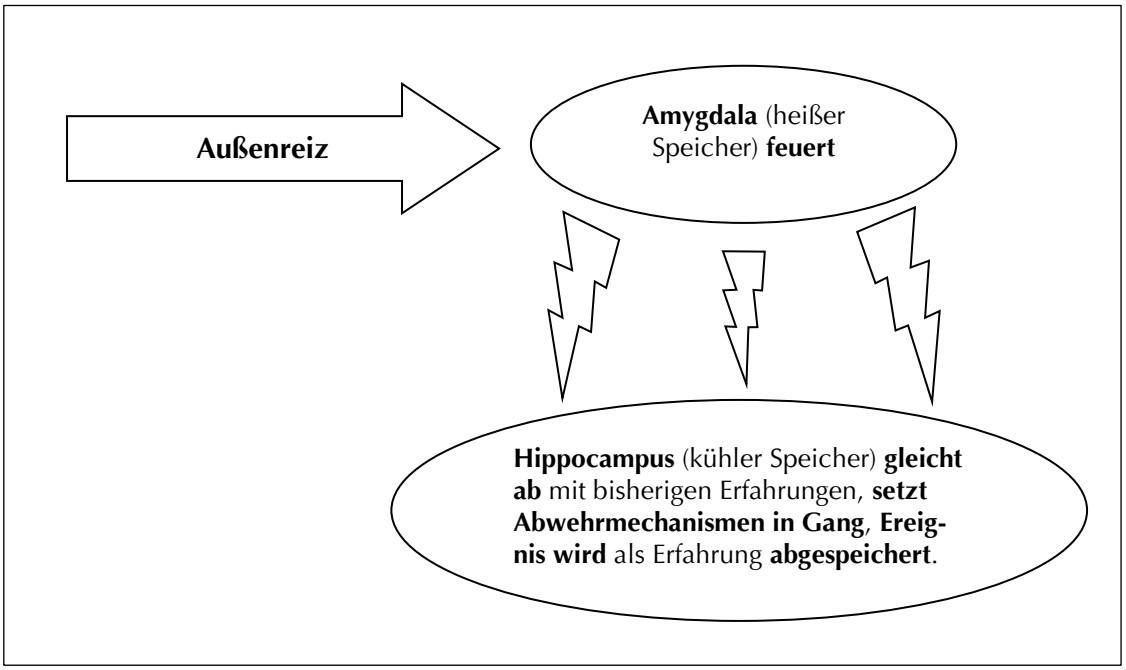


Abbildung 1 © Cornelie Bauer

Außenreize mit normalem Stressfaktor treffen im Gehirn auf die Amygdala, unseren sogenannten heißen Speicher. Diese feuert an den Hippocampus, den „kühlen Speicher", der den Reiz mit bisherigen Erfahrungen abgleicht. Es kommt zu den uns bekannten Mechanismen wie Ab- oder Gegenwehr, Kampf oder Flucht. **Nur hier, im Hippocampus, stehen uns nach dem Ereignis die Erfahrungen als Erinnerungen für spätere ähnliche Situationen zur Verfügung.** Wir erinnern uns an die damit zusammenhängenden Gerüche, unsere Gefühle, Geräusche usw. Das bedeutet, dass bis zu einem gewissen Maß Stresserfahrungen in unsere Lebensbewältigungsstrategien integriert werden können und wir sie für nachfolgende Stressereignisse nutzen können.

Wenn der Stress jedoch extrem bis lebensbedrohlich und lang anhaltend ist, wird die Verbindung zwischen Amygdala und Hippocampus sozusagen gekappt. **Extremer Stress bleibt im heißen Speicher, der Amygdala, und wird nicht an den Hippocampus weitergeleitet, kann also nicht als Erfahrung in unsere Lebensbewältigungsstrategien integriert werden.**

Zurück zu den Kindern, die sich so verhalten, dass wir sie nicht verstehen. Was ist los mit ihnen?

Sie haben über längere Zeit außergewöhnliche, existenziell bedrohliche Ereignisse erlebt, die sie nicht im Hippocampus abspeichern konnten. Das bedeutet, dass sie sich daran auch nicht erinnern (Dissoziation oder Amnesie) oder sich nur in Teilen daran erinnern

(Fragmentierung z.B. von Gefühlen). Die Erfahrungen stehen ihnen nicht als Erinnerungen mit allen dazugehörigen Gefühlen, Gerüchen etc. zur Verfügung.

Da der Stress nicht als Erinnerung integriert werden konnte, reagiert der traumatisierte Mensch bei jedem Aspekt, der auch Teil der traumatisierenden Situation war, als ob diese Situation gerade eben passiert. Wir sprechen von **durch Trigger ausgelösten Flash-backs**. Ein Trigger kann ein Geruch, ein ähnliches Gesicht wie das des Täters, ein Geräusch oder ein anderer Aspekt der erfahrenen traumatisierenden Situation sein. Der traumatisierte Mensch (sein Gehirn) ist diesem Flash-back schutzlos ausgeliefert. Dabei ist ein Flash-back nicht ein Erinnern „so wie damals …", sondern das Gefühl ist, dass es eben jetzt passiert. Der traumatisierte Mensch empfindet wieder genau die gleiche Panik, Angst Schrecken wie damals, da es ja keine Stressverarbeitung im Hippocampus und keine Integration in die Persönlichkeit gab.

Die Kinder, von denen wir sprechen, können sich also noch so sehr anstrengen, es wird ihnen nicht gelingen, sich anders zu verhalten. Sie sind immer wieder überflutet von dem scheinbar gerade eben ablaufenden Ereignis und können sich nicht dagegen wehren.

Ein weiterer bedeutsamer Ablauf ist der, dass sich Nervenbahnen – z. B. zwischen Amygdala und Hippocampus – nur in dem Maße aufbauen, in dem sie benutzt werden. Je mehr extremer Stress, also Trauma, passiert, umso weniger kann er an den Hippocampus weitergeleitet werden. Die **Nervenbahnen werden nicht genutzt**, im Gegenteil, sie bauen sich sogar wieder ab. Auch das ist neurobiologisch erkennbar.

Da wir bei den Kindern, über die wir sprechen, nicht davon ausgehen können, das sie neben den traumatisierenden Erfahrungen sehr viel gute, stärkende Erfahrungen machten, müssen wir vermuten, dass ihre Nervenbahnen nicht gut entwickelt und vernetzt sind.

Auf der Basis dieser beiden Aspekte scheint es mir relativ leicht erklärbar, wieso es einer längerfristigen und vollstationären Hilfe bedarf, um die Kinder zum einen zu verstehen und sie zum anderen zu unterstützen, mit therapeutischer Unterstützung neue Möglichkeiten der Stressbewältigung zu erproben.

2. Anforderungen an das Setting

Traumaarbeit kann grundsätzlich nur gelingen, wenn die traumatisierte Person keinen ungeschützten Kontakt mehr zum Täter hat bzw. sich nicht mehr in der traumatisierenden Situation befindet. Ein Soldat muss erst aus dem Kriegsgebiet heraus gebracht werden. Sie können mit ihm nicht Traumaarbeit „unter Beschuss" machen.

Ähnlich verhält es sich mit unseren Kindern. In den meisten Fällen ist der Täter im direkten familiären Umfeld zu finden. Bevor gelingende Traumaarbeit mit den Kindern gemacht werden kann, müssen wir die

Kinder aus dem Kriegsgebiet Familie in Schutz bringen.

Dies ist einer der grundlegenden Aspekte für eine vollstationäre Unterbringung von traumatisierten, gewaltgeschädigten Kindern.

Ein weiterer Aspekt ist die dargestellte Tatsache, dass das traumatische Erlebnis nicht als Erfahrung abgespeichert werden kann, demnach als Erinnerung nicht zur Verfügung steht. Die Erfahrung ist wie eingefroren und dem Traumaopfer entweder in Gänze (Amnesie), in Teilen (Fragmentierung) oder zeitweise (Dissoziation) nicht zugänglich.

Für das Hilfesetting bedeutet dies, dass es **einer langen Zeit bedarf, bis das Kind ausreichend Vertrauen hat, um zu wagen, das Eis zu brechen**.

Von Therapeut/innen und von Pädagog/innen erfordert es neben Traumaverstehen und guter Fachkompetenz zur Traumaarbeit viel Empathie und Einfühlungsvermögen, um das Kind zu stützen, zu ermutigen und zu begleiten, damit es sich langsam dem traumatischen Ereignis nähern kann.

Erinnern Sie sich an die Symptome dieser Kinder: ihre nicht verstehbaren Impulse, die Massivität der Bedrohungssituation, die das Kind uns zeigt und die ungefiltert in die Gruppe schwappt und die Pädagog/innen an die Grenze bringt. Dann ist nachvollziehbar, dass es neben der fachlichen Qualifikation und einer inneren Haltung auch einer sehr guten Teamarbeit, guter Unterstützung durch Leitung und Supervision und guter Möglichkeiten der Psychohygiene bedarf, um diese Kinder auszuhalten und zu halten, denn die Symptome dauern noch über lange Zeit an und es dauert einige Monate, bis die Kinder verstanden werden können.

3. Anforderungen an die Diagnostik

Ziel von Diagnostik ist, **das Kind in seinem Gewordensein zu verstehen**, um ihm anschließend auf dieser Basis therapeutische Hilfe anzubieten.

Je intensiver und anhaltender das Trauma war und je näher der Täter in Beziehung zu dem Kind stand, umso mehr musste das Kind die traumatische Erfahrung dissoziieren bzw. die damit zusammenhängenden Aspekte fragmentieren.

Für das diagnostische Setting bedeutet das, dass man ausgesprochen viel Zeit benötigt. Diese steht im ambulanten Setting üblicherweise nicht zur Verfügung. Nur mit viel Zeit hat man die Chance, dass das Kind ausreichend Vertrauen aufbaut, um bereit zu sein, sich dem Thema zu nähern. Dass das Kind dies zunächst nicht kann und es auch nicht möchte, hängt neben den beschriebenen hirnorganischen Mechanismen von vielen Faktoren ab. Unter anderem sind dies Loyalitätskonflikte, in die das Kind kommt, wenn es sich dem Thema nähert – und es muss sich diesem Schmerz nähern, den es so fest verdrängt (fragmentiert oder dissoziiert) hat.

Hinzu kommt, dass bei einer ambulanten/teilstationären Unterbringung der Kontakt zum Täter bestehen bleibt, sodass das Kind letztendlich im traumatischen Schrecken mit all seinen Verdrängungsmechanismen verhaftet bleibt, was wiederum verhindert, dass es sich mit dem Thema befassen kann. Die Abfolge von Traumaarbeit, -therapie ist:

1. Anamnese (diese ist im ambulanten Setting möglich),
2. Stabilisierung (diese ist im ambulanten Setting mit fortwährendem Täterkontakt nicht möglich),

3. Diagnostik (als umfassende Diagnostik erst möglich, wenn eine erste Stabilisierung erfolgt ist, da sonst die Gefahr der Retraumatisierung besteht),
4. Traumakonfrontation,
5. Traumaintegration (d) und e) werden erst sehr viel später möglich sein).

Hier kommt der Vorteil einer vollstationären Einrichtung wie dem KiD-Hannover (Kind in Diagnostik) zum Tragen.

a) Als vollstationäre, diagnostische Einrichtung für traumatisierte, gewaltgeschädigte Kinder geben wir dem Kind zunächst den erforderlichen **Schutz vor Gewalt und Schutz vor dem Täter** (neben Schutz vor Gewaltwiederholung auch **Unterbrechung des Schweigegebots**).

b) Wir gehen davon aus, dass es bei diesen Kindern in erster Linie nicht um Erziehung gehen kann, diese kann ja wie dargestellt noch gar nicht gelingen. **Es geht um Verstehen ihrer Psychodynamik** (ich weiß noch nicht, warum du so ausflippst, aber du wirst deinen Grund haben, den wir irgendwann gemeinsam verstehen werden).

c) Wir bieten den Kindern **verlässliche und enge Strukturen** und Regeln, in denen es sich sicher bewegen kann. Auch das ist ein wichtiger Faktor. Wann was passiert, war für diese Kinder meist völlig unberechenbar. Es geht um die **Unterbrechung der Überforderung durch Unberechenbarkeit**.

d) Die Kinder erfahren absolute Verlässlichkeit. Sie erleben, dass Regeln wichtig sind, **während** sie gleichzeitig erleben, dass wir wissen, dass sie diese Regeln häufig nicht einhalten **können**. Ein **Regelbruch führt nicht zum Ausschluss des Kindes**, **sondern zu einem intensiveren Verstehenwollen.** Dies gilt auch für Verletzungen und körperliche Gewalt gegenüber anderen Kindern und gegenüber Pädagog/innen, außer wenn diese massiv lebensbedrohlich werden. Dies ist eine Basisinformation für traumatisierte Menschen, dass sie ausgehalten werden mit ihren verrückt scheinenden Traumareaktionen, die sie ja häufig selbst nicht verstehen und unter denen sie oft leiden, da sie ihnen soziale Probleme bereiten.[1]

e) **Die Kinder leben in einem schützenden Netz, das von Verstehenwollen geprägt ist, auch durch die Kooperation der unterschiedlichen Disziplinen**. Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in der Einrichtung angestellt sind, gewährleisten sowohl die Diagnostik als auch die Therapie (1. – 3., wie einige Zeilen weiter oberhalb dargestellt). Sie stehen in engem Kontakt zu den Pädagog/innen. Sie können auf deren Wahrnehmung aufbauen. Sie erfahren, wie sich das Kind im Alltag zeigt (Welche Auswirkungen hat das Trauma auf die Psychodynamik des Kindes? Wann dissoziiert es? Hat es Impulsdurchbrüche und wenn ja, wann genau? Welche Körpersymptome zeigt es? usw.)

[1] Denken Sie an die vielen Kriegstraumaopfer: Frauen, die nach dem 2. Weltkrieg beim Anblick von Feuer, bei Sirren, das wie Bombenfallen klang, oder bei Sirenengeheul in Panik gerieten. Sehr anschaulich auch der Film „willkommen zuhause“, der sehr eindrücklich zeigt, durch welch gering scheinende Trigger (z.B. splitterndes Glas, Geruch von Fleisch auf dem Grill) bei dem zurückgekehrten Afghanistansoldaten Ben Flash-backs ausgelöst werden. Wir sollten unseren Kindern die gleiche Empathie und das gleiche Einfühlungsvermögen und Verstehen entgegenbringen.

Umgekehrt können die Pädagog/innen besser das Geschehen in der Diagnostik und Therapie in den Alltag einbeziehen. Sie erfahren zeitnah, wenn z. B. alte Ängste erinnert werden, und können auf die Reaktionsmuster des Kindes wie Impulsdurchbrüche, selbstverletzendes Verhalten besser, das heißt verstehender reagieren. Darüber hinaus gelingt es ihnen besser, mit Unterstützung der Therapeut/innen das Agieren der Kinder immer wieder zu verstehen und angemessen damit umzugehen.

Das vollstationäre, traumapädagogisch orientierte Setting gewährleistet in der engen Kooperation der unterschiedlichen Professionen ein umfassendes Verstehen der Kinder im geschützten Rahmen. Dieser geschützte Rahmen mit einer traumabasierten therapeutischen und pädagogischen Haltung bietet den Kindern auch die Chance, sich ganz zu zeigen, mit aller Wut, Angst, Verzweiflung, Trauer, die in ihnen steckt.

4. Anforderungen an das Clearing

Ich nutze Clearing in dem Sinne der Abklärung, wie es weiter geht, **welche Hilfe die richtige ist, um das Kind in seiner Traumaverarbeitung zu unterstützen und ihm ein „Leben danach" zu ermöglichen**.

Dieser Clearingprozess kann erst erfolgen,

a) wenn das Kind eine **erste Grundstabilität** gewonnen hat, um über das Unaussprechliche zu sprechen. Hierfür benötigt es Vertrauen in die Schutz gebende Unterstützung der PädagogInnen und TherapeutInnen. Erst dann kann es die notwendige und außerordentlich schmerzhafte Erinnerungsarbeit leisten, die bisher dissoziierten Aspekte des Traumageschehens ins Bewusstsein zu holen.

b) wenn die **traumabasierte Psychodynamik des Kindes verstanden wurde** und wenn das Kind sich selbst verstehen lernen kann. Sich selbst zu verstehen im Sinne von Psychoedukation hat große Bedeutung für einen erfolgreichen Clearingprozess, denn die maßgebliche Arbeit muss das Kind selbst tun. Hinzu kommt, dass Psychoedukation hilfreich ist, dass das Kind **aus der Opferrolle oder der Rolle des Kranken in die Rolle des Handelnden** kommt. Dies ist eine Voraussetzung dafür, dass das Kind **von Überlebensmechanismen (wie Tot-stellen) zu Lebensbewältigungsstrategien** (darauf vertrauen, dass mein „Nein" gehört wird) zurückfindet.

Wenn diese beiden Grundbausteine gelegt sind, läuft der Clearingprozess parallel zum weiteren stabilisierenden therapeutischen und pädagogischen Prozess bzw. ist Teil dieses Prozesses.

Zum Clearing gehören Fragen wie:

- Was haben wir von dem Kind verstanden? Welche Bedeutung hat das Erlebte auf die Psyche des Kindes? Welche Verarbeitungsmechanismen stehen ihm zur Verfügung und welche benötigt es noch zusätzlich?
- Welche weitere Unterstützung benötigt das Kind, um seine traumatischen Erfahrungen irgendwann verarbeiten zu können (zu integrieren)? Welche Unterstützung be-

nötigt es, um mit seinen Symptomen umgehen zu lernen und sich rechtzeitig Hilfe zu holen?

- Was will das Kind mit seiner Wut, Enttäuschung oder Trauer tun? Will es gegen den/die Täter aussagen?
- Wie kann es – insbesondere als kleines Kind – leben mit seiner Zerrissenheit zwischen Liebe zu den Eltern (die ja häufig die Täter sind oder die Kinder den Tätern auslieferten) und Hass, Wut, Enttäuschung?
- Wo will das Kind zukünftig leben? Kann es sich noch einmal auf ein familiäres Setting einlassen, kann es einem solchen Setting trauen oder nicht?

Diese Fragen lassen sich nach den lang anhaltenden traumatischen Erfahrungen der Kinder nicht „rasch" beantworten. Sie müssen integraler Bestandteil der therapeutischen und traumapädagogischen Arbeit sein, denn sie sind eng verknüpft mit dem Traumaerleben und der Aufarbeitung des Erlebten mit all seinen Facetten. Solange beispielsweise der Selbstwert eines Kindes noch völlig darniederliegt und es sich nur als Opfer sieht (das diese Behandlung selbst verschuldet hat), wird dieses Kind nicht in der Lage sein, darüber zu entscheiden, ob es aussagen will.

Zu einem erfolgreichen Clearing gehört eine sehr enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Jugendamt. Die Einrichtung ist auf das – oft umfangreiche – Vorwissen des Jugendamtes angewiesen. Umgekehrt benötigt das Jugendamt ausführliche Informationen über die Entwicklung des Kindes, über das Verstehen der Einrichtung sowohl bezüglich des Familiensystems als auch bezüglich des Kindes. Nur auf dieser Basis kann eine schutzgebende und passende weitere Hilfe entwickelt werden. Diese gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit ist auch hilfreich, um entweder gemeinsam eine ressourcenorientierte und stützende Elternarbeit zu gewährleisten oder um zu einer fachlich gut fundierten familiengerichtlichen Entscheidung zu kommen.

Clearing und Diagnostik in den Hilfen zur Erziehung oder „Viele Wege führen nach Rom“?

Arbeitsgruppe 3: Clearing/Diagnostik: ambulant, extern Ein ambulantes Diagnostikangebot außerhalb des Jugendamtes

MAJA BLECHSCHMIDT
Leiterin des Sozialen Dienstes im Jugendamt des Ilm-Kreises, Arnstadt

UTA HEYER
Koordinatorin, Ambulantes Team der Erziehungshilfe im Ilm-Kreis, Trägerwerk Soziale Dienste in Thüringen, Arnstadt

Vorbemerkungen

Maja Blechschmidt: Unsere Arbeitsgruppe bildet eine hier bereits häufiger angesprochene Kooperation zwischen dem örtlich zuständigen Jugendamt und einem freien Träger. Der ASD arbeitet in einer sehr guten Kooperation mit dem Trägerwerk Soziale Dienste in Thüringen in der ambulanten Erziehungshilfe zusammen. Qualität in den Hilfen erreichen wir nur über eine gute Diagnostik und ein gutes Fallverständnis, um daraus eine optimale Hilfeplanung ableiten und die gesamte Situation vernünftig steuern zu können. Dafür brauchen wir die funktionierende Zusammenarbeit mit einem freien Träger.

Uta Heyer: Die Kooperation zwischen dem Trägerwerk und dem Jugendamt funktioniert sehr gut. Das Trägerwerk Soziale Dienste in Thüringen GmbH verfügt über 58 Einrichtungen und fast 500 Mitarbeiter/innen. Die einzelnen Einrichtungen arbeiten regional sehr vernetzt. Im Ilmkreis gibt es nur einen Anbieter für ambulante Erziehungshilfen. Die Einrichtung im Ilmkreis ist allerdings ein Verbund aus drei Trägern, die ambulante Hilfen anbieten. Das TWSD ist der Träger, der für die Koordination der Mitarbeiter und die interne Organisation verantwortlich ist. Neben den normalen ambulanten Erziehungshilfen bietet das Trägerwerk das Familienaktivierungsmanagement als Diagnoseverfahren an.

Interne Diagnostik im Jugendamt

Maja Blechschmidt: Wir sind der Meinung, dass Diagnostik in der Sozialarbeit nicht ausschließlich intern und auch nicht ausschließlich extern durchgeführt werden kann. Daher soll hier vorgestellt werden, was intern (im Sozialen Dienst) stattfindet und was aus welchem Grund nach außen gegeben wird und was von dem Träger, der den Auftrag erhält, erwartet wird.

Diese Kooperation funktioniert über viele Gespräche, über gemeinsame Fortbildung, Hilfeplankonferenzen usw. Wir arbeiten zusammen an der Familie. In den gemeinsamen Fortbildungen geht es darum, wie ein Hilfeplan gestaltet wird, wie Ziele entwickelt, formuliert und überprüft werden und was wir voneinander erwarten. Dazu haben wir gemeinsame Arbeitsinstrumente entwickelt und unser Dokumentationsverfahren in seiner Wirksamkeit überprüfen lassen.

Im Sozialen Dienst haben wir über einen langen Prozess eine **Teamvorbereitung**, die eine sozialpädagogische Diagnostik enthält, gestaltet. Dafür wurde ein Vordruck entwickelt **(Abbildung 1)**.

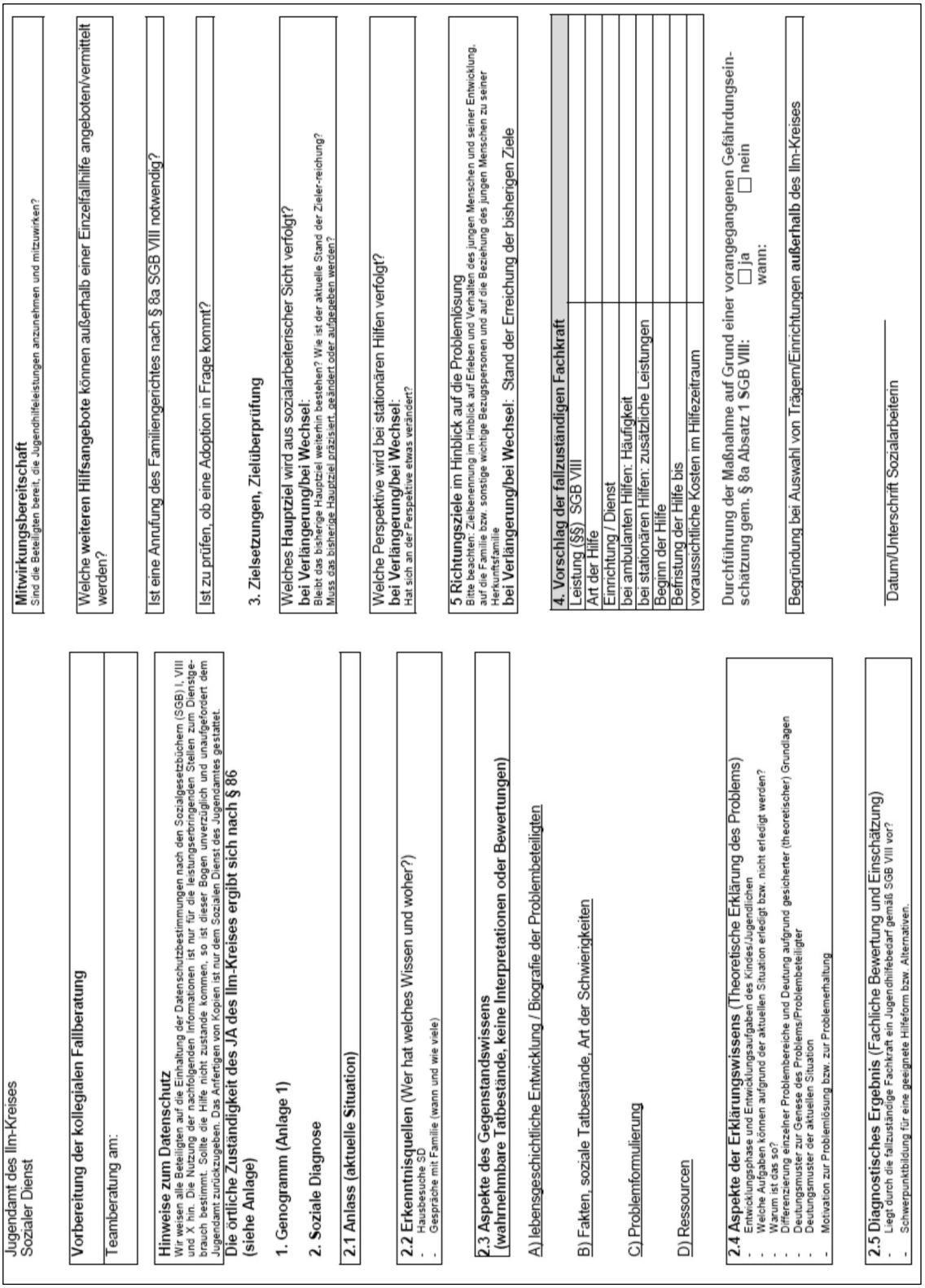


Abbildung 1 © Maja Blechschmidt

Dieser Vordruck ist in verschiedenen Weiterbildungen, zu denen auch externe Referenten hinzugezogen wurden, entstanden. Ausgangsüberlegungen dafür gingen dahin, was man für eine vernünftige Teamberatung benötigt, wie ein Fall vorbereitet werden soll und wie eine Diagnostik vor sich geht.

Außerdem wurden Qualitätsstandards in der Jugendhilfe für unseren Kreis entwickelt. Aus diesen geht hervor, dass wir mindestens drei Hausbesuche bei der Familie durchgeführt und mindestens noch zwei Gespräche im Jugendamt mit der Familie geführt haben müssen, bevor wir einen Fall zur kollegialen Fallberatung in das Team einbringen. Zur Vorbereitung gehören auch sämtliche Informationen, die wir aus anderen Quellen erhalten haben, wie Arztberichte und Zuarbeiten aus der Schule, dem Kindergarten, dem SPZ usw. Daraus ergibt sich unser Wissen über den Fall, das wir im Punkt 2.2. des Formulars als „Erkenntnisquellen" bezeichnen. Hier wird vermerkt, wie viel Hausbesuche durchgeführt worden sind und mit wem wann gesprochen worden ist.

Die „wahrnehmbaren Tatbestände" (Punkt 2.3) enthalten keine Interpretationen und Bewertungen. Nichts zu interpretieren und zu bewerten, sondern tatsächlich nur Beobachtungen wahrzunehmen und aufzuschreiben, ist für einen Sozialarbeiter eine Kunst. Zur Orientierung gibt es Stichpunkte, die sich jedoch nicht immer trennscharf voneinander abgrenzen lassen. Die Informationen sind kurz zu fassen und auf ein notwendiges Minimum zu reduzieren, was vielen nicht leicht fällt.

Aus dem zusammengetragenen Wissen lässt sich eine Problemformulierung vornehmen. Diese sollte lediglich die aktuelle Situation enthalten, keine bereits zurückliegende. Die Familie braucht die Unterstützung jetzt und ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt bereit, diese anzunehmen. Diese Bereitschaft verliert sich nach unseren Erfahrungen nach einigen Monaten wieder. Daher beschränken sich unsere ambulanten Hilfen auf ein halbes Jahr, in Ausnahmefällen werden sie noch um ein Vierteljahr verlängert.

Für die Diagnostik ist es unabdingbar, Ressourcen des Kindes, der Familie und des Umfeldes herauszuarbeiten. Ressourcen zu erkennen und zu nutzen, fällt auch Sozialarbeitern schwer. Das muss trainiert werden.

Wesentlich für die Diagnostik ist das Erklärungswissen (Punkt 2.4). Um einen Hilfebedarf zu erkennen, sind zunächst Kenntnisse über das Normative notwendig, zum Beispiel, was aus entwicklungspsychologischen, gesundheitlichen oder kognitiven Aspekten normal ist, um dann Abweichungen davon zu bemerken und zu beschreiben. Das bildet die Voraussetzung für eine saubere Diagnostik und für die Formulierung erster Hilfeplanziele. Nach unseren Standards darf es nie mehr als fünf Hilfeplanziele geben, um sie überschaubar zu halten, vor allem für die Familien, die diese Ziele erreichen sollen.

Mit dieser internen Diagnostik gehen wir in die Teamberatung. Mitunter verständigt sich das Team dahingehend, dass noch mehr und genauere Hintergrundinformationen nötig sind, um den Fall besser zu verstehen.

Wenn wir mit unserer Diagnostik nicht weiterkommen, um eine geeignete Hilfe zu finden oder auch abweichend vom Leistungskatalog nach § 27 SGB VIII noch passgenauer die Hilfen zusammenzustellen, gibt es in unserem Kreis eine so genannte **Intensive Bera-**

tungssequenz (IBS), die gemeinsam mit einem freien Träger erarbeitet worden ist. Das Konzept wird nach § 28 SGB VIII ausgewiesen, beinhaltet aber eine Clearingsituation bzw. eine externe Diagnose:

> „Die Intensive Beratungssequenz steht als letzte vorgeschaltete Maßnahme vor einer möglichen Fremdunterbringung. Zu diesem Zeitpunkt sind in der Regel die Möglichkeiten verschiedener ambulanter sozialpädagogischer Erziehungshilfen ausgeschöpft bzw. werden vom ASD zur Verhinderung der Fremdunterbringung als nicht mehr angezeigt eingeschätzt.
>
> Die Intensive Beratungssequenz unterstützt durch zeitlich befristete, intensive und externe Beratung die ergebnisoffene Abklärung der Frage, ob die Fremdunterbringung in der Tat das letzte Mittel der Wahl ist. Sie sondiert nochmal alle Ressourcen der Familie oder des nahen sozialen Umfeldes und spricht zum Schluss eine Empfehlung über die sich anschließende Maßnahme(n) aus. Die besondere Möglichkeit der Beraterin innerhalb der Intensiven Beratungssequenz besteht darin, dass sie ihre Beratung
>
> - zeitlich flexibel,
> - in einem begrenzten Zeitrahmen intensiv,
> - aufsuchend oder in einem neutralen Raum,
> - mit „Fremdblick", ohne im Vorfeld längerfristig in die Umstände des Einzelfalls und in das Hilfesystem involviert zu sein,
>
> durchführen kann."[1]

Im Jugendamt kennen wir das Phänomen, dass pubertierende Jugendliche Probleme mit den Eltern haben und deshalb in einem Heim untergebracht werden wollen. Die Eltern sind in dieser Phase häufig überfordert. Gerade in diesem Altersbereich schauen wir noch einmal genau hin, ob eine Fremdunterbringung tatsächlich angezeigt ist oder nicht. Dazu dient die Intensive Beratungssequenz beim freien Träger, bei der die Familiensituation in fünf bis acht Beratungseinheiten intensiver betrachtet wird. Dafür sind etwa drei Wochen vorgesehen. Manchmal kann man bereits nach drei Beratungseinheiten erkennen, ob eine Rückführung zu den Eltern oder eine Fremdunterbringung angebracht ist. Mitunter ist eine Unterbringung beim jeweils anderen Elternteil oder den Großeltern oder anderen Verwandten eine Lösung, um eine Deeskalation der Familiensituation zu erreichen. Nach unseren Erfahrungen können wir mit der Intensiven Beratungssequenz etwa 50 bis 70 Prozent der Heimunterbringungen vermeiden.

Der Vorteil dieses Konzepts liegt u.a. darin, dass nicht das Jugendamt in die Familie geht, sondern ein Unbeteiligter die Situation mit dem Jugendlichen, mit den Eltern und anderen Verwandten aus einem anderen Blickfeld etwas entspannter betrachtet.

Diese IBS findet im Rahmen der Fremdunterbringung nach § 34 SGB VIII statt. Wenn wir uns bei den kleineren Kindern bis 6 oder 12 Jahren nicht ganz sicher sind, ob die Hilfemaßnahme im ambulanten Bereich richtig angesiedelt ist, haben wir mit unserem am-

[1] Auszug aus dem Konzept „Intensive Beratungssequenz (IBS) - ein sozialpädagogischer Zwischenschritt zur Abklärung und Vermeidung einer Fremdunterbringung in der Erziehungshilfe"

bulanten Team die Möglichkeit, ein Clearing über das **„FamilienAktivierungs-Management“ (FAM)** herbeizuführen. Dabei wird ebenfalls eine Untersuchung nach Ressourcen in der Familie und der Entwicklung der Familiensituation vorgenommen.

Sowohl FAM als auch IBS sind an eine engmaschige Kommunikation und Dokumentation geknüpft. Im Rahmen von IBS treffen wir uns einmal wöchentlich mit dem freien Träger zu einer Konferenz, zwischendurch finden telefonische Kontakte statt. Über die Sitzungen wird eine Verlaufsdokumentation geführt, aus der man den aktuellen Stand gut herauslesen kann. Ähnlich ist es bei FAM.

FamilienAktivierungs-Management (DV FAM e.V.)

Uta Heyer: FAM ist ein ambulantes Kriseninterventionsprogramm mit dem Ziel der Verhinderung von Fremdplatzierung. Es ist ein intensives sechswöchiges Arbeitsprogramm mit der Familie, wobei die Familie in unterstützende Strukturen vernetzt wird. Der Hauptansatz ist die Aktivierung der Familie durch den Blick auf die Fähigkeiten und Ressourcen der Familie. FAM kann jedoch andere Hilfeformen, wie z. B. Therapie, nicht ersetzen.

Die Arbeit von FAM findet im Haushalt der Familie statt. Ein FAM-Mitarbeiter ist für maximal zwei Familien gleichzeitig zuständig. Die Fachkraft ist für die Familie 24 Stunden erreichbar. Zwingend sind die wöchentliche FAM-Gruppensupervision und Beratungen.

Die Ziele sind im Einzelnen:

- Vermeidung der Herausnahme,
- Sicherheit des Kindes muss gewährleistet sein,
- Akute Konfliktdämpfung und Deeskalation,
- Stabilisierung und Rekonstruktion des Familiensystems,
- Entwicklung gemeinsamer Zielsetzungen und Handlungsstränge,
- Familienkrise nutzen, um Veränderungen herbeizuführen.

Die Zielgruppe von FAM sind Familien mit Kindern im Alter von 0 – 18 Jahren,

- welche aus mindestens einem biologischen oder Adoptivelternteil und einem Kind unter 18 Jahren bestehen,
- die ein oder mehrere Kinder in Pflege haben,
- die im Umkreis von höchstens einer Stunde Fahrzeit wohnen,
- die zur intensiven Intervention bereit sind,
- die innerhalb von 24 Stunden einen Helfer treffen wollen,
- in welcher mindestens ein Elternteil die Kooperation bejaht.

Die Krise wird sichtbar durch:

- die drohende Fremdplatzierung eines oder mehrerer Kinder,

- eine ernsthafte Gefährdung der Eltern oder der Geschwisterkinder,
- schweres oder wiederholtes, normüberschreitendes Verhalten des Kindes,
- die Diagnose, dass weniger intensive Formen der Hilfe nicht in Frage kommen oder nicht die erwünschte Wirkung hatten.

Die Schwierigkeiten in der Familie können bestehen aus:

- unzureichender Wahrnehmung der Elternrolle,
- Verhaltensstörungen des Kindes (Delinquenz, Drogen),
- körperlicher, psychischer oder sexueller Misshandlung,
- Beziehungsprobleme, Scheidungsproblematiken,
- aggressives Verhalten der Eltern oder der Kinder.

Familien mit folgenden Problemen können **nicht** in die Maßnahme aufgenommen werden:

- Die Eltern oder das Kind ziehen eine Fremdplatzierung vor.
- Die Probleme sind so gefährdend, dass eine sofortige Herausnahme angezeigt ist.
- Die Probleme der Familien hängen mit ernsthaften körperlichen oder psychischen Behinderungen zusammen.
- Bei akuter Suizidgefährdung.

Anhand eines **Fallbeispiels** werden der **Ablauf** und die **Arbeitsweise** verdeutlicht:

Unsere Arbeit beginnt mit der Erstellung eines **Genogramms** der Familie **(Abbildung 2)**:

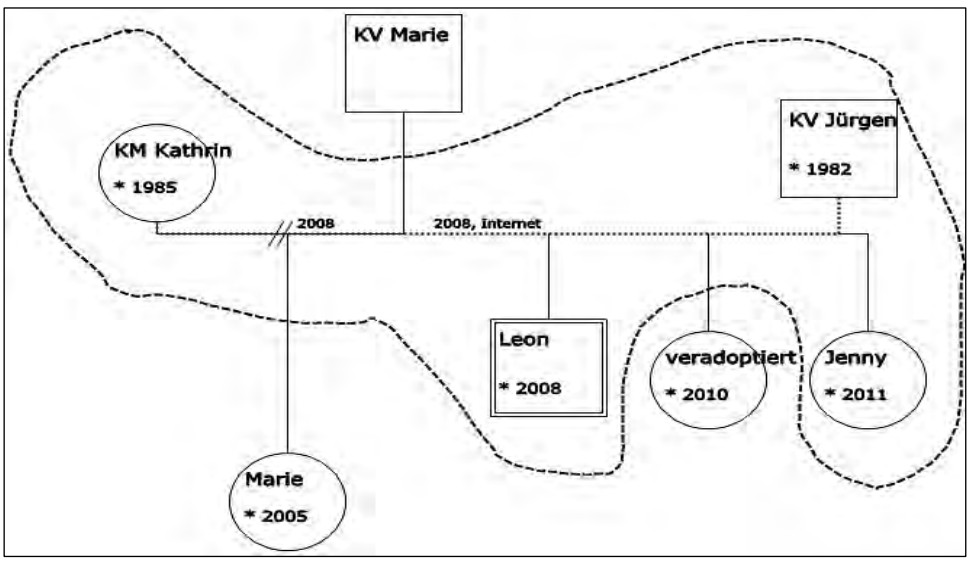


Abbildung 2 © Uta Heyer

Die Kindesmutter lebt mit dem Kindesvater zusammen, das Erstgeborene der Mutter ist von einem anderen Vater und lebt auch bei diesem Vater. Der Sohn Leon ist der Index-

klient. Das dritte Kind lebte bereits vor dem Start der FAM-Maßnahme in einer Adoptivfamilie. So stellte sich die Situation dar, als ich mit der Familie in Kontakt trat. Das jüngste Kind wurde erst nach der Maßnahme geboren.

Ab 2008 erfolgte eine Begleitung der Familie durch das Jugendamt. Ab 2010 erhielt die Familie ambulante Jugendhilfe in Form einer SPFH. Es zeigte sich eine starke Verweigerungshaltung der Eltern. Es gab einige Kommunikationsstörungen, zudem sind die Eltern ihrer Verantwortung sich selbst und ihrem Kind gegenüber nicht nachgekommen. Anhand des Stuttgarter Kinderschutzbogens wurde eine Kindeswohlgefährdung festgestellt. Daraufhin wurde das Familiengericht in Arnstadt angerufen. Als Ergebnis einer ersten Anhörung wurden verschiedene Auflagen für die Familie formuliert. Leon konnte vorerst in der Familie bleiben. Die Situation verschlechterte sich nach einiger Zeit und das Kind wurde in Obhut genommen. Vor dem Familiengericht fand eine zweite Anhörung statt, hier wurde der Familie durch die ASD-Kollegin Hilfe durch FAM angeboten. Meistens leben die Kinder während der FAM-Maßnahme in der Familie. In diesem Fall befand sich Leon noch in Obhut, als ich in der Familie zu arbeiten begann.

Das Erstgespräch in der Familie führte zu einer Eskalation (verbale Aggression, Beleidigungen, Sachbeschädigung, vor allem durch den Vater), weil die Eltern davon ausgegangen waren, ich würde das Kind mitbringen. Hier war Krisenmanagement zur Deeskalation und zur Klärung der Arbeitsbeziehung zwischen Jugendamt und Eltern gefordert. Danach ließen sich die Eltern auf die Maßnahme ein. FAM startet aber auch, wenn nur ein Elternteil mit dieser Kooperation einverstanden ist. Für den Fall, dass Krisen oder Fragen auftauchen, war ich in den darauffolgenden sechs Wochen 24 Stunden für die Familie erreichbar. Außer der Arbeit, die im Haushalt der Familie stattfindet, wird die Familie auch zu Beratungen begleitet. Im Hintergrund steht ein externer FAM-Berater für die wöchentliche Supervision zur Verfügung.

Der Auftrag des Jugendamtes an das FamilienAktivierungsManagement wurde in der Zielvereinbarung formuliert:

- „Gesundheitsfürsorge soll abgesichert sein."
- „Finanzen sollen abgesichert und geklärt sein."
- „Kind soll Kita regelmäßig ganztags besuchen."
- „Alle Termine mit der FAM-Mitarbeiterin werden eingehalten."
- „Grundordnung/Hygiene in der Wohnung ist gesichert."
- „KV reagiert angemessen und gewaltfrei."

Begonnen wurde mit der zwingend notwendigen Klärung und Vermittlung zwischen Jugendamt und Familie und einem „Aufräumen" (Was ist hier passiert?). Dies diente dazu, Vertrauen zu schaffen. Es wurde eine Arbeitsbeziehung und Arbeitsgrundlage hergestellt. Dabei wurde auch geklärt, welche ständigen Kontrollbereiche verpflichtend sind, um die Ziele zu erreichen, vor allem, um die Sicherheit des Kindes zu gewährleisten, wenn es wieder zurückkommen darf.

Mit den Familien kann man nach unseren Erfahrungen am besten arbeiten, wenn sie sich in einer Krise befinden, denn dann sind sie motiviert, etwas zu verändern, was unsere

Chancen, eine nachhaltige Veränderung mit ihnen gemeinsam herbeizuführen, deutlich erhöht.

Es fand ein Brainstorming mit der Familie statt („Was belastet die Familie aktuell am meisten?“). Dabei wurden von den Eltern vor allem Finanzen aufgeführt: Optionen der Geldbeschaffung für eigene Versorgung, Kitakosten, Beantragung von Geldern, mehrere Haustiere.

Gemeinsamen bereiteten wir Gesprächsinhalte und Anliegen vor, die Eltern übten Formulierungen und die Führung solcher Gespräche in verschiedenen Ämtern ein. Zu einigen klärenden Gesprächen begleitete ich die Eltern, hielt mich dabei aber im Hintergrund. Die Eltern bekamen jeden Tag Hausaufgaben gestellt, die vor allem den Wohnungszustand betrafen. Im Kindernothilfefonds des Ilmkreises wurde eine schnelle finanzielle Hilfe beantragt.

Nach einer Woche wurde eine Klärung der Arbeitsbeziehung zwischen Eltern und der FAM-Arbeiterin vorgenommen, denn durch die Eltern gab es Grundsatzdiskussionen, subtile Erpressungsversuche, Verantwortungsabgabe, verbale und tätliche Aggression, Verweigerungshaltung, denn es war für die Eltern mitunter schwer, Autorität auszuhalten. Das konnte jedoch geklärt werden.

Mit den Eltern wurde ein Erstgesprächsbogen erarbeitet. Dies ist eines unserer Diagnoseverfahren. Hier wird aufgeführt, was sich die Eltern konkret wünschen, welche Ziele sich daraus für sie selbst ableiten lassen und was sie zur Erreichung dieser Ziele selbst tun können und müssen. Das erfordert viel Zeit.

Mit dem Vater arbeitete ich verstärkt an einem „Ärger-Wut-Management“, erstellte dabei eine Zeitleiste, analysierte seine biografischen Wurzeln und leistete Skalierungsarbeit, die aufzeigt, wo die betreffende Person herkommt, wo sie jetzt steht und wo sie hin will.

Das war ein Meilenstein in der Arbeit mit der Familie. Weitere Schritte, die relativ schnell erfolgten, waren:

- Familie verkauft das Auto, der Hund wird abgegeben, die Tafel wird besucht,
- Bewilligung von Finanzen durch ARGE, Diakonie, Jugendamt (Erstausstattung, Mehrbedarf, Kitakosten, Übernahme Essengeldschulden),
- Eltern/Wohnung wirken sehr viel gepflegter.

Aufgrund dieser Fortschritte wurde die Rückführung des Kindes in die Familie vorbereitet. Dazu wurde auch ein Ressourcencheck durchgeführt, u.a. um zu klären, wer bei Schwierigkeiten helfen könnte. Leon ist dann zu seinen Eltern zurückgekommen.

Die Weiterarbeit setzte verstärkt auf Strukturhilfen, wie Tagesplanung inklusive Wochenende, Aufgabensammlung, Aufgabenplan, Skalierung zum Thema „Wohnungssauberkeit“, Haushalts-Budget-Plan. Bei der Tagesplanung berücksichtige ich stets die Traditionen der Familie und die Art, wie sie ihren Alltag gestalten will.

Nach zwei Wochen fand das erste Entwicklungsgespräch mit dem Jugendamt bei der Familie statt. Alle Gespräche werden im Haus der Familie durchgeführt, weil diese sich dort am sichersten fühlen. Sie sind die Hausherren, wir die Gäste. In diesem Gespräch wurde die bisherige Arbeit durch alle Anwesenden ausgewertet.

Auch meine wöchentlichen Gespräche mit dem FAM-Supervisor sind eine Art der Diagnose. Anhand eines Rasters werde ich nach verschiedenen Punkten abgefragt.

Zu den weiteren Arbeitsschritten gehörte das praktische Üben mit dem Vater, „Gespräche zu führen ohne verbale Ausraster", durch das Einüben von Einleitung, Begründungen, Beharrlichkeit und Strategien, durch Kommunikationsübungen und Rollenspiele.

An den Strukturhilfen wurde ebenfalls weitergearbeitet, und zwar mit Reinigungsplänen, Finanzplanung, verstärkter Arbeit mit Reflexionsmethoden (Skalierungsarbeit/zirkuläres Fragen). Eltern kamen wieder in einen finanziellen Engpass. Wir haben Optionen gesammelt und die Bewältigungsstrategien (Denken und Planen) weiter gefestigt. Dabei habe ich auch die Konsequenzen bei einer Kindeswohlgefährdung mit den Eltern thematisiert. Bei diesem Thema herrscht ebenso wie bei der gesamten Arbeit mit der Familie eine große Transparenz. Alle schriftlichen Unterlagen, die ich erarbeite, erhält sowohl die Kollegin im Jugendamt als auch die Familie. Oft ist es für die Familie das erste Mal, dass sie einen Bericht über sich selbst lesen können. Es ist manchmal nicht leicht, den Eltern deutlich zu machen, welche Konsequenzen durch ihre Handlungsweisen, über die sie selbst entscheiden, auf sie zukommen.

Das zweite Entwicklungsgespräch mit Jugendamt wurde nach vier Wochen geführt, mit einer erneuten Auswertung der bisherigen Arbeit durch alle Anwesenden. Zuerst spricht stets die Familie darüber, was sie geschafft hat. Die Hauptthemen waren Finanzen, Nachfolgehilfe sowie die bevorstehende Geburt eines weiteren Kindes. Die Eltern zweifelten an der Notwendigkeit einer Nachfolgehilfe. Es ist eine Aufgabe der FAM-Mitarbeiterin, anhand der Diagnose zu klären, ob eine Nachfolgehilfe angezeigt ist und wenn ja, welche das sein könnte. In dieser Familie hielt ich eine Nachfolgehilfe für zwingend notwendig. Mit viel Wertschätzung des bisher Erreichten ist es gelungen, sie von der Notwendigkeit zu überzeugen. Dazu wurden Ziele konkretisiert.

In den letzten 14 Tagen fand eine verstärkte Reflexion, Festigung und Stabilisierung statt. Zu diesem Zeitpunkt werden keine neuen „Baustellen" mehr aufgemacht, wenn es sich nicht durch neue akute Krisen als notwendig erweist. Es wurde eine Finanzplanung und ein Haushaltsbudget aufgestellt. Der Vater begab sich auf Jobsuche, nachdem er ein Bewerbungstraining absolviert hatte. Mit der Mutter bereitete ich die Geburt und die Ankunft des Neugeborenen in der Familie vor. Die Elternmotivation ließ zu diesem Zeitpunkt merklich nach. Gespräche zur Arbeitsbeziehung brachten zur Sprache, was ich von den Eltern und die Eltern von mir im letzten Teil unserer gemeinsamen Arbeit erwarten.

Wir nahmen gemeinsam eine Zielskalierungen zur Frage: „Wo stehen Sie heute im Vergleich zum Beginn der Maßnahme?" sowie eine Skalierung zum Thema: „Wie förderlich sind wir Eltern für unser Kind?" vor. Außerdem fanden heilpädagogische Übungen statt. Das Gewicht wurde nun auf eine Neuorientierung für die Nachfolgehilfe gelegt.

Am Ende der sechs Wochen fand das Abschlussgespräch statt, auch dabei wurde die bisherige Arbeit durch alle Anwesenden ausgewertet. Ein ausführlicher Abschlussbericht mit Empfehlungen wird zu diesem Anlass von der FAM-Mitarbeiterin den Eltern und dem Jugendamt vorgelegt. Dieser wird von allen unterschrieben.

Meine Empfehlung für diese Familie zielte auf eine ambulante Form der Nachfolgehilfe, auf eine Stabilisierung durch intensive Sozialpädagogische Familienhilfe mit einer FAM-Mitarbeiterin, die nach FAM-Standards arbeiten kann. Diese sollte drei Kontakte pro Woche umfassen. Für die Eltern empfahl ich den Besuch eines Elternkurses.

Die empfohlenen Maßnahmen sollten folgenden Zielen dienen:

- „Die finanzielle Situation der Familie ist klar und damit die Versorgung der Kinder jederzeit abgesichert.
- Die Eltern halten eine stabile Grundordnung im Haushalt.
- Die Familie regelt verantwortungsvoll Termine.
- Kind geht regelmäßig ganztags in den Kindergarten/Frühförderung.
- Das Baby gedeiht, ist gut versorgt und die Eltern sichern die Gesundheitsfürsorge ab.“ [2]

Die Nachfolgehilfe und Ergebnisse waren im Einzelnen:

- FAM-Fall und Nachfolgehilfe 2012 erfolgreich beendet,
- Besuch beider Eltern am Elternkurs (20 Bausteine),
- Kinder leben in der Familie,
- Keine Kinderschutzmeldungen/Kindeswohlgefährdungen,
- Installiertes Netzwerk selbstwirksam,
- Kindesvater hat ein intensives Anti-Aggressionstraining in Kombination mit einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme absolviert.

FAM findet unter folgenden **Wertehaltungen** statt:

- Menschen haben das Recht auf eigene Kultur- und Lebensformen. Die Art, wie die Familien – vielleicht durch Traditionen entwickelt – ihr Leben führen, wird durch FAM grundsätzlich respektiert.
- Die Familienmitglieder sind Partner, die mit großem Respekt und Wertschätzung behandelt werden.
- In jeder Familie gibt es Hoffnung auf eine Weiterentwicklung.
- Alle Familienmitglieder haben ein Recht auf physische und psychische Sicherheit.
- Kinder haben das Recht auf ihre Familie.
- Jedes Handeln ist ursprünglich von einer positiven Motivation bestimmt.

[2] zitiert aus dem Abschlussbericht – Empfehlung vom 29.7.2011

Unsere **Grundhaltung** ist:

- Eltern sind die Experten für ihre Familie.
- Wir sind „Forscher“, die wertschätzend und ohne Vorurteile die Familienstrukturen kennen lernen.
- Familienkrisen sind gute Voraussetzungen für Veränderungen.
- Transparenz und Ehrlichkeit ist gegenüber der Familie und dem Jugendamt zentrales Arbeitsprinzip.
- Nur mit Lösungsorientierung und Wertschätzung werden Ressourcen und neue Handlungsoptionen gefunden.

Zu Beginn der Kooperation gab es durchaus Hierarchien zwischen unserem Träger und dem Jugendamt. Das Jugendamt vergibt die Aufträge und wir erfüllen sie. Das hat sich im Laufe der Kooperation sehr verändert. Sowohl die Kolleg/innen im ASD als auch wir sind einhellig der Meinung, auf Augenhöhe angekommen zu sein. Die Diagnostik und auch das Dokumentationsverfahren wurden von uns gemeinsam erarbeitet. Dabei haben wir ein gegenseitiges Verständnis für unsere Arbeit entwickelt. Zudem haben wir gemeinsam Hilfen differenziert. Das ist uns gut gelungen. Inzwischen wurden u.a. eine Elternwerkstatt und ein Hauswirtschaftstraining installiert. Das heißt, in der Kooperation wurde ein kompaktes Paket geschnürt, um umfassende Hilfen anzubieten.

Clearing und Diagnostik in den Hilfen zur Erziehung oder „Viele Wege führen nach Rom“?

Arbeitsgruppe 4: Clearing/Diagnostik: ambulant, extern Ein ambulantes Diagnostikangebot außerhalb des Jugendamtes

Angebot der Flexiblen Familienhilfen Ibbenbüren der Evangelischen Jugendhilfe Münsterland

RAINER VRIESEN
Regionalkoordinator der Region Emsdetten-Greven-Saerbeck, Evangelische Jugendhilfe Münsterland, Emsdetten

Vorbemerkungen

Das Münsterland ist eine Region im Nordwesten von Nordrhein-Westfalen, die aus vier Landkreisen und der Stadt Münster besteht **(Abbildung 1)**.

Abbildung 1 © Rainer Vriesen

Die Evangelische Jugendhilfe Münsterland arbeitet mit 720 Mitarbeitenden in der Fläche von Ibbenbüren bis Lüdinghausen, von Bocholt bis Münster und ist damit eine sehr dezentrale Einrichtung, die über die gesamte Region verteilt ist.

Wir bieten alle Bereiche der Hilfen zur Erziehung und andere Dienste an:

- Tagesgruppen,
- Wohngruppen,
- KompetenzZentrum Pflegefamilie,
- Flexible und ambulante Hilfen,
- Arbeit und Qualifizierung,
- Tageseinrichtungen für Kinder,
- Offene Ganztagsgrundschulen in Kooperation mit Schulträgern und Schulen,
- Migration/Integration,
- JuMeGa® (Junge Menschen in Gastfamilien) – in diesem Konzept geht es darum, Jugendliche, die in anderen Settings nur noch schwer zu halten sind, zeitweise in für sie passenden Gastfamilien unterzubringen,
- Krisendienst.

Neben meiner Tätigkeit als Koordinator bin ich in einer Diagnosegruppe für die Elternarbeit und die Teamberatung zuständig und arbeite außerdem im praktischen Bereich der flexiblen Hilfen. Das heißt, ich bin in den gesamten Diagnoseprozess einbezogen. Wir haben mehrere stationäre Diagnosegruppen. Im Augenblick versuchen wir, diese Diagnostik auch in die ambulante Arbeit zu installieren.

Was ist Diagnostik?

- Griechisch: Durchforschung im Sinne von Entscheidung, Beurteilung,
- medizinisch: Bestimmung einer Krankheit durch Erhebung von Befunden, um eine Entscheidung über eine Behandlung treffen zu können (Diagnoseklassifikationssystem ICD-10),
- Psychiatrisch/psychologisch: Erhebung eines Befundes durch
  - Anamnese,
  - Gespräche, Interviews,
  - Tests (Intelligenztest, CBCL usw.),
  - ICD 10 F-Diagnosen,
- **Sozialpädagogisch**: Erfassung und Beschreibung der Situation eines Klienten und dessen Familie mit dem Ziel der passgenauen Intervention

Sozialpädagogische Familiendiagnostik

Die Sozialpädagogische Familiendiagnostik kommt in Wohngruppen, insbesondere Diagnosegruppen, und in den ambulanten Hilfen zur Erziehung, insbesondere in der Sozialpädagogischen Familienhilfe, zur Anwendung.

Methoden und Ansätze

Eine wichtige Grundlage für unsere Methoden/Arbeitsansätze ist die Arbeitshilfe **„Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs" des Landesjugendamtes Bayern** (2008). Es handelt sich um ein vor allem analytisches, standardisiertes Verfahren. Bedarfe werden anhand von Diagnostiktabellen erfasst.

Es geht im Einzelnen um:

- Erfassung von Kriterien durch Beobachtung,
- Fragenkatalog zur Einschätzung des Kindeswohls und Erziehungsbedarfes,
- Aufbau einer Baumstruktur in den Kategorien:
  - Grundversorgung,
  - Familiensituation,
  - Kindeswohl,
  - Erziehungssituation.

In einem Auszug aus diesen Tabellen werden die vier Kategorien beschrieben, zu denen jeweils fünf Fragen gehören **(Abbildung 2)**. Da diese fünf Fragen noch einmal mit jeweils vier differenzierten Fragen hinterlegt sind, kommt man letztlich auf 80 Fragen, deren Beantwortung ein relativ genaues Bild über die familiäre Situation ergibt.

Kindeswohl			
Kindeswohlgefährdung?		**Erziehungshilfebedarf?**	
Grundversorgung	Familiensituation	Kindeswohl	Erziehungssituation
1. medizinische Versorgung 2. Ernährung 3. Hygiene 4. Aufsicht 5. Obdach	6. wirtschaftliche Situation 7. Wohnverhältnisse 8. gesundheitl. Verfassung der Eltern 9. Erziehungsverhalten 10. Mitarbeit	11. körperliche Gesundheit 12. seelisches Wohlbefinden 13. Sozialverhalten 14. Leistungsbereich 15. Selbstständigkeit	16. familiäre Beziehungen 17. Erziehungsleitende Vorstellungen 18. Entwicklungsförderung 19. Lebensgeschichte 20. Integration

Abbildung 2 © Rainer Vriesen

Durch die Konkretisierungen, wie sie am Beispiel der medizinischen Versorgung (Punkt 1) und konkret am Punkt 1.1. („Sichtbare Verletzungen des Kindes sind nicht plausibel erklärbar.") verdeutlicht werden **(Abbildung 3)**, erhält man insgesamt 200 Items.

Das ist sehr umfangreich, aber für uns sehr wichtig und hilfreich, vor allem, wenn es um kritische Fragen geht, weil man hiermit auch einzelne Elemente beschrieben hat.

1. medizinische Versorgung 1.1. Sichtbare Verletzungen des Kindes sind nicht plausibel erklärbar. 1.2. Ärztliche Untersuchungen und Behandlungen werden nur lückenhaft wahrgenommen. *1.3. Krankenversicherungsschutz, ärztliche Diagnose und Behandlungen sind sichergestellt.* 1.4. *Der Schutz des Kindes vor Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung ist ausreichend.* (…)	(…) 13. Sozialverhalten 13.1. Die Sozialkontakte des jungen Menschen sind eingeschränkt. 13.2. Dem jungen Menschen fällt es schwer, Regeln und Grenzen zu beachten. *13.3. Der junge Mensch zeichnet sich durch eine hohe Sozialkompetenz aus.* *13.4. Der junge Mensch ist beliebt im Freundeskreis.* (…)

1.1 Sichtbare Verletzungen des Kindes sind nicht plausibel erklärbar.	
Konkretisierung	Altersspezifische Beispiele
Die Grenzen der Intimität werden überschritten. Es liegen ernst zu nehmende Verdachtsmomente des sexuellen Missbrauchs vor. Das Kind oder der/die Jugendliche ist Opfer sexueller Gewalt.	(…) Der junge Mensch wird veranlasst, pornografische Abbildungen und Videos etc. zu sehen. Er wird zu kinderpornografischen Abbildungen und Filmen benutzt. Das Kind erlebt sexuelle Handlungen Erwachsener (3-6, 6-14 Jahre). Es wird zu sexuellen Handlungen genötigt (3-6, 6-14, 14-18 Jahre). Eine Zwangsverheiratung droht (14-18 Jahre).

Abbildung 3 © Rainer Vriesen

Ein weiterer Ansatz, der uns geleitet hat, sind die **Sozialpädagogischen Familiendiagnosen von Uhlendorff u. a**. (2008).

Kernstück dieser Methodik sind:

- Leitfadengestützte Interviews für Erwachsene und Kinder,
- darauf folgend eine Analyse der aktuellen Probleme und Alltagsbelastungen im Familiensystem,
- Orientierung an Selbstdeutungsmustern und Konfliktthemen.

Im Mittelpunkt stehen im Gegensatz zu einer medizinischen oder psychologischen Diagnostik die familialen Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung und Erziehung.

Außerdem befassen wir uns mit **systemischer Familiendiagnostik**:

Ein System wird als eine Gruppe von Individuen betrachtet, die als Ganzes interagieren und deren Beziehungen untereinander intensiver sind als zu anderen Elementen[1]. Verhalten/Symptomatik in einem System ist immer ein Lösungsverhalten. Systemische Diagnostik erfasst und beschreibt Symptome in ihrer Bedeutung für das System.

[1] v. Schlippe/Schweitzer, 1998

Unsere Praxis

In unserer praktischen Arbeit bedienen wir uns unterschiedlicher Ansätze und arbeiten grundsätzlich eklektisch. Unsere **Zielgruppe** sind Familien mit nicht geklärtem Hilfebedarf.

Handlungsschritte sind:

- Auftragsklärung mit allen Beteiligten (Jugendamt, Klienten),
- Motivationsklärung, d. h. Motivation aller Beteiligten, dabei unterscheiden wir u.a. zwischen Familien im Abgabemuster und im Kampfmuster,
- wenn die Motivation geklärt und eine Kooperationshaltung erreicht ist, wird ein Kontrakt geschlossen.

Es werden mit der Familie folgende **Kriterien** erfasst, die abschließend zur Diagnose Eingang in einen zusammenfassenden Bericht finden:

- Kindeswohl,
- Grundversorgung,
- sozioökonomische Rahmenbedingungen,
- familiäre Arbeitsteilung/Zeitstruktur,
- Partnerschafts-/Paarkonzept,
- familiäre Interaktionserfahrungen/Erziehungserfahrungen,
- aktuelle Erziehungsbelastungen,
- aktuelle psychosoziale Belastungen,
- Erfahrungen mit Helfersystemen,
- Familiengeschichte,
- Unterstützung/Begleitung durch Helfersysteme formell/informell,
- subjektiver Hilfeplan (eigene Vorstellungen der Familie darüber, was ihnen helfen könnte),
- **Ressourcen.**

Systemische Diagnostik als zweiter Handlungsstrang erfasst und beschreibt die Symptome, analysiert die Probleme und damit auch die Lösungsstruktur. Es erfolgt eine Hypothesenbildung über mögliche/wahrscheinliche Entwicklungen und eine Bedarfsbeschreibung.

Als **Methoden** setzen wir ein:

- Interview,
- Paar- und Familiengespräche,
- Genogrammarbeit,
- Netzwerkkarte,
- Familienbrett.

Die **Netzwerkkarte (Abbildung 4)** ist von einem hohen Informationswert.

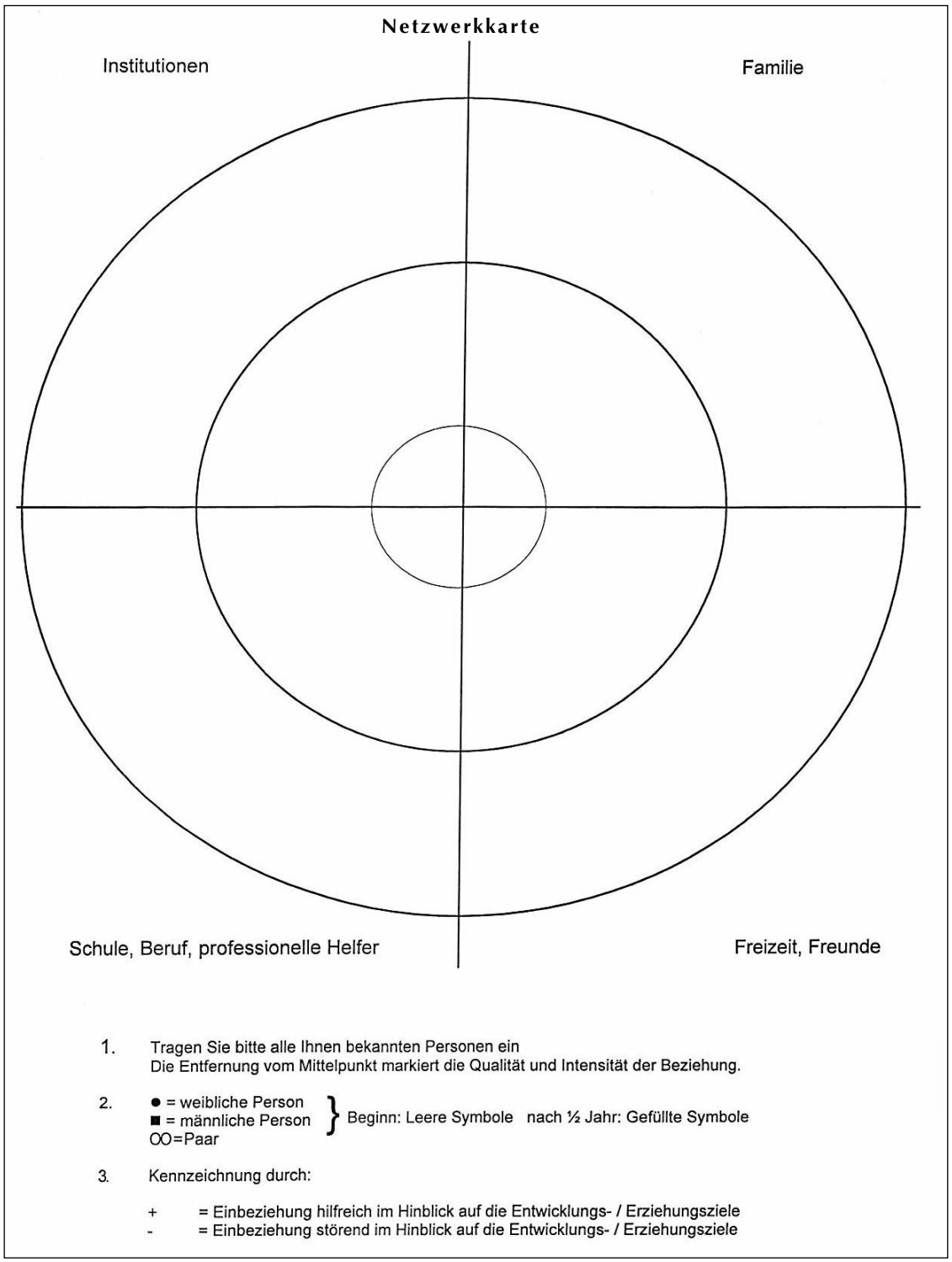


Abbildung 4 © Rainer Vriesen

Aus der systemischen Arbeit ist das **Familienbrett** als Stellvertreterskulptur bekannt **(Abbildung 5)**:

Abbildung 5 © Rainer Vriesen

Die Ergebnisse werden in einem Bericht zusammengefasst, der mit den Klienten und mit dem Auftraggeber besprochen wird. Gegebenenfalls werden in dem Gespräch mit dem Klienten Veränderungen vorgenommen. Können wir uns nicht auf einen Standpunkt einigen, empfehlen wir den Klienten, ergänzende Stellungnahmen hinzuzufügen, oder wir schreiben diese mit ihnen gemeinsam.

Fazit

Sozialpädagogische Familiendiagnostik bedeutet für uns:

- Aushandlungsprozess zwischen Klienten und Diagnostiker,
- Wechselwirkung Diagnose – Intervention,
- Aktivierung der Klienten,
- Entwicklung operationalisierbarer Ziele in Kooperation mit den Klienten.

Wir erleben es oft bereits während des Diagnoseprozesses, dass Klienten aktiver werden.

Vielen Dank, ich freue mich auf Ihre Fragen und die Diskussion.

Clearing und Diagnostik in den Hilfen zur Erziehung oder „Viele Wege führen nach Rom“?

Arbeitsgruppe 5: Clearing/Diagnostik: stationär/ambulant, intern. Interne Diagnostik im Jugendamt bei stationären und ambulanten Hilfen

Wege zu Fallverständnis und passgenauen Hilfen in den Beratungszentren

SABINA SCHAEFER
Leiterin des Beratungszentrums Stuttgart Mitte

1. Konzeption der Beratungszentren

Um den komplexen Lebenslagen von Familien besser gerecht zu werden, wurde im Jugendamt Stuttgart schon seit einigen Jahren konsequent der Weg beschritten, die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen zu fördern und damit die verschiedenen professionellen Kompetenzen zu nutzen. So gibt es in Stuttgart zehn Beratungszentren für Jugend und Familie, in denen in multiprofessionellen Teams Fachkräfte aus Sozialarbeit, Psychologie, Wirtschaftlicher Jugendhilfe und Verwaltung unter einer Leitung zusammenarbeiten **(Abbildung 1)**.

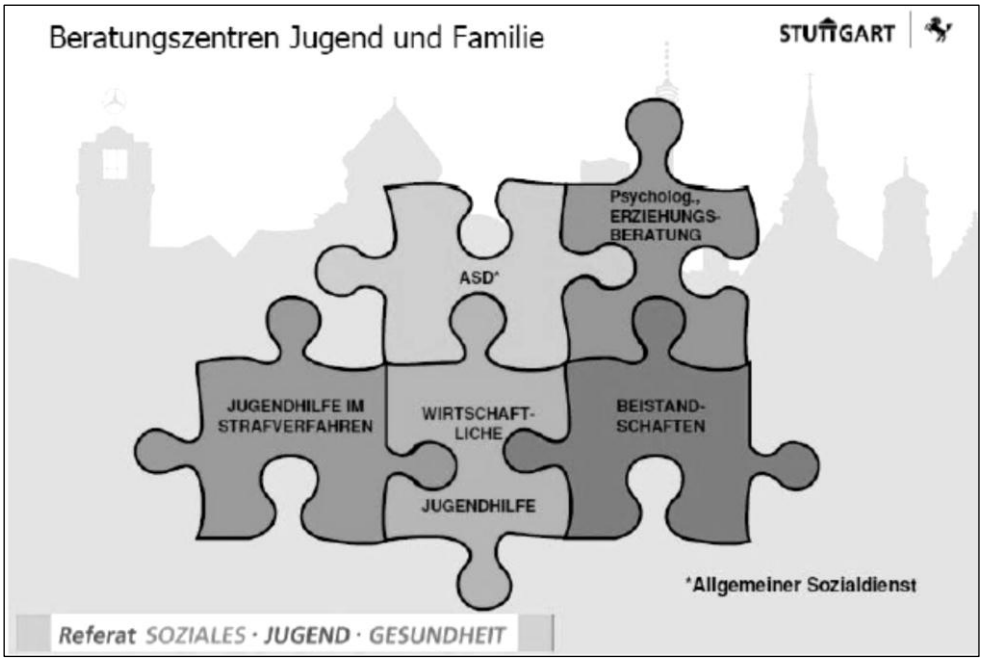


Abbildung 1 © Sabina Schaefer

Zu den Aufgaben der Beratungszentren gehören die psychosoziale Grundversorgung der Familien, Erziehungsberatung, Psychologische Beratung, bedarfsgerechte Planung und Durchführung von Hilfen zur Erziehung, Leistungen zur Sicherung des Kindeswohls sowie die fallübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung mit Schulen, Kindertagesstätten, Ärzten, Kinderärzten, Familienhebammen, JobCenter, Polizei und anderen. Das städtische Beratungszentrum Mitte wendet sich an Stuttgarter Eltern, Kinder, Jugendliche und Erwachsene bis 63 Jahre.

Die angebotenen Beratungsleistungen eines Beratungszentrums für Jugend und Familie sind im Einzelnen:

- Allgemeine Sozial- und Lebensberatung,
- Beratung im Kinderschutz,
- Beratung vor HzE und Beratung im Rahmen der Hilfen zur Erziehung und anderen Jugendhilfeleistungen,
- Beratung im Rahmen der Wirtschaftlichen Jugendhilfe,
- Beratung im Kontext der Jugendhilfe im Jugendstrafverfahren,
- Beratung nach SGB II und XII (Persönliche Hilfen),
- Familien-, Erziehungs- und Psychologische Beratung,
- Partnerschafts-, Trennungs- und Scheidungsberatung,
- Entwicklungspsychologische Beratung,
- Präventive Fallberatung für Tageseinrichtungen für Kinder.

2. Fachliche Grundorientierung und Bedeutung von diagnostischem Fallverstehen

Es hängt wesentlich von der fachlichen Qualifikation, der Motivation und dem Engagement der Fachkräfte ab, ob die Unterstützungsleistungen und Hilfen für die Rat suchenden Familien zu guten Ergebnissen führen. Um zu guten Ergebnissen zu kommen, ist es entscheidend, dass die Fachkräfte gemeinsam mit den Klienten zu einem Verständnis darüber kommen, welche Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung des jeweiligen Problems wesentlich sein könnten, um auf dieser Grundlage Ideen zu Veränderung und Verbesserung der jeweiligen Problemsituation zu entwickeln. Man könnte von einem fortlaufenden koproduktiven Prozess des Fallverstehens sprechen: Fachkräfte und Betroffene entwickeln sich idealerweise im Hilfe-, Beratungs- und Unterstützungsprozess weiter, indem immer wieder diagnostische Prozesse stattfinden, um zu überprüfen, ob die bisherigen Interventionsschritte zielführend waren, und um zu planen, wie es in der Hilfe weitergehen kann.

In den Beratungszentren für Jugend und Familie wird sowohl bei ambulanten als auch bei stationären Hilfen zur Erziehung Wert auf eine sorgfältige Fallrecherche gelegt, bei der die Fachkräfte aus den verschiedenen Professionen in einem diagnostischen Verstehensprozess zusammenwirken. Fachkräfte in den Beratungszentren bringen ihr jeweils unterschiedliches theoretisches Wissen aus den Fachgebieten Sozialpädagogik, Sozialarbeit und Psychologie mit und verfügen darüber hinaus über unterschiedliche Zusatzqualifika-

tionen aus methodischen oder themenspezifischen Fortbildungen (z. B. Psychodrama, Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologische Ansätze, Musiktherapie, Arbeit mit traumatisierten oder suchtkrankten Menschen, psychisch Kranken usw.).

Auf der Grundlage einer systemischen Perspektive, die allen Fachkräften gemeinsam ist, fließen, diese Kompetenzen in den gemeinsamen Verstehensprozess ein. Charakterisiert ist die systemische Perspektive durch folgende Merkmale:

- Lebensfeldorientierung,
- Berücksichtigung der individuellen Besonderheiten des Einzelfalls,
- Ressourcen- und Lösungsorientierung,
- die Adressaten der Hilfe werden für die Problemanalyse als gleichberechtigte Partner einbezogen,
- diagnostische Überlegungen oder Erkenntnisse sind Arbeitshypothesen, die in der Fallarbeit ständig hinterfragt und gegebenenfalls revidiert werden müssen.

Die systemische Perspektive basiert auf der erkenntnistheoretischen Grundlage des Konstruktivismus, dessen Kernfrage lautet, wie Menschen aktiv ihre eigene Erfahrungswelt konstruieren, welche Weltsicht sie entwickelt haben, um sich in ihrer Welt zurechtzufinden.

Für die Fachkräfte der Jugendhilfe bedeutet dies, auf der Basis einer wertschätzenden Haltung herauszufinden, welches die Hintergründe für das Verhalten eines Kindes oder Erwachsenen sein könnten. Das Augenmerk richtet sich dabei nicht nur auf Schwächen, Defizite und Entwicklungsverzögerungen der Menschen, sondern auch auf deren Stärken, Ressourcen und Entwicklungspotentiale. Der Ansatz lädt Fachkräfte dazu ein, hoffnungsvolle Perspektiven gemeinsam mit den Ratsuchenden zu entwickeln.

Um diesen hohen Anforderungen gerecht zu werden, ist eine fortlaufende Fallsupervision der Fachkräfte notwendig. In der Supervision können auch Phänomene wie Übertragung und Gegenübertragung in der Helfer-Klient-Beziehung analysiert werden.

Die Leitfragen dazu,

- was der Klient in der Fachkraft auslöst,
- was irritierend war,
- welche Emotionen hervorgerufen wurden,
- welche Verhaltensweisen der Fachkraft wiederum bestimmte Reaktionen des Gegenübers ausgelöst haben können,

sind neben der Sammlung von Daten zu individuellen Besonderheiten der Klienten, der Lebensumstände, des Zuweisungskontextes wichtige Kenntnisse im Verstehensprozess[1]. Wie dieses Fallverstehen von Seiten der Fachkräfte gestaltet werden kann, soll anhand von Fallbeispielen dargestellt werden. Es werden Methoden, Instrumente und Arbeitshil-

[1] Vgl. hierzu Bernhard Rau, 2010

fen vorgestellt, die den Prozess des Fallverstehens als Voraussetzung für eine gute Hilfeplanung unterstützen.

3. Vorgehensweise in einem HzE-Fall mit Kinderschutzproblematik: Einsatz von Kinderschutzbogen und Musterarbeit

Der wahrscheinlich bekannte Stuttgarter Kinderschutzbogen ist ein für die Fachkräfte in der Jugendhilfe entwickeltes Arbeitsinstrument, mit dem die familiären Beziehungen, speziell die Versorgungs- und Lebenssituation der Kinder und insbesondere eine umfassende Gefährdungseinschätzung auf der Grundlage konkreter Beobachtungen und Beschreibungen möglich ist.

Insgesamt umfasst der Stuttgarter Kinderschutzbogen folgende **zwölf Module**[2]:

1. Meldebogen (Angaben zur Gefährdungsmeldung),
2. Familienbogen (Grunddaten),
3. Erscheinungsbild des Kindes (Pflege-Entwicklungszustand),
4. Eltern-Kind-Interaktion (z.B. elterliche Feinfühligkeit),
5. Grundversorgung und Schutz (Ernährung, Schlafplatz, Kleidung, medizinische Versorgung usw.),
6. Sicherheitseinschätzung (z.B. geäußerte Furcht vor einer bestimmten Person im Haushalt),
7. Risikoeinschätzung (mittelfristige Wahrscheinlichkeit weiterer Gefährdungsereignisse),
8. Ressourcen und Prognosen (persönliche/familiäre/soziale und materielle Ressourcen),
9. Erziehungsfähigkeit (Pflege/Bindung/Förderung),
10. Gesamteinschätzung der Kindeswohlgefährdung,
11. Hilfe- und Schutzkonzept,
12. Vereinbarungen mit den Sorgeberechtigten.

Das Fallbeispiel der Familie B. zeigt, wie mit dem Stuttgarter Kinderschutzbogen gearbeitet werden kann. In dem Fall geht es um den siebenjährigen Dennis, der massive Probleme in der ersten Klasse hatte. Bei der allein erziehenden Mutter gab es Hinweise, dass sie selbst psychische Probleme hat und ihre drei Kinder nur unzureichend versorgen kann.

Herausgegriffen sind die Beschreibungen für das vierte Modul „Eltern-Kinder-Interaktion“: Zu diesem Modul gehören Items wie „Aufmerksamkeit“/„Körperkontakt“/„Blickkontakt“/„Zuwendung für das Kind“/„Angemessenheit der Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse“/„Grenzen setzen“/„Verbale Anregungen“/„Spielmöglichkeiten für das Kind“/„Zuverlässigkeit gegenüber dem Kind“ **(Abbildung 2)**.

[2] vgl. Reich, W., Lukasczyk, P., Kindler, H., 2009

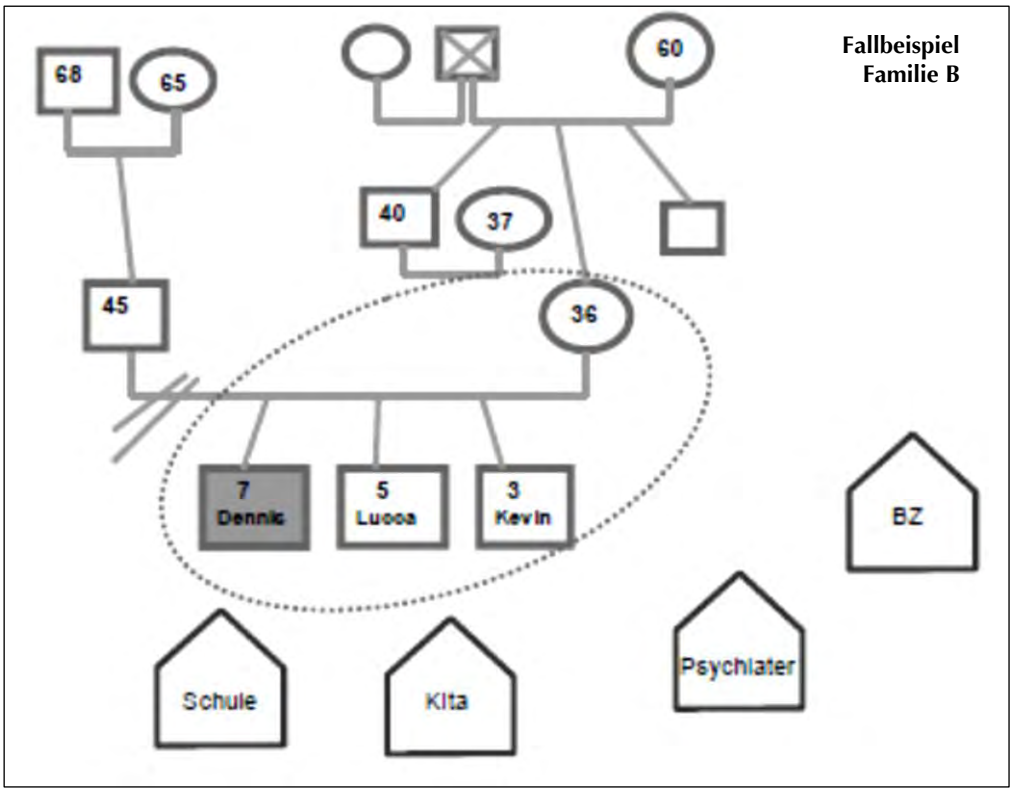


Abbildung 2 © Sabina Schaefer

Es sind auf der folgenden Tabelle **(Abbildung 3)** die Beschreibungen von Verhaltensbeobachtungen zu „Aufmerksamkeit“/“Körperkontakt“ und „Angemessenheit der Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse“ dargestellt.

Aufmerksamkeit/Körperkontakt/Blickkontakt/ Zuwendung für das Kind	**Beschrieben durch**
Mutter verhält sich gegenüber Dennis oft impulsiv und wechselhaft. Sie schimpft das Kind heftig, um sich im nächsten Moment zu entschuldigen.	BZ-Mitarbeiterin HzE-Mitarbeiterin
Mutter bittet mehrfach um Fremdunterbringung der Kinder und gibt an, sie könne in Momenten, in denen Dennis sie an seinen Vater erinnert, keinen Körperkontakt zum Kind ertragen.	BZ-Mitarbeiterin
Angemessenheit der Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse	**Beschrieben durch**
Frau B. erscheint aber generell bemüht, die Wünsche und Bedürfnisse der Kinder zu erfüllen.	BZ-Mitarbeiterin
Beim Hausbesuch weist Frau B. Dennis barsch ab, als er etwas fragen wollte.	HzE-Mitarbeiterin
In der Schule beschämt die Mutter ihren Sohn bei einer Gelegenheit, als sie seine OP-Narbe herumzeigt und Mitschüler beschimpft.	Lehrerin

Abbildung 3 © Sabina Schaefer

Die Beschreibung positiver und negativer Verhaltensweisen werden jeweils für die verschiedenen Module zusammengetragen und bewertet, so dass am Ende eine gut fundierte Einschätzung über den Grad der Kindeswohlgefährdung abgegeben werden kann. Insbesondere wird die Einschätzung auf diese Weise auch für andere Professionen (z. B. Familienrichter) gut nachvollziehbar.

An dem Fallbeispiel wird deutlich, dass mit dem Kinderschutzbogen am effektivsten gearbeitet werden kann, wenn eine Kooperationsbeziehung zu den Eltern hergestellt werden kann. Gerade bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung kann es für Eltern jedoch gute Gründe geben, die aus ihrer persönlichen Sicht eindeutig dagegen sprechen, mit einem Jugendamtsmitarbeiter ein Arbeitsbündnis einzugehen.

In Stuttgart haben wir unter anderem von *Michael Biene* und dessen SIT-Ansatz (SIT= Systemische Interaktionsberatung) gelernt, dass die Fachkräfte schon im allerersten Gespräch mit den Klienten diagnostizieren müssen, in welchem Muster sich eine Person, die Eltern oder das für den Hilfeprozess relevante Herkunftssystem befinden[3]. *Biene* unterscheidet Kampf-, Abgabe- und Kooperationsmuster. Es erschließt sich leicht, was unter „Kampfmuster" bzw. „Abgabemuster" zu verstehen ist. Im „Kampfmuster" ist für den Klienten der Sinn einer Hilfe nicht ersichtlich, es werden nämlich keine Probleme innerhalb der Familie gesehen. Typisch ist die Aussage, dass der Lehrer mit dem Kind Probleme hat und die eigentliche Absicht des Klienten lautet: „Ich will/kann nicht mitarbeiten". Auch dem „Abgabemuster" liegt im Grunde dieser Satz zugrunde, allerdings eher aus einer resignativen Haltung heraus nach dem Motto: „Ich bin zu schwach, die Probleme zu lösen, also sollen es bitte Profis tun, die speziell dafür ausgebildet sind und es ohnehin besser können als ich".

Die Kunst schon im ersten Kontakt von Fachkraft und Klienten besteht darin, aus dem Kampf- bzw. Abgabemuster heraus zu einer Kooperation mit den Klienten zu kommen. Dabei helfen Techniken wie Pacing und Leading. Unter „Pacing" wird eine verständnisorientierte Grundhaltung verstanden, also die Einstellung auf die innere Welt, die subjektive Sicht des Klienten.

Unter „Leading" versteht man Leiten, Einladen, d. h., der Therapeut macht Angebote an den Klienten, die ihm helfen sollen, neue Sichtweisen zu erproben. In Fällen, in denen sich Klienten etwa im abwehrenden Kampfmuster befinden, kann nach dem Pacing (also der Haltung, die die Abwehr der Klienten nachzuvollziehen versucht) im Leading eine Option für die Klienten entwickelt werden, auf die sie sich einlassen können. So lautet beispielsweise das Angebot an die Klienten: „Wir unterstützen Eltern, die große Probleme haben und dringend Hilfe wollen. Wir sind außerdem auch für Eltern da, die Probleme wegen der Nachbarn oder mit der Schule haben. In diesem Fall können wir Eltern unterstützen, sich so zu verändern, dass Schule oder andere Zuweiser keinen Grund mehr finden, die Familie zu kritisieren, Druck zu machen usw." Oder wie *Marie-Luise Conen* es treffend formuliert: „Wie können wir Ihnen helfen, uns wieder los zu werden?"

[3] vgl. Biene, 2011

Wir betrachten diesen SIT-Ansatz als sehr hilfreich für die Fachkräfte, weil er eine professionelle, verständnisvolle Haltung fördert und eine Diagnose darüber ermöglicht, in welchem Muster sich die Klienten befinden, was wiederum die Voraussetzung dafür ist, die Gesprächsführung und die Eröffnung von Hilfeoptionen adäquat darauf abzustimmen und damit schon vor Beginn einer ambulanten oder stationären HzE entscheidende Weichen zu stellen.

4. Diagnostik in einem laufenden ambulanten HzE-Fall – Nutzung der psychologischen Kompetenz im Beratungszentrum

In diesem Fall geht es darum, diagnostische Erkenntnisse aus der psychologischen Untersuchung mit einem Jungen in eine laufende Hilfe zur Erziehung einzubringen und damit wichtige Akzente für die weitere Hilfeplanung zu setzen. Hier wurden zum besseren Verständnis neben systemisch orientierten Hypothesen zusätzlich die in speziellen Diagnoseverfahren gewonnenen Erkenntnisse mit aufgenommen.

Es geht um den elfjährigen Paul, dessen Geschwister ein bzw. zwei Jahre jünger sind **(Abbildung 4)**. Die Eltern hatten sich getrennt, als Paul vier Jahre alt war, zum Zeitpunkt der Scheidung war Paul sechs Jahre alt.

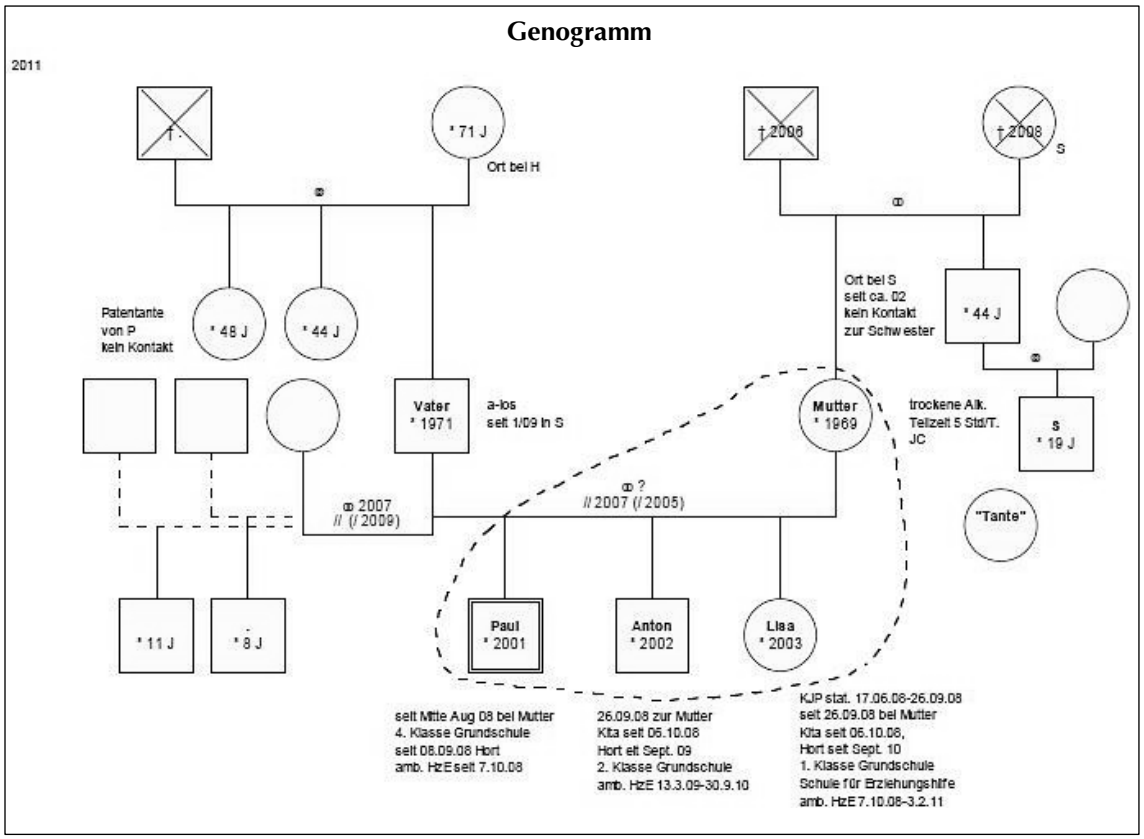


Abbildung 4 © Sabina Schaefer

Grund für die Trennung war vordergründig die Alkoholerkrankung der Mutter. In den ersten Jahren nach der Trennung lebten die Kinder daher auch beim Vater und die Mutter kam regelmäßig vierzehntägig an den Wochenenden in den Haushalt des Vaters zu Besuch. Die Mutter war nach der Trennung in einer mehrmonatigen stationären Suchttherapie und arbeitete inzwischen wieder als Verkäuferin. Der Vater heiratete kurz nach der Scheidung erneut, die neue Partnerin brachte zwei Kinder (etwas älter als Paul) mit in die Beziehung. Schon nach einem Jahr – Paul war sieben Jahre alt – gab es massive Konflikte in der neu zusammengesetzten Stieffamilie. Pauls Vater entschloss sich zur Trennung von seinen drei Kindern aus der ersten Ehe und setzte sie „Knall auf Fall" seiner Ex-Frau vor die Türe. Der Vater brach sogar die Beziehung zu den drei Kindern komplett ab, was ein für die Kinder kaum zu verkraftender massiver Beziehungsabbruch war.

Immerhin war die Mutter psychisch soweit hergestellt, dass sie für ihre drei Kinder eine relativ stabile Umgebung herstellen konnte. Sie fand rasch eine ausreichend große Wohnung, die sie ansprechend einrichtete, und sie konnte die Kinder in Tageseinrichtungen und Schulen unterbringen. Außerdem gelang es ihr, für die Kinder den Kontakt zur Oma väterlicherseits und zu einer Tante wieder herzustellen.

Für die Bewältigung der diversen alltagspraktischen Aufgaben, aber auch für die Lösung erzieherischer Fragen wurde der Mutter eine ambulante HzE-Mitarbeiterin zur Seite gestellt. Im Laufe dieser HzE traten die Bedürfnisse und Schwierigkeiten der einzelnen Kinder immer deutlicher zu Tage, insbesondere Paul fiel in der Schule und im Hort dadurch auf, dass er sich stark zurück zog, traurig und bedrückt wirkte und besonders in schulischen Leistungssituationen regelmäßig versagte. Er übte z. B. Diktate und Rechenaufgaben vor Klassenarbeiten zusammen mit seiner Mutter, schaltete bei den Arbeiten aber total ab. Speziell ab der vierten Klasse, als Paul eine strenge, eher fordernde, wenig verständnisvolle Lehrerin hatte, ging Paul nur noch sehr ungern zur Schule. Die Mutter sagte: „Morgens geht er Schicksalsergeben hin, weint ab und zu, wirkt total hoffnungslos".

Die Fragestellung für die psychologische Untersuchung war, ob Paul unter Depressionen leidet, oder ob bei ihm eher eine starke Prüfungsangst vorliegt. In verschiedenen Testverfahren zeichnete sich eine depressiv-resignative Grundstimmung ab, was sich z. B. im erhöhten Neurotizismus-Wert im HANES (Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala) zeigte. Im Einzelnen bedeutete dies, dass sich Paul folgende Symptome zuschrieb: Insuffizienzgefühle verbunden mit sozialer Empfindlichkeit und Verletzbarkeit, Neigung zu Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmung, Sorgen um die eigene Gesundheit, Angst vor zukünftigen Ereignissen.

Die Probleme in der Schule dürften bei Paul also eher Ausdruck einer generalisierten resignativen Grundhaltung vor dem Hintergrund der belastenden familiären Trennungserlebnisse sein. Deutlich wurde dies auch im Test „Familie in Tieren" (FiT): Im zeichnerischen Ausdruck zeigte sich die Kargheit in Paul selbst, auch der Mangel an familiären Ressourcen. Bemerkenswert war ferner, dass er seine Tierfamilie nach der Fertigstellung total überkritzelte, so dass man die für die einzelnen Familienmitglieder gewählten Tiere eigentlich nicht mehr richtig erkennen konnte **(Abbildung 5)**.

Abbildung 5 © Sabina Schaefer

Für die Mutter wählte Paul beispielsweise den Adler, ein an sich starkes, kraftvolles Tier, das auf seiner Zeichnung aber kaum zu erkennen ist, konturlos wirkt und keinerlei Stärke ausstrahlt. Für sich selbst wählte er zwar einen „wütenden Stier“ der jedoch ebenfalls überhaupt nicht kämpferisch und stark wirkte. Der Vater fehlt auf dem Bild komplett, was Paul so kommentierte: „Er will ja keinen Kontakt mehr mit uns – blöd“.

Erst im Inszenario, als er viele Figuren aufstellen kann, die zu ihm gehören, scheint ihm diese Verdeutlichung sichtlich gut zu tun **(Abbildung 6)**.

Abbildung 6 © Sabina Schaefer

Um Paul eine geeignete Unterstützung zu geben, wurde im Gespräch mit der Mutter vorgeschlagen, zusätzlich zur ambulanten HzE eine Kindertherapie zu beginnen. Paul profitierte sichtlich schon von der Einzelzuwendung während der psychologischen Untersuchung und die Mutter, die sich in Paul auch selbst wieder fand, unterstützte den Vorschlag sehr. In einem weiteren Beratungsgespräch konnte ausgehend von den diagnostischen Befunden auch mit ihr besprochen werden, wie sie Paul einfühlsam den notwendigen Zuspruch geben und ihm Hoffnung auf Erfolg gerade auch in schulischen Situationen machen kann.

5. Differenzierte HzE-Planung für eine Familie mit vier Kindern

In der dritten Fallgeschichte geht es um eine vietnamesische Familie mit vier Kindern **(Abbildung 7)**. Die Frau hatte sich nach gewalttätigen Auseinandersetzungen von ihrem spielsüchtigen Mann getrennt, nachdem sie sich davor schon mehrfach für einige Wochen mit den Kindern in ein Frauenhaus geflüchtet hatte, dann aber doch immer wieder zu ihrem Mann zurückgekehrt war. Zunächst hatten die beiden älteren Söhne beim Vater bleiben sollen, die Mutter zog schwanger mit dem dritten Sohn in eine Wohnanlage für Alleinerziehende nach Stuttgart.

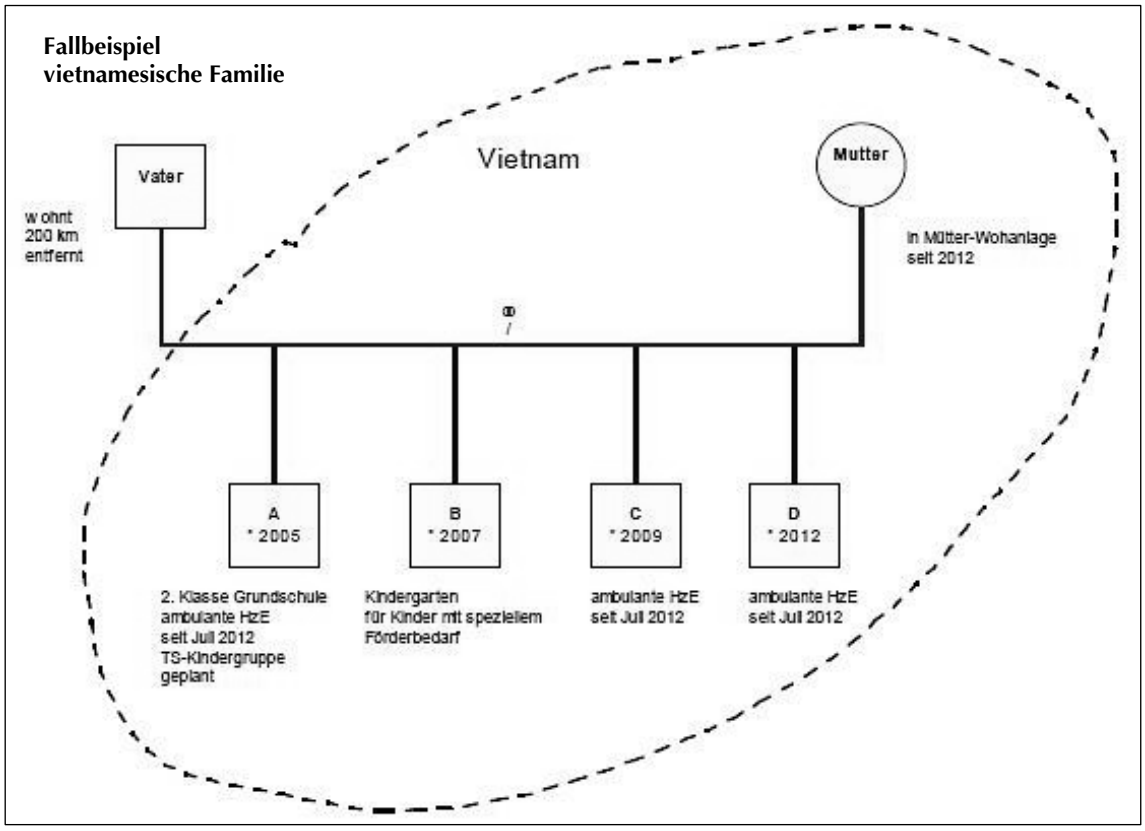


Abbildung 7 © Sabina Schaefer

Schon nach wenigen Wochen brachte der Vater ohne Absprache die Kinder zur Mutter nach Stuttgart, wobei es auch bei dieser „Übergabe“ der Kinder eine gewalttätige Auseinandersetzung zwischen den Eltern gab und ein Polizeieinsatz notwendig wurde. Die Kinder waren verständlicherweise völlig verstört und die Mutter, die gerade ihr viertes Kind entbunden hatte, war verzweifelt über die Situation. Eine Rückkehr der beiden älteren Söhne zum Vater war zu diesem Zeitpunkt definitiv ausgeschlossen, weil der Vater seine Wohnung und die Arbeitsstelle verloren hatte und hoch verschuldet war, gewissermaßen „am Boden zerstört“, wie es der für den Vater zuständige Sozialarbeiter ausdrückte.

Von Seiten der Mitarbeiterin der Wohnanlage für Alleinerziehende wurde umgehend der Einsatz einer sozialpädagogischen Familienhilfe angefordert, um die Mutter bei der Bewältigung der vielfältigen Alltagsprobleme und bei der Erziehung der Kinder zu unterstützen.

Bevor eine ambulante HzE eingesetzt wurde, wurde im HzE-Stadtteilteam (einem Gremium, in dem Fachkräfte des Jugendamts und des sozialräumlich zuständigen Hilfeträgers alle Fälle, für die eine HzE zur Debatte steht, besprechen) beschlossen, jedes dieser vier Kinder etwas differenzierter diagnostisch in den Blick zu nehmen, um eine individuell passgenaue Hilfe zu installieren. Gleichzeitig wurde die systemische Sicht auf das Familiensystem und auf das beteiligte Helfersystem berücksichtigt.

Diese Phase vor HzE, die eine Musiktherapeutin im Beratungszentrum mit der Familie gestaltete, erleichterte den Einstieg in die HzE, weil nicht nur diagnostische Prozesse abliefen, sondern auch eine Stabilisierung und Beruhigung der Mutter und der Kinder erreicht werden konnte, die durch Gewalt- und Trennungserfahrungen als traumatisch zu bezeichnende Erfahrungen machen mussten. Aufgrund der Arbeit sowohl mit der Teilfamilie (Mutter mit den vier Kindern) als auch mit den einzelnen Kindern konnte jedes Familienmitglied mit seinen individuellen Eigenschaften und Besonderheiten sowie die Interaktion zwischen den Familienmitgliedern genauer beschrieben und verstanden werden.

Die Mutter beispielsweise berichtete der Therapeutin, wie sie abends nicht zur Ruhe findet, an Schlaflosigkeit leidet und nachts immer wieder von den Anrufen ihres getrennt lebenden Ehemanns aufgeschreckt wird. Mit der Intervention, sich für sich selbst einen sicheren Ort vorzustellen, an dem sie sich geschützt fühlt, sollte erreicht werden, dass die Mutter eine Möglichkeit findet, eine eigene Kraftquelle zu aktivieren, um sich auf diese Weise selbst zu stabilisieren. Die Mutter stellte sich in der Imaginationsübung eine Wiese mit Jahrhunderten alten Baumriesen vor, wo sie unter einem dieser Bäume als kleines Mädchen sitzt und von ihrem Vater gehalten wird.

A., der älteste Junge, zeigte in der Einzelsituation als ältester Sohn seine Unruhe, seine Belastungen, aber auch seine Verantwortung für die jüngeren Geschwister. Als er seine komplette Familie (inklusive Vater) mit Playmobilfiguren aufstellen sollte, wählte er für die jüngeren Geschwister kleine Figuren, bei der Wahl für sich selbst war er hin- und hergerissen zwischen einer kleinen und einer großen Figur. Er äußerte von sich aus den Wunsch, dass er mit allen Geschwistern wieder einmal zusammen Musik machen wolle

(wie in der ersten gemeinsamen Sitzung bei der Musiktherapeutin), sorgte also für den Zusammenhalt der Familie.

Für die HzE-Hilfeplanung war nach diesen Informationen und Eindrücken zu beachten, dass A. mehr Gelegenheit braucht, mit Gleichaltrigen zusammen zu sein, sich mit ihnen auseinanderzusetzen, aber auch das Spiel und die Entspannung mit ihnen zu genießen, statt in der Familie so viel Verantwortung für die jüngeren Brüder übernehmen zu müssen. Die HzE-Fachkraft sollte ihm daher Freizeitangebote im Stadtteil erschließen, auch sollte er an einer Scheidungskindergruppe teilnehmen, um gleichaltrige Kinder mit demselben Schicksal zu treffen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen.

Der zweitälteste Sohn B. der Familie (fünf Jahre alt) ist schwer hörbehindert, was erst im Alter von einem Jahr festgestellt wurde, und in Folge dessen zu einer Verzögerung in der Sprachentwicklung führte. Er war für die Mutter das anstrengendste Kind, weil er so oft aggressiv gegenüber anderen Kindern war, sich aus Protest kleinkindhaft auf den Boden warf, wobei sein Verhalten sicher auch auf seine Hörbehinderung zurückzuführen war. In der Einzelsituation zeigte sich B. ruhiger und altersangemessener als mit der ganzen Familie zusammen. Auf dem Dino-Gefühlsplakat zeigte er auf den wütenden, den traurigen und den weinenden Dino, um seine Gefühlslage zu verdeutlichen **(Abbildung 8)**.

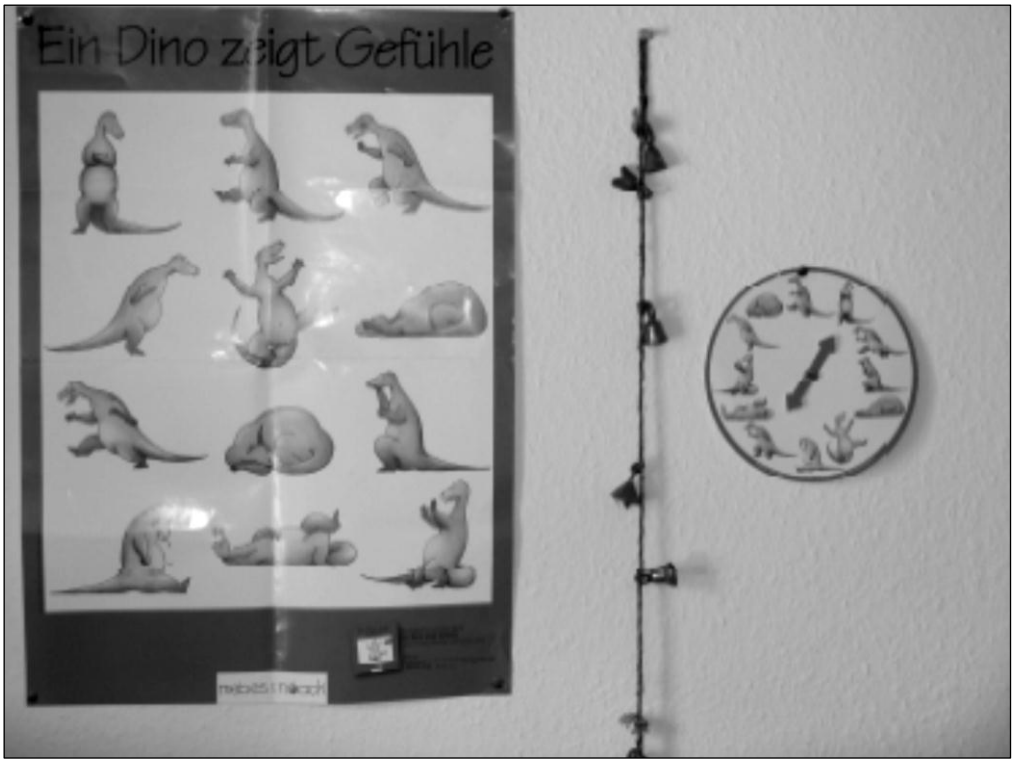


Abbildung 8 © Sabina Schaefer

Für ihn wurde neben der HzE eine längerfristige Kinderpsychotherapie angeraten, um die verschiedenen Belastungen (spät erkannte Hörbehinderung, Verwöhnung der Mutter aus Mitleid, häusliche Gewalt, Trennung der Eltern, herausgerissen werden aus der vertrauten

Umgebung) zu bearbeiten. Außerdem war bei ihm die Zusammenarbeit mit dem Gehörlosenkindergarten angezeigt.

Der drittälteste Sohn C. (drei Jahre alt) war im Familienverband unauffällig, es gab aber Situationen, in denen er seine Eifersucht auf das Baby zeigte. Er wollte dann im Kinderwagen auf dem Baby liegen und hatte das Baby schon gekratzt. In der Einzelstunde mit ihm, der Mutter und dem Baby gab es eine schöne Sequenz, als er mit der Melodika ruhige Klänge produzierte, mit seiner Mutter Blickkontakt hielt und sie ruhig und ihm zugewandt mitspielte, indem sie – ihn unterstützend – die Klangstäbe einsetzte. Bei diesem dritten Kind lag es nahe, Mutter-Kind-Einzelspielstunden im Rahmen der HzE anzubieten, um C's Verunsicherung über die Erlebnisse mit häuslicher Gewalt zu verarbeiten, ihn zu stabilisieren und dabei die Kraft und Ruhe, die die Mutter ihm geben konnte, zu nutzen.

Für das jüngste Kind D. (acht Wochen alt), das bei allen Terminen mit der Mutter dabei war, wurden die Angebote der Wohnanlage für Mütter mit Säuglingen (wie z. B. Pekip-Kurs) empfohlen.

Die verschiedenen Einzelbeobachtungen wurden in diesem Fall zusammengetragen und mit der Mutter besprochen. In den Blick kamen bei diesen Gesprächen auch, wie der Kontakt zum Vater wieder hergestellt werden konnte, den insbesondere die beiden älteren Kinder deutlich vermissten. Die Mutter profitierte von dieser Beratungssequenz vor HzE für sich selbst, aber auch für den Umgang mit ihren vier Kindern und ihren jeweils unterschiedlichen Bedürfnissen. Die HzE-Fachkraft startete auf der Basis dieser Vorarbeit mit einem für jedes Kind spezifizierten Arbeitsauftrag.

Fazit:

Die drei Fallbeispiele sollten zeigen, wie jugendamtsinterne diagnostische Prozesse zu einem fundierten Fallverständnis beitragen können, was wiederum eine gute Voraussetzung dafür ist, dass Hilfen zur Erziehung erfolgreich sein können.

Literaturliste

Michael Biene: „Systemische Interaktionsberatung“ – Skript Einführungsseminar, 2011 (unveröffentlicht), Anschrift des Verfassers: Institut SIT, Nussbaumweg 5, CH-3672 Oberdiessbach

Franz Buggle, Frank Baumgärtel: „Hamburger Neurotizismus – und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche“ (HANES, KJ), Göttingen usw. 1975

Marie-Luise Conen (Hrsg.): „Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden - Aufsuchende Familientherapie“, Heidelberg, 3. Aufl. 2006

Maja Heiner: „Diagnostik in der Sozialen Arbeit“ In Hans-Uwe Otto, Hans Thiersch (Hrsg): „Handbuch der Sozialen Arbeit“, München 2011

Bernhard Rauh: „Durchblicken und Verstehen – Sozialpädagogische Diagnostik im Handlungsfeld Kinder- und Jugendhilfe“ In: Neue Praxis 6/2010, 580-592

W. Reich, P. Luaksczyk, H. Kindler: „Evaluation des Diagnoseinstruments zur Gefährdungseinschätzung des Kindeswohls“, In: NDV, Februar 2009, 63-68

Clearing und Diagnostik in den Hilfen zur Erziehung oder „Viele Wege führen nach Rom“?

Arbeitsgruppe 6: Clearing/Diagnostik: ambulant, intern Ein internes Diagnostikverfahren eines Jugendamtes bei ambulanten Hilfen

JUDITH PFENNIG
Jugendamtsdirektorin des Bezirks Pankow von Berlin, Leiterin der Arbeitsgruppe Fachliche Steuerung Hilfen zur Erziehung und sonstige Hilfen nach SGB VIII

KATALIN GOLLOVITZER
Leiterin des Ergänzenden Sozialdienstes/Fachcontrolling im Jugendamt des Bezirks Pankow von Berlin

HzE in Berlin und im Stadtbezirk Pankow

Judith Pfennig: Pankow ist der Berliner Bezirk mit der größten Einwohnerzahl:

- 365.000 Einwohner (+ 32.000 seit 2001),
- Durchschnittsalter 40 Jahre,
- 35,4 Einwohner/ha,
- Haushalt des Jugendamtes ca. 210 Millionen Euro (Hauptteil für Kita-Bereich),
- 270 Kitas/170 Träger,
- in den Jahren 2010 – 2012 stabile Anzahl von etwa 2.000 Hilfen zur Erziehung,
- HzE – Ausgaben ca. 41 Millionen Euro,
- 48 Einrichtungen der Kinder- und Jugendförderung (inkl. Schülerklubs) in unterschiedlicher Trägerschaft.

Wir trennen bei den Angeboten und Einrichtungen nicht so scharf zwischen öffentlichen und freien Trägern, weil für uns die Leistung wichtig ist. Ich vertrete auch den Standpunkt, dass die Situation entscheidet, ob eine Diagnose intern (im Jugendamt) oder extern (bei einem freien Träger) stattfinden soll, denn Diagnose bedeutet für uns, etwas zu verstehen und zu erkennen. Für die interne als auch die externe Diagnose gelten in Pankow die gleichen Standards. Frau Gollovitzer wird sie beschreiben.

In Berlin wird seit dem Jahr 2009 eine heftige Debatte über die Hilfen zur Erziehung geführt, dabei geht es nicht primär um unsere Fachlichkeit, sondern um den Haushalt und die Ausgaben, die wir zu verantworten haben.

Die Politik auf der Landesebene hat entschieden, ein Finanz- und Fachcontrolling HzE aufzubauen. Der Projektaufbau ist diesem Impuls geschuldet: auf der politischen Ebene bilden die Staatssekretäre und Bezirksstadträte die ministerielle Ebene und unser Lenkungsgremium, somit werden unsere Ziele dort beschlossen. Die Debatte auf der fachlichen Ebene führen die Jugendamtsdirektoren der Bezirksämter und das Ministerium. Alle

Berliner Jugendämter sind ab 2010 in eine jährliche Tiefenprüfung bei den HzE gegangen.

Pankow hat sich dieser Aufgabe als erster Bezirk gestellt. Die Debatte und die Analyse, was wir wirklich tun und mit welchen Folgen wir dies tun, kann uns fachlich weiterbringen und wir können einiges für unsere Praxis ableiten.

Die erste Einschätzung der Kolleg/innen, die die Tiefenprüfung in einer Selbstevaluation durchgeführt hatten, lautete dahingehend, dass alle Sozialarbeiter gut arbeiten und stets die geeignete und notwendige Hilfe für die Familien gewährt wird. Diese Aussagen verglich ich mit einer Prüfung, die vor der offiziellen Tiefenprüfung stattgefunden hatte und die sich mit den Ergebnissen des ambulanten Clearings nach § 31 SGB VIII befasste.

Im gesamten Stadtbezirk kam das ambulante Clearing folgendermaßen zum Einsatz:

- 71 Prozent mit einer anschließenden regelhaften Hilfe nach § 31SGB VIII,
- 21 Prozent ohne Anschlusshilfe,
- 7 Prozent führten zu Hilfen nach § 34 SGB VIII.

Das ambulante Clearing wird in den einzelnen Ortsteilen Pankows unterschiedlich eingesetzt und auf den ersten Blick auch nicht immer vernünftig, was sich im Anteil der Zielgruppe widerspiegelt:

- 67 Prozent im Ortsteil Pankow (42 Prozent für die Zielgruppe), davon 22 Prozent 14 Jahre und älter,
- 15 Prozent im OT Prenzlauer Berg (39,5 Prozent Zielgruppe), ausschließlich unter 14 Jahren,
- 18 Prozent im OT Weißensee (19 Prozent Zielgruppe), davon 41 Prozent über 14 Jahren.

Das heißt, die Größe der Ortsteile und ihre unterschiedlichen sozialen Indikatoren sind nicht immer ein Hinweis darauf, was wir an Hilfen zur Erziehung brauchen. Es stellte sich nach diesen Ergebnissen die Frage, ob sich hier ein Outsourcing einer Leistung abzeichnet, weil die Zeitressourcen im Jugendamt nicht ausreichen. Das habe ich auch öffentlich in Berlin thematisiert. Daraufhin wurde eine heftige Debatte darüber geführt, dass das Clearing in den Händen des Jugendamtes liegen muss und dies aber auch viel Zeit in Anspruch nimmt.

Da diese Debatte von uns angestoßen worden war, erging im Jahr 2011 ein Auftrag an unser Jugendamt, insbesondere an mich als Leiterin der Arbeitsgruppe HzE, die sich mit den Hilfen zur Erziehung im Land Berlin und den Kulturen, Strukturen und Bedingungen in den 12 Berliner Jugendämtern befasst, eine einheitliche Definition für das ambulante und stationäre Clearing als Aufgabenstellung des RSD/ASD für das Land Berlin zu entwickeln und dabei eine Klärung der Produktzuweisung und Buchung vorzunehmen.

Die Definition wurde im Juni 2012 folgendermaßen formuliert und auch von der politischen Ebene sanktioniert:

„Unter Krisenintervention mit Clearingaufgaben wird eine kurzfristige sozialpädagogische bzw. therapeutische Intervention verstanden, die mit definierten (Klärungs-) Aufträgen die Hilfeplanung und die Entwicklung eines passgenauen Hilfesettings unterstützt."

Das Clearing soll maximal drei Monate dauern und ist ausschließlich den §§ 27 und 35a SGB VIII zugeordnet.

Ziel des Clearingprozesses ist:

- Unterstützung beim Fallverstehen,
- Deeskalation und Entschärfung einer krisenhaften Zuspitzung in der Familie des jungen Menschen,
- Unterstützung bei der fallangemessenen Hilfeplanung (Passgenauigkeit, Sozialräumliche Ressourcen).

„Sozialpädagogische Diagnose, als Fachwissen betrachtet, ist nicht mehr als ein Satz unterschiedlicher, provisorischer Landkarten für ein nur begrenzt kartografierbares, weil sich ständig wandelndes Gelände. Die Debatte über soziale Diagnose ist nützlich, wenn sie hilft, solche Landkarten kennen zu lernen, ihre Grenzen zu verstehen, also sie nicht mit der Wirklichkeit des Lebens zu verwechseln – und dann mit eigenen Augen und Ohren ins Leben zu gehen. Denn welchen Weg ich im konkreten Fall nehmen sollte, welche Entscheidungen die richtigen sind, das sagen die Landkarten meistens nicht."[1]

Die Praxis im Jugendamt Pankow

Katalin Gollovitzer: Meines Erachtens sind Analyse und Diagnostik Kernaufgaben des Jugendamtes. Das ambulante Clearing trägt zum besseren Verständnis des Gesamtprozesses bei; kein/e Sozialarbeiter/in kann dies von seinem/ihrem Arbeitsplatz aus leisten – den Blick aus der Nähe in die Familie, die Beziehungszusammenhänge und -dynamiken.

Ausgangssituation war, dass zunächst einzelne Clearingaufträge an freie Träger auf der Grundlage von Einzelvereinbarungen ausgegeben wurden. Diese Praxis entwickelt eine ganz eigene Dynamik und dieser sind wir entgegengetreten, indem wir unter der fachlichen Verantwortung des Fachcontrollings gemeinsam mit sechs freien Trägern eine Leistungs- und Qualitätsvereinbarung erarbeitet haben.

Die **Qualitätsvereinbarung** wird alle zwei Jahre mit den freien Trägern erneuert. Aktuell befindet sie sich in der Überarbeitung unter dem besonderen Aspekt des Kinderschutzes. Wir in Pankow versuchen, Vereinbarungen in enger Zusammenarbeit und in Abstimmung mit den freien Trägern zu treffen.

Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen gelten seit 2010 und seitdem wird ambulantes Clearing in der vereinbarten Form an die freien Träger ausgegeben. Der Orientierungsrahmen im Bezirk sieht 90 Fachleistungsstunden über einen Zeitraum von acht Wochen vor. An diesem Rahmen orientieren sich die Hilfen, je nach Besonderheit der Situation.

[1] Burkhard Müller: Sozialpädagogische Diagnose, Berlin 2005

Eine Besonderheit des ambulanten Clearings besteht darin, dass die Träger, die diese Hilfen durchführen, für die Familien in der Zeit von 08:00 bis 18:00 Uhr erreichbar sind. Ambulantes Clearing setzen wir sowohl im Leistungsbereich als auch im Graubereich ein. Es wird sowohl in Form von § 30 als auch § 31 SGB VIII durchgeführt.

Standard sowohl im ambulanten als auch im stationären Clearing ist das Vier-Augen-Prinzip. Zwischen der fallverantwortlichen Fachkraft im Jugendamt und der Gruppen- bzw. Regionalleitung findet ein Fachgespräch statt. Folgehilfen erfordern grundsätzlich eine schriftliche Auswertung des Clearingprozesses sowie eine nochmalige Vorstellung und Beratung des Falls im so genannten Fall- oder Fachteam.

Zum Ende des ersten Quartals 2012 waren 25 Prozent der Hilfen gemäß § 31 SGB VIII Clearingaufträge, in absoluten Zahlen sind das 35 Fälle.

Diagnoseinstrumente

Der **Handlungsleitfaden zur Gestaltung der Falleingangsphase/Erfassung der Situation** ist bei uns durch eine Arbeitsanweisung verpflichtend. Dieser wurde unter der fachlichen Verantwortung des Leiters des Fachdienstes Ergänzende Sozialdienste in Zusammenarbeit mit den Gruppenleiter/innen der Regionen erarbeitet. Die Arbeitsanweisung ist erst seit dem 01.12.2011 in Kraft, daher verfügen wir noch nicht über fundierte Erfahrungen. Eine erste Auswertung wird Ende dieses Jahres in unserem Hause stattfinden.

Der Leitfaden ist umfangreich und besteht aus drei Teilen, die jeweils auch als Modul einzeln verwendet werden können:

1. Der Aufnahmebogen bildet sehr differenziert die Familiensituation ab.

2. Prüfung der örtlichen Zuständigkeit,

3. Erfassung der Situation in der Falleingangsphase.

Der Teil 3 ist nach Themenbereichen untergliedert, die in sich noch einmal ausdifferenziert sind. Dieser Teil bildet eine hohe Komplexität ab, die familiäre Situation wird detailliert erfasst und ermöglicht nach der Auswertung eine Diagnose. Sie bildet die Grundlage für die Entscheidung über eine angemessene und geeignete Hilfe.

Der Leitfaden beinhaltet im Einzelnen:

- Handreichung,
- Aufnahmebogen,
- Vermerk zur Prüfung der örtlichen Zuständigkeit,
- Prüfschema zur örtlichen Zuständigkeit,
- Hinweise zur Erfassung der Situation **(siehe Anhang)**,
- Bögen zur Erfassung der Situation **(siehe Anhang)**,
- Ressourcenkarte **(siehe Anhang)**,

- Symbole des Genogramms,
- Schweigepflichtsentbindung.

Nach Abschluss der ersten Fallanalyse werden **Hypothesen** (handlungsleitende Ideen) auf der Grundlage der erhobenen Daten nach ihrer Bedeutung für das weitere Vorgehen **gewichtet**.

Die Gewichtung erfolgt z. B. nach folgenden Fragestellungen:

- Bestehen Ressourcen für die Lösung des Problems?
- Wurden bereits Lösungsversuche unternommen und mit welchem Ergebnis?
- Wer nennt warum welches Problem und welche Bedeutung hat dies für das System Familie?
- Welche Prognose kann ohne/mit Intervention gegeben werden?

Als vorläufige Bewertung werden die nächsten Schritte für eine **Fallbearbeitung** dokumentiert und mit dem Klienten vereinbart. Aufgrund der Hypothesen sowie des Aushandelns mit den Klienten im Prozess kann eine erste **Einordnung** in den Leistungs-Grau- oder Gefährdungsbereich vorgenommen werden.

Besteht ein konkreter Handlungsbedarf für eine Leistungsgewährung, sind im weiteren Vorgehen die Formen der kollegialen Beratung oder ggf. Gremien zur Steuerung von Leistungen einzubeziehen. Die Datensammlung und Hilfen zur Strukturierung stellen hierfür eine Voraussetzung dar.[2]

Fazit

Die Erfassung der Gesamtsituation, wie sie der vorgestellte Leitfaden ermöglicht, sichert eine ganzheitliche Sicht auf die familiäre Situation und Problemlage. Sie ermöglicht einen veränderten Blick weg vom „Symptomträger". Eine geleitete Diagnose anhand des Leitfadens gewährleistet einen Beziehungsaufbau bei Wahrung der professionellen Distanz, fördert die Haltung und das Verständnis der fallführenden Fachkraft als Vermittler/in von Hilfen und nicht als Helfer/in selbst.

Die sich anschließende Überleitung an den Hilfeerbringer erfordert hohe Fachlichkeit und fördert (auch) das Vertrauen in die Institution Jugendamt.

[2] Auszug aus dem Handlungsleitfaden, Bezirksamt Pankow von Berlin, Jugendamt

Anhang: Aus dem Handlungsleitfaden für das Jugendamt Pankow von Berlin

Hinweise zur Erfassung der Situation in der Falleingangsphase

Die folgenden Themenbereiche geben einen (nicht abschließenden) Überblick. Sie dienen der möglichst umfassenden Beschreibung der Situation und ggf. der Vorbereitung weiterer Handlungsschritte.

1. Erleben und Handeln des jungen Menschen

Ressourcen
körperliche Gesundheit
seelisches Wohlbefinden
Leistungsvermögen
Sozialkompetenz
Autonomie
Sonstige
persönliche
soziale
materielle
infrastrukturelle Ressourcen

Risiken
körperliche Beschwerden
seelische Störungen
Leistungsprobleme
abweichendes Sozialverhalten
Autonomiedefizite
sonstige Risiken

2. Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen des jungen Menschen

1. Familiensituation

1.1 Familienstand
- Elterliche Sorge,
- gesetzliche Betreuung
- Aufenthalt des jungen Menschen

1.2 Wirtschaftliche Situation
- Einkommen
- Unterhalt
- Schulden

1.3 Berufl. Situation der Eltern
- Schulbesuch u. Berufsausbildung
- Erwerbstätigkeit
- Arbeitszeit

1.4 Wohnverhältnisse
- Wohnraum
- Wohnumfeld
- Soziales Netz

1.5 Elternbiografien
- Kindheit der Eltern
- Belastende Vorkommnisse
- Frühere Partnerschaften

1.6 Aktuell belastende Lebensereignisse
- In der Familie
- Äußere Umstände
- Traumatische Erfahrungen

2. Grundversorgung

2.1 Gesundheit
- Verletzung / Krankheit / Behinderung
- Arztbesuche
- Medikation
- Schlaf

2.2 Ernährung
- Menge
- Ausgewogenheit
- Regelmäßigkeit

2.3 Hygiene
- Körperpflege
- Kleidung
- Haushalt

2.4 Aufsicht
- Gewährleistung
- Ge- u. Verbote
- Schutz vor Gefährdungen

3. Erziehung

3.1 Bezugspersonen
- Kontinuität
- Erziehungskompetenz
- Lebenseinstellung

3.2 Familiäre Beziehungen
- Partnerschaft der Eltern
- Eltern-Kind-Beziehung
- Geschwisterbeziehungen
- Zu sonstigen Familienmitgliedern

3.3 Familienklima
- Respekt / Wertschätzung
- Wärme / Geborgenheit
- Offenheit / Konfliktbewältigung
- Anregung / Unterstützung

3.4 Erziehungsleitende Vorstellungen
- Strukturierter Tagesablauf
- Regeln u. Grenzen
- Lebenspraktische Fertigkeiten
- Selbstständigkeit

4. Entwicklungsförderung

4.1. Körperliche Entwicklung
- Größe / Gewicht
- Sinnesorgane
- Motorik

4.2 Geistige Entwicklung
- Intelligenz
- Sprache
- Kulturtechniken

4.3 Seelische Entwicklung
- Emotionen
- Persönlichkeit
- Frustrations- / Aggressionsbewältigung

4.4 Soziale Entwicklung
- Normen u. Werte
- Kommunikation / Kooperation
- Sexualität

5. Integration

5.1 Familie
- Integration im Familienverband
- Umgangskontakte
- Feste u. Feiern

5.2 Umfeld
- Wohnumfeld
- Kontakte zu Gleichaltrigen
- Kulturelle Integration
- eigene ehrenamtliche Tätigkeit / nachbarschaftliches Engagement

5.3 Bildung
- Ort
- Besuch
- Leistungsniveau
- Soziale Position

5.4 Freizeit
- Zugangsmöglichkeiten
- Freizeitgestaltung
- Medienkompetenz

6. Bisherige Hilfen/Unterstützungen

6.1 Institutionelle Hilfen
- Jugendhilfe
- Gesundheitshilfen
- Sonstige Hilfen
z.B. Mietschuldenübernahmen, Beratungsstellen

6.2 Andere Hilfen
- Nachbarschaftliche Hilfen
- Hilfen nach SGB XII
- Hilfen nach SGB II

Jugendamt Pankow / Region _____
RSD/JuB / Jug Datum:

Name, Vorname **geb.**

Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen des jungen Menschen ***Blatt 1***

1. Familiensituation	**Quellen**
1.1 Familienstand (Elterliche Sorge, Gesetzliche Betreuung, Aufenthalt des jungen Menschen)	
1.2 Wirtschaftliche Situation (Einkommen, Unterhalt, Schulden)	
1.3 Berufl. Situation der Eltern (Schulbesuch u. Berufsausbildung, Arbeitszeit, Erwerbstätigkeit)	
1.4 Wohnverhältnisse (Wohnraum, Wohnumfeld, Soziales Netz)	
1.5 Elternbiografien (Kindheit der Eltern, Belastende Vorkommnisse Frühere Partnerschaften)	
1.6 Aktuell belastende Lebensereignisse (In der Familie, Äußere Umstände, Traum. Erfahrungen)	
Was ist noch offen?	
Hypothese?	

Jugendamt Pankow / Region _____
RSD/JuB / Jug Datum:

Name, Vorname **geb.**

Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen des jungen Menschen ***Blatt 2***

2. Grundversorgung	**Quellen**
2.1 Gesundheit (Verletzung / Krankheit / Behinderung, Arztbesuche, Medikation, Schlaf)	
2.2 Ernährung (Menge, Ausgewogenheit, Regelmäßigkeit)	
2.3 Hygiene (Körperpflege, Kleidung, Haushalt)	
2.4 Aufsicht (Gewährleistung, Ge- u. Verbote, Schutz vor Gefährdungen)	
Was ist noch offen?	
Hypothese?	

Jugendamt Pankow / Region _____
RSD/JuB / Jug

Datum:

Name, Vorname **geb.**

Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen des jungen Menschen ***Blatt 3***

3.	**Erziehung**	**Quellen**
3.1	**Bezugspersonen** (Kontinuität, Erziehungskompetenz, Lebenseinstellung)	
3.2	**Familiäre Beziehungen** (Partnerschaft, Eltern-Kind-Beziehung, Geschwister, Angehörige)	
3.3	**Familienklima** (Respekt / Wertschätzung, Wärme / Geborgenheit, Offenheit / Konfliktbewältigung Anregung / Unterstützung)	
3.4	**Erziehungsleitende Vorstellungen** (Strukturierter Tagesablauf, Regeln u. Grenzen, Lebenspraktische Fertigkeiten, Selbstständigkeit)	
Was ist noch offen?		
Hypothese?		

Jugendamt Pankow / Region _____
RSD/JuB / Jug

Datum:

Name, Vorname **geb.**

Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen des jungen Menschen ***Blatt 4***

4.	**Entwicklungsförderung**	**Quellen**
4.1.	**Körperliche Entwicklung** (Größe / Gewicht, Sinnesorgane, Motorik)	
4.2	**Geistige Entwicklung** (Intelligenz, Sprache, Kulturtechniken)	
4.3	**Seelische Entwicklung** (Emotionen, Persönlichkeit, Frustrations- / Aggressionsbewältigung)	
4.4	**Soziale Entwicklung** (Normen u. Werte, Kommunikation / Kooperation, Sexualität)	
Was ist noch offen?		
Hypothese?		

Jugendamt Pankow / Region _____
RSD/JuB / Jug

Datum:

Name, Vorname **geb.**

Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen des jungen Menschen ***Blatt 5***

5.	**Integration**	**Quellen**
5.1	**Familie** (Integration im Familienverband, Umgangskontakte Feste u. Feiern)	
5.2	**Umfeld** (Wohnumfeld, Kontakte zu Gleichaltrigen, Kulturelle Integration)	
5.3	**Bildung** (Ort, Besuch, Leistungsniveau, Soziale Position)	
5.4	**Freizeit** (Zugangsmöglichkeiten, Freizeitgestaltung, Medienkompetenz)	
Was ist noch offen?		
Hypothese?		

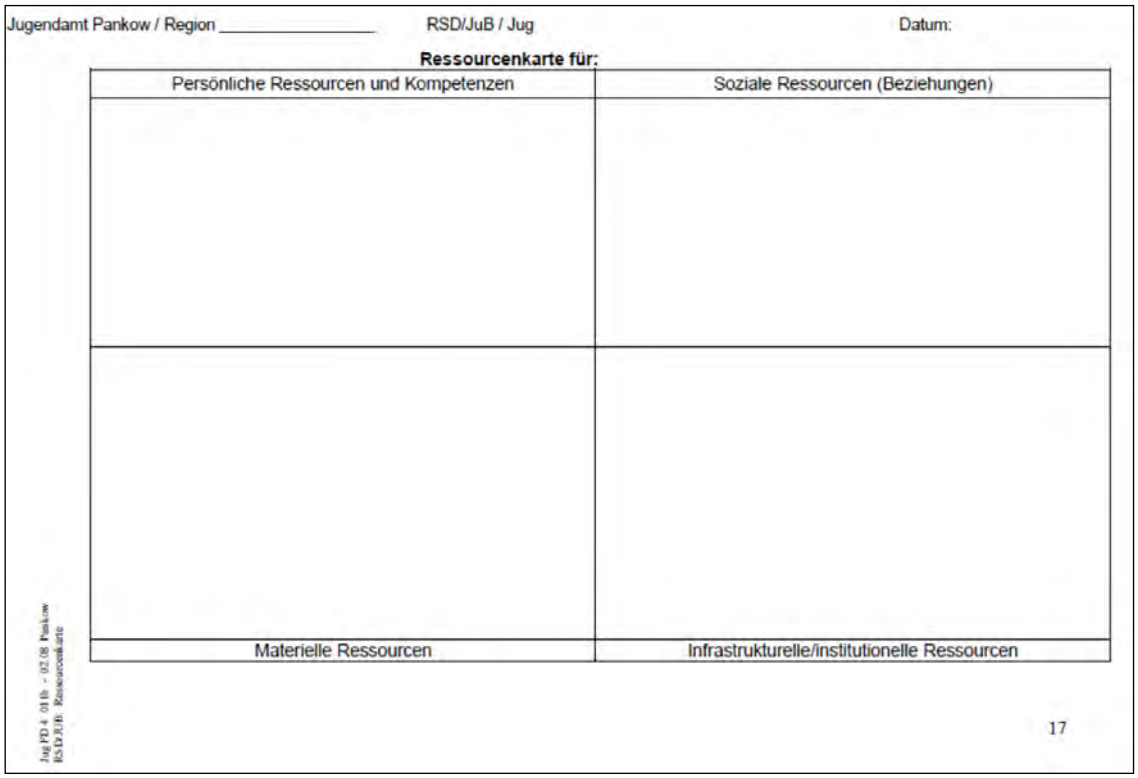
Jugendamt Pankow / Region _____
RSD/JuB / Jug

Datum:

Name, Vorname **geb.**

Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen des jungen Menschen ***Blatt 6***

6.	**Bisherige Hilfen/Unterstützungen**	**Quellen**
6.1	**Institutionelle Hilfen** (Jugendhilfe, Gesundheitshilfen, Sonstige Hilfen, bspw. Mietschuldenübernahmen, Beratungsstellen)	
6.2	**Andere Hilfen** (Nachbarschaftliche Hilfen, Freunde/Ehrenamtliche, Vereinigungen/Stiftungen Kirchl. Verbände)	
Was ist noch offen?		
Hypothese?		

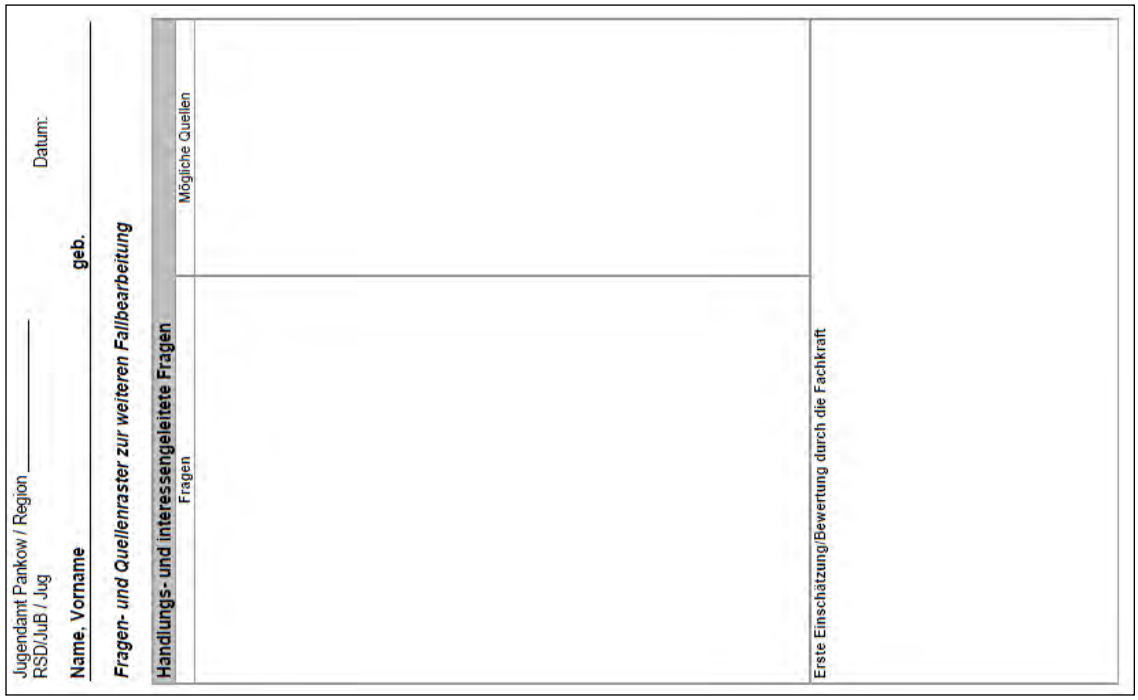


Jugendamt Pankow / Region _____ RSD/JuB / Jug Datum:

Ressourcenkarte für:

Persönliche Ressourcen und Kompetenzen	Soziale Ressourcen (Beziehungen)
Materielle Ressourcen	Infrastrukturelle/institutionelle Ressourcen

17



Jugendamt Pankow / Region _____ Datum:
RSD/JuB / Jug

Name, Vorname **geb.**

Fragen- und Quellenraster zur weiteren Fallbearbeitung

Handlungs- und interessengeleitete Fragen	
Fragen	Mögliche Quellen

Erste Einschätzung/Bewertung durch die Fachkraft

Clearing und Diagnostik in den Hilfen zur Erziehung oder „Viele Wege führen nach Rom“?

Arbeitsgruppe 7: Clearing/Diagnostik: teilstationär, extern Ein teilstationäres Angebot für Mütter und Väter mit Kleinstkindern außerhalb des Jugendamtes

Intensive Familiengruppe „Mara“ für Mütter/Väter mit Säuglingen im ersten Lebensjahr

KATRIN WISCHNEWSKI-BLUHM
Geschäftsführung, Stützrad e.V., Berlin

ANNETT MASKOW
Projektleitung, Stützrad e.V., Berlin

Bedarfsgerechte Leistungen für Familien und deren Kinder sind seit der Gründung von Stützrad e.V. im Frühjahr 1999 ein wesentlicher Schwerpunkt der Arbeit.

Bei der Begleitung von Müttern und Vätern mit Kleinkindern in unserem Bereich der **Frühen Hilfen** wurde deutlich, dass es in Fällen drohender Kindeswohlgefährdung an einer passgenauen Hilfe zur Erziehung fehlt, welche die Lücke zwischen Familienhilfe und stationärer Mutter-Kind-Einrichtung schließt. Mit der vorliegenden Konzeption soll perspektivisch eine noch bedarfsgerechtere Hilfeplanung möglich werden.

Die theoretischen Grundlagen der folgenden konzeptionellen Überlegungen bildet die aktuelle Fach- und Forschungsliteratur zum Thema Eltern-Kind-Bindung. Die **Bindungstheorie nach John Bowlby** sowie die Erkenntnisse zur **Eltern-Kind-Bindung von Mary Ainsworth** sind für unser Herangehen von zentraler Bedeutung.

Wir sehen die elterliche Feinfühligkeit als einen entscheidenden Faktor für eine sichere Bindung und arbeiten mit Eltern so zusammen, dass sie die Signale und Bedürfnisse ihres Kindes besser verstehen und entsprechend feinfühlig und für das Kind berechenbar reagieren können.

Zielgruppe

Das Unterstützungsangebot **Frühe Hilfen – Intensive Familiengruppe „Mara“** richtet sich an psychosozial belastete Mütter/Väter mit Kindern bis zum sechsten Lebensmonat (im Einzelfall auch älter), für die eine Mutter-Kind-Einrichtung eine zu enge Form der Hilfe darstellt. Dabei richtet sich der Fokus auf Mütter/Väter, die aufgrund eigener Persönlichkeitsprobleme in Verbindung mit Problemen bei der Pflege und Erziehung des eigenen Kindes einer engmaschigen Beratung und Unterstützung bedürfen, um eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden, dabei aber in eigenem Wohnraum verbleiben können. Für die Mütter/Väter gibt es bei der Aufnahme in die Gruppe keine Altersbegrenzung.

Indikation:

- Leben in eigenem Wohnraum,
- fehlende positive Vorbilder bezüglich der Elternrolle,
- geringe Bindungsfähigkeit,
- konfliktträchtige Interaktionsmuster,
- Defizite in der Wahrnehmung eigener und fremder Bedürfnisse,
- psychiatrische und psychische Auffälligkeiten,
- Mangel an vertrauensvollen Beziehungen und unterstützendem sozialen Netzwerk,
- Fehlende Lebensperspektiven,
- Probleme bei der Pflege und Versorgung der Kinder.

Ausschlusskriterien für die Aufnahme in der Intensiven Familiengruppe sind:

- unbehandelte akute psychiatrische Erkrankung,
- unbehandelter Drogenkonsum der Mutter/Vater,
- dauerhafte Überforderung im eigenen Haushalt ohne Problemeinsicht.

Ziele

Grundsätzliches Ziel der **Intensiven Familiengruppe „Mara“** ist es, die Mütter/Väter bei der Entwicklung einer gemeinsamen Lebensperspektive mit ihrem Kind zu unterstützen und einen wesentlichen Beitrag zum Aufbau einer sicheren Eltern-Kind-Bindung zu leisten sowie eine drohende Kindeswohlgefährdung abzuwenden.

Die Hilfe konzentriert sich dabei auf folgende **Schwerpunkte**:

- Aufbau einer sicheren Eltern-Kind-Bindung und Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung,
- Förderung der Persönlichkeitsentwicklung der Mütter/Väter,
- Unterstützung bei der Alltagsbewältigung.

Mit der Kopplung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten soll für alle Familienmitglieder ein sicherer Entwicklungsrahmen geschaffen werden. Mütter/Väter werden über die Teilnahme in der Gruppe in die Lage versetzt, eigene Unsicherheiten im Umgang mit dem Baby und den daraus für sie resultierenden stressbesetzten Situationen zu reflektieren und zu bewältigen, so dass sie ihre Kinder in Sicherheit und zu ihrem Wohlbefinden aufziehen können.

Arbeitsweise und Methoden

Die Arbeit mit den Familien in der Gruppe sollte auf ein Jahr angelegt sein. Den Bedarf stellt das Jugendamt fest, wobei in der Regel halbjährlich in den Hilfekonferenzen der

individuelle Hilfebedarf durch die federführende Sozialarbeiterin festgelegt wird. Die Arbeit in der Tagesgruppe gliedert sich in folgende Phasen:

Startphase – sechs Wochen

Die sechswöchige Startphase hat vorrangig das Ziel, sich gegenseitig kennen zu lernen und die Passgenauigkeit des Angebots beiderseits zu prüfen. Zeichnet sich während der Startphase ab, dass eine Zusammenarbeit nicht vorstellbar oder möglich ist, gibt es zeitnah ein erneutes Hilfeplangespräch im Jugendamt, wo über die weitere Hilfeplanung entschieden wird.

Arbeitsphase

Die Arbeit in der Familiengruppe folgt einem strukturierten Tagesablauf von 9 – 15 Uhr. Dieser bietet Raum für Gruppenangebote zur Stabilisierung der Eltern-Kind-Interaktion und der Wissensvermittlung zu verschiedenen Themen sowie für Einzelarbeit mit den Müttern/Vätern und deren Kindern. Dazu zählt z. B. die Begleitung zu Behörden und Arztterminen. Zudem wird durch ein zusätzliches ambulantes Setting die Entwicklung der Eltern, Kinder und die Arbeit an den Hilfeplanzielen im häuslichen Umfeld begleitet.

Arbeit in der Gruppe

Die Gruppenangebote sind für alle Leistungsempfänger verpflichtend und finden täglich in der Zeit von 10.15 – 11.00 Uhr statt. Sie sind thematisch unterteilt in Angebote für die optimale Entwicklung der Eltern-Kind-Bindung und altersgerechte Entwicklung des Babys sowie in Angebote für die Persönlichkeitsentwicklung der Mütter und Väter. Behördengänge werden bei Bedarf begleitet.

Arbeit mit den Müttern/Vätern im Einzelsetting

Im Tagesablauf sind mehrere Stunden für Mutter-Kind-Zeiten reserviert. Diese Phasen bieten den Müttern die Möglichkeit, ihre Beziehung zu ihrem Kind durch gemeinsame Aktivitäten zu festigen und zu stabilisieren. Sie sind eine Möglichkeit, dass in den Gruppenphasen Gehörte zu probieren und sich ggf. sofort Beratung und Unterstützung bei den Fachkräften zu holen. Die Mutter-Kind-Zeiten bieten z. B. Raum für Spaziergänge mit dem Kind, Spielplatzbesuch und gemeinsames Spiel.

Darüber hinaus sind die Mutter-Kind-Zeiten in der Gruppe angedacht, um mit den Müttern alltagspraktische Fähigkeiten, die zur Bewältigung des Alltags mit Kleinkind erforderlich sind, zu trainieren. Bei Bedarf kann ein Teil der Mutter-Kind-Zeit genutzt werden, um Schlafzeiten des Kindes für eigene Erholungsphasen und die Befriedigung eigener Bedürfnisse zu nutzen. Entsprechend dem jeweiligen Hilfebedarf ist hier auch die Anleitung in haushaltspraktischen Tätigkeiten im eigenen Haushalt, z. B. Wäsche waschen, Wohnung säubern möglich.

Den Müttern/Vätern wird im Rahmen der Mutter-Kind-Zeit Raum für ein individuelles Beratungsgespräch mit der Bezugsbetreuerin angeboten. Dabei werden die oben beschriebenen Themen aus den Gruppenzeiten und den Hausbesuchen aufgegriffen und gemeinsam reflektiert.

Die videogestützte Beratung zur detaillierten Auswertung der Interaktionen zwischen Mutter/Vater und Kind in klassischen Situationen wie z. B. Wickeln, Füttern, Spielen bietet den Eltern die Möglichkeit, sich selbst mit ihren Kindern in positiv gefärbten Interaktionen zu sehen und daraus Handlungskompetenzen für den sicheren Umgang mit ihrem Baby zu entwickeln. Diese Methode kann in den Räumen des Projektes und im häuslichen Umfeld Anwendung finden.

Die in der Gruppe betreuten Mütter werden (in Abhängigkeit vom Modul, in dem sie sich befinden) mindestens einmal wöchentlich von einer Sozialpädagogin der Gruppe zu Hause besucht. Diese Hausbesuche bieten Raum, um die alltagspraktische Umsetzung des in der Gruppe Gelernten zu Hause gemeinsam zu reflektieren. Die Kontakte in der Wohnung der Familien ermöglichen es außerdem, an individuellen Themen des Hilfeplans zu arbeiten. Sie haben bei Bedarf zugleich „Kontrollcharakter", um eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden oder schnelle Interventionen einzuleiten.

Verselbstständigung/Ablösung von der Gruppe

Die Ablösung von der intensiven Familiengruppenarbeit wird zum einen durch die Arbeit mit Modulen gestaltet. Diese ermöglichen eine schrittweise Reduzierung des Betreuungsanteils in der Gruppe und im häuslichen Umfeld. Zum anderen werden die Kinder möglichst in andere Betreuungseinrichtungen wie z. B. Kita oder Tagesmütter integriert und ggf. ergänzende ambulante Hilfeangebote angeregt.

Vorzeitige Beendigung der Hilfe

Folgende Gründe führen zum vorzeitigen Beenden der Maßnahme:

- Häufiges Fernbleiben von der Gruppe,
- Mangelnde Mitwirkung am Gruppengeschehen,
- Mangelnde Bereitschaft zur Umsetzung der Hilfeplanziele,
- KINDESWOHLGEFÄHRDUNG – welche durch das Angebot nicht abzuwenden ist.

Ansprechpartner

Projektleitung
Annett Maskow
Telefon 030 – 29 49 35 80
E-Mail koordination@stuetzrad.de

Geschäftsführung
Katrin Wischnewski-Bluhm
Telefon 030 – 29 49 35 86
E-Mail wischnewski@stuetzrad.de
www.stuetzrad.de

Einrichtungsadresse
Stützrad e.V., Familiengruppe „Mara"
Karl-Marx-Allee 93 b
10243 Berlin
Telefon 030 – 62 20 30 66

Literaturhinweise

Ader, Sabine (Hrsg.)
Was leitet den Blick? Wahrnehmung, Deutung und Intervention in der Jugendhilfe
Weinheim: Juventa (2005); 260 S.; ISBN 3-7799-1619-9

Ader, Sabine ; Klein, Martin
Die organisierte Verantwortungslosigkeit. Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie als bleibende Herausforderung.
In: Sozial Extra, Wiesbaden: VS Verl. f. Sozialwissenschaften; 35 (2011); Nr. 5/6; S. 24-28; Abb., Lit.; ISSN 0931-279X

Ahrbeck, Bernd ; Willmann, Marc (Hrsg.)
Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Ein Handbuch.
Stuttgart: Kohlhammer (2009); 358 S.; Abb., Lit.; ISBN 978-3-17-020424-9

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe -AGJ -, Berlin
Kleine Kinder in den stationären Formen der Hilfen zur Erziehung - Anforderungen an die Ausgestaltung. Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe - AGJ (vom 24./25.11.2011).
Berlin (2011); 10 S.

Armbruster, Jürgen
Zum Stellenwert der Diagnostik für die Soziale Arbeit in der Sozialpsychiatrie.
In: Neue Praxis, Neuwied: Luchterhand; 35 (2005); Nr. 5; S. 545-550; Lit.; ISSN 0342-9857

Arnegger, Manuel
Diagnostik in der Einzelfall- und Familienhilfe. Funktion und Reichweite eines diagnostischen Verfahrens.
In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 32 (2007); Nr. 12; S. 46-52; Tab., Lit.; ISSN 0340-8469

Arnegger, Manuel ; Korf, Ursula
Entscheidend ist, was am Ende dabei herauskommt. Situationsanalyse als wissenschaftlich begründete Praxis.
In: Sozial Extra, Wiesbaden: VS Verl. f. Sozialwissenschaften; 30 (2006); Nr. 6 S. 36-39; Lit.; ISSN 0931-279X

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; Abb., Tab., Lit.; ISSN 0342-5258

Becker, Ulrike ; Sander, Uwe
Heranwachsende zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Kooperationen mit Lücken oder tragfähigen Netzen?
In: Sozial Extra, Wiesbaden: VS Verl. f. Sozialwissenschaften; 35 (2011); Nr. 5/6; S. 33-37; Lit.; ISSN 0931-279X

Berndt-Schmidt, Karin ; Berkemeyer, Anke
Schulstation Hamfeldschule. Von der Vision zur Wirklichkeit - Planung und Netzwerkarbeit. Ein Modellprojekt für Kinder und Jugendliche zwischen Schule, Jugendhilfe und Psychiatrie.
In: Dialog Erziehungshilfe, Hannover: AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (2011); Nr. 1/2; S. 55-63; Abb., Lit.; ISSN 0934-8417

Berndt-Schmidt, Karin ; Berkemeyer, Anke
Schulstation Hamfeldschule: Ein Modellprojekt für Kinder und Jugendliche zwischen Schule, Jugendhilfe und Psychiatrie.
In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband -EREV-; 88 (2011); Nr. 2; S. 100-110; Abb., Lit.; ISSN 0943-4992

Beuster, A. ; Gehring, F. ; Klingmann, M.
10 Jahre Therapeutisches Familienprojekt ALLESAMT.
In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 47 (2009); Nr. 1; S. 70-76; Tab.; ISSN 0022-5940

Breithaupt-Peters, Monique
Erkenntnisse der Neuropsychologie im Praxisfeld der Jugendhilfe.
In: Blickpunkt Jugendhilfe, Berlin: VPK - Bundesverband privater Träger der freien Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe e.V.; 11 (2006); Nr. 3; S. 18-29; Abb., Lit.; ISSN 1613-4230

Brüggemeyer, Christoph ; Brümmer, Anton
Das Mutter-Kind-Clearing.
In: Dialog Erziehungshilfe, Hannover: AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (2010); Nr. 4; S. 84-85; ISSN 0934-8417

Brunsendorf, Sonja
Heilt Zeit alle Wunden? Psychoanalytische Konzepte für die Soziale Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen.
In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Weinheim: Juventa; 61 (2010); Nr. 6; S. 465-472; Lit.; ISSN 0342-2275

Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V., Köln (Hrsg.)
Kindheit mit psychisch belasteten und süchtigen Eltern - Kinderschutz durch interdisziplinäre Kooperation.
Köln (2011); 232 S.; ISBN 978-3981304329

Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V., Köln (Hrsg.)
Raus aus der Krise. Krisenkompetenz und Krisenintervention in Jugendhilfe und Kinderschutz.
Köln (2009); 116 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 978-3-9811453-4-2

Cinkl, Stephan
Wie bewerten Familien sozialpädagogische Diagnosen?
In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 17 (2011); Nr. 5; S. 301-305; Lit.; ISSN 0947-8957

Cinkl, Stephan ; Krause, Hans-Ullrich
Praxishandbuch Sozialpädagogische Familiendiagnosen. Verfahren - Evaluation - Anwendung im Kinderschutz.
Leverkusen: B. Budrich (2011); 240 S.; Lit.; ISBN 978-3-86649-436-7

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.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 3-89983-125-X

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt/Main (Hrsg.)
Die Sozialpädagogische Diagnose im Kommunalen Sozialdienst. Rahmenvorgaben.
Frankfurt/Main (2005); 52 S.; Abb., Lit.; ISBN 3-89983-141-1

Deutsches Institut für Urbanistik -Difu-, Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe - AGFJ-, Berlin (Hrsg.)
Wenn Frühe Hilfen nicht greifen. Unterbringung von Klein(st)kindern. Dokumentation der Fachtagung am 12. und 13. November 2009 in Berlin.
Berlin (2010); 174 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 978-3-931418-82-3
(Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe; 75)

Deutsches Jugendinstitut -DJI-, München ; Univ. Dortmund, Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (Hrsg.)
Pothmann, Jens ; Wilk, Agathe
Wie entscheiden Teams im ASD über Hilfebedarf? Untersuchung zur Gegenüberstellung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen des Fallmanagement kommunaler sozialer Dienste und sich daraus ergebende Konsequenzen für Praxisentwicklung. Abschlussbericht für die Stiftung Jugendmarke.
Dortmund (2009); 110 S.; Abb., Tab., Lit.

Diagnose und Diagnostik in der sozialen Arbeit. Schwerpunktthema.
In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge; 41 (2010); Nr. 4; S. 4-110; Abb., Lit.; ISSN 0340-3564

Die Macht der Diagnostik. Schwerpunktthema.
In: Sozial Extra, Wiesbaden: VS Verl. f. Sozialwissenschaften; 30 (2006); Nr. 10; Lit.; ISSN 0931-279X

Döpfner, Manfred ; Petermann, Franz
Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Band 2. 2. überarb. Aufl.
Göttingen: Hogrefe (2008); X, 179 S.; Lit.; ISBN 3-8017-2173-2

Döpfner, Manfred ; Petermann, Franz
Ratgeber Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Band 2. 2. akt. Aufl.
Göttingen: Hogrefe (2008); 74 S.; Lit.; ISBN 3-8017-2208-1

Dörr, Margret ; Schrappe, Andreas
„Bin ich hier eigentlich richtig bei Ihnen?“ - Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken und suchterkrankten Eltern.
In: Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste.; Gahleitner, Silke B.; Homfeldt, Hans Günther (Hrsg.), Weinheim: Beltz Juventa (2012); S. 97-114; Lit.; ISBN 978-3-7799-2263-6

Eisert, Thomas ; Vöhringer, Alice
Hilfe für straffällige Zappelphilippe. Hometreatment bei delinquenten Kindern mit ADHS und einer Störung des Sozialverhaltens.
In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 33 (2008); Nr. 11; S. 24-29; Lit.;
ISSN 0340-8469

Erdélyi, Paul
Die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie.
In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 17 (2011); Nr. 2; S. 111-116; Lit.;
ISSN 0947-8957

EST! EST!! EST!!? Die Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen.
In: Jahresbericht 2008. Zentrum Bayern Familie und Soziales -ZBFS-, Bayerisches Landesjugendamt, (Hrsg.), München (2009); S. 7-17; Lit.

Evangelischer Erziehungsverband e.V. -EREV-, Hannover (Hrsg.)
Kleine Kinder in stationären Hilfen: Ergebnisse eines Praxisentwicklungsprojekts.
Hannover; 53 (2012); Nr. 1; 128 S.; Abb., Tab., Lit.
(EREV-Schriftenreihe; 2012/1)

Flechtner, Hans-Henning
Was sind eigentlich kinderpsychiatrische Diagnosen - Kerndiagnosen?
In: Blickpunkt Jugendhilfe, Berlin: VPK - Bundesverband privater Träger der freien Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe e.V.; 16 (2011); Nr. 2; S. 3-8; Abb.; ISSN 1613-4230

Fröhlich-Gildhoff, Klaus
Die Sehnsucht nach Einfachheit. Oder: Warum die Indikationsstellung in der Erziehungshilfe (immer noch) so schwierig ist.
In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband;
81 (2004); Nr. 3; S. 170-179; Lit.; ISSN 0943-4992

Fröhlich-Gildhoff, Klaus
Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten.
Stuttgart: Kohlhammer (2007); 308 S.; Tab., Lit.; ISBN 978-3-17-018737-5

Gahleitner, Silke Birgitta
Kleine Kinder in kritischen Lebenslagen. Was Fachkräfte über Traumata wissen müssen und wie sie helfen können.
In: Sozial Extra, Wiesbaden: VS Verl. f. Sozialwissenschaften; 34 (2010); Nr. 11/12;
S. 46-49; Lit.; ISSN 0931-279X

Gahleitner, Silke Birgitta ; Homfeldt, Hans Günther (Hrsg.)
Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste.
Weinheim: Beltz Juventa (2012); 290 S.; Lit.; ISBN 978-3-7799-2263-6

Gedik, Kira
Verstehensblindheit. Zur Gefahr willkürlicher und schädigender Deutungswut Professioneller.
In: Sozial Extra, Wiesbaden: VS Verl. f. Sozialwissenschaften; 35 (2011); Nr. 9/10;
S. 49-51; Tab., Lit.; ISSN 0931-279X

Gehrmann, Jochen ; Söhle, Monika ; Boida, Elke
Kinder psychisch kranker Eltern. Die „vergessenen“ kleinen Angehörigen.
In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 47 (2009); Nr. 1; S. 50-60; Abb., Tab., Lit.; ISSN 0022-5940

Gode, Bettina
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; 81 (2004); Nr. 3; Beil. S. I-IV; ISSN 0943-4992

Götz, Dietmar
Systemisch-lösungsorientierte Diagnostik in der stationären Jugendhilfe.
In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 41 (2003); Nr. 5; S. 245-251; Lit.; ISSN 0022-5940

Harnach-Beck, Viola
Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Grundlagen und Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme. 6., überarb. Aufl.
Weinheim: Juventa (2011); 404 S.; Lit., Reg.; ISBN 3-7799-1107-4

Heekerens, Hans-Peter
Ein effektives und effizientes Verfahren bei schweren Störungen des Sozialverhaltens: die Multisystemische Therapie.
In: Neue Praxis, Lahnstein: Verl. Neue Praxis; 36 (2006); Nr. 6; S. 658-664; Tab., Lit.; ISSN 0342-9857

Heekerens, Hans-Peter ; Ohling, Maria
Die Aufsuchende Familientherapie: eine eigenständige Hilfe zur Erziehung.
In: Neue Praxis, Lahnstein: Verl. Neue Praxis; 37 (2007); Nr. 5; S. 502-515; Lit.; ISSN 0342-9857

Heiland, Silke
Mädchen in Krisen: Die Bewältigung von Krisen unter Berücksichtigung des sozialen Netzwerks „Mädchen in der Inobhutnahme“.
Weinheim: Beltz Juventa (2012); 312 S.; Lit.; ISBN 978-3-7799-2802-7

Hein, Diana ; Rahtjen, Sebastian
„Denn es geht nicht ohne, wir müssen miteinander!“. Perspektiven der Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule.
In: Dialog Erziehungshilfe, Hannover: AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (2010); Nr. 1/2; S. 69-74; Lit.; ISSN 0934-8417

Heiner, Maja
Konzeptionelle und methodische Ansätze der Diagnostik in der Sozialen Arbeit. Eine einführende Skizze.
In: Neue Praxis, Neuwied: Luchterhand; 35 (2005); Nr. 5; S. 535-539; Abb., Lit.; ISSN 0342-9857

Höpfner, Norbert ; Jöbgen, Manfred
Diagnostik und Jugendhilfe: Szenen einer schwierigen Ehe.
In: Unsere Jugend, München: E. Reinhardt; 56 (2004); Nr. 2; S. 71-83; Lit.; ISSN 0342-5258

Hornstein, Christiane ; Hohm, Erika ; Rave, Elvira
Die Beurteilung der Erziehungsfähigkeit im Kontext psychischer Erkrankungen in der frühen Mutterschaft.
In: Forum Erziehungshilfen, Frankfurt/Main: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen - IGfH-; 13 (2007); Nr. 2; S. 108-113; ISSN 0947-8957

Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen -IGfH-, Frankfurt/Main (Hrsg.)
Hekele, Kurt
Sich am Jugendlichen orientieren. Ein Handlungsmodell für subjektorientierte Soziale Arbeit.
Weinheim: Juventa (2005); 208 S.; ISBN 3-7799-1774-2

Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen -IGfH-, Frankfurt/Main (Hrsg.)
Lewis, Graham ; Riehm, Rüdiger ; Neumann-Witt, Andreas u.a.
Inobhutnahme konkret. Pädagogische Aspekte der Arbeit in Inobhutnahme und Kinder- und Jugendnotdienst.
Frankfurt/Main: Selbstverlag (2009); 256 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 978-3-925146-70-1

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.; Lit.; ISBN 3-925146-43-1

Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen -IGfH-, Frankfurt/Main (Hrsg.)
Schwabe, Mathias
Methoden der Hilfeplanung. Zielentwicklung, Moderation und Aushandlung. 2. Aufl.
Frankfurt/Main: Selbstverlag (2008); 428 S. nebst CD-ROM; ISBN 3-925146-59-6

Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen -IGfH-, Frankfurt/Main (Hrsg.)
Zitelmann, Maud
Inobhutnahme und Kindesschutz. Ergebnisse einer bundesweiten Studie.
Frankfurt/Main: Selbstverlag (2010); 86 S.; Lit.; ISBN 978-3-925146-70-1

Jacob, André ; Wahlen, Karl
Das Multiaxiale Diagnosesystem Jugendhilfe (MAD-J).
München: E. Reinhardt (2006); 248 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 3-497-01874-0

Jacob, André ; Wahlen, Karl ; Morche, Heike
Ein neues Diagnosekonzept für die Praxis. Das Multiaxiale Diagnosesystem Jugendhilfe (MAD-J).
In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Baden-Baden: Nomos; 155 (2008); Nr. 6; S. 233-235; Abb., Lit.; ISSN 0340-8574

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; Lit.; ISSN 0340-8469

Jansen, Lenka ; Vlecken, Silke
Diagnose von sozialen Problemen in der Bezirkssozialarbeit.
In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Berlin: Selbstverl.; 86 (2006); Nr. 5; S. 283-287; Abb., Lit.; ISSN 0012-118

Kelle, Helga ; Tervooren, Anja (Hrsg.)
Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung.
Weinheim: Juventa (2008); 226 S.; Abb., Lit.; ISBN 978-37799-1545-4

Kindler, Heinz
Evidenzbasierte Diagnostik in der Sozialen Arbeit.
In: Neue Praxis, Neuwied: Luchterhand; 35 (2005); Nr. 5; S. 540-545; Lit.; ISSN 0342-9857

Kindler, Heinz ; Ziesel, Birgit ; König, Cornelia ; Schöllhorn, Angelika ; Ziegenhain, Ute; Fegert, Jörg M.
Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe: Bogen zur Unterstützung der Hilfeplanung im frühen Kindesalter.
In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 81 (2008); Nr. 10; S. 467-470; ISSN 0003-2336

Klöber, Gabriele ; Pompe, Tanja ; Tönnies, Sven
Zur psychischen Befindlichkeit von Jungen und Mädchen - Diagnostik mit der Symptomcheckliste SCL-90-R.
In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband; 85 (2008); Nr. 1; S. 16-25; Tab., Lit.; ISSN 0943-4992

Klöber, Gabriele ; Weimer-Ludwig, Birgit
Kinder und Jugendliche mit familiären Alkohol-Suchterfahrungen in der stationären Jugendhilfe.
In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband; 85 (2008); Nr. 5; S. 280-287; Tab., Lit.; ISSN 0943-4992

Körner, Jürgen
Wirksamkeit ambulanter Arbeit mit delinquenten Jugendlichen. Erste Ergebnisse einer vergleichenden Studie.
In: Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe, Hannover: Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V.; 17 (2006); Nr. 3; S. 267-275; Abb., Tab., Lit.; ISSN 1612-1864

Körner, Jürgen ; Friedmann, Rebecca
Denkzeit für delinquente Jugendliche. Theorie und Methode dargestellt an einer Fallgeschichte.
Freiburg/Br.: Lambertus (2005); 220 S.; ISBN 3-7841-1603-5

Krause, Hans-Ullrich
Evaluation und Prozessdokumentation Sozialpädagogischer Familiendiagnosen unter besonderer Berücksichtigung von Familien mit Kindeswohlgefährdung.
In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 15 (2009); Nr. 2; S. 99-100; Lit.; ISSN 0947-8957

Krumenacker, Franz-Josef (Hrsg.)
Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven.
Weinheim: Juventa (2004); 176 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 3-7799-1664-9

Kunz, Stefanie ; Scheuermann, Ulrike ; Schürmann, Ingeborg
Krisenintervention. Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung. 3. akt. Aufl.
Weinheim: Juventa (2009); 210 S.; Lit.; ISBN 3-7799-2053-3

Lammerding, Frank ; Erzberger, Christian
Sozialpädagogische Diagnostik im Hilfeplanverfahren. Umsetzung und Anwendung im Amt für Soziale Dienste, Bremen.
In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt/Main: Selbstverl.; 86 (2006); Nr. 3; S. 115-123; Abb., Tab., Lit.; ISSN 0012-1185

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Landesjugendamt, Münster (Hrsg.); Institut für soziale Arbeit -ISA-, Münster (Bearb.)
Kriener, Martina ; Schone, Reinhold
Kinder psychisch kranker Eltern. Wege zur besseren Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Bericht aus dem Projekt „Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf" im Kreis Gütersloh.
Münster (2011); ISSN 0946-9769

Landua, Kerstin
Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Tagungsbericht.
In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 30 (2005); Nr. 11; S. 58-61; ISSN 0340-8469

Leipzig, Jugendamt ; Univ. Leipzig, Erziehungswissenschaftliche Fakultät (Hrsg.)
Keil, Miriam ; Wolffersdorff, Christian von ; Graba, Urte ; Hein, Diana ; Neudert, Kati ; Rahtjen, Sebastian
„Komplexer Hilfebedarf". Perspektiven der Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule. Abschlussbericht zum Landesmodellprojekt des Jugendamtes Leipzig und der Universität Leipzig in Zusammenarbeit mit dem Landesjugendamt. November 2007 - September 2009.
Leipzig (2009); 166 S.; Abb., Tab., Lit.

Lenz, Albert
Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern.
Göttingen: Hogrefe (2010); IX, 221 S. nebst CD-ROM; Lit,; ISBN 978-3-8017-2218-0

Leßmeister, Ralf
Psychische Devianz im Kindes- und Jugendalter - ein sozialräumliches Problem der Jugendhilfe?
In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 48 (2010); Nr. 3; S. 136-143; Abb., Lit.; ISSN 0022-5940

Leyendecker, Christoph (Hrsg.)
Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen - Ressourcen früh fördern.
Stuttgart: Kohlhammer (2010); 423 S.; Lit.; ISBN 978-3-17-020954-1

Merchel, Joachim
Hilfeplanung § 36 SGB VIII: ein Erfolgsmodell, das eine Herausforderung bleibt.
In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 17 (2011); Nr. 3; S. 147-151; Lit.;
ISSN 0947-8957

Merchel, Joachim
Hilfeplanung bei den Hilfen zur Erziehung § 36 SGB VIII. 2. neu bearb. u. erg. Aufl.
Stuttgart: Boorberg (2006); 176 S.; ISBN 3-415-03729-0

Metzger, Marius
Voneinander Lernen: Kollegiale Fallberatung in Kinderschutzgruppen.
In: Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis (KJug),
Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz; 57 (2012); Nr. 2;
S. 55-58; Lit.; ISSN 1865-9330

Mollenhauer, Klaus ; Uhlendorff, Uwe
Sozialpädagogische Diagnosen. Teil 1. Über Jugendliche in schwierigen Lebenslagen. 4. Aufl.
Weinheim: Juventa (2004); 184 S.; Tab., Lit.; 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.; Abb., Tab., Lit.; 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; Lit.;
ISSN 0340-8469

Müller, Burkhard
Was heißt Soziale Diagnose?
In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 30 (2005); Nr. 7-8; S. 21-31; Lit.;
ISSN 0340-8469

Nauerth, Matthias
Fallverstehen mit Modell? Handlungstheoretische Verstehenshilfen für die sozialpädagogische Praxis.
In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Weinheim: Beltz; 57 (2006); Nr. 6; S. 20-28;
Abb., Lit.; ISSN 0342-2275

Pantucek, Peter
Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 2., verbesserte Aufl.
Wien: Böhlau (2009); 343 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 978-3-205-78377-0

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; Abb., Tab., Lit.;
ISSN 0340-8469

Paries, Gabriele
Sozialpädagogische Diagnose - Ein Instrument zur Qualifizierung der Sozialarbeit.
In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband; 81 (2004); Nr. 3; S. 180-190; Abb., Tab., Lit.; ISSN 0943-4992

Pies, Silke ; Schrapper, Christian
„Erkennen, verstehen und entscheiden, was zu tun ist." Anforderungen an die Kompetenz von ASD-Fachkräften am Beispiel der Hilfeplanung.
In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 58 (2006); Nr. 9; S. 361-370; Lit.; ISSN 0342-5258

Pothmann, Jens ; Wilk, Agathe
Wie sollten Teams im ASD über Hilfebedarf entscheiden? Vorschläge zur Qualifizierung von Teamberatungen auf der Grundlage einer empirischen Untersuchung.
In: Forum Jugendhilfe, Berlin: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (2009); Nr. 4; S. 34-38; Abb., Lit.; ISSN 0171-7669

Quaiser-Pohl, Claudia ; Rindermann, Heiner
Entwicklungsdiagnostik.
München: Reinhardt (2007); 230 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 978-3-8252-2880-4

Rauh, Bernhard
Durchblicken und Verstehen - Sozialpädagogische Diagnostik im Handlungsfeld Kinder- und Jugendhilfe.
In: Neue Praxis, Lahnstein: Verl. Neue Praxis; 40 (2010); Nr. 6; S. 580-592; Abb., Lit.; ISSN 0342-9857

Retkowski, Alexandra ; Schäuble, Barbara ; Thole, Werner
„Diese Familie braucht mehr Druck ...". Praxismuster im Allgemeinen Sozialen Dienst - Rekonstruktion der Bearbeitung eines Kinderschutzfalles.
In: Neue Praxis, Lahnstein: Verl. Neue Praxis; 41 (2011); Nr. 5; S. 485-504; Lit.; ISSN 0342-9857

Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hrsg.)
Fegert, Jörg M. ; Besier, Tanja
Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung.
München: DJI (2009); 133 S.; Lit.

Schauder, Thomas ; Kanthak, Thomas
Ambulant-Mobile Psychologische Maßnahmen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe. Ein Erfahrungsbericht nach über 10 Jahren aufsuchender Familiendiagnostik und -therapie im Rhein-Main-Gebiet.
In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 4 (2009); Nr. 7; S. 274-281; Tab.; ISSN 1861-6631

Schmid, Marc ; Schröder, Martin ; Jenkel, Nils
Traumatisierte Kinder zwischen Psychotherapie und stationärer Jugendhilfe - gemeinsame Falldefinition und Hilfeplanung anhand von EQUALS.
In: Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste.; Gahleitner, Silke B.; Homfeldt, Hans Günther (Hrsg.), Weinheim: Beltz Juventa (2012); S. 133-159; Lit.; ISBN 978-3-7799-2263-6

Schmucker-Roth, Theresia ; Wiezorek, Christine
Zur Relevanz biografieorientierter sozialpädagogischer Diagnosen und dem Nachdenken über Ort(e) und Zeitpunkt(e) von Diagnoseerstellungen.
In: Blickpunkt Jugendhilfe, Berlin: VPK - Bundesverband privater Träger der freien Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe e.V.; 16 (2011); Nr. 5; S. 8-15; Lit.; ISSN 1613-4230

Schrapper, Christian (Hrsg.)
Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. 2., unveränderte Aufl.
Weinheim: Juventa (2010); 224 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 3-7799-1614-7

Speck, Otto (Verf.)
Auswirkungen neurobiologischer Erkenntnisse auf die professionelle Erziehung.
In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 48 (2010); Nr. 2; S. 61-64; Lit.;
ISSN 0022-5940

Speer, Randi ; Gröninger, Siegfried
Ambulante Krisenintervention in Familien.
In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 62 (2010); Nr. 7+8; S. 301-310; Lit.;
ISSN 0342-5258

Spitzer, Manfred
Neurobiologische Erkenntnisse für die pädagogische Praxis.
In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 48 (2010); Nr. 2; S. 65-71; Abb., Lit.;
ISSN 0022-5940

Staub-Bernasconi, Silvia
Diagnose als unverzichtbares Element von Professionalität.
In: Neue Praxis, Neuwied: Luchterhand; 35 (2005); Nr. 5; S. 530-534; Lit.;
ISSN 0342-9857

Staub-Bernasconi, Silvia
Diagnostizieren tun wir alle - nur nennen wir es anders.
In: Widersprüche, Bielefeld: Kleine; 23 (2003); Nr. 88; S. 33-40; Lit.; ISSN 0721-8834

Uhlendorff, Uwe
Der Fall Kühl: Sozialpädagogische Familiendiagnose und Hilfeplanung.
In: Unsere Jugend, München: E. Reinhardt; 56 (2004); Nr. 2; S. 60-70; Lit.;
ISSN 0342-5258

Uhlendorff, Uwe
Familien in der Jugendhilfe. Sozialpädagogische Diagnosen familiärer Notlagen und Hilfekonzepte.
In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 29 (2004); Nr. 2; S. 61-62; ISSN 0340-84

Uhlendorff, Uwe
Sozialpädagogische Diagnosen III (Teil 3). Ein sozialpädagogisch-hermeneutisches Diagnoseverfahren für die Hilfeplanung. 3. akt. Aufl.
Weinheim: Juventa (2010); 238 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 3-7799-0718-3

Uhlendorff, Uwe
Sozialpädagogische Diagnosen: Traditionslinien und aktuelle Herausforderungen.
In: Neue Praxis, Neuwied: Luchterhand; 35 (2005); Nr. 5; S. 524-529; Lit.;
ISSN 0342-9857

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; Abb., Lit.;
ISSN 0340-3564

Uhlendorff, Uwe ; Cinkl, Stefan ; Marthaler, Thomas
Sozialpädagogische Familiendiagnosen. Deutungsmuster familiärer Belastungssituationen und erzieherischer Notlagen in der Jugendhilfe. 2. korr. Aufl.
Weinheim: Juventa (2008); 240 S.; Abb., Lit.; ISBN 978-3-7799-1686-4

Urban, Ulrike
Professionelles Handeln zwischen Hilfe und Kontrolle. Sozialpädagogische Entscheidungsfindung in der Hilfeplanung.
Weinheim: Juventa (2004); 223 S.; Tab., Lit.; ISBN 3-7799-1874-9

Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin (Hrsg.)
Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Vom Fallverstehen zur richtigen Hilfe. Dokumentation der Fachtagung vom 21.-22. April 2005 in Berlin.
Berlin (2005); 262 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 3-931418-55-3
(Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe; 51)

Wright, Michael T.
Warum es keine standardisierte Soziale Diagnose geben kann.
In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 30 (2005); Nr. 7-8; S. 37-40; Lit.;
ISSN 0340-8469

Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bayerisches Landesjugendamt, München (Hrsg.)
Hilfeplan. Aufstellung, Mitwirkung, Zusammenarbeit. Arbeitshilfe für die Praxis der Hilfe zur Erziehung. 6., neu bearb. Aufl.
München (2008); 138 S.; Abb., Lit.; ISBN 3-935960-17-4

Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bayerisches Landesjugendamt, München (Hrsg.)
Hillmeier, Hans ; Huber, Gertraud ; Pschibl, Kerstin
Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. Neuaufl.
München (2009); 168 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 3-935960-15-8

Zitelmann, Maud
Kindesschutz durch Inobhutnahme.
In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger;
6 (2011); Nr. 7; S. 236-243; Lit.; ISSN 1861-6631