

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

---

**Sozialpädagogische Diagnosen in der  
Jugendhilfepraxis  
Eine Bestandsaufnahme**

**Expertise  
im Auftrag des Bundesministeriums  
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**

Dortmund, Dezember 2005

*Projektleitung:*

Prof. Dr. Uwe Uhlendorff

Universität Dortmund

Fachbereich 12 - Erziehungswissenschaften und Soziologie

Institut für Sozialpädagogik, Erwachsenenbildung und Pädagogik der frühen Kindheit

Emil-Figge -Straße 50

44221 Dortmund

Tel.: 0231/755- 7102

Mail: uuhlendorff@fb12.uni-dortmund.de

*MitarbeiterInnen:*

Stephan Cinkl

Brandenburger Institut für Familientherapie

Badstr.7

15344 Strausberg

Tel.: 03341/313173

Mail: scinkel@t-online.de

Nicole Knuth

Universität Dortmund

Fachbereich 12 - Erziehungswissenschaften und Soziologie

Institut für Sozialpädagogik, Erwachsenenbildung und Pädagogik der frühen Kindheit

Emil-Figge -Straße 50

44221 Dortmund

Tel: 0231-755-2172

Mail: nknuth@fb12.uni-dortmund.de

## Inhaltsverzeichnis

1. Anwendung von Diagnoseverfahren im Rahmen der Hilfeplanung .....	4
2. Ziele und Anlage der Untersuchung .....	7
3. Beschreibung der Stichprobe .....	11
4. Diagnostik und Hilfeplanung .....	14
4.1 Modelle und Typen der Hilfeplanung.....	14
4.2 Diagnostische Verfahren im Rahmen der Hilfeplanung.....	27
4.3 Sozialpädagogische und psychologisch bzw. psychiatrisch/medizinische Diagnoseverfahren im Vergleich .....	42
5. Einsatzmöglichkeiten und strukturelle Rahmenbedingungen Sozialpädagogischer Familiendiagnosen .....	49
6. Schlussfolgerungen für Fortbildung, Forschung und Praxisprojekte.....	66
7. Zusammenfassung und Ausblick.....	69
8. Literatur .....	72
9. Anhang .....	75
9.1 Interviewleitfäden .....	75
9.2 Ressourcenbogen .....	79
9.3 Fragebogen für Jugendliche „Was willst du?“ .....	89
9.4 Materialien Kinderschutz.....	90

# 1. Anwendung von Diagnoseverfahren im Rahmen der Hilfeplanung

Von Diagnosen in der Jugendhilfe ist in letzter Zeit wieder häufiger die Rede. In der Zeitschrift „Widersprüche“ (Heft 87) wird über das Für und Wider von Diagnosen gestritten; unlängst erschien ein Sammelband, in dem verschiedene Modelle vorgestellt und kritisch beäugt werden (Peters 1999). Im Jahr 2004 sind zwei weitere Herausgeberwerke zum Thema Diagnosen in der Jugendhilfe erschienen (von M. Heiner und von F. J. Krumenacker). Die Erörterung der Bedeutung, der Risiken und der Effektivität von Diagnosen in der Jugendhilfe nimmt im Unterschied zu den 90er Jahren einen relativ großen Raum in der Fachdiskussion ein. In den 90er Jahren wurden zwar neuere Ansätze der Fachöffentlichkeit vorgestellt (vgl. Mollenhauer/Uhlendorff 1992/1995/1997, vgl. Harnach-Beck 1995), aber der Streitwert Diagnostik war zunächst nicht hoch genug, um auf einer größeren Plattform fachlich ausgetragen zu werden. Eine Ausnahme bildete lediglich die Kontroverse um die Umsetzung des § 36 KJHG („Diagnose versus Aushandeln“, vgl. Merchel 1995, Merchel 1997, Harnach-Beck 1999, Merchel 1999).

Die Akzeptanz von Diagnosen hat in den letzten Jahren zugenommen. Wurden zu Beginn der 90er Jahre Diagnosen eher abgelehnt, so geht man heute in breiten Teilen der Fachdiskussion davon aus, dass in der Jugendhilfe auf sozialpädagogische Diagnosen nicht verzichtet werden kann. Dabei wird u.a. auch auf die einschlägigen Untersuchungen zur Umsetzung der Hilfeplanung (§ 36 SGB VIII) in der Jugendamtspraxis in Deutschland Bezug genommen. So gelingt bei schätzungsweise 10% bis 20% der Familien, denen Hilfen zur Erziehung in Aussicht gestellt werden, die Hilfeplanung nur unzureichend (vgl. Schefold/Glinka et al. 1998; Soest 1998). Teilweise sind die Problemlagen so komplex und für die Fachkräfte des Jugendamts so undurchsichtig, dass die Entscheidung für eine geeignete Hilfeart im Fachteam sehr schwer fällt. Für letztere Fälle scheinen Diagnosen angebracht. Allerdings werden von den Fachkräften der Allgemeinen Sozialen Dienste - bis auf wenige Ausnahmen - keine sozialpädagogischen Diagnosemethoden systematisch angewandt, welche das Fallverstehen erleichtern und dem Partizipationsgedanken des KJHG gerecht werden. Die in einigen Jugendämtern gebräuchliche psychosoziale Diagnose ist, da es sich im Wesentlichen um einen psychologischen Ansatz handelt, zu wenig auf *sozialpädagogische* Aufgabenstellungen im Erziehungsalltag bezogen. Für die Entscheidung über die Hilfeart ist sie zwar nützlich, die Selbstdeutungen der Familienmitglieder werden aber bei diesem Ansatz für die pädagogische Aufgabenfindung nicht ausreichend berücksichtigt. Aber nicht nur zur Unterstützung der Hilfeplanung werden sozialpädagogische Diagnosen für sinnvoll und notwendig erachtet, sondern auch begleitend bei der praktischen Familienarbeit. Die ambulanten und stationären

Hilfen stehen unter dem Druck, die Ziele, Methoden und Inhalte der Arbeit (u.a. vor dem Hintergrund von Leistungsvereinbarungen) inhaltlich zu fundieren und in gemeinsamer Arbeit mit den Familien umzusetzen.

Die Sozialpädagogik hat die hier genannten Schwierigkeiten erkannt. In letzten Jahren sind eine Reihe von Publikationen erschienen, welche Konzepte und Methoden sozialpädagogischen Verstehens in Forschung und Praxis aufzeigen (Uhlendorff 1997, Jakob/Wensierski 1997; Peters 1999; Ader/Schrappner et al. 2001; Henkel/Schnappka/Schrappner 2002, Heiner 2004; Krümenacker 2004). Im Wesentlichen handelt es sich um sechs Verfahren des Fallverstehens bzw. der Diagnose, die teilweise schon in der Jugendhilfepraxis erprobt wurden, aber noch nicht flächendeckend eingesetzt werden (vgl. Ader 2001, S. 97ff):

1. Zu nennen ist hier die von Uwe Uhlendorff in Zusammenarbeit mit Klaus Mollenhauer entwickelte sozialpädagogisch-hermeneutische Diagnose. Der Ansatz stützt sich auf Selbstdeutungen junger Menschen. Grundlage des Verfahrens sind leitfadengestützte Interviews mit Jugendlichen im Alter zwischen 10 und 21 Jahren.
2. Die Psychosoziale Diagnostik, die insbesondere während der 70er und 80er Jahre in den niedersächsischen Jugendämtern Anwendung fand, wurde in den 90er Jahren weiter entwickelt (vgl. Harnach-Beck 1995, Heiner 2001). Es handelt sich um einen psychologischen Ansatz, der von Störungen im Familiensystem ausgeht und auf eine Sachverhaltsklärung abzielt.
3. Das im Rahmen des „Kölner Forschungs- und Modellprojektes“ von Schrappner, Thiesmeier, Ader u.a. entwickelte Verfahren der kollegialen Beratung/des kollegialen Fallverstehens ist eine strukturierte Reflexionsmethode zur Fallanalyse und Entscheidungsfindung. Das Verfahren leitet sich von der „Balint-Gruppenarbeit“ ab (vgl. Schattenhofer/Thiesmeier 2001, S. 62ff; Ader/Thiesmeier 2002, S. 76ff). Im Zentrum steht die Fallinszenierung im Team.
4. Die von Norbert Höpfner und Manfred Jöpgen praktizierte pädagogische Diagnostik lehnt sich an die objektive Hermeneutik Ulrich Oevermanns an (vgl. Höpfner/Jöpgen/Becker 1999; Höpfner/Jöpgen 2001). Als Diagnoseinstrument dient das autobiografisch-narrative Interview.
5. Das Modell der ethnographischen Fallarbeit basiert ebenfalls auf narrativen Interviews (vgl. Glinka 2001). Bei der Deutung werden biografische Steuerungsmuster in Anlehnung an Fritz Schützes Konzept der Verlaufskurve (im Sinne sich zunehmend verfestigender Prozesse des Erleidens) freigelegt.
6. Zu nennen ist schließlich auch das vom bayerischen Landesjugendamt vorgeschlagene Modell. Es zielt auf die Diagnose eines Bedarfsprofils ab. Dabei wird

mit Hilfe so genannter sozialpädagogischer Diagnosetabellen anhand von über 200 Merkmalen der erzieherische Bedarf nicht nur im Hinblick auf vorhandene Risiken, sondern auch auf die im Kind oder Jugendlichen, in der Familie oder sozialen Umwelt liegenden Ressourcen fachlich begründet.

Die hier genannten Verfahren (sicherlich gibt es noch mehr) werden teilweise schon in der Jugendhilfepraxis (bei einigen wenigen öffentlichen und privaten Trägern) angewandt. Allerdings lässt sich nur wenig über die Praktikabilität und Effizienz der Modelle sagen, da entsprechende Untersuchungen bisher fehlen.

## 2. Ziele und Anlage der Untersuchung

Um ein genaueres Bild über die tatsächliche Anwendung und Praktikabilität der verschiedenen Diagnoseverfahren zu gewinnen, werden im Rahmen der Expertise ausgewählte Jugendämter in Ost- und Westdeutschland sowie Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen freier Träger über ihre Erfahrungen mit Diagnosen in der Jugendhilfe befragt. Dabei stehen drei Ziele im Vordergrund:

1.) Es soll die Anwendung von sozialpädagogischen Diagnosen im Rahmen der Hilfen zur Erziehung (sowohl bei der Hilfeplanung im Jugendamt, als auch in der Betreuungspraxis der Jugendhilfeträger) untersucht werden. Dabei sollen die zurzeit in der Jugendhilfe praktizierten Diagnosemethoden im Hinblick auf ihre Praktikabilität eingeschätzt werden. Abschließend wird eine Einschätzung darüber abgegeben, welche Diagnose-Verfahren in der Jugendhilfepraxis zurzeit angewendet werden, wann und wo sie eingesetzt werden, welche Erfahrungen die Praktiker mit spezifischen Diagnoseansätzen gemacht haben und welche Erwartungen sie an eine sozialpädagogische Diagnostik haben. Im Einzelnen sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Welche diagnostischen Verfahren kommen im Rahmen der Hilfeplanung zur Anwendung?
- Warum werden bestimmte Verfahren angewendet?
- Bei welchen Problematiken bzw. bei welchen Kindern, Jugendlichen und Familien kommen welche Verfahren zur Anwendung (Indikation)?
- Welche Erfahrungen wurden mit diesen Verfahren gemacht (Nützlichkeit für die zu konstruierenden Hilfen, Betroffenenakzeptanz, Praktikabilität etc.)?
- Gibt es Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die routinemäßig mit diagnostischen Verfahren arbeiten, z.B. in kommunalen Erziehungs- und Familienberatungsstellen oder als Fachberater?
- Welche Voraussetzungen auf der Ebene der Strukturqualität (Qualifikation, Räumlichkeiten, Technik etc.) müssen geschaffen werden, um die Diagnoseverfahren zu implementieren?

- Werden diagnostische Aufträge als Clearing u.ä. an externe Anbieter (Institute, freie Träger etc.) vergeben, wenn die eigenen Ressourcen nicht ausreichen?
- Wie ist die Haltung der Mitarbeiterschaft generell zu „Diagnosen“?
- Welche Erwartungen gibt es an sozialpädagogische Diagnoseverfahren? Wie müssten diese gestaltet werden, um den Leitlinien sozialpädagogischen Handelns in der Kinder- und Jugendhilfe (Lebenswelt- und Familienorientierung, Betroffenbeteiligung etc.) gerecht werden zu können?
- In welcher Form sollten die Diagnoseverfahren zur Anwendung kommen? Im ASD bei den fallzuständigen Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen, in Form von spezialisierten Diagnosteteams im Jugendamt, in Kooperation von Jugendamt und freien Trägern oder als spezialisiertes Angebot von freien Trägern?

2.) Im Rahmen der vorliegenden Expertise wird untersucht, wie und unter welchen Bedingungen die unterschiedlichen Diagnose-Methoden besser in der Fachpraxis implementiert werden können.

3.) Die Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung einer spezifischen sozialpädagogischen Familiendiagnose in die Jugendhilfepraxis<sup>1</sup> sollen eruiert werden und so die Grundlage für eventuelle Modellprojekte geschaffen werden. Dabei stehen folgende Fragen im Zentrum:

- Wie schätzen die Jugendhilfeexperten/Fachkräfte die Praktikabilität der sozialpädagogischen Familiendiagnose im Berufsalltag und innerhalb der Verwaltungsroutinen ein? Welche Hindernisse stehen der Integration in den Arbeits-Alltag entgegen?
- Wo und in welchen Kontexten lässt sich die Diagnose sinnvoll ansiedeln: Bei freien Trägern, bei Jugendämtern oder bei Kooperationssteams, die von Mitarbeitern der Jugendämter und freien Trägern („Tandems“) gebildet werden?

---

<sup>1</sup> Die Methode der Sozialpädagogischen Familiendiagnose wurde im Rahmen eines Forschungsprojektes (Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen, in Kooperation mit Universität Kassel unter der Leitung von Uwe Uhlendorff – gefördert von der Stiftung Deutsche Jugendmarke) entwickelt.

- Unter welchen strukturellen Voraussetzungen ist die Diagnose beim Hilfeplanungsprozess integrierbar? Es sollen exakte Angaben zur notwendigen Strukturqualität (räumlich-technische Voraussetzungen, Stundenbudget, Indikation, Qualifikation der „Diagnostiker“ etc.) erarbeitet werden.
- Auch soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern andere Berufsgruppen zu beteiligen sind. Ist für die Bildung der Diagnoseteams der Einbezug kooperierender Berufsgruppen sinnvoll: etwa Psychologen in Erziehungs- und Familienberatungsstellen, an die häufig Diagnoseanfragen gestellt werden; Diagnostiker aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich, die mit der Jugendhilfe kooperieren, oder Familientherapeuten?

Um diese Fragen zu beantworten, wurden qualitative Daten erhoben, und zwar in Form von Experteninterviews. Als Methoden wurde die Gruppendiskussion (zum Verfahren vgl. Loos/Schäffer 2001, Flick u.a. 2004: 369-384, Kutscher 2003: 381-391), und die Expertenbefragung angewendet. Zusätzlich zu den Fachkräften der Jugendämter und kooperierender freier Trägern wurden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Inobhutnahmeprojekten interviewt. Darüber hinaus wurde eine Fragebogenerhebung durchgeführt, und zwar bei Fachkräften von Inobhutnahmestellen. Wir gingen davon aus, dass in Inobhutnahmestellen ein besonderes Interesse an sozialpädagogischen Familiendiagnoseverfahren besteht, da mit der Inobhutnahme, neben dem Krisenmanagement, auch ein Klärungsauftrag verbunden ist. Außerdem sind Inobhutnahmestellen häufig mit Kindeswohlgefährdung konfrontiert, sodass Aussagen zum Bedarf und zur Praktikabilität der Sozialpädagogischen Familiendiagnose bei Kindeswohlgefährdung zu erwarten waren. Der Fokus dieser Befragung lag demnach in einer Einschätzung der Sozialpädagogischen Familiendiagnose. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Jugendämter und der kooperierenden Träger nahmen zunächst an den Expertengesprächen gemeinsam teil, anschließend wurden die Jugendamtsmitarbeiter zu einigen Detailfragen separat befragt (die zwei dafür entwickelten Fragebögen sowie der Fragebogen für die Mitarbeiter von Inobhutnahmestellen sind im Anhang dokumentiert). Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Inobhutnahmestellen füllten die Fragebögen schriftlich aus, die anderen Befragungen wurden auf Tonträgern aufgezeichnet.

Die Interviews und Fragebögen wurden ausgewertet nach:

- Zentralen Strukturthesen, insbesondere zu den Modellen der Hilfeplanung und der Bedeutung diagnostischer Verfahren im Rahmen des Hilfeplanprozesses
- Forschungsrelevanten Einschätzungen, insbesondere über den Indikation und Bedarf sozialpädagogischer Familiendiagnosen
- Fachlichen Kritikpunkten, insbesondere an psychologisch bzw. psychiatrisch-medizinischen Diagnoseverfahren
- Fachlich-normativ begründeten Standards, insbesondere für die Formulierung von Qualitätskriterien für sozialpädagogisch Diagnoseverfahren

Neben den qualitativen Daten aus den Expertengespräche bzw. den Fragebögen wurden auch Strukturdaten der Jugendämter erhoben. Hierfür wurden die von den Jugendämtern erstellten Statistiken verwendet, sofern diese zugänglich waren.

Im folgenden Kapitel werden die Interview- und Fragebogenpartner vorgestellt. Daran schließt sich die Diskussion um Hilfeplanung und Diagnostik an. Dazu werden zunächst die unterschiedlichen Hilfeplanmodelle der einzelnen Jugendämter dargestellt, um Typen der Hilfeplanung zu konstruieren. Für unsere Fragestellung ist dies insofern relevant, weil wir davon ausgehen, dass die diagnostischen Verfahren zur „Philosophie“ der Hilfeplanung passen müssen bzw. die Implementierung neuer Verfahren nur gelingen kann, wenn sie zu den Modellen der Hilfeplanung passen. Anschließend werden die diagnostischen Verfahren, die im Rahmen der Hilfeplanung verwendet werden, vorgestellt und sozialpädagogische und psychologisch-medizinische diagnostische Verfahren miteinander verglichen. Es folgt die Erörterung der Einsatzmöglichkeiten sozialpädagogischer Familiendiagnosen aus Sicht der Befragten. Die formulierten Erwartungen und Einschätzungen hinsichtlich dieses Verfahrens werden dann für Schlussfolgerungen für Projekte in Forschung und Praxis genutzt.

### **3. Beschreibung der Stichprobe**

Im Einzelnen wurden folgende Jugendämter und Einrichtungen befragt:

#### ***1. Jugendamt einer westdeutschen Großstadt***

An der Gruppendiskussion nahmen der Abteilungsleiter des Jugendamtes, die Leiterin der Fachberatung, eine Fachberaterin, ASD-Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, eine beim Jugendamt angestellte Familienhelferin, zwei Leitungskräfte eines kooperierenden Trägers und ein Mitarbeiter des freien Trägers – insgesamt zehn Personen – teil. Das Jugendamt hatte vorgeschlagen, diesen freien Trägers einzubeziehen, weil es dessen ambulante und stationäre Angebote nutzt, v.a. die stationäre Diagnosegruppe und das ambulante Clearing.

Aus dem Geschäftsbericht des Jugendamtes waren keine signifikanten Veränderungen, hinsichtlich der Fallzahlen oder der Inanspruchnahme einzelner Hilfeformen zu entnehmen.

#### ***2. Jugendamt einer mittelgroßen ostdeutschen Stadt***

An der Gruppendiskussion nahmen die ASD-Leiterin, die Jugendhilfeplanerin und eine Mitarbeiterin eines freien Trägers, die das Forschungsprojekt „Familien in der Jugendhilfe“ (vgl. Fußnote 1) unterstützt hatte, teil. Anschließend wurden die ASD-Leiterin und die Jugendhilfeplanerin noch separat befragt.

Aus den statistischen Daten geht hervor, dass im Einzugsgebiet des Jugendamtes bzw. in der Gebietskörperschaft der relative Anteil der jungen Menschen bis zum 21. Lebensjahr an der Gesamtbevölkerung von 1998 bis 2004 um 34,46% gesunken ist. Gleichzeitig ist die absolute Zahl der Hilfen zur Erziehung (außer EFB) insgesamt um 11% gestiegen. Diese Steigerung ist auf einen Anstieg der ambulanten und teilstationären Hilfen um 111,59% zurückzuführen, während die stationären Hilfen um 19,74% zurückgingen. Wir haben es insgesamt also mit einer hohen relativen Steigerung der Hilfen zur Erziehung zu tun, wobei sich die Anzahl der ambulanten und teil-

stationären Hilfen mehr als verdoppelte, während die Bezugsgruppe der jungen Menschen um mehr als ein Drittel sank. Der hohe absolute und relative Anstieg der ambulanten und teilstationären Hilfen lässt vermuten, dass viele Kinder und Jugendliche, die früher stationär untergebracht wurden, jetzt ambulant betreut werden. Es ist deshalb nahe liegend, dass sich in den ambulanten und teilstationären Hilfen Familien mit komplexeren Problemlagen befinden.

### **3. Jugendamt eines Stadtbezirkes einer westdeutschen Großstadt**

Es wurden die Leiterin einer Jugendhilfeeinrichtung, die stationäre Mutter-Kind-Projekte nach § 19 KJHG und SPFH anbietet, und ein Familienhelfer befragt. Anschließend fand ein Expertengespräch mit dem ASD-Abteilungsleiter und einer Regionalleiterin des Jugendamtes eines Stadtbezirkes statt. Die Befragungen wurden getrennt durchgeführt, weil die Leiterin der Jugendhilfeeinrichtung einschätzte, dass eine separate Befragung des Jugendamtes auf Grund aktueller jugendhilfepolitischer Entwicklungen in der Stadt ohne Teilnahme von regionalen Mitarbeitern freier Träger zu signifikanteren Antworten führen könnte.

Aus dem statistischen Material waren keine signifikanten Veränderungen hinsichtlich der Fallzahlen oder der Inanspruchnahme einzelner Hilfeformen zu entnehmen.

### **4. Jugendamt eines ostdeutschen Landkreises 1**

In einem zweistündigen Interview wurde der ASD-Leiter befragt. Aus einem Bericht für die Abgeordneten des Kreistages geht hervor, dass sich zwischen 1997 und 2003 der relative Anteil der jungen Menschen bis zum 21. Lebensjahr an der Gesamtbevölkerung um 17,7% verringert hat und die absolute Anzahl der Hilfen zur Erziehung um 22% gestiegen ist. Damit hat sich bezogen auf Gesamtzahl der jungen Menschen die relative Anzahl der Hilfen zur Erziehung um 48% erhöht. In dem Bericht an die Kommunalpolitiker werden als Erklärung verschiedene Thesen formuliert, eine davon lautet: „Die spezifischen Problemlagen der einzelnen Klienten und die festgestellten Normabweichungen verstärken sich.“

## **5. Jugendamt eines ostdeutschen Landkreises 2**

An der zweieinhalbstündigen Gruppendiskussion nahmen der ASD-Leiter des Jugendamtes, eine ASD-Mitarbeiterin, eine Mitarbeiterin des Pflegekinderdienstes, der Leiter eines kooperierenden freien Trägers und die Leiterin der Inobhutnahmestelle des Trägers teil.

Aus dem aktuellen Geschäftsbericht des Jugendamtes geht hervor, dass im Landkreis die Hilfen zur Erziehung seit 2001 in absoluten Zahlen um 3% zurückgegangen sind, aber relativ um 7% zugenommen haben, wenn man den Bevölkerungsrückgang mit einbezieht. Die stationären Hilfen sind um 11% gesunken, die teilstationären um 45%, während die Anzahl der ambulanten, die mit 76% von der Sozialpädagogischen Familienhilfe dominiert werden, um 27% gestiegen sind.

Besonders für die ostdeutschen Sozialräume lässt sich eine Entwicklung hin zu ambulanten familienorientierten Hilfen beobachten, wobei die Problemlagen komplexer werden. Es kann also von einem Professionalisierungsdruck auf die ambulanten familienorientierten Hilfen ausgegangen werden.

## **6. Inobhutnahmestellen**

Von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Inobhutnahme“ der Internationalen Gesellschaft für erzieherische Hilfen (IGfH) wurden im Rahmen einer Fachtagung der Arbeitsgruppe nach einer Präsentation des Modells der Sozialpädagogischen Familiendiagnosen Einschätzungen zu Indikation, Einsatzmöglichkeiten und Rahmenbedingungen der Implementierung mit Hilfe eines Fragebogens erfasst (siehe Anhang, Kapitel 9.1). Von allen 14 Arbeitsgruppenmitgliedern wurde der Fragebogen ausgefüllt. Die Arbeitsgruppenmitglieder stammten aus 14 Bundesländern, fast alle arbeiten in Leitungsfunktionen.

## 4. Diagnostik und Hilfeplanung

### 4.1 Modelle und Typen der Hilfeplanung

Zunächst sollen die Modelle der Hilfeplanung auf der Basis des Interviewmaterials und schriftlicher Materialien der Jugendämter (Fragebögen für die Familien oder Ablaufpläne für Teambesprechungen, Vordrucke und Konzepte standardisierter Handlungsabläufe etc.) dargestellt werden. Anschließend soll mit Hilfe von Strukturmerkmalen der Versuch unternommen werden, Typen von Hilfeplanungsmodellen zu konstruieren.

#### **1. Jugendamt einer westdeutschen Großstadt (Modell 1):**

Den Ablauf der Hilfeplanung verdeutlicht die Tabelle 1:

*Tabelle 1:*

*Ablaufschritte der Hilfeplanung im Jugendamt einer westdeutschen Großstadt*

1. Fremd- oder Selbstmeldung
2. Gespräch mit den Betroffenen: Feststellung des erzieherischen Bedarfs
3. Kollegiale Beratung im ASD: Dokumentation auf einem Vordruck („Erhebungsbogen“)
4. Entscheidung der zentralen Erziehungshilfekonferenz über die Gewährung der Hilfe anhand des Erhebungsbogens
5a. Bei stationärer Unterbringung: Eine Fallbeschreibung auf der Grundlage des Erhebungsbogens wird an eine geeignete Einrichtung geschickt
6a. Gespräche mit der Familie in der Einrichtung
7a. Nach vier bis sechs Wochen: erstes Hilfeplangespräch (Protokoll)
8a. Alle sechs Monate: weitere Hilfeplangespräche
5b. Bei ambulanten Hilfen: Der Erhebungsbogen geht an die jeweilige Gruppenleitung der ambulanten Dienste, diese stellt den Fall dann wiederum in der zentralen Erziehungshilfekonferenz vor
6b. Die Gruppenleitung wählt die konkrete Sozialarbeiterin aus, die den Fall betreuen soll

7b. Die Auswahl wird mit dem ASD und der Familie verhandelt
8b. Nach sechs bis zehn Wochen: Hilfeplangespräch
9b. Alle sechs Monate: weitere Hilfeplangespräche

Die Hilfeplanung beginnt typischerweise damit, dass ein ASD-Mitarbeiter bzw. eine ASD-Mitarbeiterin der von einer Problematik durch Selbst- oder Fremdmeldung erfährt und unter Einbezug der Meinung der Betroffenen ermittelt, ob ein Bedarf nach § 27ff. KJHG vorliegt. Die Problemeinschätzung wird mit den ASD-Kollegen in Form einer kollegialen Beratung besprochen. Die Ergebnisse werden auf einem Vordruck („Erhebungsbogen“) festgehalten: Er enthält die Problemsichten der Mitglieder des Beratungsteam und Hilfeempfehlungen. Dieser Vordruck wird der zentralen Erziehungshilfekonferenz - an der die Gruppenleitung des Pflegekinderdienstes, die zwei Gruppenleitungen der ambulanten Hilfen, eine Mitarbeiterin der wirtschaftlichen Jugendhilfe, der Leiter der kommunalen Beratungsstellen, der Abteilungsleiter und seine Stellvertreterin teilnehmen - vorgelegt. Diese entscheidet formal über die Gewährung der Hilfe. Nur wenn der Fall als nicht eindeutig eingestuft wird, muss der fallzuständige Mitarbeiter vorstellig werden; dies ist etwa in zwei Drittel der Fälle nötig. Ab dem 1.1.2006 wird es allerdings keine zentrale Erziehungshilfekonferenz mehr geben, stattdessen werden die Entscheidungen über die Hilfestellung dezentral in den Statteilen getroffen. Nur in nicht eindeutigen Fällen muss dann die Leitungsebene noch eingeschaltet werden.

Ist eine stationäre Unterbringung nötig, wird der Fall wie folgt weiter bearbeitet: Eine Fallbeschreibung auf der Grundlage des Erhebungsbogens wird vom ASD-Mitarbeiter bzw. eine ASD-Mitarbeiterin an eine entsprechende Einrichtung geschickt. Dort finden Gespräche mit den Eltern und Kindern über die Aufnahme statt. Nach vier bis sechs Wochen wird das erste Hilfeplangespräch einberufen, dieses wird protokolliert. Dann finden mindestens alle sechs Monate weitere Hilfeplangespräche statt.

Bei der Notwendigkeit einer ambulanten Hilfe wird der Erhebungsbogen an die jeweilige Gruppenleitung der ambulanten Dienste des Jugendamtes gesendet. Die Gruppenleitung stellt den Fall dann wiederum in der zentralen Erziehungshilfekonferenz vor. Es ist auch Aufgabe der Gruppenleitung, die konkrete Sozialarbeiterin auszu-

wählen, die den Fall dann betreut (die Auswahl wird mit dem ASD und der Familie verhandelt). Im ambulanten Bereich findet nach sechs bis zehn Wochen ein Hilfeplangespräch statt, danach wiederum alle sechs Monate (s. auch Tabelle 4.1).

## **2. Jugendamt einer mittelgroßen ostdeutschen Stadt (Modell 2):**

Die Interviewpartner betonten die Unterschiede der Hilfeplanung im „Leistungs- und im Gefährdungsbereich“ (vgl. Tabelle 2).

*Tabelle 2:*

*Ablaufschritte der Hilfeplanung im Jugendamt einer mittelgroßen ostdeutschen Stadt*

Leistungsbereich	Gefährdungsbereich
Antrag auf Hilfe zur Erziehung	Hinweise auf Kindeswohlgefährdung
Sozialarbeiter sammelt Informationen aus der Familie und durch Dritte (Schule, Kita etc.)	Sozialarbeiter sammelt Informationen aus der Familie und durch Dritte (Schule, Kita etc.)
Erarbeitung von Zielen mit den Adressaten	Beschreibung der Gefahrenbereiche
Informationen und Ziele werden in der „Fallrecherche“ zusammengefasst	Informationen und Gefahrenbereiche werden in der „Fallrecherche“ zusammengefasst
Vorstellung der Familie im Stadtteilteam mit Hilfe der „Fallrecherche“: Unter Leitung der Sozialarbeiterin Diskussion von Hilfearrangements	Vorstellung der Familie im Stadtteilteam mit Hilfe der „Fallrecherche“: Unter Leitung der Sozialarbeiterin Diskussion von Hilfearrangements
Der Familie werden die Vorschläge präsentiert; werden diese akzeptiert, wird der Hilfeplan erstellt	Der Familie werden Auflagen und Aufträge erteilt, diese werden im Hilfeplan ausgewiesen

Für den „Leistungsbereich“ gilt folgender Ablauf: Ausgangspunkt der Hilfeplanung ist ein Antrag auf Hilfe zur Erziehung. Die Fachkraft sammelt wichtige Informationen aus der Familie, dabei werden Familienmitglieder und Außenstehende (Schule, Kita etc.) befragt. Mit den Adressaten werden dann Ziele mit Hilfe eines Fragenkataloges erarbeitet. Die gesammelten Informationen und die erarbeiteten Ziele werden anschlie-

ßend in der „Fallrecherche“ aufgearbeitet. Wesentlicher Bestandteil der „Fallrecherche“ ist eine Ressourcenanalyse, für die ein „Ressourcenbogen“ genutzt werden kann. Die Ressourcen werden in einer „Ressourcenkartei“ zusammengefasst. Die „Fallrecherche“ wird im Stadtteilteam, dem die Sozialarbeiter des ASD-Stadtteilteams und Mitarbeiter der im Sozialraum tätigen freien Träger angehören, vorgestellt. Die verschiedenen Fachkräfte diskutieren, welche Hilfsarrangements angeboten werden können. Die „Aufmerksamkeitsrichtung“ wird durch den zuständigen Sozialarbeiter bestimmt. Das Ergebnis der Beratung wird (teilweise mit den Helfern zusammen) der Familie vorgestellt. Die entscheidende Frage ist: „Akzeptiert die Familie diese Vorschläge?“ Wenn dies der Fall ist, wird das „Dokument Hilfeplan“ erstellt. Dabei werden die Äußerungen der Familie berücksichtigt. Dann ergeht der Auftrag an den Träger, der die Hilfe leistet und umsetzt. Nach einem halben Jahr wird der Hilfeplan fortgeschrieben, es sei denn, es ergibt sich vorher ein anderer individueller Bedarf.

Im „Gefährdungsbereich“ gelten andere Leitlinien: Bei Familien mit Kindeswohlgefährdung gibt es das Problem der Zielformulierung nicht, „da haben wir das Wächteramt auszuüben, da können wir nicht viel Aushandlungsspielraum zulassen. Wir müssen die Gefahrenbereiche benennen und sagen, wie dieser Gefahrenbereich abgebaut wird“ (Zitat ASD-Leiterin). Die Aufträge und Auflagen werden auch als solche im Hilfeplan ausgewiesen.

### **3. Jugendamt eines Stadtbezirkes einer westdeutschen Großstadt (Modell 3):**

Das Jugendamt hat für die Ablaufschritte der Hilfeplanung standardisierte Dokumente bzw. Formulare vorgesehen. Diese sind in Tabelle 3 aufgeführt.

*Tabelle 3:*

*Ablaufschritte der Hilfeplanung im Jugendamt in einem Stadtbezirk einer westdeutschen Großstadt*

Arbeitsschritt	Formular
1. Erstkontakt und Verteilung	Erstkontakt-/Meldebogen
2. Beratungsphase: Zusammenfassende Beratungsdokumentation	Evtl. Fragebogen für Eltern und Kinder/Jugendliche
3. Kollegiale Beratung	KB-Bogen
4. Klärungsphase: Schriftliche Analyse	Fragebogen für Eltern und Kin-

des Hilfebedarfs und der Ressourcen	der/Jugendliche (sofern nicht schon in der Beratungsphase eingesetzt)
5. Erstes Hilfeplangespräch: Auswahl der Hilfeart, Art und Umfang	Formular Protokoll 1 HPG
6. Vereinbarungen zum Hilfeplan	Formular Vereinbarungen zum Hilfeplan
7. Folgendes Hilfeplangespräch	Formular der folgenden HP-Gespräche Formular Vereinbarungen zum Hilfeplan
8. Beendigung	Formular der folgenden HP-Gespräche

Das Jugendamt hat ein verbindliches Modell für die Hilfeplanung erarbeitet: Nach telefonischem oder persönlichem Kontakt wird ein „Erstkontaktmeldebogen“ ausgefüllt: In ihm wird eine Einschätzung des Problems und die Bearbeitungspriorität dokumentiert. Für Neuanmeldungen gibt es einen „Intakedienst“, der die eingehenden Fälle aufnimmt. Der Fall geht dann in das Team der ASD-Abteilung und von dort an den fallzuständigen Sozialarbeiter. Dieser nimmt dann Kontakt zur Familie auf. Wenn sich eine Hilfe zur Erziehung abzeichnet, wird den Familienmitgliedern ein Fragebogen nach dem Erstgespräch mitgegeben oder später zugeschickt (die Fragebögen werden in manchen Fällen erst nach der kollegialen Beratung verteilt). Er dient der Bedarfsermittlung. Der „Fragebogen für Mütter und Väter: Welche Probleme? Welche Lösungen“ wird im folgenden Kapitel dargestellt. Er wird nur ausgefüllt, wenn die Familie noch nicht bekannt ist. Der Hilfestellung ist die „kollegiale Beratung im ASD-Team als diagnostisches Instrument“ vorgeschaltet. Eine Fallbeschreibung wird den Kollegen vor der Beratung zugänglich gemacht; die Fallberatung wird nach einem festgelegten Schema durchgeführt. Die Leitung nimmt nur auf besonderen Wunsch an der Beratung teil. Im Anschluss an die kollegiale Beratung erstellt die Kollegin eine Problemanalyse oder einen hilfebegründenden Bericht. Für diesen gibt es festgelegte Stichpunkte. Im Anschluss findet das Hilfeplangespräch statt, in dem entschieden wird, ob ein erzieherischer Bedarf vorliegt. Bei einer stationären Hilfe muss es eine „Angebotsberatung“ geben: Die „Angebotsberater“ kennen den hilfebegründenden Bericht und suchen die geeignete Einrichtung. Verpflichtend im Rahmen der Hilfeplanung sind die kollegiale Beratung, das Hilfeplangespräch, die Angebotsberatung, der hilfebegründende Bericht und die Dokumentation der Hilfeplanung. Möglich sind auch Fachgespräche mit Ärzten, Psychiatrie etc., „wenn die Eltern massiv Teil des Problems sind und nicht einbezogen werden können.“ Alle Hilfen müssen

durch die Abteilungsleitung genehmigt werden. Der Zeitumfang der ersten Phase mit der Familie kann sich lange hinziehen, der Zeitumfang wird nicht vorgegeben: „Manchmal dauert es Monate, um die Familie zu einer Selbsterkenntnis zu bringen.“

#### **4. Jugendamtes eines ostdeutschen Landkreises 1 (Modell 4):**

Ähnlich wie in Modell 2 wird auch hier zwischen „Standard- und Not- und Kinderschutzfällen“ unterschieden. Die Hilfeplanung erfolgt dann entsprechend nach unterschiedlichen Ablaufschritten (vgl. Tabelle 4).

*Tabelle 4:*

*Ablaufschritte der Hilfeplanung im Jugendamt eines ostdeutschen Landkreises 1*

Standardfälle (monatlich zwischen 40 und 60)	Not- und Kinderschutzfälle (monatlich zwischen 4 und 10)
1. Erstkontakt: Bearbeitung der Fragebögen für Eltern und Kinder	1. Meldung einer Kindeswohlgefährdung
2. Nach dem ersten oder zweiten Elternkontakt Antrag auf Hilfe zur Erziehung	2. Risiko- und Prioritäteneinschätzung mit Hilfe eines Abfragebogens
3. Fachteam: Mit Hilfe einer Problemanalyse Entscheidung über den Antrag der Eltern	3. Unangemeldeter Hausbesuch und Bewertung altersgerechter Lebensbedingungen innerhalb der Familie mit einer Strichliste
4. Information der Eltern über die Hilfsmöglichkeiten im Landkreis und Entscheidung der Eltern über die Hilfeform	4. Gegenüberstellung notwendiger Veränderungen aus Sicht des Sozialarbeiters und aus Sicht der Eltern
5. Kontakt des Jugendamtes mit den Hilfeanbietern mit Hilfe eines Anfragebogens	5. Kontrolltermine zur Überprüfung der notwendigen Veränderungen
6. Eltern entscheiden sich für einen Träger und nehmen Kontakt mit ihm auf	6a. Wenn Eltern nicht kooperieren, Einschaltung des Familiengerichtes
7. Erstes Hilfeplangespräch mit Familie und Träger	6b. Wenn Eltern kooperieren, dann Übergang in das Standardverfahren der Hilfeplanung

8. Hilfebescheid an den Träger	
--------------------------------	--

Das Verfahren für die Hilfeplanung wurde im Rahmen eines Projektes „Qualitätsentwicklung im ASD“ konzipiert. Es sieht „zwingend“ vor, dass im Vorfeld von Hilfen zur Erziehung der/die ASD-Mitarbeiter/-Mitarbeiterin mindestens zwei Elternkontakte hat. Zur Strukturierung der Elterngespräche wurden Fragebögen für die Eltern und für die Kinder entwickelt mit dem Ziel, eine bessere „Vorfeldanalyse“ durchzuführen. Die Fragebögen werden mit den Familienmitgliedern gemeinsam beantwortet oder ihnen mitgegeben. Zeichnet sich ein Hilfebedarf ab, stellen die Eltern nach dem zweiten Kontakt den Antrag auf Hilfen zur Erziehung. Es folgt die Teamberatung im Fachteam, das aus den Mitarbeitern des ASD einer Region besteht. Nach einer „Problemanalyse“ trifft das Fachteam eine Entscheidung über den Antrag der Eltern, die aber nicht verbindlich ist, da letztendlich der Sozialarbeiter bzw. die Sozialarbeiterin entscheidet. Widersprüche zwischen Sozialarbeiter und Fachteam kommen „äußerst selten vor.“ Die Eltern werden dann umfassend über die Hilfen und Möglichkeiten im Landkreis informiert und sollten auf dieser Grundlage eine Entscheidung treffen können, welche Hilfeform für ihre Problemsituation die geeignete ist. Wenn die Eltern sich festgelegt haben, werden die Träger mit einem standardisierten „Anfragebogen“ vom JA kontaktiert. Dann benennt der Sozialarbeiter gegenüber den Eltern die Träger, (in manchen Fällen wird nur ein Träger benannt, wenn allein dieser das „entsprechende Profil“ aufweist), die diese Hilfe leisten können. Die Eltern entscheiden sich für einen Träger und nehmen, wenn möglich, Kontakt mit dem Träger auf. Anschließend werden die Eltern zum ersten Hilfeplangespräch, an dem auch der Träger teilnimmt, eingeladen. Nach dem Hilfeplangespräch ergeht der Hilfebescheid. Im ersten Hilfeplan werden keine Details festgelegt, sondern die Grundrichtung bestimmt („Grundzielplanung“). Vorgeschrieben ist, dass es keine Hilfe ohne Hilfeplanung und keinen Bescheid ohne schriftlichen Hilfeplan geben darf.

Bei Kindeswohlgefährdung („Not- und Kinderschutzfälle“) greift ein anderes Verfahren. Bei Eingang der Meldung einer Kindeswohlgefährdung wird ein „standardisierter Abfragebogen“ bearbeitet. Der Sozialarbeiter kommt zu einer „Risikoeinschätzung“ und legt fest, wie schnell der Fall bearbeitet werden soll: „Krisen haben Vorrang, andere Fälle müssen liegen bleiben.“ Die Standards bei Kinderschutzfällen sind: „Nur Co-Arbeit, unangemeldeter Hausbesuch mit der Bedingung, die Kinder zu sehen o-

der sie sich zeigen lassen. “ Mit Hilfe einer „Strichliste“ (Scheckliste in Anlehnung an das Verfahren des DJI) werden altersgerechte Lebensbedingungen innerhalb der Familie bewertet. Um Transparenz herzustellen, werden Kopien der Liste den Familien ausgehändigt. Dann werden notwendige Veränderungen aus Sicht des Sozialarbeiters und aus Sicht der Eltern gegenübergestellt. Kontrolltermine dienen der Überprüfung der notwendigen Veränderungen. Wenn Eltern kooperieren, mündet der Prozess in das normale Hilfeplanverfahren; ansonsten wird das Gericht eingeschaltet. Pro Monat gibt es vier bis zehn Kinderschutzfälle, es fallen zwischen 40 und 60 „Standardfälle“ an.

### **5. Jugendamtes eines ostdeutschen Landkreises 2:**

Die Hilfeplanung verläuft hier ebenfalls nach einem „festgelegten Raster“ (vgl. Tabelle 4.5): Im „Idealfall“ meldet sich die Familie eigenständig. Es folgt das Erstgespräch zu folgenden Fragen: Was führt die Familie zu uns, welche Probleme gibt, wie ist die Situation? Zunächst wird an die Erziehungs- und Familienberatungsstelle vermittelt, „das wird gut angenommen. Wenn die Familie dieses Angebot annimmt, haben wir mit der Familie im besten Fall nichts mehr zu tun“ (Zitat ASD-Leiterin). Wenn die Erziehungs- und Familienberatung nicht ausreicht, wird die Familie wieder im Jugendamt vorstellig.

*Tabelle 5:*

*Ablaufschritte der Hilfeplanung im Jugendamt eines ostdeutschen Landkreises 2*

1. Erstgespräch: Vermittlung an die Erziehungs- und Familienberatungsstelle
2. Wenn diese Hilfe nicht ausreicht, wird die Familie erneut vorstellig
3. Beratung im Fachteam: Vorstellung der Familie mit Genogramm und sozialpädagogischen Bericht, der u.a. auf einem Hausbesuch beruht
4. Wenn noch Fragen offen sind, wird die Familie erneut im Fachteam vorgestellt
5. Hilfeplangespräch teilweise in Co-Arbeit und mit Mitarbeitern freier Träger
6. Nach sechs bis acht Wochen zeigt sich, ob die Hilfe trägt

Der Standardverlauf ist dann folgender: Die Familie wird im Team besprochen. Die Teamsitzung findet einmal wöchentlich mit allen Kollegen und Kolleginnen des Jugendamtsstandortes (im Landkreis gibt es vier Standorte) statt. Die Mitarbeiter des

ASD, des Pflegekinderdienstes und der Jugendgerichtshilfe nehmen teil. In der Regel ist die Leitung nicht vertreten; Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen freier Träger werden gelegentlich eingeladen. Die Familie wird von der zuständigen Fachkraft im Fachteam vorgestellt: Standard sind ein Genogramm und ein sozialpädagogischer Bericht, dem als Grundlage ein „zwingend notwendiger Hausbesuch“ zu Grunde liegt. Im Hinblick auf die Fallrunde ist für den Falleinbringer wichtig, „dorthin offen und nicht ergebnisorientiert hinzugehen“ (Zitat ASD-Leiter). Das Fachteam ist ein Beratungsgremium, die Entscheidungen werden im Team gefällt. Oft endet das Fachteam damit, dass offene Themen benannt werden „Da musst du noch hingucken“ (Zitat ASD-Leiter). Wenn dies der Fall ist, wird die Familie im Fachteam nochmals vorgestellt oder sie wird in der Supervision besprochen. Die Familien werden im Fachteam auch während des Hilfeprozesses vorgestellt. Hilfen zur Erziehung müssen prinzipiell im Fachteam besprochen werden. In die Hilfeplanung beziehen manche Kollegen auch Mitarbeiter freier Träger mit ein, andere nicht; so werden Lehrer und Lehrerinnen oder Erzieher und Erzieherinnen (Kita) gelegentlich hinzugezogen. Viele Hilfeplangespräche werden in Co-Arbeit durchgeführt. Ein Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin ist dann Protokollant. Viele Eltern wollen das Protokoll sofort unterschreiben. Die Qualitätskriterien für den Hilfeplan sind die Formulierung der Ziele der Hilfe, die Analyse der Ressourcen der Familie einschließlich der erweiterten Familie und die Berücksichtigung der Familiengeschichte. Wichtig ist auch ein Verständnis von Hilfeplanung als Prozess, weil sich in der Regel erst nach sechs oder acht Wochen zeigt, ob die Hilfe trägt.

In den Interviews wurden die ASD-Leitungskräfte darum gebeten, ihr Konzept der Hilfeplanung im Spannungsfeld zwischen Aushandlungsprozess (z.B. Merchel 1995, 1999) und diagnostischem Prozess (Harnach-Beck 1995) zu positionieren. Die Aussagen hierzu und die eben beschriebenen Ablaufschritte der Hilfeplanung sollen nun dazu dienen, die Modelle der Hilfeplanung in ihren wesentlichen Charakteristika zu beschreiben:

Im *Modell 1* steht die Feststellung des erzieherischen Bedarfs im Vordergrund. Ein Leitungsteam entscheidet über das Vorliegen eines erzieherischen Bedarfs. Im Falle einer stationären Maßnahme entscheidet das Jugendamt, welche Einrichtung der Familie angeboten wird, im Falle einer ambulanten Maßnahme gibt das Jugendamt

ebenfalls den Betreuer bzw. die Betreuerin vor. Die Familie sucht sich die Träger nicht selber aus, kann aber im Nachhinein noch mitbestimmen. Das Hilfeplangespräch findet erst *nach* Beginn der Hilfeentscheidung statt. Da es das entscheidende Instrument der Betroffenenbeteiligung ist, kann nur noch die Ausgestaltung der Hilfe von den Familien beeinflusst werden. Wir haben es hier also mit einem Hilfeplanmodell als diagnostischen Prozess zu tun: Den Familien wird Mitsprache gewährt, die Entscheidungen treffen aber die Fachkräfte im Jugendamt. Interessanterweise schätzt der Jugendamtsleiter im Interview ein, dass vorrangig nach dem „Aushandlungsmodell“ gearbeitet wird. Die Aussage „Wir müssen auch die rechtlichen Bedingungen akzeptieren und deshalb auch die Eltern anhören“ (Zitat Amtsleiter Jugendamt), weshalb manchmal auch eine Schleife nötig sei, legt die Einschätzung nahe, dass die Eltern nicht immer als gleichberechtigte Verhandlungspartner angesehen werden.

Im *Modell 2* finden sich zwei verschiedene Hilfeplanvarianten: Im Gefährdungsbereich steht der Schutz der Kinder im Vordergrund, den Eltern werden vom Jugendamt Aufträge und Auflagen erteilt. Wir haben es demnach mit einem diagnostischen Prozess zu tun, allerdings nur in einem Teilbereich der erzieherischen Hilfen. Für andere Familien (bei denen keine Kindeswohlgefährdung vorliegt) gilt das Primat der Adressatenorientierung und der Akzeptanz: Mit den Betroffenen werden Ziele erarbeitet; die kollegiale Beratung ist kein Entscheidungs-, sondern ein Beratungsgremium, das Hilfearrangements konzipiert und diskutiert. Nur wenn die Familie die Vorschläge akzeptiert, kommt es zum Hilfeplan, andere Entscheidungsträger gibt es nicht. Die ASD-Leiterin betont, wie wichtig es sei, dass die „Adressaten selber beschreiben, was sie verändern wollen, was sie erreichen wollen.“ Folgerichtig sieht sie die Hilfeplanung „eher als Aushandlungsprozess. Es können sich andere Sichtweisen ergeben, deshalb kann es kein starres Dogma sein, dass man die Hilfe mit aller Macht durchsetzt.“ Insgesamt kann das Konzept als adressatenorientiertes Aushandlungsmodell bezeichnet werden.

Im *Modell 3* werden ebenfalls Familien, in denen das Kindeswohl gefährdet ist, von den anderen Familien unterschieden. Bei den Kinderschutzfällen muss nach Einschätzung des ASD-Leiters „vorgegeben werden, was zu passieren hat und zwar in einem sehr engen zeitlichen Fenster.“ Eine mögliche Gefährdung für Kinder wird mit

Hilfe eines Indikatorenmodells festgestellt; wie im Modell 2 haben wir es hier mit einem diagnostischen Hilfeplanungsverständnis zu tun. Wenn es nicht um Kindeswohlgefährdung geht, folgt dem Erstkontakt eine längere Beratungs- und Klärungsphase, der keine zeitlichen Grenzen gesetzt sind. Ein wichtiges Instrument dabei ist ein Fragebogen mit lösungsorientierten und „zirkulären Fragen“, die von den Eltern *und* den Kindern selbst beantwortet werden. Die Familien sollen eine beziehungsorientierte Sicht auf ihre Situation gewinnen und eigene Lösungsvorschläge entwerfen. Das Instrument zielt darauf ab, „die Familie zu einer Selbsterkenntnis zu bringen“ (ASD-Leiter). Die kollegiale Beratung ist hier ebenfalls ein reines Beratungs- und kein Entscheidungsgremium ohne die Anwesenheit von Leitung. Im Gegensatz zu Modell 1 stehen in der Phase bis zum ersten Hilfeplangespräch nicht amtsinterne Beratungs- und Entscheidungsprozesse im Vordergrund, sondern die Kontakte mit der Familie. Der ASD-Leiter ordnet das Hilfeplanverfahren hinsichtlich der Fachdebatte um „Aushandlung“ versus „Diagnose“ weder dem einen noch dem anderen Pol zu, da ein jeweiliger Schwerpunkt „situationsabhängig“ sei. Aushandlungsprozesse sind nicht nur bei Kindeswohlgefährdung unmöglich, sondern auch bei Familien mit „Strukturlosigkeit ...“, da ist mit Aushandeln wenig zu holen, weil sich dann die Strukturlosigkeit gegebenenfalls fortsetzt.“ Die Amtsleiterin betont, dass „es eine diagnostische Grundlage geben (muss), sonst ist die Gefahr von Versuch und Irrtum gegeben.“ Da die Diagnose sich stark an den Beziehungsdefinitionen und Lösungsideen der Familien anlehnt und die Diagnose als ein Interventionsinstrument verstanden wird, kann hier von einem zirkulären Hilfeplanmodell gesprochen werden.

*Modell 4* unterscheidet ebenfalls zwischen „Standardfällen“ und „Not- und Kinderschutzfällen.“ Bei Letztgenannten wird zwar auch mit einem diagnostischen Instrument („Strichliste“) gearbeitet, es werden auch Veränderungsnotwendigkeiten aus Sicht des Jugendamtes formuliert, im Unterschied insbesondere zu Modell 1 werden auch die Sichtweisen der Erwachsenen erfragt und ihnen die Möglichkeit gegeben, wie ein „Standardfall“ behandelt zu werden. Dieser ist ähnlich wie bei Modell 3 dadurch charakterisiert, dass die Sichtweisen der Familienmitglieder schriftlich erfragt werden. Ziel ist hier aber nicht die „Selbsterkenntnis“ der Familie (die Klärungsphase ist hier auch kürzer), sondern die Informationen münden in eine Problem- und Ressourcenanalyse. Die Familien werden hier stärker zu einem Erkenntnisobjekt. Auf der anderen Seite wird das Wunsch- und Wahlrecht bei den einzelnen Schritten des Hil-

hilfeplanprozesses berücksichtigt. Der ASD-Leiter betont auf der einen Seite die Adressatenorientierung: „Wir agieren auf der Elternebene, um die Wünsche der Eltern zu erfüllen. Wir haben uns davon entfernt, Eltern zu bevormunden, was die Hilfen angeht.“ Die Leitfrage dabei ist: „Was können Eltern tun, um ihre selbstgesteckten Ziele zu erreichen.“ Auf der anderen Seite nennt er das Modell auch „problemzentriert“, da auch die Problemsichten der Familien v.a. mit Hilfe zirkulärer Fragen eruiert werden. Es handelt sich in diesem Fall also auch um ein adressatenorientiertes zirkuläres Hilfeplanmodell.

*Modell 5* ähnelt *Modell 1*: Die Beratung im ASD steht im Vordergrund. Hausbesuch, Genogramm, und Bericht sind die Instrumente der Diagnose des Jugendamtes. Das Hilfeplangespräch findet zwar vor Hilfebeginn statt, es wird aber betont, dass sich erst nach sechs bis acht Wochen zeigt, ob die Hilfe trägt. Da die Bedeutung der kollegialen Beratung im Hilfeplanprozess betont wird, handelt es sich bei diesem Modell um eine Hilfeplanung nach einem (Team-) diagnostischen Ansatz.

Grob können drei Typen von Hilfeplanung unterschieden werden:

1. Hilfeplanung als diagnostischer Prozess (*Modell 1* und *5*)
2. Hilfeplanung als adressatenorientierter Aushandlungsprozess (*Modell 2*)
3. Hilfeplanung als zirkuläre Diagnostik und Intervention (*Modell 3* und *4*)

Zusätzlich lassen sich alle fünf Modelle dem Typ „Hilfeplanung als diagnostischer Prozess“ zuordnen, wenn man jeweils nur die Kinderschutzfälle betrachtet. Umgekehrt wird bei Standardfällen Kindeswohlgefährdung nicht systematisch „diagnostiziert.“ Um unterschiedlichen Akzentsetzungen und die Besonderheit von Hilfeplanungstypen zu spezifizieren, bietet sich eine Matrix an, die die verschiedenen Strukturmerkmale berücksichtigt (vgl. *Tabelle 6*).

Tabelle 6:

Matrix Strukturmerkmale

Geltungsbereich → Strukturmerkmal ↓	Standardfälle	Kindeswohlgefährdung und andere Ausnahmen
Zirkuläre Befragung		
Ziel-Befragung		
Kollegiale Beratung (Modell)		
Primäre Diagnostik		
Entscheidung über Hilfeart durch Leitung oder Fachteam		
Wunsch- und Wahlrecht durch Entscheidung über Hilfeart und Anbieter durch die Familien		
Aushandlung mit den Familien über Hilfeart oder Anbieter		
Indikatoren für Kindeswohlgefährdung		
Aufträge und Auflagen		

Entscheidend ist nicht die „Philosophie“ der Hilfeplanung, sondern die Operationalisierung der Qualitätskriterien als verbindliche Handlungsschritte im Hilfeplanprozess in Form von konkreten Handlungsanweisungen und Dokumentationsmaterialien. Die Dokumentation ist wichtig, um die Einhaltung des Handlungsmodells überprüfen zu können. Zumindest in einem der befragten Jugendämter berichtete der ASD-Leiter, dass er mit der Hilfeplanung zufrieden sei, weil er die Dokumentation des Hilfeplanprozesses daraufhin kontrolliert habe, ob das Standardverfahren eingehalten werde.

## 4.2 Diagnostische Verfahren im Rahmen der Hilfeplanung

Zunächst werden einige der zentralen diagnostischen Standardverfahren der Hilfeplanung durch die Jugendämter dargestellt, sofern diese zugänglich gemacht wurden bzw. aus urheberrechtlichen Gründen im Detail dargestellt werden dürfen. Unter „diagnostischen Standardverfahren“ werden alle Instrumente verstanden, die einen systematischen Zugang zu den Problemen, Lösungsideen, Zielen, Ressourcen etc. der Familien anstreben. Im Anschluss daran wird die generelle Einstellung der Fachkräfte zu Diagnosen dargestellt, um diese zu den diagnostischen Verfahren, die im Rahmen der Hilfeplanung bei speziellen Problemlagen benutzt werden und zu den Verfahren, die von freien Trägern verwendet werden, in Beziehung setzen zu können.

### **1. Jugendamt einer westdeutschen Großstadt (Modell 1):**

Für das Erstgespräch mit den Familien gibt es keinen standardisierten Fragebogen. Das zentrale diagnostische Instrument ist die kollegiale Beratung. Dem Beratungsteam liegt als Vorbereitung eine schriftliche „Problemdarstellung für die kollegiale Beratung“ vor, die folgende Stichpunkte umfassen soll (vgl. Tabelle 7).

*Tabelle 7:*

*Gliederung der Problemdarstellung bei kollegialer Beratung*

1. Fall bekannt geworden durch ... (Problembeschreibung)
2. Hinweis von Person und / oder Institution
3. Bisherige Hilfeangebote
4. Zur Person
5. Problemsichten Klient/Familienmitglieder (mit Lösungsvorschlag/Lösungsvorschlägen)

Für das Protokoll der Teambesprechung gibt es ebenfalls ein standardisiertes Schema, die „Dokumentation der kollegialen Beratung“ (auch „Erhebungsbogen“ genannt, siehe Tabelle 8).

Tabelle 8:

*Dokumentation der kollegialen Beratung*

1. Problemsicht fallzuständige Fachkraft (Beziehungsgefüge in der Familie / Stärken)
2. Einschätzungen der <i>beratenden</i> Fachkräfte (im Vergleich zur Problembewertung der fallzuständigen Fachkraft)
3. Geeignete Hilfe bzw. geeignete Kombination verschiedener Hilfen <ul style="list-style-type: none"><li>- Meinung der fallzuständigen Fachkraft</li><li>- Meinung(en) der einzelner Teammitglieder</li></ul>
4. Ergänzende Anregungen der Teammitglieder zur Hilfestaltung
5 Empfehlung zur angemessenen Hilfe / zu angemessenen Hilfen
6. Besteht eine Differenz zwischen der eigentlich angemessenen Hilfe und der ausgewählten (und gewährten) Hilfe(n)? Wenn ja, worin liegt diese Differenz begründet?

Inhaltlich dreht sich die kollegiale Beratung um unterschiedliche Problemsichten und sinnvolle Lösungen bzw. angemessene Hilfen, wobei die Auseinandersetzung im Team und nicht mit der Familie im Vordergrund steht. Weitere diagnostische Standardverfahren kommen bei Kindeswohlgefährdung zum Einsatz: Diese dienen zur Abschätzung des Gefährdungsrisikos und strukturieren Vereinbarungen mit Eltern, denen Auflagen zur Sicherung des Kindeswohls gemacht werden sollen (zwei dieser Standardverfahren finden sich im Anhang, 9.4).

Trotz dieser diagnostischen Instrumente sind die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Jugendamtes der Meinung, dass sie nicht dazu ausgebildet sind, eine Diagnose zu erstellen, sie seien „Informationssammler“ (Zitat Leitungskraft freier Träger). Bei unklaren Fällen wird die Hilfe Anderer, z.B. der Kinder- und Jugendpsychiatrie, eingeholt. Der Jugendamtsleiter versteht unter „Diagnose“ eine Beschreibung dessen, was ermittelt wurde und welche Schlüsse daraus gezogen wurden. Bessere Begriffe als „Diagnose“ wären vielleicht „Bedarfsanalyse“ oder „Fallanalyse.“

Nach der Hilfestellung werden in der SPFH ein Genogramm und ein Soziogramm erstellt, das Genogramm dient auch dazu, die Mitarbeitsbereitschaft der Familien einzuschätzen und die Auswahl der betreuenden Sozialarbeiterin zu erleichtern. Im Rahmen der Heimerziehung gibt es verschiedene nicht-standardisierte „Anamneseverfahren.“ Der Leiter der Jugendhilfeeinrichtung betont, dass nach der Aushandlung

in der ersten Phase eine Diagnostik nötig sei, weil sonst wesentliche Informationen für die weitere Planung der Hilfe fehlen. Außerdem ist die mögliche Hinzuziehung von weiteren Diagnosen häufig auch Thema des Hilfeplangesprächs nach sechs Wochen unter Beteiligung der Eltern: Hintergrund ist, dass in den ersten Wochen einer stationären Unterbringung oder einer ambulanten Hilfe erst deutlich wird, welche Probleme die Kinder und Jugendlichen wirklich haben bzw. inwieweit z.B. auch Eltern zur Mitarbeit bereit sind. Im stationären Bereich gibt es in der Einrichtung eine Beobachtungsphase, in die die Kinder und Jugendlichen auch mit Hilfe von narrativen Interviews in Anlehnung an die Sozialpädagogischen Diagnosen (von Mollenhauer/Uhlendorff 1992, 1995) einbezogen werden. Standard ist ein „Familienanamnestisches Gespräch.“ Spezielle Diagnoseaufträge („Ist dieses Kind bindungsfähig – Könnte es in eine Pflegefamilie vermittelt werden?“) des Jugendamtes gibt es nur in einigen Fällen, dafür hat die Einrichtung eine Diagnosegruppe sowie einen ambulanten Diagnosedienst. Es werden diagnostische Methoden wie Prozessdiagnostik, Wahrnehmungsdiagnostik, Intelligenzdiagnostik, Arbeit mit Trauminhalten etc. angewendet. Die durchschnittliche Unterbringungsdauer in der Diagnosegruppe beträgt vier Monate. Nach Ansicht des Jugendamtsleiters und des Einrichtungsleiters wären bei etwa 10% der Familien Expertendiagnosen nötig.

Expertendiagnosen kommen bei speziellen Problemlagen z.B. bei „großen Entwicklungsverzögerungen“ zum Tragen (die Eltern werden dann beispielsweise zum Sozialpädiatrischen Zentrum geschickt). Explizit von „Diagnosen“ spricht das Jugendamt in Zusammenhang mit dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung: In diesen Fällen werden „Diagnosebögen“ verwendet, die ggf. dem Gericht vorgelegt werden können (s. Anhang Kapitel 9.4).

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Jugendamtes sind sich nicht einig, ob sie Diagnosen erstellen. Auf die Definition des Jugendamtsleiters von „Diagnose“, das darunter eine „Beschreibung dessen, was ermittelt wurde und welche Schlüsse daraus gezogen wurden“, verstanden werden könnte, trifft der Begriff „Bedarfsanalyse“ oder „Fallanalyse“ mit Hilfe der Erhebungsbögen zu. Die Bedarfs- oder Fallanalyse dient der Ermittlung der Hilfeart. Weitere diagnostische Methoden werden nach dem ersten Hilfeplangespräch vom freien Träger mit zwei Zielrichtungen eingesetzt: die Probleme der Kinder und Jugendlichen besser zu verstehen und die Kooperationsbe-

reitschaft der Eltern abzuschätzen. Wenn Unklarheit über die Hilfeart besteht bzw. ein Verdacht Kindeswohlgefährdung vorliegt, werden andere diagnostische Vorgehensweisen gewählt.

## **2. Jugendamt einer mittelgroßen ostdeutschen Stadt (Modell 2):**

Die verschiedenen „diagnostischen“ Verfahren, die von den ASD-Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im Rahmen der Fallrecherche- und -bearbeitung angewendet werden, sind ressourcen- und zielorientiert. Da sie zum größten Teil urheberrechtlich geschützt sind, dürfen sie nicht veröffentlicht werden. Eine Ausnahme ist der „Ressourcenbogen für den Bereich der Hilfen zur Erziehung“ (siehe Anhang 9.2). Im „Vorwort“ des Fragebogens wird Folgendes betont: „Im Zusammenhang mit der Verwendung dieses Bogens geht es ausschließlich um Ressourcen und Stärken! Es geht nicht um eine Schwachstellenanalyse. Demzufolge sind die einzelnen Punkte nur relevant, wenn sie als Ressourcen oder Stärke anzusehen sind. Diese Checkliste soll Ideen und Anregungen bieten, an welchen Stellen Ressourcen vorhanden sind bzw. entdeckt und genutzt werden könnten.“

Der „Ressourcenbogen“ umfasst zehn Bereiche:

1. Wohnen
2. Freunde/Nachbarn/Verwandte
3. Beziehungen in der Familie
4. Kinderbetreuung und Familienmanagement
5. Finanzielle Situation im Haushalt
6. Kita/Schule
7. Ausbildung/Arbeit
8. Freizeit/Interessen
9. Individuelle Stärken
10. Mobilität

Als Beispiel für die konkrete Ausgestaltung der einzelnen Bereiche (im Anhang befindet sich der vollständige Ressourcenbogen, siehe 9.2) sei hier der Bereich „Individuelle Stärken“ mit den für jedes Familienmitglied zu recherchierenden Aspekten genannt (vgl. Tabelle 9).

*Tabelle 9:*

*Ressourcenbogen zu individuellen Stärken*

9.1 kann besonders gut:
9.2 hat Träume/Wünsche, Ideen, Fantasien über:
9.3 ist kreativ in Form von:
9.4 hat Durchhaltevermögen/Ausdauer in
9.5 hat folgende Stärken im Umgang mit:
9.6 ist kontaktfreudig in Form von:
9.7 hat folgende Begabungen:
9.8 hat folgende Fähigkeiten:
9.9 hat in der Vergangenheit schon Schwierigkeiten gemeistert durch:
9.10 Sonstiges:

Neben dem Ressourcenbogen werden in der Falleingangsphase „Fragen zur Erarbeitung von Willen und Zielen“ gestellt, die aus dem lösungsorientierten Therapieansatz bekannt sind (z.B. Kim Berg/Miller 1995). Die in der Falleingangsphase recherchierten Ressourcen werden in der „Ressourcenkartei“ zusammengefasst. Diese wird im Stadtteilteam vorgestellt und kann dann im weiteren Hilfeverlauf von den Helfern genutzt werden.

Die Jugendhilfeplanerin weist darauf hin, dass der Begriff „Diagnose“ im Jugendamt erst mit dem Forschungsprojekt „Familien in Jugendhilfe“ (vgl. Fußnote 1) für einige Mitarbeiter relevant geworden sei. Die ASD-Leiterin setzt den Begriff „Diagnose“ mit dem Begriff „Fallrecherche“ gleich: „Da spielen Offenheit und Transparenz eine Rolle, Wertschätzung auch. Dann werde ich viele Informationen bekommen, werde es auch schaffen, die Familie aufzuschließen. Man kann es auch Anamnese nennen. Man ist jemand vom Amt, es gibt eine Schwellenangst. Die Fallrecherche, Anamnese, Diagnose, wie man es nennt, dient dazu, mit der Familie Ziele zu erarbeiten. Teil der Fallrecherche sind ein Genogramm und ein Ressourcenscheck. Die Fallrecherche dient dann als Grundlage der kollegialen Beratung im Stadtteilteam; das dann mögliche Hilfsarrangements diskutiert. Wenn Clearing-Bedarf besteht, wird die Erziehungs- und Familienberatungsstelle beauftragt, in sehr seltenen Fällen auch eine Familientherapeutin.“

Wie in Modell 1 wird auch hier nicht explizit von „Diagnose“ gesprochen. Der „Fallrecherche“ wird aber ein diagnostischer Erkenntniswert zugeschrieben. Im Gegensatz zum ersten Modell dient das Verfahren allerdings nicht der Hilfeartermittlung, sondern der Analyse von Zielen und Ressourcen der Familien, also der Hilfekonkretisierung. Erst dann wird zu möglichen Hilfen im Team beraten.

### **3. Jugendamt eines Stadtbezirkes einer westdeutschen Großstadt (Modell 3):**

Als wichtigste diagnostische Instrumente bei Standardfällen werden die Fragebögen für Erwachsene (siehe Tabelle 10) und für Kinder/Jugendliche beschrieben. Der „Fragebogen für Mütter und Väter: Welche Probleme? Welche Lösungen“ beinhaltet folgende 16 Fragen (der Fragebogen für Kinder und Jugendliche befindet sich im Anhang, vgl. 9.3):

*Tabelle 10:*

#### *Fragebogen für Mütter und Väter mit Hilfebedarf*

1. Für welche Probleme wünschen Sie Unterstützung? Bitte beschreiben Sie die Probleme genau!
2. Seit wann gibt es die Probleme? Wie ist es dazu gekommen?
3. Wie reagieren andere Familienmitglieder?
4. Was haben Sie bisher versucht, um das Problem zu lösen? Mit welchen Ergebnissen?
5. Welche Hilfen haben Sie für sich und Ihre Familie bereits in Anspruch genommen? (z.B. Kindertagesstätte, Kur, Therapie, Medikamente)
6. Was war bei den vorangegangenen Hilfen gut?
7. Was war daran nicht gut?
8. Was mögen Sie an Ihrem Kind? Was kann es gut?
9. Welche Stärken und Fähigkeiten haben die anderen Mitglieder Ihrer Familie?
10. Was soll sich am Verhalten Ihres Kindes ändern?
11. Was soll sich bei Ihnen als Eltern in Zukunft ändern?
12. Was ist bisher in Ihrer Familie gut gelaufen oder hat Spaß gemacht?
13. Wer unterstützt Sie und Ihre Familie noch (z.B. Freunde, Verwandte, Nachbarn)?

14. Zu wem im Stadtteil haben Sie außerdem Kontakte? Wer könnte Sie zusätzlich unterstützen? (z.B. Lehrer, Arzt, Pastor, Haus der Jugend)?
15. Wer hat Einfluss auf Ihr Kind (guten/schlechten Einfluss)?
16. Mit wem versteht sich Ihr Kind gut?

Nach Ansicht der Interviewpartner ist der Begriff „Diagnose“ positiv besetzt, die Mitarbeiter würden darunter „erkennen“ verstehen. Für den ASD-Abteilungsleiter ließe sich „Hilfepanung auch als Diagnostik und Behandlungsplan bezeichnen.“ Neben den Fragebögen wird die kollegiale Beratung auch explizit als „diagnostisches Instrument“ bezeichnet. Für sie gibt es einen standardisierten Ablaufplan („Vereinbarungen zur Durchführung der kollegialen Beratung“) und einen Leitfaden für die „Dokumentation der kollegialen Beratung“ mit folgenden inhaltlichen Schwerpunkten (vgl. Tab. 11):

*Tabelle 11:*

*Leitfaden für die Dokumentation kollegialer Beratung*

Anliegen der Familie und der weiteren Beteiligten
Problembeschreibung aus Sicht der Kinder/Eltern
Problembeschreibung aus Sicht der fallzuständigen Fachkraft
Entscheidung in der letzten kollegialen Beratung und Umsetzung
Bisherige Hilfen/angebotene Hilfen
Beratungsanfrage für diese kollegiale Beratung
Teilnehmer/innen der kollegialen Beratung:
Ideen
Konkrete Vorschläge zur Problemlösung (Problemsystem, Ressourcen, realistische Ziele)
Entscheidung der fallzuständigen Fachkraft (Ziel, Umsetzung)
Einzelfallübergreifende Ideen/Problematik

Es ist möglich, Kollegen/innen der kommunalen Erziehungs- und Familienberatungsstelle (EFB) als Unterstützung hinzuzuziehen. Die erste kollegiale Beratung im Monat wird prinzipiell durch einen Psychologen der EFB begleitet. Supervision „als Praxisberatung“ wird ebenfalls im Zusammenhang mit der kollegialen Beratung genannt. Im Rahmen der Jugendhilfe werden keine Diagnoseaufträge beispielsweise in Form von

Clearings vergeben, es werden aber Gutachten von Fachdiensten wie dem sozial- oder jugendpsychiatrischen Dienst eingeholt. Fachgespräche mit Ärzten oder der Psychiatrie werden geführt, „wenn Eltern massiv Teil des Problems sind und nicht einbezogen werden können“ (Zitat ASD-Abteilungsleiter).

Bei Kindeswohlgefährdung „ist keine Zeit für Diagnosen.“ Trotzdem liegt ein umfangreiches Instrumentenpaket „Erkennen – Beurteilen – Handeln“ bei Kindeswohlgefährdung vor. Es gibt insgesamt sieben Instrumente

1. Meldung und Meldebewertung
2. Erstkontakt mit der Familie
3. Folgekontakt
4. Sachverhaltsbeschreibung für den Erstkontakt und die Folgekontakte
5. Beispielhafte Indikatoren zur Kindeswohlgefährdung
6. Risiken und Ressourcen der Familien/Familienmitglieder
7. Personaldatenbogen einschließlich Genogramm und soziales Netzwerk

An diesem Instrumentenpaket fällt auf, dass die Kindeswohlgefährdung hier nicht nur unter dem Gefährdungsaspekt betrachtet wird, sondern auch die Ressourcen und das soziale Gefüge der Familie analytisch berücksichtigt werden.

Anders als in den ersten beiden Modellen werden die Instrumente des Hilfeplanverfahrens explizit als diagnostische Verfahren bezeichnet, wobei die Fragebögen hervorgehoben werden: „Die Unterlagen ermöglichen ein schriftliches zirkuläres Befragen, es werden verschiedene Sichtweisen deutlich. Das alte Modell der Zuweisung von Schuld funktioniert nicht mehr. Die Vordrucke schulen, wer hat welche Sichtweise, es ermöglicht neue Handlungsschritte“ (Zitat Jugendamt Regionalleiterin). Durch dieses Verfahren sind auch „gezieltere ambulante Hilfen möglich statt der Keule der stationären Hilfe.“ Auch die freien Träger haben durch die genannten Materialien in den Hilfen einen umfassenderen Blick auf Familien. Die Fragebögen und die kollegiale Beratung dienen nicht nur der Bedarfsermittlung, sondern sollen auch „die Familie zu einer Selbsterkenntnis bringen“ (Zitat ASD-Abteilungsleiter). Der diagnostische Prozess stellt sich als Einheit von Erkennen und Intervention dar.

### **3. Jugendamt eines ostdeutschen Landkreises 1 (Modell 4):**

Der ASD-Leiter sieht die Fragebögen zu den ersten Kontakten mit den Familien als wichtige diagnostische Instrumente an. Die einzelnen Familienmitglieder sollen möglichst im Zusammenhang im Rahmen der ersten beiden Kontakte im Jugendamt Fragen zur Problemsicht und zu möglichen Lösungen schriftlich beantworten. Der Fragebogen war leider nicht zugänglich. Es ist zu vermuten, dass sich die Fragen des Fragebogens für die Familien den Fragen ähneln, die dem Sozialarbeiter als Leitlinie für die Notizen zu den ersten beiden Familienkontakten dienen (siehe Tabelle 12).

*Tabelle 12:*

#### *Leitfragen für die ersten Kontakte mit Familien*

- Was genau ist Ihr/dein Anliegen?
- Was muss sich Ihrer/deiner Meinung nach verändern?
- Welches Ziel verfolgen Sie/du?
- Wer hatte die Idee sich an das Jugendamt zu wenden?
- Weshalb kommen Sie damit zum Jugendamt?
- Was erwarten bzw. wünschen Sie sich von mir?
- In welcher Form wünschen Sie sich vom Jugendamt Unterstützung?
- Sichtweise anderer Beteiligter (Kita, Schule, Ämter, Bewährungshilfe etc.)!
- Was haben diese bereits zur Problemlösung unternommen?
- Liegen Berichte/Diagnosen vor?
- Sind bereits juristische Maßnahmen erfolgt (FGG, JGG, KJHG)?
- Wenn ja, mit welchem Erfolg?

Wenn der Antrag auf Hilfe zur Erziehung gestellt wurde, wird die Situation der Familie im ASD-Fachteam diskutiert und eine „Problemanalyse“ erstellt. Wenn eingeschätzt wird, dass es einen Hilfebedarf gibt, wird eine Hilfeform vorgeschlagen. Das Protokoll der Teamberatung ist standardisiert und umfasst folgende Aspekte (vgl. Tabelle 13):

*Tabelle 13:*

*Struktur des Protokolls von Teambesprechungen zum Vorschlag einer Hilfeform*

Kurze Problembeschreibung
Vorangegangene oder laufende Hilfen
Soziale Anamnese, mögliche Ursachen der Problematik
Perspektiven: <ul style="list-style-type: none"><li>- Der junge Mensch kann in seinem Umfeld verbleiben</li><li>- Auf eine Rückkehr des jungen Menschen in die Herkunftsfamilie wird hingewirkt</li><li>- Eine andere, auf Dauer angelegte Lebensperspektive außerhalb der Herkunftsfamilie wird erarbeitet</li><li>- Es wird geprüft, ob Adoption in Frage kommt.</li></ul>
Ziel(e) der Hilfe
Teamvorschlag Hilfeform
Umfang der Hilfe
Voraussichtliche Kosten
Voraussichtliche Nebenkosten

Für den Bereich der Kindeswohlgefährdung gibt es zwei Standardformulare: Für die „Mitteilung einer Kindeswohlgefährdung“, die vor allem einer exakten Gefährdungseinschätzung dient, und ein „Ersterhebungsbogen Kindeswohlgefährdung“, mit dessen Hilfe zusätzlich zur Gefährdung das Problembewusstsein und die Hilfeakzeptanz der Erwachsenen eingeschätzt werden soll (beide Standardformulare sind im Anhang dokumentiert).

Aus Sicht des ASD-Leiters ist bei den meisten Mitarbeitern der Begriff Diagnose medizinisch besetzt. Im Unterschied dazu sieht er den Begriff neutral: „Diagnose ist eine Möglichkeit der Problemergründung und Problemdarstellung. Wir treffen eine soziale Diagnose im weitesten Sinne, wenn wir unser Verfahren anwenden.“ Den Fragebogen zu Beginn der Beratung hält er für besonders wichtig, weil die Eltern durch die Fragen dazu animiert werden, sich mit ihrer Problemsituation auseinanderzusetzen und „nicht in die Rolle des Delegierenden und Abgebenden“ kommen. Die Eltern „haben sich besser in den Fall eingearbeitet, die Hilfen sind dann intensiver.“

Außer diesem diagnostischen Standardverfahren gibt es Gutachten, die im Auftrag des Jugendamtes durch das Gesundheitsamt, z.B. zur Erziehungsfähigkeit von Eltern, erstellt werden. Auf Grund der Personalsituation im Gesundheitsamt sind hier die diagnostischen Kapazitäten aber begrenzt. Weiterhin gibt es im Landkreis drei freie Träger, die ein „Clearing“ als separate Leistung anbieten. Ein Clearing-Auftrag wird oft nach Inobhutnahmen vergeben, um zu prüfen, welche Gründe zur Inobhutnahme geführt haben; außerdem bei „unklaren Familienkonstellationen, in denen nicht klar ist, wer wie in welcher Form agiert, wer welche Rolle hat, bei vielen Geschwistern.“ Die Finanzierung geschieht in Form einer Pauschale von i.d.R. 16 Wochenstunden bei unterschiedlicher Laufzeit. Das Clearing führen bei einem Träger Therapeuten und Psychologen durch, bei den anderen Trägern Sozialarbeiter mit Zusatzqualifikationen. Diagnostische Methoden sind dem ASD-Leiter nicht bekannt, er geht aber davon aus, dass es eine „Methodenvielfalt gibt „weg von Standardverfahren.“ Als Folge der Novellierung des KJHG (KICK) soll in den Verträgen mit den Anbietern deutlicher der Klärungsauftrag herausgestellt werden. Dazu soll es auch eine zusätzliche Finanzierung (Stundenpauschale) für das Clearing geben. Bei Inobhutnahmen bearbeitet das Jugendamt den Fall am ersten Werktag nach der Inobhutnahme mit den entsprechenden Verfahren, sodass das Clearing immer nur eine Kurzzeitklärung sein kann.

In einem Fall hat das Jugendamt im Kinderschutzbereich eine Fachkraft zur Klärung engagiert. Weil in diesem Fall „hoch angesehene Personen beteiligt waren, wurden Fachleute von weit außen geholt, um der Gefahr der internen Verstrickung zu begegnen.“ Der ASD-Leiter sieht keine Notwendigkeit für spezielle Diagnoseverfahren bei Kindeswohlgefährdung. Er beschreibt bei Kindeswohlgefährdung besondere Schwierigkeiten: „Bei Kinderschutzfällen lässt man sich stark von den eigenen Eindrücken leiten, man lässt sich durch die optische Wahrnehmung bis hin zu Gerüchen teilweise blenden und verliert dann Sachen, die wichtig sind, aus dem Auge.“ Man braucht eine „gewisse Gelassenheit, um sich nicht von Äußerlichkeiten blenden zu lassen.“ Aus diesem Grund sind Supervision, Fachberatung durch die Psychologen des Gesundheitsamtes und kollegiale Beratung bei Kinderschutzfällen besonders wichtig.

Wie in Modell 3 spricht der ASD-Leiter hier im Zusammenhang mit dem Standardverfahren der Hilfeplanung explizit von einer „Diagnose“, und zwar von einer „sozialen Diagnose.“ Insbesondere die Fragebögen für die Erstkontakte mit der Familie haben nicht nur eine erkennende Funktion, sondern sollen die Familie ebenso aktivieren, eigene Lösungsideen zu entwickeln, statt die Lösung der Probleme an die Helfer zu delegieren. Dieses Diagnosekonzept besteht auch hier in einer Einheit von Erkennen und Intervenieren.

#### **4. Jugendamt eines ostdeutschen Landkreises 2 (Modell 5):**

Die wichtigsten diagnostischen Instrumente des Hilfeplanverfahrens sind der „anspruchs begründende Bericht“, das Genogramm nach den ersten Kontakten mit der Familie und die Fachberatung im Team. Für den „anspruchs begründende Bericht“ gibt es folgenden „Berichtsleitfaden“ (vgl. Tabelle 14):

*Tabelle 14:*

*Berichtsleitfaden bei Hilfeanspruch*

<p>1. <i>Daten der Familie/des Kindes/des Jugendlichen</i> Mutter/Stiefmutter, Vater/Stiefvater, Lebensgefährten, Geschwister, Kinder der Lebensgefährten</p>
<p>2. <i>Berichtsgrundlage</i> 2.1. Wer kam ins Amt mit welchen Vorstellungen? 2.2. Äußere Bedingungen 2.2.1. Welche Verhältnisse 2.2.2. Wirtschaftliche Voraussetzungen 2.2.3. Kinder/Jugendliche besucht welche Schule (Kita) 2.2.4. In welchem Schuljahr, Leistungsstand (gut oder befriedigend)</p>
<p>3. <i>Familienanamnese</i> 3.1. Ausgangslage bei Geburt des Kindes 3.2. Verlauf der Entwicklung 3.3. Beziehung zu anderen Verwandten</p>
<p>4. <i>Familiendynamik</i> 4.1. Kind bzw. Jugendlichen beschreiben – Stärken und Schwächen 4.2. Beziehungen zu den Familienmitgliedern, mit dem das Kind/der Jugendliche</p>

zusammengelebt hat
4.3. Problementwicklung und Darstellung
5. <i>Einschätzung</i>
5.1. Wertung des Sozialarbeiters/der Sozialarbeiterin
5.2. Die Gefährdung des Kindes beschreiben nach § 27 KJHG
5.3. Lösungsvorschlag – Hilfeform (Diskussionsgrundlage für die weitere Fallbearbeitung)

Für das Protokoll der Fachberatung im Team gibt es ebenfalls einen Leitfaden (siehe Tabelle 15):

*Tabelle 15:*

*Leitfaden zum Protokoll einer Fachberatung*

Genogramm
Anspruchsbegründender Bericht (als Anlage)
Anlass der Beratung/zur Situation/Problembeschreibung
Situationsdarstellung <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorausgegangene oder laufende Hilfe(n)</li> <li>- Zum erzieherischen Bedarf/ggf. anderer Bedarf</li> <li>- Ressourcen</li> </ul>
Vorschlag Hilfeform
Perspektiven: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der junge Mensch kann in seinem Umfeld verbleiben.</li> <li>- Auf eine Rückkehr des jungen Menschen in die Herkunftsfamilie wird hingewirkt.</li> <li>- Eine andere, auf Dauer angelegte Lebensperspektive außerhalb der Herkunftsfamilie wird erarbeitet.</li> <li>- Es wird geprüft, ob Adoption in Frage kommt.</li> </ul>
Zielstellungen der Hilfe
Umfang der Hilfe
Voraussichtliche Kosten
Festlegungen mit Verantwortlichkeit und Termin/Wiedervorlage

Der ASD-Leiter bezeichnet Supervision, kollegiale Fallberatung und das Genogramm explizit als „Diagnoseinstrumente.“ Die Mitarbeiterin des Pflegekinderdienstes hat mit dem Begriff „Diagnose“ dann Schwierigkeiten, wenn die Eltern eine Diagnose speziell für die Probleme ihres Kindes haben, weil hiermit oft eine „Reparaturerwartung“ verknüpft sei. Das JA empfiehlt dem Familiengericht die Erstellung von Gutachten, gibt diese aber nicht selber in Auftrag.

Im Rahmen der Inobhutnahme wird Diagnostik betrieben. Die diagnostischen Verfahren sind das Genogramm, narrative Interviews und die Interpretation von Beziehungsmustern. Die Leiterin der Inobhutnahme bezeichnet die verschiedenen Methoden zusammengenommen als „prozesshafte Erfahrungsdiagnose“. Bei Verdacht von sexuellem Missbrauch hat die Inobhutnahme manchmal den Auftrag, die psychologische Ambulanz aufsuchen.

Da Supervision als eine Form der Fach- oder Fallberatung aufgefasst werden kann und das Genogramm für die kollegiale Beratung genutzt wird, handelt es sich in diesem Hilfeplanmodell um eine Diagnose als Fallverstehen.

#### *Zusammenfassung:*

Im Hinblick auf die oben beschriebenen der Hilfeplanmodelle und der praktizierten Diagnoseformen lassen sich in folgende Thesen zusammenfassen:

1. Die Leitungskräfte in den Jugendämtern sehen insgesamt die Hilfeplanung auch als einen diagnostischen Prozess und benennen die verschiedenen Verfahren wie Fragebögen etc. als „diagnostische“ Methoden. Diese werden als verbindliche Standardverfahren eingesetzt.
2. Die Kontroverse zwischen „Aushandlung“ und „Diagnose“ beschreibt zwei Positionen, die in den Jugendämtern nicht als Gegensatz verstanden werden, sondern als zwei Aspekte der Hilfeplanung. Der Aushandlungsaspekt betrifft das gesetzlich garantierte Wunsch- und Wahrecht sowie die Erkenntnis, dass Hilfen, die den Familien aufgezwungen werden, oft nicht erfolgreich sind. Auf der anderen Seite Bedarf es „erkennender“ Methoden für den Bedarf am Ein-

zelfall, weil „ohne diagnostische Grundlage die Gefahr von Versuch und Irrtum gegeben ist.“

3. Einige der diagnostischen Methoden zielen nicht nur auf das Verstehen von Familien ab, sondern sollen diese auch animieren, über eigene Lösungen nachzudenken. Sie sind nach dem Prinzip der Einheit von Erkennen und Intervenieren konstruiert. Sie sollen nicht Delegationsmuster von Familien unterstützen und auch nicht individuumszentriert die Kinder in den Mittelpunkt stellen.
4. Innerhalb der verschiedenen Verfahren dominieren systemische und lösungsorientierte Fragetechniken und Methoden (zirkuläre auf die familiären Muster bezogene Fragen, Lösungs- und Zielfragen, Genogramm). Diese finden nicht nur Eingang in die Fragebögen u.ä. für die Familien, sondern sollen auch das kollegiale Fallverstehen strukturieren.
5. Zwischen den diagnostischen „Standardverfahren“ und den diagnostischen Methoden bei Kindeswohlgefährdung („Diagnosebogen“ etc.) besteht ein signifikanter Unterschied: Bei den Standardfällen werden Ziele, Lösungsideen, Problemsichten etc. thematisiert, d.h. die Betroffenenbeteiligung steht im Mittelpunkt. Die diagnostischen Methoden, die im Rahmen von Kindeswohlgefährdung eingesetzt werden, scheinen hier ausschließlich „ermittelnden“ Charakter zu haben, eine verstehende Haltung den Familien gegenüber wird aber kaum sichtbar.

Die beschriebenen diagnostischen Verfahren sind *methodisch* durch die vielfältigen Fragetechniken qualifiziert, auf der anderen Seite sind sie *inhaltlich* bzw. *thematisch* eher unspezifisch. Es finden sich wenig konkrete Bezüge auf Fragen zur Lebenswelt, zur Kindererziehung oder zur Alltagsgestaltung.

### **4.3 Sozialpädagogische und psychologisch bzw. psychiatrisch/medizinische Diagnoseverfahren im Vergleich**

Im Folgenden sollen die Einschätzungen der Fachkräfte zu psychologisch bzw. psychiatrisch/medizinischen Diagnoseverfahren, die in der Hilfeplanung zum Einsatz kommen, zusammengefasst werden. Dabei werden auch Vergleichsaspekte von psychologischen und soziologischen Diagnosen berücksichtigt.

#### ***1. Jugendamt einer westdeutschen Großstadt:***

Bei unklaren Fällen wird Hilfe von Anderen, z.B. der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeholt. Bei Entwicklungsstörungen werden Eltern oft zum ortsansässigen Sozialpädiatrischen Zentrum geschickt. Bei schweren Wahrnehmungsstörungen kann ebenfalls eine psychologische bzw. medizinische Diagnostik nötig sein. Ein Mitarbeiter des freien Trägers weist darauf hin, dass in der Diagnosegruppe sowohl psychologische (Wahrnehmungsdiagnostik, Intelligenzdiagnostik, Arbeit mit Trauminhalten etc.) als auch sozialpädagogische Methoden angewandt werden und die Ergebnisse der Prozessdiagnostik immer dem Jugendamt rückgespiegelt werden. Ein anderer Mitarbeiter des freien Trägers kritisiert die Unterscheidung zwischen sozialpädagogischen, psychologischen und medizinischen Gutachten, da diese häufig zu einer Abqualifizierung der sozialpädagogischen Gutachten führt. Die stellvertretende ASD-Leiterin unterstützt diese Auffassung und fügt hinzu, dass die Gutachten der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch nicht immer eindeutig sind.

#### ***2. Jugendamt einer mittelgroßen ostdeutschen Stadt:***

Psychologisch-psychiatrische Diagnoseverfahren spielen in über 50% der Fälle im Rahmen der Hilfeplanung eine Rolle. Sie stammen aus der Kinderklinik, aus dem Sozialpädiatrischen Zentrum, Beratungsstellen oder von Schulpsychologen: „Manchmal sind die Diagnosen gut, weil man einen tieferen Einblick gewinnt. Manche Diagnosen und Epikrisen sind unverständlich, aber es gibt auch übersichtliche Diagnosen, dann kann man aber auch das Gespräch mit den Eltern führen. Es ist selten, dass die Diagnosen von den Ärzten intensiv mit den Eltern besprochen werden“ (Zitat ASD-Leiterin). Diagnosen werden häufig zur Einschätzung berufsrelevan-

ter Kompetenzen eingesetzt. Vom Jugendamt werden Diagnosen im Zusammenhang mit dem §35a KJHG vor allem bei Teilleistungsstörungen als Voraussetzung für Lerntherapie und bei seelischer Misshandlung und bei sexuellem Missbrauch - „da müssen Fachleute ran“ – in Auftrag gegeben. Diese Aufgabe übernehmen die Erziehungs- und Familienberatungsstellen. „Gelegentlich kommt aus dem Stadtteilteam auch der Auftrag an eine Erziehungs- und Familienberatungsstelle, eine Art Clearing zu machen“ (Zitat Jugendhilfeplanerin). Dieses Clearing findet im Rahmen des Hilfeprozesses statt, nicht vor Beginn einer Hilfe. „Wir nutzen da pauschal finanzierte Angebote. Unsere Erfahrungen sind auch gut. Es gibt noch eine private Person, eine Familientherapeutin, die das anbietet, darauf wird weniger zurückgegriffen, sicher hat dies mit diesen Finanzierungsformen zu tun, nicht unbedingt mit der Qualität“ (Zitat ASD-Leiterin). In Bezug auf die Methoden sind die verschiedenen Angebote nicht immer transparent: „Es ist sehr schwierig für uns, die verschiedenen Verfahren, die es gibt, auch bei unterschiedlichen beruflichen Hintergründen, voneinander abzugrenzen, dass es im ASD schwer fällt zuzusagen, wer ist hier die geeignete Stelle, um nicht immer den fiskalischen Gesichtspunkt im Vordergrund zu sehen“ (Zitat ASD-Leiterin).

Die Mitarbeiterin des freien Trägers weist darauf hin, dass Familien Diagnosen auch für eigene Interessen nutzen: „Wenn Familien wissen, was sie wollen, suchen sie sich Diagnosen, die zu ihrem Wunsch passen.“ Sie nennt als Beispiel eine Familie, die für ihre Tochter eine Reittherapie beim Jugendamt beantragt hatte: „Musste erst in die Psychiatrie, um ihr Reiten zu bekommen.“ Diagnosen haben oft auch den vordergründig positiven Sinn für Familien, dass sie von Schuldgefühlen entlastet werden: „Das ist eine Krankheit, da können wir nichts für.“ Insgesamt hat sie aber die Erfahrung gemacht, „dass sich Familien darauf einlassen, sich in ihr Beziehungsgeflecht reinschauen zu lassen. Aber manche sagen eben, mein Kind braucht noch einen Jagdschein.“

### **3. Jugendamt eines Stadtbezirks einer westdeutschen Großstadt:**

Im Rahmen der Hilfeplanung spielen auch „Gutachten durch Fachdienste“ des sozialpsychiatrischen Dienstes, des jugendpsychiatrischen Dienstes, des jugendpsychiatrischen und psychologischen Dienstes (zuständig bei stationärer Unterbringung),

von Schulärzten oder durch das Sozial- und Umweltamt eine Rolle. Da es sich jeweils um kommunale Einrichtungen handelt, müssen die Gutachten nicht vom Jugendamt finanziert werden. Sie „nehmen formal einen hohen Stellenwert ein, aber sie sind nicht immer so ausgestaltet, dass sie diesem Stellenwert gerecht werden.“ Diagnosen von Kliniken haben nur „gelegentlich“ einen hohen Erkenntnis- und Handlungswert. Der Anteil von Hilfeplanprozessen, in denen psychologisch/psychiatrische Diagnosen eine Rolle spielen, wurde nicht beziffert. Kriterien für hohe Nützlichkeit sind: „Verständlichkeit, Erklärungsversuche für Verhalten, klare Schlussfolgerungen.“

Aus Sicht der Leiterin des freien Trägers gibt es im stationären Mutter-Kind-Bereich Gutachten aus Kliniken, Beratungsstellen oder von niedergelassenen Ärzten. Der ASD verarbeitet diese Gutachten, sie werden dann im Gespräch mit den Müttern weiter gegeben. Ansonsten werden Gutachten nur im Zusammenhang mit dem Familiengericht angestrengt. Es gibt stationäre Einrichtungen, die belegt werden, weil Einrichtungspsychologen Diagnosen erstellen können, die eine Einordnung nach § 35a KJHG vornehmen können. Bei externen Diagnosen ist ihre Transparenz im Hilfeplangespräch gegenüber den jungen Frauen wichtig. Diese werden in der Regel vom Träger offen gelegt: „Wir fragen vor den Hilfeplangesprächen: Kennen Sie die Gutachten?“ Externe Diagnosen spielen im stationären Bereich in 50 – 60% der Fälle eine Rolle, im ambulanten Bereich bei 10-15 % der Familien. Die Diagnosen werden aber nicht speziell für die Hilfeplanung erstellt.

#### **4. Jugendamt eines ostdeutschen Landkreises 1:**

Das Jugendamt hat aktuell einen besonderen Bedarf an psychologisch/psychiatrische Diagnosen und möchte einen Psychologen einstellen, weil es momentan keine Möglichkeit gibt, ein „Fachgutachten“ zu erstellen, um die Voraussetzungen für Hilfen nach § 35a KJHG zu prüfen. Ziel der Diagnosen sollte dann sein, „Eingliederungsmaßnahmen besser anlaufen zu lassen, damit früher klar ist, ob es unsere Fälle sind. Wichtig wäre eine Abgrenzung zu geistiger Behinderung: Welche Möglichkeiten hat dieser junge Mensch mit dieser Behinderung?“ (Zitat ASD-Leiterin). Der diagnostische Bedarf in diesen Fällen kann meistens nicht in Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie gedeckt werden, da diese Gutachten zu zeitaufwändig sind (der Gutachtenprozess dauert manchmal ein Jahr). 10% der Fälle fallen unter

den § 35a KJHG, wobei als Problembereiche LRS und Dyskalkulie, die oft von den Schulen signalisiert werden, dominieren. In die Hilfeplanung werden gelegentlich psychologisch-medizinische Diagnosen aus Förderausschussverfahren oder den Berufseignungstests des Arbeitsamtes sowie Diagnosen zu psychischen Erkrankungen der Eltern einbezogen. Diagnosen der Erziehungs- und Familienberatungsstellen werden genutzt, wenn Eltern vorher Beratung hatten. Der ASD-Leiter sieht psychologisch/psychiatrische Diagnosen nicht als Konkurrenz zu den sozialpädagogischen Einschätzungen. Erstere sind zur Klärung spezieller Problembereiche in Zusammenhang mit § 35a KJHG notwendig; ansonsten werden sie für spezielle Fragestellungen genutzt.

### **5. Jugendamt eines ostdeutschen Landkreises 2:**

Psychologisch-medizinische Diagnosen kommen beim §35a KJHG zum Einsatz; diese Diagnosen werden oft durch die psychiatrische Landesklinik erstellt. Als Intervention werden in der Regel Psychopharmaka verschrieben. Die Diagnosen werden oft als nicht praxisrelevant eingeschätzt. Die Einbeziehung von Ärzten oder Psychologen ist schwierig, „gestaltet sich einseitig, die kommen dann nicht zu uns, manchmal hat man den Eindruck, dass es keine kollegiale Beratung ist, die wollen sich dann durchsetzen.“ Die Leiterin der Inobhutnahme hat ebenfalls eher schlechte Erfahrungen der Zusammenarbeit mit Ärzten und Psychologen gemacht: „Wir haben uns angewöhnt, das einfach zu ignorieren, dann kann man besser mit den Eltern arbeiten. Manchmal setzen die Eltern das Medikament ab, dann kann man was Neues machen. Der Austausch zwischen den Eltern und den Ärzten klappt nicht.“ Der Leiter des freien Trägers ergänzt dazu: „Die Mitarbeiter der Jugendhilfe müssen sich ebenfalls als Experten verstehen und andere Erklärungen einbringen.“ Die Mitarbeiterin des Pflegekinderdienstes ist skeptisch gegenüber Diagnosen: „Ich bin ADS-geschädigt, wenn Eltern eine Hilfe wollen mit einer Diagnose.“ Für den ASD-Leiter sind „Fremddiagnosen schwierig, wenn der Sozialarbeiter denkt, dass das Verhalten z.B. auf emotionale Vernachlässigung zurückgeführt werden kann, die Eltern aber sagen, unser Kind hat ADS.“ Die Haltung der Eltern ist dann: „Mein Kind braucht die Pille, damit es wieder läuft. Repariere mein Kind, ich komme in drei Wochen wieder.“ Die Diagnose „Psychisch krank“ birgt die Gefahr: „Einmal krank, immer krank, kann aber auch eine Entlastung für den Sozialarbeiter sein: Bei einer chronischen Krank-

heit kann ich nichts erreichen“ (Zitat ASD-Leiter). Psychiatrische Diagnosen sind für Familien akzeptabler, wenn man sie zu „Besonderheiten“ umdefiniert. Ansonsten ist der sind psychologisch-psychiatrische Diagnosen „eher zuschreibend und unwiederbringlich“. Bei 50% bis 75% der Hilfeplanprozesse spielen, so die Einschätzung des ASD-Leiters, Fremddiagnosen eine Rolle. Ihre Bedeutung ist besonders hoch bei ADS oder Lernbehinderungen. Die Diagnosen/Einschätzungen liegen schriftlich sehr selten vor.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass psychologische bzw. psychiatrisch/medizinische Diagnoseverfahren bei bestimmten Problembereichen und Fragestellungen genutzt und teilweise auch in Auftrag gegeben werden. Eine externer diagnostischer Bedarf liegt bei Problemen vor, die in den Geltungsbereich des § 35a KJHG fallen: Dyskalkulie, Lese -und Rechtschreibschwäche, Entwicklungsverzögerungen etc. Daneben werden verschiedene spezielle Problematiken wie seelische und sexuelle Misshandlung, geistige Behinderung, Wahrnehmungsstörungen genannt, die die Einschaltung externen diagnostischen Sachverständes sinnvoll erscheinen lassen. Von den befragten Experten werden aber auch verschiedene problematische Aspekte psychologischer bzw. psychiatrisch/medizinischer Diagnosen genannt:

- Fachkräfte wie Psychologen oder Ärzte lassen sich nicht leicht in eine Hilfeplanung auf kooperativer Grundlage einbeziehen: Sie versuchen eher autoritär ihren Standpunkt durchzusetzen und lassen sich kaum auf einen Aushandlungsprozess ein.
- Psychologische bzw. psychiatrisch/medizinische Diagnosen werden beispielsweise in Familiengerichtsverfahren sozialpädagogischen Diagnosen vorgezogen, wobei die rechtlichen Folgen gravierend sein können. Bisweilen werden sozialpädagogisch fundierte Diagnosen sogar „abqualifiziert.“
- Manche psychologische bzw. psychiatrisch/medizinische Diagnosen entlasten Eltern von Schuldgefühlen, weil sie die Probleme auf Krankheiten zurückführen können; schwerer wiegt aber, dass die Diagnosen oft das „Abgabemuster“ und die Reparatur Erwartung der Eltern etwa bei ADS bedienen: Bei einer individuumszentrierten Betrachtungsweise kindlicher Probleme besteht die Gefahr, dass sich Eltern nicht als Teil des Problems und der Lösung ansehen.

- Die Diagnosen werden den Familien häufig nicht erklärt und liegen meist nur schriftlich vor. Die Verfahren, die zu der Diagnose geführt haben, sind für die Nutzer oft nicht transparent, sodass der diagnostische Prozess nicht nachvollzogen werden kann. Nicht immer werden praxisrelevante Schlussfolgerungen gezogen.
- Schwer wiegt, wenn die Diagnosen „zuschreibend und unwiederbringlich“ formuliert sind nach dem Motto „Einmal krank, immer krank.“ Es besteht dann die Gefahr einer dauerhaften Stigmatisierung.

Wenn man die charakteristischen Merkmale der sozialpädagogischen diagnostischen Verfahren, die im Rahmen der Hilfeplanung routinemäßig benutzt werden, in Zusammenhang mit den tendenziell eher negativen Erfahrungen psychologischer bzw. psychiatrisch/medizinischer Diagnosen in Verbindung bringt, lassen sich folgende Qualitätskriterien für die Anwendung diagnostischer Verfahren formulieren:

1. Die Fachkräfte, die Diagnosen erstellen, sollten kooperativ sein und den Klienten Aushandlungsspielräume gewähren. Dazu muss der diagnostische Prozess transparent und die Diagnose für die Betroffenen verständlich sein.
2. Die Diagnosen sollten Aussagen zu klar umgrenzten Fragestellungen (Probleme der Familien oder Fragen der Professionellen) treffen. Die Erklärungsversuche für Verhalten sollten zu klaren Schlussfolgerungen führen. Die Anwendung des diagnostischen Verfahrens ergibt sich aus der Frage- oder Problemstellung.
3. Die Diagnosen sollten das „Abgabemuster“ und die Reparatur Erwartung der erwachsenen Familienmitglieder nicht bedienen. Den Gefahren einer individualszentrierten Sichtweise ist am besten durch diagnostische Verfahren zu begegnen, deren Betrachtungsweise auf die gesamte Familien und ihr Beziehungsgefüge zielt.
4. Die diagnostischen Verfahren sollten nicht nur dem professionellen Erkenntnisinteresse, sondern auch der „Selbsterkenntnis“ der Familien dienen. Sich der verschiedenen Sichtweisen auf die familiäre Situation bewusst werden,

kann zu eigenständigen Problemlösungsversuchen führen. Die diagnostischen Verfahren stellen dann eine Einheit von Erkennen bzw. Verstehen und Intervenieren dar.

5. Wenn von den Familien eine aktive und motivierte Partizipation am Hilfeplanprozess erwartet wird, sollten Aufmerksamkeit und Fragetechniken der sozialpädagogischen Diagnosen auch auf Lösungsideen, Ressourcen und Ziele der Familien ausgerichtet sein.

Wenn die oben formulierten Qualitätskriterien bei der Anwendung der diagnostischen Verfahren zur Geltung kommen, kann umfassende Betroffenenbeteiligung im diagnostischen Prozess gelingen. Insbesondere die diagnostischen Methoden bei Kindeswohlgefährdung wären hinsichtlich der Qualitätskriterien zu verbessern.

## **5. Einsatzmöglichkeiten und strukturelle Rahmenbedingungen Sozialpädagogischer Familiendiagnosen**

Den befragten Fachkräften wurde ein sozialpädagogisches Diagnoseverfahren vorgestellt, das im Rahmen eines Forschungsprojektes entwickelt wurde. Anschließend wurden die Fachkräfte im Hinblick auf die Implementierbarkeit des Verfahrens in die Jugendhilfepraxis befragt (vgl. Uhlendorff/Marthaler 2004).

Der Frage, unter welchen Bedingungen die Sozialpädagogischen Familiendiagnosen in der Jugendhilfepraxis zum Einsatz kommen können, soll unter vier verschiedenen Gesichtspunkten jeweils für ein Jugendamt und für die Inobhutnahmeprojekte beantwortet werden:

1. Gibt die Unzufriedenheit mit der Hilfeplanung Hinweise auf mögliche Einsatzmöglichkeiten?
2. Welche Indikationen (Problembereiche) sehen die Interviewpartner für den Einsatz Sozialpädagogischer Familiendiagnosen?
3. Könnten Sozialpädagogische Familiendiagnosen den diagnostischen Professionalisierungsbedarf decken?
4. Welche strukturellen Rahmenbedingungen sind nötig, um Sozialpädagogische Familiendiagnosen als Routineinstrument zu etablieren? Ist das Verfahren dazu gegebenenfalls zu modifizieren, um es „serienreif“ zu machen?

### ***1. Jugendamt einer westdeutschen Großstadt:***

Die befragten Experten sind mit der Hilfeplanung im Jugendamt zufrieden. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Jugendamtes und des freien Trägers weisen aber darauf hin, dass nach der Hilfeentscheidung und der ersten Hilfephase häufig die „Mitarbeitsbereitschaft“ der Familien eingeschätzt bzw. befördert werden muss. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Jugendamtes merken an, dass die Ziele der Hilfen frühzeitig präzisiert werden müssten und dass dazu Diagnosen hilfreich sein könnten. Sie halten aber aufwändige sozialpädagogische Familiendiagnosen für ihre Alltagspraxis insgesamt für viel zu zeitaufwändig und allenfalls in ganz besonderen

Fällen für anwendbar. Insgesamt hat das Jugendamt zu wenig Personal, um eine Familiendiagnose durchzuführen, die etwa 40 bis 50 Fachleistungsstunden in Anspruch nimmt. Allerdings könnte das Verfahren bei einem freien Träger angesiedelt sein, dazu müsste die „Alltagstauglichkeit“ geprüft und der Stundenbedarf reduziert werden. Der Träger bietet bereits ein ambulantes diagnostisches Verfahren in Form einer aufsuchenden Familienberatung an, das jedoch weniger zeitaufwändig ist (25 bis 28 Fachleistungsstunden).

Die Mitarbeiter des freien Trägers sind der Meinung, dass das Diagnosemodell als ein ergänzendes Verfahren für stationäre Maßnahmen geeignet ist, um die Aspekte wie „Beteiligung“ sowie „Beziehungsqualität“ besser zu berücksichtigen, und dass es bei langfristigen Familienhilfen oder Erziehungsbeistandschaften sinnvoll sein könnte. Der Leiter des freien Trägers schätzt ein, dass die Beteiligungsverfahren insgesamt einer Verbesserung bedürfen. Nach Aussage des Jugendamtsleiters ist Kindeswohlgefährdung aktuell ein „großes“ Thema, ohne zu präzisieren, welchen Professionalisierungsbedarf es in diagnostischer Hinsicht gibt.

Da in der ersten Phase des Hilfeplanprozesses die Festlegung der Hilfeform im Vordergrund steht, und erst danach Betroffenenbeteiligung und Partizipation verwirklicht werden, sind die sozialpädagogischen Familiendiagnosen sinnvollerweise eher ein Instrument des freien Trägers im Rahmen der definierten Hilfeform, um die „Mitarbeitsbereitschaft“ der Familien zu wecken bzw. zu verbessern. Wenn das Jugendamt das Verfahren anwenden wollte, um frühzeitig die Ziele der Familie zu diagnostizieren, wäre es sinnvoll, eine „Kurzversion“ zu entwickeln.

## ***2. Jugendamt einer mittelgroßen ostdeutschen Stadt:***

Die ASD-Leiterin und die Jugendhilfeplanerin machen die Qualität der Hilfepläne davon abhängig, ob es gelingt, die Ziele der Hilfe zusammen mit den Adressaten zu entwickeln: Dies wiederum sei von der Qualifikation der Sozialarbeiter abhängig, ob sie beispielweise ein Ressourcentraining absolviert haben. Je qualifizierter die Mitarbeiter der freien Träger sind, umso mehr hinterfragen sie die Hilfepläne. Insgesamt sehen die Mitarbeiterinnen des Jugendamtes keine besonderen Schwierigkeiten bei der Hilfeplanung, aber es bedarf weiterhin einer „großen Aufmerksamkeit“, dass die

Familien lernen, „ihre Ziele zu formulieren.“ Die Mitarbeiterin des freien Trägers empfindet die Hilfen schwierig, in denen es verdeckte Aufträge gibt.

Das Jugendamt hat mit dem Verfahren der Sozialpädagogischen Familiendiagnose durch die Teilnahme am Forschungsprojekt „Familien in der Jugendhilfe“ erste praktische Erfahrungen gesammelt. Zu diesen Erfahrungen sagt die ASD-Leiterin: In diesen Fällen „wurde der Umfang bewältigt. Ergebnis in einem Fall war ein Aha-Effekt, Sachen, die ich selber schon wahrgenommen hatte und die in der Diagnose auf den Punkt gebracht wurden und wo es konkret wurde.“ Bei einer Kollegin hat ihr die Empfehlung, die sich aus der Diagnose ergab, gefallen. „Ich halte das Verfahren für praktikabel, die Familien werden beteiligt, mitgenommen, sind ja ihre Antworten, die dort einfließen.“ Als Stärke des Verfahrens sieht sie die „Transparenz und Kommunikation“ an. Für die Mitarbeiterin des freien Trägers war das Verfahren trotz des Aufwandes praktikabel, weil die Auswertungsarbeit im Rahmen der Budgetierung unproblematisch abgerechnet werden konnte. Das Clearing mit Hilfe der systemischen Familientherapie, das sie sonst bei unklaren Fällen anwendet, ist nicht immer ausreichend: „In einem Fall hätten 4 oder 5 Clearing-Sitzungen nicht gereicht, war schon eine lange Helfergeschichte, besonders wichtig war da der subjektive Hilfeplan.“ Besonders indiziert hält sie das Verfahren bei Familien mit „langen Helferketten, wo man denkt, es hört nicht auf“, aber „eigentlich hat es jede Familie verdient, da es um ihren Hilfeplan geht.“ Angebracht sei das Verfahren auch bei „Familien, bei denen man gar nicht weiß, wo man anfangen soll“ oder bei Familien mit drohender Fremdunterbringung der Kinder. Die ASD-Leiterin sieht ähnliche Indikationen: „Nach einem langen Prozess von Hilfsarrangements, wo man an einem Punkt angekommen ist, wo man sich fragt, wie soll es weiter gehen; wo man auf einer Kreuzung steht und wo viele Wege abgehen und wo man sich entscheiden muss, wohin man geht und wo die Überzeugung fehlt und das, was man mit der Familie entwickelt hat, nicht stimmt, dass der Bauch und der Kopf keine Einheit bilden. Da würde ich den Schwerpunkt drauf legen.“ Denkbar wäre auch der Einsatz im stationären Bereich bei der Entscheidungsfindung für die richtige Einrichtung. Kontraindiziert würde sie das Verfahren bei Familien sehen, „bei denen die Entwicklungspotenziale ausgeschöpft sind, die langfristige Hilfen benötigen.“ Die Jugendhilfeplanerin sieht die stationäre Erziehungshilfe als ein mögliches Einsatzfeld, da es ein starkes Loyalitätsproblem zwi-

schen Kindern und Eltern gibt und deshalb Elternarbeit und Arbeit mit dem Kind getrennt geleistet werden sollten.

Aus Sicht der Jugendamtsmitarbeiter könnte das Verfahren bei freien Trägern *oder* beim Jugendamt angesiedelt sein, aber auch im Gesundheitswesen. Bei freien Trägern besteht die Gefahr der Selbstbeschaffung, wenn die Diagnostiker Angebote empfehlen, die der Träger vorhält. Eine „Extra-Institution“ würde allerdings auch „Extra-Kosten“ erzeugen. Für die Ansiedelung beim ASD spricht, dass die Sozialarbeiter den Erstkontakt haben. Die Mitarbeiterin des freien Trägers plädiert dafür, dass die Diagnose beim freien Träger angesiedelt ist: „Da die Diagnose eine Intervention darstellt, macht es auch Sinn, dass die die Diagnose machen, die auch die Hilfe durchführen“.

Aus Sicht der ASD-Leiterin ist die Sozialpädagogische Familiendiagnose sowohl als Entscheidungshilfe für die Hilfeart als auch zur Hilfekonkretisierung einsetzbar: „Zur Hilfekonkretisierung im Rahmen des Hilfeplanverfahrens bei den Familien, bei denen es schon lange Hilfen gibt.“ Es gebe aber auch Familien, bei denen man das Verfahren im Vorfeld einsetzen könnte, weil man „mit der Familie nicht so weit gekommen ist, dass man in die Familie reinschauen konnte, Familien, die sich zurückhalten und nicht alles preisgeben, wo man es nicht im Vorfeld schafft, die Ziele zu beschreiben und man sich noch am Punkt der Informationssammlung befindet.“ Im Bereich der Kindeswohlgefährdung sieht sie momentan keine Einsatzmöglichkeiten.

Der zeitliche Aufwand sei unter den gegebenen Bedingungen realistisch. Die ASD-Leiterin schlägt als Standardregelung 10 Stunden pro interviewte Person vor und „dann mit besonderer Begründung, wenn man mehr benötigt.“ Die Jugendhilfeplanerin schlägt als Finanzierungsform für Sozialpädagogische Familiendiagnosen „eine Fachleistungsstunde für Familientherapie (vor), die dann dafür auch angewandt werden kann und kein extra Clearing-Angebot, wir wollen nicht so viele Schubladen.“ Die Mitarbeiterin des freien Trägers berichtet von ersten Versuchen, das Verfahren rationaler zu gestalten: „Wir haben ein Modell entwickelt, ein Kollege hat ja die Fortbildung zu den Sozialpädagogischen Diagnosen gemacht, dass wir beim Hören das gleich in den Computer eingeben und dann schreiben wir das gleich in die Katego-

rien rein und wenn wir dann die Empfehlung geben, dass wir das rausziehen können.“

Die ersten Erfahrungen mit den Sozialpädagogischen Familiendiagnosen waren nach den Qualitätskriterien „Nützlichkeit“ und „Praktikabilität“ positiv. Aus Sicht des Jugendamtes und des freien Trägers gibt es verschiedene Indikationen für das Verfahren. Seine Implementierung als Teil eines speziellen Leistungsangebotes scheint auch unter finanziellen Gesichtspunkten realistisch.

### **3. Jugendamt eines Stadtbezirkes einer westdeutschen Großstadt:**

Nach Einschätzung der Interviewpartner aus dem Jugendamt hat sich die Qualität der Hilfeplanung durch die Vorgabe von Formularen und Strukturhilfen in den letzten Jahren deutliche verbessert. Besonders profitiert hat der ambulante Bereich. Qualitätskriterien für die Hilfeplanung sind „Nachvollziehbarkeit, logisch im Ablauf, warum ist eine Hilfe bewilligt worden und mit welchem Ziel, welche Handlungsschritte sind mit dem Träger abgesprochen worden, welche Priorität wurde gesetzt (Zielpyramiden, Globalziel und Handlungsschritte)“ (Zitat ASD-Abteilungsleiter). Besonders bewährt habe sich das schriftliche zirkuläre Befragen: „Das alte Modell der Zuweisung von Schuld funktioniert nicht mehr“ (Zitat ASD-Abteilungsleiter).

Besonders schwierig gestaltet sich die Hilfeplanung bei „Rosenkriegen. Die Konflikte der Eltern werden auf dem Rücken der Kinder ausgetragen. In dieser Situation sei es schwierig, die zerstrittenen Partner an einen Tisch zu bekommen, um gemeinsam etwas Positives zum Wohle des Kindes zu erreichen. Dieser Problembereich ist spezifisch für den Sozialraum (viele Rechtsanwälte, Ärzte etc.). Ein anderer Problembereich sind „Jugendliche oder beginnende Jugendliche, die über Jahre völlige Desorientierung bekommen haben und deren Eltern man nicht auf eine konsequente Linie verpflichten kann, kaum gibt es eine Krise in der Wohngruppe und schon nimmt die Mutter das Kind auf, obwohl sie vorher keinen Kontakt wollte“ (Zitat Regionalleiterin des Jugendamtes). Das Jugendamt sieht für die Hilfeplanung keinen spezifischen diagnostischen Professionalisierungsbedarf: „Der diagnostische Prozess gelingt, die Umsetzung scheitert an nicht geeigneten Angeboten und an zu wenig Persönlichkeiten, die die Hilfe umsetzen können. Dies liegt an schlechter Ausbildung.“

Bei einem Orientierungsrahmen von 5,2 Wochenstunden für ambulante Hilfen ist das Verfahren nach Einschätzung der Jugendamtsmitarbeiter nicht umsetzbar: „Das Verfahren ist nicht an der Realität des ASD, weil diagnostische Instrumente unter hohem zeitlichen Druck durchführbar sein müssen.“ In einem Modellversuch wird Video-Home-Training im Rahmen von Erziehungsberatung als Diagnosemethode erprobt für Familien mit „wenig Struktur, vielen Kindern, Chaotisierung des Alltags, um der Familie selber ihre eigene Dynamik zu offenbaren“ (Zitat Leiterin Jugendhilfeeinrichtung). Es wird eingesetzt, wenn Erziehungsberatung nicht ausreicht und eine stationäre Unterbringung droht. Die Erfahrungen müssen noch ausgewertet werden.

Das Verfahren der sozialpädagogischen Familiendiagnose könnte bei folgenden Fällen indiziert sein: „Bei latenter Kindeswohlgefährdung, die nicht akut sind, wo aber zu befürchten ist, dass die Kinder irgendwann rausgenommen werden müssen, da wäre es sinnvoll als Mittel, um die Sorgeberechtigten oder das Familiensystem in Erkenntnis zu bringen, dies aber im Rahmen einer Hilfe. Bei Familien oder Problemlagen, die aus dem Rahmen fallen und bei denen Hilfen schon gescheitert sind und wo sich alle die Haare raufen sich fragen, was machen wir denn noch. Wenn man mit dem Latein am Ende ist“ (Zitat Leiterin Jugendhilfeeinrichtung). Bei der Ausgestaltung der Hilfen „kann ich mir es punktuell vorstellen, bei ambulanten Hilfen: Was hat oberste Priorität, mit welchen Ressourcen kann ich dann arbeiten?“ Die Diagnose könnte als Teil einer Hilfe der Familie helfen, zu einer eigenen Diagnose zu kommen. Die „Eigendiagnose“ der Familie wäre Teil des Hilfeprozesses. „Familien könnten ein Aha-Erlebnis haben. Man könnte der Familie sagen, dass es eine Hilfe gibt, dass sie miteinander einen Weg finden, wenn die Familie das Kind loswerden will, dann können sie die Wahrnehmung für die Fallen, die sie sich selber stellen, schärfen, und das als Teil des Hilfeplans.“ (Zitat Leiterin Jugendhilfeeinrichtung)

Die Leiterin der Mutter-Kind-Einrichtung hat unterschiedliche Erfahrungen mit der Hilfeplanung gemacht: „Unter dem Deckmantel von Pädagogik oder Zielen geht es oft um Kosten.“ Eine Hilfe wird beendet, weil Kosten gespart werden sollen. Die offizielle Begründung für die HilfeEinstellung sind aber nicht erreichte Ziele. Die Hilfeplanung verläuft dann gut, „wenn die Sozialarbeiterin den Fall, die Frau oder die Familie sieht und sich an den Zielen orientiert, wenn Bindung und Beziehung und perspekti-

visch selbstständiges Leben im Vordergrund stehen, dann sind wir auf dem richtigen Weg.“ Unzufriedenheit entsteht, „wenn wir Zeitdruck auferlegt bekommen, das hat enorme Auswirkungen auf die Kleinstfamilie“ oder wenn Druck ausgeübt wird: „Der Staat bezahlt und sie müssen Leistung zeigen.“ Problematisch für die Zusammenarbeit sind auch verdeckte Aufträge: „Wenn die Schere zwischen Mitarbeiter und Betroffenen auseinander klafft, wenn Ziele erreicht werden sollen, diese gegenüber den Betroffenen nicht offen artikuliert werden, verdeckte Aufträge - lebt sie noch mit dem jungen Mann zusammen oder denkt sie an ein zweites Kind - das ist missbräuchlich und behindert den pädagogischen Prozess, weil es Misstrauen schafft.“ Schwierig sind Mütter, die schon in der vorherigen Generation „jugendamtsbetreut“ waren. „Die Mitarbeiter sind dann auch genervter.“ Mütter, die aus dem Drogenbereich kommen, sind eine weitere Problemgruppe, weil die Anforderungen an uns „exorbitant hoch sind, sodass wir uns oft wehren müssen, Sachen zu übernehmen, die in den medizinisch-therapeutischen Bereich fallen, die Sozialpädagogen nicht leisten können“ (Zitate: Leiterin Jugendhilfeeinrichtung). Schwierig sind Familien mit geistig behinderten Müttern, „diese brauchen Zeit. Unterschwellig bekommt man ein Menschenbild mit: Müssen diese Frauen Kinder haben?“ Aus Einrichtungssicht sei das Jugendamt mit dem Träger hinsichtlich der „Prozessführung“ in der Hilfeplanung zufrieden, Kritik gibt es an nicht zeitnahe Vorlage von Tischvorlagen. Gelegentlich gibt es unterschiedliche Auffassungen zur Trennung von Mutter und Kind, „wenn wir der Auffassung sind, dass die Beziehung und Bindung nicht aufbaubar ist und eher für eine Trennung sprechen.“

Die Leiterin sieht eine Indikation für die Sozialpädagogische Familiendiagnose dann, wenn „Familien schon lange und sehr viel bekommen haben“ und sich die Frage stellt, ob eine „Dauerhilfe“ notwendig ist. Eine andere diagnostische Aufgabenstellung „liegt darin, welche Schwerpunkte man in der Zusammenarbeit mit einem Familiensystem legen sollte oder mit einer Frau im Mutter-Kind-Haus, welche Methoden wären für diesen Fall besonders effektiv.“ Fragestellungen wären beispielsweise: „Ist es sinnvoller, das Gespräch mit Mutter und Vater zu führen über Erziehung oder ist es sinnvoller, der Mutter zu zeigen, wie man mit dem Kind bestimmte Sachen gestalten kann.“ Beim Thema Beziehung und Bindung wird in der Einrichtung videogestützt gearbeitet, einzelne Sequenzen werden mit den Frauen besprochen. „Da es nicht *die* Methode gibt, ist es sinnvoll, am Einzelfall die passende Methode aus dem Metho-

denstrauß zu finden.“ Eine andere Indikation liegt „überall da, wo das Jugendamt immer noch nicht die Themen der Hilfe klar benennen kann, wo es diffuse Anfragen gibt und der Mitarbeiter das genauso sieht, er nur weiß, dass Hilfe notwendig ist.“ Ein besonderer sozialpädagogischer Diagnosebedarf besteht in Missbrauch- und Misshandlungsfamilien und in Familien mit emotionalem Missbrauch ebenso bei „Familien, wo die Herkunftsfamilie sich in die Kleinstfamilie einschaltet und ein System entsteht, das nur schwer durchschaubar ist und die eigentlichen Omas zu Müttern werden und ihre Tochter entmündigen.“

Der Familienhelfer sieht die Sozialpädagogische Familiendiagnose indiziert bei „Familien, die austerapiert sind, in denen viele Psychiater und Ärzte tätig waren, die mit vielen Gutachten versorgt sind, bei denen ein sozialpädagogischer Zugang fehlt. Da ist ein Interesse, so genommen zu werden, wie man ist, nicht irgendwie sein zu müssen, sich selber zu stigmatisieren.“ Das Verfahren ist ebenfalls indiziert „bei Familien, bei denen es nach den ersten Gesprächen schwierig ist, ein Bild davon zu bekommen, wo es hingehen kann, da ist eine Methode sinnvoll, herauszubekommen, was das Thema für die Familie ist. Themen der Erwachsenen *und* die der Kinder und Jugendlichen.“

Die Leiterin der Mutter-Kind-Einrichtung sieht das Familiendiagnoseverfahren im stationären Bereich für praktikabel, „weil es eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung ist, wir können die Methoden festlegen.“ Die Ressourcen reichen aus. Im ambulanten Bereich ist es mit der durchschnittlichen Hilfeverfügung von 5,2 Stunden nicht machbar. Aus Sicht der Einrichtungsleiterin sollte die Diagnose bei der hilfedurchführenden Institution angesiedelt werden, „weil sonst die Familien die ganze Geschichte neu erzählen müssen.“ Allerdings müsste das Jugendamt die Diagnose als Beginn der Hilfe akzeptieren. Das Jugendamt könnte eine Diagnose vorschalten, um die Hilfeart festzulegen. Clearingaufträge würden das Jugendamt eher vergeben an freie Träger wie den begleiteten Umgang oder die Suche nach Pflegefamilien. Aus Sicht des Familienhelfers wäre die Kooperation zwischen zwei großen Trägern und dem Jugendamt in Form gemeinsamer Auswertungsteams sinnvoll. Bei einem Drittel der Familien ist der Hilfebedarf unklar, dann sollte auch ein Clearing-Auftrag vergeben werden, aber als Teil der Hilfe.

Das Jugendamt sieht für die eigene Arbeit das Diagnoseverfahren als nicht praktikabel an. Mögliche Indikationen decken sich aber mit dem sozialpädagogischen Familiendiagnosebedarf der Mitarbeiter freier Träger. Im stationären Bereich scheint das Verfahren praktikabel, im ambulanten Bereich nicht. Aus Sicht des Jugendamtes wäre das Verfahren für freie Träger praktikabel, wenn die Diagnose schon als eine Hilfe im Sinne der „Selbsterkenntnis“ von Familien greifen könnte. Dies würde auch der „Philosophie“ des Hilfeplanverfahrens entsprechen.

#### **4. Jugendamt eines ostdeutschen Landkreises 1:**

Der ASD-Leiter ist mit 90% der Hilfepläne zufrieden: „Die Hilfen sind durch das Verfahren der Hilfeplanung passgenauer. Ist jetzt alles individuell.“ Er hat bis zum Sommer dieses Jahres kontrolliert, ob das Verfahren eingehalten wird. Im Moment werden noch die stationären Hilfen kontrolliert. Die freien Träger bewerten das Verfahren aus seiner Sicht als Vorbereitung der Hilfen positiv, „weil die Informationsdichte höher ist.“ Die „Bedarfsbeschreibung“ für den Träger kann durch die Eltern besser geschehen, weil diese Aufgabe den Eltern nicht abgenommen wurde. Von den freien Trägern wird die höhere Nutzung des Wunsch- und Wahlrechtes kritisch gesehen: „Im stationären Bereich wird unterstellt, dass Eltern nach Äußerlichkeiten schauen und nicht nach fachlichen Inhalten.“ Erstaunt hat der ASD-Leiter zur Kenntnis genommen, dass sich manche Träger bei allen Fällen melden: „Manche Träger können alles, das stimmt einen bedenklich.“ Das Anfrageprocedere ist noch nicht ausgefeilt: „Man müsste per Rundbrief oder E-Mail alle Träger anfragen.“ Auf die fachliche Entwicklung insgesamt wirkt sich das Verfahren positiv aus, weil sich die Träger genauer am Bedarf orientieren müssen, wobei im stationären Bereich sich die Möglichkeiten noch in Grenzen halten, während es im ambulanten Bereich eine höhere Flexibilität gibt.

Entwicklungsbedarf bei Jugendamt und Trägern sieht der ASD-Leiter noch bei der „Festlegung und Formulierung von Zielen, diese abrechenbar als Teilziele einzugrenzen ... Die schwierigsten Hilfeverläufe hat man oft unerwarteterweise bei Eltern aus Mittel- und Oberschichtfamilien, weil sie andere Erwartungen an die Entwicklung ihrer Kinder haben.“ Dabei geht es häufig um LRS und Dyskalkulie (§ 35a KJHG): „Wird in diesen Familien schneller gesehen, weil es anerkanntere Kulturtechniken

sind.“ Schwierig ist die Hilfeplanung auch bei Familien mit Kindern, „die mit Leistungsanforderungen nicht zurecht kommen und deshalb Drogen konsumieren.“ Gemessen an der Bevölkerungszahl ist die Anzahl der Hilfen für unter zehnjährige relativ hoch.

Der ASD-Leiter hält das Verfahren der Sozialpädagogische Familiendiagnose wegen des Stundenaufwandes für nicht praktikabel: „Im Jugendamt nicht leistbar. Bei den freien Trägern auch zu hoch gegriffen.“ Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass es im Landkreis drei freie Träger gibt, die „Clearing“ als separate Leistung anbieten. Ein Clearing-Auftrag wird oft nach Inobhutnahmen vergeben, um zu prüfen, welche Gründe zur Inobhutnahme geführt haben; außerdem bei „unklaren Familienkonstellationen, in denen nicht klar ist, wer wie in welcher Form agiert, wer welche Rolle hat, bei vielen Geschwistern.“ Die Finanzierung geschieht in Form einer Pauschale von in der Regel 16 Wochenstunden bei unterschiedlicher Laufzeit. Diagnostische Methoden sind ihm nicht bekannt, er geht aber davon aus, dass es eine Methodenvielfalt gibt. Bei der Inobhutnahme macht der Träger oft den ersten Kontakt mit den Eltern, weil die meisten Inobhutnahmen am Wochenende geschehen und es am Wochenende keinen Dienst im Jugendamt gibt. Als Folge der Novellierung des KJHG (KICK) soll in den Verträgen mit den Anbietern deutlicher der Klärungsauftrag herausgestellt werden. Dazu soll es auch eine zusätzliche Finanzierung (Stundenpauschale) für das Clearing geben.

Der ASD-Leiter hält das Verfahren zwar nicht für praktikabel, die vom Jugendamt finanzierten Clearing-Angebote haben aber einen Stundenumfang, die Sozialpädagogische Familiendiagnosen als leicht integrierbare Methode erscheinen lassen.

### **5. Jugendamt eines ostdeutschen Landkreises 2:**

Die Zufriedenheit mit der Hilfeplanung im Jugendamt ist aktuell abhängig von der Software-Implementierung mit Hilfe des Programms Logodata<sup>2</sup>, die den Hilfeplanprozess unterstützen soll, für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aber noch gewöhnungsbedürftig ist. Vorteile der Software sind die Standardisierung und die Verknüpfung mit der wirtschaftlichen Jugendhilfe. Ein Nachteil ist aber, dass der Verwal-

---

<sup>2</sup> Logodata ist ein Anwendungssystem für eine umfassende Datenverwaltung des ASD (Personenstammdaten der Hilfeempfänger, Stammdaten der Hilfeeinrichtungen und Träger etc.).

tungsanteil größer geworden ist. Die Kollegen sind aus Sicht des ASD-Leiters unzufrieden: „Das System setzt Standards, sodass man nicht genügend Zeit für den unmittelbaren Kontakt hat.“

Die Mitarbeiterin des Pflegekinderdienstes ist „mit dem Hilfeplan umso zufriedener, je besser der Kontakt mit der Familie ist. Je besser ich Ziele und Teilziele formuliere, umso eher ist der Hilfeplan eine Arbeitsgrundlage.“ Der Leiter des freien Trägers weist auf eine Veränderung in der Kooperation zwischen freiem Träger und Jugendamt seit der Installierung des Hilfeplanverfahrens hin: „Früher gab es eher einen Dialog zwischen Jugendamt und freiem Träger und die Ziele und Teilziele wurden gemeinsam erarbeitet.“ Er sieht als entscheidenden Faktor des Hilfeplanverfahrens das „Kennenlernen“ an: „Früher war der enge Kontakt besser, bevor festgelegt wurde, wo es hingehet.“ Die Leiterin der Inobhutnahme relativiert diese Position: „Wir werden hinzugeholt, wenn es darum geht, Zusammenhänge herzustellen, da ist die Zusammenarbeit hervorragend, wir werden gehört als freier Träger, wenn wir glauben, das und das ist hilfreich.“

Besonders schwierig ist die Hilfeplanung bei psychisch kranken Eltern und ausländischen Familien auf Grund der Sprachprobleme (z.T. fehlen auch Dolmetscher) und kultureller Besonderheiten: Viele ausländische Familien akzeptieren es nicht, dass in Deutschland Gewalt gegen Kinder verboten ist: „Sie können unsere Gesetze nicht akzeptieren. Außerdem greifen unsere Methoden da nicht, wenn ich auf Gestik und Mimik achte, dann kann ich mich nicht auf meine Wahrnehmung verlassen, z.B. bei einer vietnamesischen Familie. Am einfachsten sind die Selbstmelder, weil sie selber einen Bedarf haben. Am schwierigsten sind die Fremdgemeldeten, die keine Probleme sehen. Im Zwangskontext zu arbeiten, ist schwierig“ (Zitat Leiterin Inobhutnahmestelle).

Aus Sicht der Mitarbeiterinnen des Jugendamtes verlaufen 40% der Hilfeplanprozesse eher schwierig. Aus Sicht des freien Trägers sind die Familien schwierig, „die sich ändern, ohne sich wirklich zu bewegen, Familien mit Suchtproblemen, längerfristige Verwahrlosungsfälle, und „Grenzfälle und Graustufen der Kindeswohlgefährdung, die man oft überprüfen muss.“

Der ASD-Leiter hält das Verfahren der sozialpädagogischen Familiendiagnose „in Einzelfällen für interessant.“ Es könnte bei freien Trägern oder im Jugendamt angesiedelt sein. Für die Sozialarbeiter im Jugendamt könnte eine Diagnostik eine „Vertiefungsgebiet“ sein. Ein Vorteil des Verfahrens sei die Strukturiertheit: „Dadurch wird die Sicherheit gesteigert.“ Es gibt auch deshalb einen Bedarf, weil die Erziehungs- und Familienberatungsstelle diese Aufgabe früher übernommen hatte, sich jetzt aber mehr vom Jugendamt abgrenzt. Trotzdem wäre es sinnvoll, wenn die kommunale Erziehungs- und Familienberatungsstelle ein Diagnostikteam hätte, das im Auftrag des Jugendamtes arbeitet: „Es wäre gut, wenn das Jugendamt nicht nur auf fachfremde Institutionen angewiesen wäre, wenn es um Diagnosen geht.“ Er hält die Sozialpädagogische Familiendiagnose in der „Falleingangsphase“ für sinnvoll. Die Diagnose könnte die kollegiale Beratung qualifizieren. Einsetzbar und sinnvoll wären sie auch in Krisen- und Clearingphasen: „Man hätte dann auch etwa bei Richtern mehr Akzeptanz aus einer Fachmeinung heraus. Ein sozialpädagogisches Diagnosemanual wie das ICD-10 ist eher nicht möglich.“ Das Verfahren eigne sich, „um Außenstehenden zu dokumentieren, was man tut, aber gegen das bayerische Modell verspüre ich eine innere Abwehr.“ Nach Meinung des Leiters des freien Trägers können „Diagnosen die Arbeit erleichtern. Sie sind aber auch aufwändig. Wir machen mehr in der Sozialarbeit als in einer Diagnose, bei der der Psychologe den Klienten drei Mal sieht, aber die Gewichtung z.B. vor Gericht ist eine ganz andere. Ich fände es gut, wenn es eine Diagnose gibt, die gleichwertig an allen Stellen geachtet wird.“

Die Mitarbeiterin des Pflegekinderdienstes hält es für sinnvoll, Sozialpädagogische Familiendiagnosen bei Kindeswohlgefährdung einzusetzen, da ja auch bei Familienrichtergutachten Familiendiagnosen empfohlen werden. Die Leiterin der Inobhutnahmestelle ist „auch immer dafür, das gesamte System zu verstehen, als einen abzustempeln.“ Der ASD-Leiter kann nicht beurteilen, ob Sozialpädagogische Familiendiagnosen bei Kindeswohlgefährdung sinnvoll einzusetzen sind. Das Jugendamt entwickelt momentan aber Materialien für den Kinderschutz: „Sicherheit und Entlastung spielen da eine große Rolle.“

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Bedarf für Sozialpädagogische Familiendiagnosen beim Jugendamt in der Falleingangsphase liegt und bei Krisen- und Clearingfällen, darunter fallen sicherlich auch Familien mit Kindeswohlgefährdung.

Da die Erziehungs- und Familienberatungsstelle sich vom ASD abgegrenzt hat, fehlt den Mitarbeitern diagnostische Fachkompetenz.

### **6. Befragung der Mitglieder der AG „Inobhutnahme“ der Internationalen Gesellschaft für erzieherische Hilfen:**

Alle 14 Mitglieder der Arbeitsgruppe füllten den vorgelegten Fragebogen aus (siehe Anhang 9.1, Teil C). Es kam zu folgenden Einschätzungen der Indikationen und Implementierungsmöglichkeiten Sozialpädagogischer Familiendiagnosen:

Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Befragung nannten Problemlagen und Familientypen, bei denen sie den Einsatz Sozialpädagogischer Familiendiagnosen für fachlich sinnvoll halten. Diese reichten von Multi-Problem-Familien, unklaren Problemlagen, als Unterstützung der Rückführung aus stationären Einrichtungen oder bei schwieriger Kommunikation. Die einzelnen Aussagen sind in der Tabelle zur Indikation Sozialpädagogischer Familiendiagnosen ausführlich dokumentiert (vgl. Tabelle 16).

Sozialpädagogische Familiendiagnosen halten fünf Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für praktikabel, wenn der zeitliche Aufwand sich zwischen 10 und 15 Stunden bewegt. Zwei Befragte halten einen zeitlichen Aufwand von 50 Stunden in acht bis neun Wochen für praktikabel. Ein Mitarbeiter sieht das Verfahren im Rahmen bestehender Hilfen für nicht einsetzbar. Es müsste zusätzlich finanziert werden. Die anderen Interviewpartner konnten keine Aussagen machen.

Elf Mitglieder der AG Inobhutnahme halten Sozialpädagogische Familiendiagnosen realistisch einsetzbar in der Betreuungsform Clearing, sieben in der Betreuungsform Sozialpädagogische Familienhilfe, vier in Erziehungs- und Familienberatungsstellen, ebenfalls vier in Flexiblen Hilfen, zwei in stationären Hilfen, einer in allen Hilfen, in denen Familienarbeit eine Rolle spielt, und fünf generell im Vorfeld von Hilfen (Mehrfachnennungen waren möglich). Die Offenheit des Jugendamtes gegenüber einem separaten Clearing-Angebot wird von drei Mitarbeitern als groß eingeschätzt, von drei als unterschiedlich, zwei Befragte können dies nicht einschätzen. Vier Projekte

berichten von Ablehnung, weil die Jugendämter das Clearing als eigene Aufgabe ansehen. Nach Meinung von fünf Mitarbeitern gibt es im Jugendamt einen Bedarf für familienorientierte Diagnoseverfahren, sieben Mitarbeiter können dies nicht einschätzen, eine Mitarbeiterin geht von einem teilweisen Bedarf aus. Fast alle Befragten halten Sozialpädagogische Familiendiagnosen zur Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindeswohlgefährdung für bedeutsam. Nur ein Befragter hält Familiendiagnosen für nicht sinnvoll, „da bei Kindeswohlgefährdung sofort eingegriffen werden muss.“ Gemeinsame Diagnosen, z.B. in Form von Teamauswertungen freier Träger und Jugendämter, halten fast alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für denkbar.

Zusammenfassung:

Wenn man die genannten Indikationen für Sozialpädagogische Familiendiagnosen im Überblick betrachtet, wird deutlich, dass es vielfältige Einsatzmöglichkeiten für das diagnostische Verfahren in der Jugendhilfepraxis gibt. In Tabelle 16 sind die Indikationen für Sozialpädagogische Familiendiagnosen zusammengefasst:

*Tabelle 16:*

*Indikationen für Sozialpädagogische Familiendiagnose*

Interviewpartner	Indikationen
1. Jugendamt einer westdeutschen Großstadt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Um Ziele von Hilfen frühzeitig zu präzisieren, um die Mitarbeitsbereitschaft von Familien zu fördern</li> </ul>
Freier Träger	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In stationären und ambulanten Malnahmen, um „Beteiligung“ und „Beziehungsqualität“ besser zu berücksichtigen</li> </ul>
2. Jugendamt einer mittelgroßen ostdeutschen Stadt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Nach einem langen Prozess von Hilfsarrangements“ mit vielen Optionen als Entscheidungshilfe</li> <li>- Bei stationärer Unterbringung als Entscheidungshilfe und Unterstützung der Elternarbeit</li> <li>- Familien, bei denen es im Vorfeld von Hilfen nicht gelingt, Ziele zu beschreiben</li> </ul>

Freier Träger	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familien „mit langen Helferketten, wo man denkt, es hört nicht auf“</li> <li>- „Familien, bei denen man nicht weiß, wo man anfangen soll“</li> <li>- Bei drohender Fremdunterbringung</li> </ul>
3. Jugendamt eines Stadtbezirkes einer westdeutschen Großstadt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei latenter Kindeswohlgefährdung, „um das Familiensystem in Erkenntnis zu bringen“</li> <li>- Familien, „bei denen alle Hilfen gescheitert sind und wo man mit dem Latein am Ende ist“</li> <li>- Als „Eigendiagnose der Familie“ in ambulanten Hilfen</li> <li>- In Familien, die ein Kind „loswerden wollen“</li> </ul>
Freier Träger	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn „Familien schon lange und sehr viel bekommen haben“ und sich die Frage stellt, ob eine „Dauerhilfe“ notwendig ist</li> <li>- Zur Festlegung von Schwerpunkten in der Zusammenarbeit mit dem Familiensystem</li> <li>- Wenn das Jugendamt die Themen der Hilfe nicht benennen kann</li> <li>- Missbrauchs- und Misshandlungsfamilien</li> <li>- Einmischung der Herkunftsfamilie in die Kleinfamilie</li> <li>- „Austherapierte Familien“</li> </ul>
4. Jugendamtes eines ostdeutschen Landkreises 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nennt keine Indikation</li> </ul>
5. Jugendamtes eines ostdeutschen Landkreises 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Falleingangsphase“</li> <li>- Krisen- und Clearingphasen</li> <li>- Kindeswohlgefährdung</li> </ul>
Freier Träger	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nennt keine Indikation</li> </ul>
6. Inobhutnahmestellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familiäre Probleme im Bereich Kommunikation in Familien, bei denen noch Bindung und Zusammenhalt vermutet werden kann</li> <li>- Vor einer Unterbringung als Vorbereitung der Rückführung oder wenn eine Unterbringung droht (2</li> </ul>

	<p>Nennungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei unklaren Problemlagen, Perspektiven oder Motivationen</li> <li>- „Wo Kommunikation völlig brach liegt“</li> <li>- „Kaum oder keine Ressourcen vorhanden sind, um neue zu erschließen“</li> <li>- „Wo viele Fragen sind“</li> <li>- Bei Multi-Problem-Familien (3 Nennungen)</li> <li>- „Wenn keine Anschlussmaßnahme in Sicht ist oder wenn schon eine Maßnahme abgebrochen wurde“</li> <li>- Generell sinnvoll, damit die Sichtweisen der Familien Eingang in die Hilfeplanung finden</li> <li>- Bei nicht eindeutigen Äußerungen der Betroffenen“</li> <li>- „Wenn unklar ist, welche Hilfeform die Richtige ist“</li> <li>- „Wenn nicht alle Familienmitglieder die Hilfe mittragen und den Nutzen einsehen“</li> <li>- „Bei unterschiedlichen Einschätzungen der Beteiligten“</li> <li>- „Bei schwierigen Biografien“</li> </ul>
--	---

Es kristallisieren sich verschiedene Schwerpunkte der Indikation heraus:

Sozialpädagogische Familiendiagnosen sind aus fachlicher Sicht angebracht,

- um die Kooperationsbereitschaft von Familien zu erhöhen, in dem man ihre Ziele, Motivationen und Sichtweisen kennenlernt (Förderung der Betroffenenbeteiligung),
- bei Familien, die schon viele Hilfen bekommen haben, die aber bislang keinen Erfolg zeitigten (Neuentscheidungshilfe),
- bei Familien mit unklarer Problemlage oder undurchsichtigen Familienkonstellationen,

- als Unterbringungsvermeidung oder als Vorbereitung der Rückführung ins Elternhaus,
- bei Familien mit akuter oder latenter Kindeswohlgefährdung.

Die strukturellen Rahmenbedingungen für die Sozialpädagogische Familiendiagnose werden von den Interviewpartnern unterschiedlich diskutiert. In einem Fall führten die ersten positiven Erfahrungen zu konkreten Überlegungen einer Finanzierung auf Basis der Fachleistungsstunde, die es ermöglichen würde, das Modell ohne Abstriche in die Praxis umzusetzen. Es scheint realistisch, das Verfahren in laufende Hilfen zu integrieren oder es im Rahmen eines separaten Clearing-Angebotes anzubieten. In die Alltagspraxis des Jugendamtes scheint es nicht integrierbar, es sei denn als „Vertiefungsgebiet“ einzelner Sozialarbeiter. Es könnte auch notwendig sein, eine „Kurzversion“ des Verfahrens für Jugendämter zu entwickeln.

## **6. Schlussfolgerungen für Fortbildung, Forschung und Praxisprojekte**

Zur Implementierbarkeit sozialpädagogischer Familiendiagnosen in den Jugendämtern gab es unterschiedliche Auffassungen: Tendenziell zeichnete sich die Position ab, dass sie in der Jugendamtspraxis wegen des Aufwandes nicht praktikabel sind. Denkbar wäre die Entwicklung einer „Kurzversion“ für Jugendämter oder die Bildung von Diagnoseteams, deren Mitglieder die sozialpädagogischen Familiendiagnosen als „Vertiefungsgebiet“ lernen und anwenden.

Teilweise von den Jugendämtern und von den freien Trägern wurde der nach dem bisherigen Prototyp angenommene Stundenumfang von 40 Stunden nicht als zu hoch bewertet. In den Interviews wurden verschiedene Modelle für die Implementierung sozialpädagogischer Familiendiagnosen genannt und diskutiert. Diese sollten in nachfolgenden Pilotprojekten erprobt werden:

- Bildung von Diagnoseteams in Jugendämtern, die aus spezialisierten Kollegen und Kolleginnen bestehen, deren Einschätzungen in die kollegialen Beratungen eingespeist werden könnten. Die Diagnoseteams könnten durch Mitarbeiter kommunaler Erziehungs- und Familienberatungsstellen gebildet oder unterstützt werden.
- Entwicklung von Clearing-Angeboten durch freie Träger, die von den Jugendämtern für bestimmte Fälle genutzt werden können bzw. die Qualifizierung bestehender Clearing-Angebote mit sozialpädagogischen Familiendiagnosen. Ein entsprechender Qualifizierungsbedarf wurde von den Interviewpartnern auch bestätigt. In den Interviews mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Inobhutnahmestellen zeigte sich für Clearing-Angebote im Rahmen dieser Hilfeform ein besonderer Bedarf. Als sinnvoll wurden hier auch von fast allen Interviewpartnern gemeinsame Auswertungs- bzw. Diagnoseteam von Mitarbeitern freier Träger und Jugendämter erachtet.

- Sozialpädagogische Familiendiagnosen können in der Eingangsphase die Hilfeplanung inhaltlich ausgestalten, um konkretere Ziele zu formulieren und die „Mitarbeitsbereitschaft“ insbesondere der Eltern zu fördern bzw. erst zu wecken. Es wären Modelle zu entwickeln, wie die Sozialpädagogische Familiendiagnose in die Eingangsphase ambulanter und teilstationärer Hilfen eingebaut werden könnte. Für die Ansiedelung des Verfahrens bei freien Trägern spricht, dass die Diagnosen schon Teil einer Hilfe sind.

Es fanden sich also in den Interviews Argumente und Vorschläge für die Ansiedelung Sozialpädagogischer Familiendiagnosen bei den Jugendämtern, bei den freien Trägern und in einem Zwischenfeld von Jugendamt und freien Trägern. Ein Nachfolge- und Evaluationsprojekt könnte den Vergleich dieser drei Varianten zum Inhalt haben.

Für die Implementierung Sozialpädagogischer Familiendiagnosen spielen nicht nur organisationsbezogene Fragen eine wichtige Rolle, sondern auch inhaltliche Überlegungen. Von den Interviewteilnehmern wurden verschiedene Indikationen für den Einsatz des Verfahrens genannt (z.B. Familien mit akuter oder latenter Kindeswohlgefährdung, kooperationsunwillige Familien, Familien mit unklarer Problemlage etc.). Für Praxisprojekte wären Träger zu gewinnen, die in diesen speziellen Problembereichen Angebote vorhalten. Einige der Interviewpartner auf Seiten der freien Träger haben sich hier interessiert gezeigt. Im Forschungsprojekt „Familien in der Jugendhilfe“, gefördert durch die Stiftung Deutsche Jugendmarke, wurden einige Aussagen getroffen und Hypothesen formuliert in Bezug auf spezielle Problemlagen (der Abschlussbericht erscheint im Mai im Juventa-Verlag). Hier bietet sich in Praxisprojekten auch die Möglichkeit inhaltlicher Validierung. Besonders interessant scheint uns dabei die Überprüfung der Hypothesen hinsichtlich von Familien mit Kindeswohlgefährdung. Die Interviewpartner in den Jugendämtern haben erste diagnostische Instrumente im Bereich Kindeswohlgefährdung entwickelt, die vorwiegend der Risikoabschätzung dienen und auf die Gefahrenabwehr zielen. Allerdings zeigen sich erste Anzeichen, auch das Beziehungsgefüge und die Ressourcen dieser Familien zu berücksichtigen. Es scheint uns sinnvoll, den verstehenden auf die Selbstdeutungen der Familienmitglieder fokussierenden Zugang der Sozialpädagogischen Familiendiagnose auch bei Familien, in denen das Kindeswohl gefährdet ist, anzuwenden, weil

auch mit diesen Familien kooperiert werden muss, wenn man sich nicht auf direkte Eingriffe, Auflagen etc. beschränken will.

Die strukturellen Rahmenbedingungen werden von den Interviewpartnern unterschiedlich diskutiert. In einem Fall führten die ersten positiven Erfahrungen mit der Sozialpädagogischen Familiendiagnose zu konkreten Überlegungen einer Finanzierung auf Basis der Fachleistungsstunde, die es ermöglichen würden, das Modell ohne Abstriche in die Praxis umzusetzen. Unter strukturellen Gesichtspunkten scheint es realistisch, das Verfahren bei freien Trägern in laufende Hilfen zu integrieren oder es im Rahmen eines separaten Clearing-Angebotes anzubieten. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass in einem sozialraumorientierten Jugendamt das Diagnoseverfahren im Rahmen der Budgetierung finanziert wird. In einem Nachfolgeprojekt wären diese unterschiedlichen Finanzierungsmöglichkeiten zu vergleichen.

## 7. Zusammenfassung und Ausblick

Die in der Einleitung beschriebenen sozialpädagogischen Verfahren sind bei den im Rahmen dieser Expertise befragten Jugendämtern nicht verbreitet, in der Regel sogar nicht einmal bekannt. Einzige Ausnahme waren die Sozialpädagogischen Diagnosen (nach Mollenhauer/Uhlendorff). Die diagnostischen Verfahren, die die Jugendämter im Rahmen der Hilfeplanung benutzen, stammen überwiegend aus systemischen und lösungsorientierten Arbeitsansätzen, die ihren Ursprung in therapeutischen Schulen haben. Es zeigt sich damit ein grundlegender Entwicklungsbedarf sozialpädagogischer Diagnoseverfahren. Dies umso mehr, als psychologisch bzw. psychiatrisch-medizinische Diagnoseverfahren eine große Bedeutung in der Hilfeplanung haben, weil ihnen in der Regel ein besonderer Status zugeschrieben wird und Jugendhilfe darum kämpfen muss, für ihre Einschätzungen genügend respektiert zu werden. Jugendhilfe braucht standardisierte Handlungsmodelle für ihre Entwicklung als Profession (Klatetzki). Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Jugendhilfe müssen sich ebenfalls als Experten verstehen und eigene, d.h. sozialpädagogisch begründete, Erklärungen einbringen.

Die Leitungskräfte der Jugendämter und die Mitarbeiter freier Träger haben verschiedene Problembereiche und Familientypen benannt, in denen die Hilfeplanung sich schwierig gestaltet. Dabei besteht ein besonderes Problem darin, die Ziele und die Hilfevorstellungen dieser Familien zu eruieren. In diesen Fällen scheint ein Diagnoseverfahren, das sich auf die Selbstdeutungen der Betroffenen konzentriert, besonders sinnvoll zu sein.

Die Jugendämter benutzen im Rahmen der Hilfeplanung diagnostische Instrumente, bezeichnen sie aber in der Regel nicht explizit als solche; sie geben ihnen aber einen diagnostischen Erkenntnis- und Handlungswert. Der Begriff „Diagnose“ wird eher mit psychologisch bzw. psychiatrisch-medizinischen Methoden assoziiert, wobei unter „Diagnose“ in erster Linie das Diagnoseergebnis verstanden wird und nicht der diagnostische Prozess einschließlich der Methoden. Besondere Beachtung in der Praxis hat der Teamentscheidungscharakter der Hilfeplanung gefunden. Alle der fünf befragten Jugendämter haben Modelle für die kollegiale Beratung entwickelt und do-

kumentieren diese auch mit standardisierten Leitfäden. Teilweise wird die kollegiale Beratung auch als „diagnostisches Instrument“ bezeichnet. Für die ersten Kontakte mit den Familien gibt es Fragebögen, Gesprächsleitfäden etc. und entsprechende Dokumentationsformulare. Teilweise werden die ersten Kontakte mit den Familien schon als Intervention gestaltet, die die Familien zu „Selbsterkenntnis“ und Eigenaktivitäten motivieren sollen, um sie aus der „Rolle des Abgebenden und Delegierenden“ zu bringen. Hier zeigt sich die Einheit von Erkennen/Verstehen und Intervenieren/Handeln.

Die beschriebenen diagnostischen Verfahren sind *methodisch* durch die vielfältigen systemischen, lösungsorientierten etc. Fragetechniken qualifiziert, auf der anderen Seite sind sie inhaltlich bzw. thematisch eher unspezifisch. Es finden sich wenig konkrete Bezüge auf Fragen der Lebenswelt, der Kindererziehung oder der Alltagsgestaltung. Hier liegt ein besonderer Entwicklungsbedarf sozialpädagogischer Diagnostik in der Jugendhilfe.

Die Jugendämter haben verschiedene Qualitätskriterien für die Hilfeplanung benannt und mit Hilfe ihrer Standardverfahren operationalisiert. Daraus ergeben sich Erwartungen an diagnostische Verfahren, wenn sie mit der Hilfeplanung kompatibel sein sollen: Die Verfahren sollten transparent für die Betroffenen sein, sich auf die gesamte Familie beziehen und nicht nur auf das problematische Kind, sie sollten nicht nur die Probleme der Familie recherchieren, sondern auch ihre Ressourcen und Ziele. Sie dürfen die „Reparaturerwartung“ von Eltern nicht bedienen, sie sollten nicht „zuschreibend und unwiederbringlich“ sein, sondern prozessorientiert eingesetzt werden. Sozialpädagogische Diagnosen müssten eine Einheit aus Erkennen/Verstehen und Handeln unterstützen und einsetzbar sein in kollegialen Teamberatungsprozessen. Diese Qualitätskriterien befinden sich in guter Gesellschaft mit „Philosophie“ und Ablaufschritten Sozialpädagogischer Familiendiagnosen und sind an diese anchlussfähig.

Die von uns befragten Experten bemängeln, dass die Sozialpädagogen und Sozialarbeiter hinsichtlich ihrer diagnostischen Kompetenz gegenüber den Diagnostikern psychologischer bzw. psychiatrisch-medizinischer Provenienz, insbesondere Psychologen und Ärzten, im Hilfeplanprozess nicht gleichberechtigt behandelt werden. Auf

der anderen Seite werden die psychologischen bzw. psychiatrisch-medizinischen Diagnosen oft nicht als hilfreich erlebt: Ihnen fehlt die Praxisrelevanz, sie bieten keine Erklärungen für problematisches Verhalten, sie sind stigmatisierend, fokussieren auf das Individuum und bedienen die „Abgabemuster“ von Familien. Auch werden sie den Familien selten erläutert, wenn sie überhaupt verständlich formuliert sind. Psychologische bzw. psychiatrisch-medizinische Diagnosen werden teilweise bewusst ignoriert, um „besser mit den Familien zusammenarbeiten zu können.“ Es wird auch der inflationäre Gebrauch bestimmter Diagnosen beklagt, z.B. ADS. Probleme entstehen, wenn die sozialpädagogische Einschätzung zu familiären Bedingungsfaktoren problematischen Verhaltens in Konkurrenz gerät zu medizinischen Erklärungsversuchen.

Chancen einer Professionalisierung liegen in der Stärkung einer sozialpädagogischen Diagnosekompetenz, für die von den Interviewpartnern Qualitätskriterien formuliert werden. Wenn Praktiker der Jugendhilfe sich Verfahren aneignen, die den eigenen diagnostischen Qualitätskriterien genügen, stärkt dies das professionelle Selbstbewusstsein.

Wenn die bisher formulierten Qualitätskriterien bei der Anwendung der diagnostischen Verfahren zur Geltung kommen, kann umfassende Betroffenenbeteiligung im diagnostischen Prozess gelingen. Insbesondere die diagnostischen Methoden bei Kindeswohlgefährdung, wären hinsichtlich der oben genannten Qualitätskriterien zu entwickeln. Für einen verstehenden und familienorientierten diagnostischen Ansatz bei Kindeswohlgefährdung besteht noch ein Entwicklungsbedarf, weil zwischen Standard- und Kinderschutzfällen noch zu sehr unterschieden wird. Die Fallanalysen bei Kindeswohlgefährdung scheinen noch zu sehr der Logik einer objektivierenden Expertendiagnose zu gehorchen.

Abschließend lässt sich sagen, dass die beschriebene diagnostische Praxis im Rahmen der Hilfeplanung für die Implementierung einer Sozialpädagogischen Familiendiagnose günstige Voraussetzungen zeigt, weil die Erwartungen der Fachkräfte mit den Möglichkeiten der Sozialpädagogischen Familiendiagnose kompatibel sind und sich Problembereiche in der Hilfeplanung zeigen, für deren Lösung sich Sozialpädagogische Familiendiagnosen als hilfreich erweisen könnten.

## 8. Literatur

- Ader, S.: Handlungsrationalität versus Erkenntnisrationalität - oder: Was müssen professionelle HelferInnen verstehen? In: Ader, S./Schrapper, C./Thiesmeier, M., Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster 2001
- Ader, S./Schrapper, C./Thiesmeier, M.: Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster 2001
- Ader, S./Thiesmeier, M.: Kollegiales Fallverstehen und Fallkonsultationen als Instrumente sozialpädagogischer Analyse und Deutung. In: Henkel, J./ Schnapka, M./Schrapper, C., Was tun mit schwierigen Kindern? Sozialpädagogisches Verstehen und Handeln in der Jugendhilfe. Münster 2002
- Bayerisches Landesjugendamt: Sozialpädagogische Diagnose - Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. München 2001
- Cinkl, S.: Sozialpädagogische Diagnosen als Instrument von Fachberatung: Sozialpädagogische Anregungen und Verknüpfungen für Psychotherapeuten, Supervisoren und Führungskräfte. In: Krumenacker, F.-J. (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis – Erfahrungen und Perspektiven, Weinheim/München 2004
- Cinkl, S./Uhlendorff, U.: Sozialpädagogik, Professionalität und Diagnostik. Ein Erfahrungsbericht. In: Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe 4/2003
- Flick, Uwe; v. Kardorff; Steineke, I. (Hrsg): Qualitative Forschung. Reinbek bei Hamburg 2004
- Glinka, H.-J.: Ethnographische Fallarbeit. In: Ader, S./Schrapper, C./Thiesmeier, M., Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster 2001
- Harnach-Beck, V.: Psychosoziale Diagnose in der Jugendhilfe: Grundlagen und Methoden für Hilfeplan und Stellungnahme. Weinheim und München 1995
- Harnach-Beck, V.: Ohne Prozessqualität keine Ergebnisqualität - Sorgfältige Diagnostik als Voraussetzung für erfolgreiche Hilfe zur Erziehung. In: Peters, F., Diagnosen - Gutachten - hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung. Frankfurt/Main 1999
- Heiner, M.: Diagnostik: psychosoziale. In: Otto, H.-U./Thiersch, H., Handbuch der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Neuwied, Kriftel 2001
- Heiner, M. (Hrsg): Diagnostik in der Sozialen Arbeit. Frankfurt/Main 2004
- Henkel, J./Schnapka, M./Schrapper, C. (Hrsg): Was tun mit schwierigen Kindern? Sozialpädagogisches Verstehen und Handeln in der Jugendhilfe. Münster 2002
- Hillmeier, H./Huber, G./Pschibl, K.: Est! - Evaluationsprojekt Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen. In: Unsere Jugend 2/2004

- Höpfner, N./Jöbgen, M.: Kurzportrait: Pädagogische Diagnostik. In: Ader, S./ Schrapper, C./Thiesmeier, M., Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster 2001
- Höpfner, N./Jöbgen, M./Becker, R.: Zur Methodisierbarkeit von Hilfe oder: Braucht die Soziale Arbeit Diagnosen? In: Peters, F., Diagnosen - Gutachten - hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung. Regensburg 1999
- Jakob, G./Wensierski, H.-J. v. (Hrsg): Rekonstruktive Sozialpädagogik: Konzepte und Methoden sozialpädagogischen Verstehens in Forschung und Praxis. Weinheim und München 1997
- Kim Berg, I./Miller, S. D.: Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz. Heidelberg 1995
- Krumenacker, F. J. (Hrsg): Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Weinheim/München 2004
- Kutscher, N., 2003, Die Gruppendiskussion. in: H.-U. Otto/G. Oelerich/H.-G. Micheel (Hrsg.), Empirische Forschung und Soziale Arbeit, München, 383-392.
- Loos, P./Schäffer, B.: Das Gruppendiskussionsverfahren - theoretische Grundlagen und empirische Anwendungen. Opladen 2001.
- Marthaler, Th.: Sozialpädagogische Diagnosen in Familien. In: Forum Erziehungshilfen 5/2003
- Merchel, J.: Hilfeplanung als Aushandlung des Hilfebedarfs. In: Blätter der Wohlfahrtspflege - Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 5/95
- Merchel, J.: Der mißverstandene Charakter von Hilfeplanung. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 7/1997
- Merchel, J.: Zwischen "Diagnose" und "Aushandlung": Zum Verständnis des Charakters von Hilfeplanung in der Erziehungshilfe. In: Peters, F., Diagnosen - Gutachten - hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung. Frankfurt/M. 1999
- Mollenhauer, K./Uhlendorff, U.: Sozialpädagogische Diagnosen (Bd. 1 und 2), Weinheim/München 1992 u. 1995
- Peters, F. (Hrsg): Diagnosen - Gutachten - hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung. Frankfurt/M. 1999
- Schattenhofer, K./Thiesmeier, M.: Kollegiale Beratung und Entscheidung - Die Inszenierung einer Diagnose. In: Ader, S./Schrapper, C./Thiesmeier, M., Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster 2001
- Schefold, W., u.a.: Hilfeplanverfahren und Elternbeteiligung. Evaluationsstudie eines Modellprojektes über Hilfeerfahrungen von Eltern im Rahmen des KJHG. Frankfurt/M. 1998
- Soest, G. v.: Der Hilfeplan im Rahmen einer partizipativen Jugendhilfe. Kassel. Diss 1998

- Uhlendorff, U.: Sozialpädagogische Diagnosen III - Ein sozialpädagogisch-hermeneutisches Diagnoseverfahren für die Hilfeplanung. Weinheim/München 1997
- Uhlendorff, U.: Sozialpädagogische Familiendiagnose: Methode und Forschungsperspektiven. In: Jugendhilfe 5/2003
- Uhlendorff, U./Marthaler, Th.: Sozialpädagogische Familiendiagnostik. In: Heiner, M. (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Berlin 2004
- Uhlendorff, U.: Sozialpädagogische Familiendiagnosen in der Jugendhilfe. In: Krumenacker, F.-J. (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis – Erfahrungen und Perspektiven, Weinheim/München 2004
- Uhlendorff, U.: Der Fall Kühl: Sozialpädagogische Familiendiagnose und Hilfeplanung. In: Unsere Jugend 2/2004
- Uhlendorff, U./Cinkl, St./Marthaler, Th.: Sozialpädagogische Familiendiagnosen. Selbstdeutungsmuster familiärer Lebenslagen in der Jugendhilfe. Weinheim/München (erscheint im Frühjahr 2006)

## 9. Anhang

### 9.1 Interviewleitfäden

#### A: Interviewleitfaden für die Gruppendiskussion

##### 1. Qualität der Hilfeplanung:

- Wie läuft typischerweise die Hilfeplanung ab?
- Nach kurzer Darstellung der Fachdebatte um „Aushandlung“ und „Diagnose“: Würden sie den Aushandlungsaspekt von Hilfeplanungsprozessen stärker betonen oder die exakte Ermittlung (z.B. durch eine Diagnose) des erzieherischen Bedarfes?
- Wie ausführlich sind die Hilfepläne?
- Sind sie ausführlich genug?
- Wie schätzen sie die Qualität der Hilfeplanung aktuell ein? Gibt es Unzufriedenheit mit der Hilfeplanung?
- Gibt es besonders bestimmte Familien oder Problembereiche, in denen sie die Hilfeplanung als besonders schwierig empfinden?
- Wie ist die Haltung der Mitarbeiterschaft generell zu „Diagnosen“?
- Gibt es Unterschiede in der Haltung zwischen den Mitarbeitern freier Träger und des Jugendamtes?
- Sind bei Kindeswohlgefährdung spezielle Diagnoseverfahren notwendig?
- Gab es in der letzten Zeit Veränderungen im allgemeinen Bedarf, die diagnostische Methoden notwendiger machen?
- Wenn im Rahmen der Hilfeplanung Diagnosen verwendet werden, sollte es sich dabei um eine Entscheidungshilfe für die *Hilfeart* handeln oder zur Unterstützung der *Hilfekonkretisierung*?
- Sollte es Diagnoseexperten geben oder sollten die Praktiker selber im Team Diagnosen erstellen?
- Halten sie einmalige (Status)Diagnosen z.B. zu Beginn einer Hilfe für sinnvoll, oder sollten Diagnosen prozessbegleitend bzw. prozessstrukturierend eingesetzt werden?

2. Verhältnis von sozialpädagogischen und psychologischen bzw. psychiatrisch/medizinischen Diagnoseverfahren:

- Welche Diagnoseverfahren kommen zum Einsatz?
- Greifen sie im Rahmen der Hilfeplanung auf psychologisch/psychiatrische Diagnoseverfahren zurück?
- Gibt es Problembereiche, bei denen sozialpädagogische Herangehensweisen an ihre Grenzen stoßen und psychologisch/psychiatrischen Diagnoseverfahren notwendig sind?
- In welchen Fällen oder bei welchen speziellen Problemlagen werden diagnostische Verfahren, insbesondere sozialpädagogische Verfahren eingesetzt (Indikation)?

3. Nach Präsentation des Modells der Sozialpädagogischen Familiendiagnose: Voraussetzungen der Implementierbarkeit:

- Halten sie das Verfahren für sinnvoll und praktikabel?
- Sind bestimmte Organisationsformen (z.B. Sozialraumorientierung, Budgetierung etc.) für das Verfahren förder- oder hinderlich?
- Sollte das Verfahren beim Jugendamt oder bei freien Trägern angesiedelt werden oder sind Misch- oder Kooperationsformen (z.B. gemeinsame Diagnostikteams) denkbar?
- Wie ausführlich sollte das Verfahren jeweils, wenn es im JA oder bei freien Trägern angewandt wird, sein?!
- Müsste das Verfahren in bestehende Angebote integriert werden oder wären neue Angebote wie z.B. als Clearing zu entwickeln?
- Unter welchen Bedingungen (Rahmenbedingungen, Nutzen etc.) wäre die Durchführung eines Modellprojektes zur Implementierung denkbar?
- Gibt es generelle Veränderungen im Bedarf, die bei der Einführung des Verfahrens berücksichtigt werden müssten?
- Könnte es sinnvoll sein, das Verfahren in Hinblick auf Kindeswohlgefährdung zu spezifizieren?

## **B: Fragebogen für ASD- oder Jugendamtsleiter**

1. Welche diagnostischen Verfahren (z.B. Sozialpädagogisch-hermeneutische Diagnose, Psychosoziale Diagnose, Verfahren der kollegialen Beratung/des kollegialen Fallverstehens von Schrapper, Thiesmeier, Ader u.a., autobiographisch-narratives Interview von Höpfner und Jöpgen, Modell der ethnographischen Fallarbeit basierend auf narrativen Interviews von Glinka, Sozialpädagogische Diagnosetabellen des bayerischen Landesjugendamtes, Genogramm, Ressourcenscheck, „Eigenbau“) kommen im Rahmen der Hilfeplanung zur Anwendung?
2. Wie hoch ist der prozentuale Anteil von Hilfeplanprozessen, in denen diagnostische Verfahren eingesetzt werden?
3. Wie bewerten die freien Träger die diagnostische Kompetenz des Jugendamtes bzw. wie zufrieden sind die freien Träger mit der Hilfeplangestaltung des Jugendamtes?
4. Gibt es Mitarbeiter, die routinemäßig mit diagnostischen Verfahren arbeiten, z.B. in kommunalen Erziehungs- und Familienberatungsstellen oder als Fachberater?
5. Werden diagnostische Aufträge als Clearing u.ä. an externe Anbieter (diagnostische Institute, freie Träger etc.) vergeben, wenn die eigenen Ressourcen nicht ausreichen?
6. Welches ist die Finanzierungsform (Fachleistungsstunde, Stundenhonorar, Festpreis) für externe Diagnosen?
7. Gibt es im Jugendamt allgemein oder speziell in Hinblick auf die Hilfeplanung strukturelle oder konzeptionelle Veränderungen? Wenn ja, spielt das Thema der „Diagnosen“ bei diesen Veränderungen eine Rolle?

### **C: Fragebogen für die Mitglieder der AG „Inobhutnahme“ der IGfH**

In welchen Fällen/bei welchen Problemlagen sind Sozialpädagogische Familiendiagnosen fachlich sinnvoll?

In welcher Form sind Sozialpädagogische Familiendiagnosen praktikabel (z.B. maximaler zeitlicher Aufwand in Stunden)?

In welchen Betreuungsformen (Flexible Hilfen, Clearing, SPFH, EFB etc.) sind Sozialpädagogische Familiendiagnosen realistisch einsetzbar?

Wie groß ist die Offenheit des Jugendamtes gegenüber einem separaten Clearing-Angebot?

Gibt es im Jugendamt einen Bedarf für familienorientierte Diagnoseverfahren? Wenn ja, bei welchen Problemlagen oder Fragestellungen?

Könnten Sozialpädagogische Familiendiagnosen zur Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindeswohlgefährdung relevant sein?

Wären gemeinsame Diagnosen mit dem Jugendamt z.B. in Form von Teamauswertungen denkbar?

## 9.2 Ressourcenbogen

*Ressourcenbogen eines Jugendamts in einer mittelgroßen ostdeutschen Stadt:*

### **Ressourcenbogen für den Bereich der Hilfen zur Erziehung**

Im Zusammenhang mit der Verwendung dieses Bogens geht es ausschließlich um Ressourcen und Stärken! Es geht nicht um eine Schwachstellenanalyse. Demzufolge sind die einzelnen Punkte nur relevant, wenn sie als Ressourcen oder Stärke anzusehen sind. Diese Checkliste soll Ideen und Anregungen bieten, an welchen Stellen Ressourcen vorhanden sind bzw. entdeckt und genutzt werden könnten. Die Checkliste ist als Orientierung anzusehen, d.h. die Auflistung ist nicht abschließend und kann durch eigene Anregungen ergänzt werden.

Der Bogen soll vom ASD- Mitarbeiter angelegt werden und weiter verwendet werden durch den Mitarbeiter des freien Trägers.

#### **1. Komplex: WOHNEN**

	<b>Datum/Bemerkungen</b>	<b>Datum/Bemerkungen</b>	<b>Datum/Bemerkungen</b>
<b>1.1. Wie beurteilt die Familie die Wohnsituation?</b>			
<b>1.2. Welche Rückzugsmöglichkeiten hat die Familie?</b>			
<b>1.3. Wohnung ist angebunden an den ÖPNV durch:</b>			
<b>1.4. Genutzte Infrastrukturen im Stadtteil sind:</b>			
<b>1.5. Sonstiges:</b>			

## 2. Komplex: Freunde/Nachbarn/Verwandte

	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen
<b>2.1. Eltern</b>			
<b>haben folgende Art von Kontakten:</b>			
a) innerhalb d. Familie			
b) innerhalb der weiteren Familie			
c) im (Wohn)-umfeld			
d) zu Institutionen			
<b>haben folgende Verwandte/Bekannte, die bei Bedarf helfen würden:</b>			
a) innerhalb der Familie			
b) außerhalb der Familie			
Sonstiges:			

	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen
<b>2.2. Kind 1 -&gt; Name:</b>			
<b>hat folgende Art von Kontakten:</b>			
a) innerhalb d. Familie			
b) innerhalb der weiteren Familie			
c) im (Wohn)-umfeld			
d) zu Institutionen			
<b>hat folgende Verwandte/Bekannte, die bei Bedarf helfen würden:</b>			

a) innerhalb der Familie			
b) außerhalb der Familie			
Sonstiges:			

	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen
<b>2. 3 Kind 2 -&gt; Name:</b>			
<b>hat folgende Art von Kontakten:</b>			
a) innerhalb d. Familie			
b) innerhalb der weiteren Familie			
c) im (Wohn)-umfeld			
d) zu Institutionen			
<b>hat folgende Verwandte/Bekannte, die bei Bedarf helfen würden:</b>			
a) innerhalb der Familie			
b) außerhalb der Familie			
Sonstiges:			

### 3. Komplex : BEZIEHUNGEN IN DER FAMILIE

	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen
3.1. betrifft Mutter			
<b>a) findet innerhalb der Familie Folgendes gut:</b>			
<b>b) gefällt an:</b>			
Partner			
Kindern			
<b>c) unternimmt folgende gemeinsame Aktivitäten mit:</b>			
<b>d) Wie sind Freiheiten u. Verantwortlichkeiten geregelt?</b>			

	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen
3.2. betrifft Vater			
<b>a) findet innerhalb der Familie Folgendes gut:</b>			
<b>b) gefällt an:</b>			
Partner			
Kindern			
<b>c) unternimmt folgende gemeinsame Aktivitäten mit:</b>			
<b>d) Wie sind Freiheiten u. Verantwortlichkeiten geregelt?</b>			

	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen
3.3 betrifft Kind 1 → Name:			
<b>a) findet innerhalb der Familie Folgendes gut:</b>			

<b>b) gefällt an:</b>			
Mutter:			
Vater:	_____	_____	_____
<u>Geschwistern:</u>			
<b>c) unternimmt folgende gemeinsame Aktivitäten mit:</b>			
<b>d) Wie sind Freiheiten u. Verantwortlichkeiten geregelt?</b>			

	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen
3.4 betrifft Kind 2 → Name:			
<b>a) findet innerhalb der Familie Folgendes gut:</b>			
<b>b) gefällt an:</b>			
Mutter:			
Vater:	_____	_____	_____
<u>Geschwistern:</u>			
<b>c) unternimmt folgende gemeinsame Aktivitäten mit:</b>			
<b>d) Wie sind Freiheiten u. Verantwortlichkeiten geregelt?</b>			

#### **4. Komplex: KINDERBETREUUNG UND FAMILIENMANAGEMENT**

	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen
<b>4.1 Kinderbetreuung ist gesichert durch:</b>			
<b>4.2 hat folgende Fähigkeiten im Haushalt:</b>			
<b>4.3 *hat im Haushalt Spaß an:</b>			
<b>Sonstiges:</b>			

#### **5. Komplex: FINANZIELLE SITUATION IM HAUSHALT**

	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen
<b>5.1 Wie setzt sich das Familieneinkommen zusammen ?</b>			
<b>5.2 Kind/Jugendlicher erhält Taschengeld? Wie viel Geld hat das Kind/der Jugendliche zur freien Verfügung?</b>	_____	_____	_____
<b>5.3 Sonstiges:</b>			

## 6. Komplex: KITA/ SCHULE

	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen
<b>betrifft:</b>			
<b>6.1 interessiert sich für folgenden Unterricht:</b>			
<b>6.2 hat in der Kita/ Schule Spaß an</b>			
<b>6.3 kommt mit folgenden Erziehern/ Lehrern gut aus:</b>			
<b>6.4 Wie engagieren sich Eltern in der Kita/Schule?</b>			
<b>6.5 Sonstiges:</b>			

## 7. Komplex: AUSBILDUNG/ARBEIT

	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen
<b>betrifft:</b>			
<b>7.1 hat folgende Lehr- bzw. Arbeitsstelle(n)</b>			
<b>7.2 hat innerhalb der Ausbildung/Arbeit Spaß an:</b>			
<b>7.3 hat Anschluss zu folgenden Kollegen</b>			
<b>7.3 kommt mit folgenden Kollegen /Vorgesetzten gut klar</b>			
<b>7.4 hat keine Lehrstelle/ Arbeitsstelle, ist aber motiviert zu folgenden Arbeiten:</b>			
<b>7.5 verfügt über folgenden Berufsabschluss</b>			
<b>7.6 Sonstiges:</b>			

## 8. Komplex: FREIZEIT/ INTERESSEN

	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen
<b>betrifft:</b>			
<b>8.1 mag welche Tiere:</b>			
<b>8.2 interessiert sich für:</b>			
<b>8.3 hat Spaß an:</b>			
<b>8.4 kennt folgende Einrichtungen, Veranstaltungen/ Freizeitangebote</b>			
<b>8.5 besucht im Stadtteil:</b>			
<b>8.6 besucht außerhalb des Stadtteils:</b>			
<b>8.7 Wie lange darf das Kind/der Jugendliche unterwegs sein?</b>			
<b>8.8. Sonstiges:</b>			

## 9. Komplex: INDIVIDUELLE STÄRKEN

	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen
<b>betrifft:</b>			
<b>9.1 kann besonders gut:</b>			
<b>9.2 hat Träume/ Wünsche, Ideen, Fantasien über</b>			
<b>9.3 ist kreativ in Form von:</b>			
<b>9.4 hat Durchhaltevermögen /Ausdauer in</b>			
<b>9.5 hat folgende Stärken im Umgang mit:</b>			
<b>9.6 ist kontaktfreudig in Form von:</b>			
<b>9.7 hat folgende Begabungen:</b>			
<b>9.8 hat folgende Fähigkeiten:</b>			
<b>9.9 hat in der Vergangenheit schon Schwierigkeiten gemeistert durch:</b>			
<b>9.10 Sonstiges:</b>			

## 10. Komplex: MOBILITÄT

	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen
<b>betrifft:</b>			
<b>10.1 verfügt über ein Jahresticket /Monatskarten</b>			
<b>10.2 verfügt über Auto/ Mo-ped/Fahrrad</b>			
<b>10.3 verfügt über Führerschein</b>			
<b>10.4 verfügt über Telefon/Handy</b>			
<b>10.5 Sonstiges</b>			

	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen
<b>betrifft:</b>			
<b>10.1 verfügt über ein Jahresticket /Monatskarten</b>			
<b>10.2 verfügt über Auto/ Mo-ped/Fahrrad</b>			
<b>10.3 verfügt über Führerschein</b>			
<b>10.4 verfügt über Telefon/Handy</b>			
<b>10.5 Sonstiges</b>			

	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen	Datum/Bemerkungen
<b>betrifft:</b>			
<b>10.1 verfügt über ein Jahresticket /Monatskarten</b>			
<b>10.2 verfügt über Auto/ Mo-ped/Fahrrad</b>			
<b>10.3 verfügt über Führerschein</b>			
<b>10.4 verfügt über Telefon/Handy</b>			
<b>10.5 Sonstiges</b>			

### 9.3 Fragebogen für Jugendliche „Was willst du?“

*Fragebogen für Jugendliche eines Stadtbezirkjugendamts in einer westdeutschen Großstadt:*

Was willst du? Wie kannst du das erreichen? Das kannst du gemeinsam mit uns herausfinden. Um dich unterstützen zu können, wollen wir mit dir ins Gespräch kommen. Wir bitten dich deshalb, die folgenden Fragen zu beantworten.

Weshalb kommst du zu uns?

Wenn deine Situation geklärt wäre, was wäre dann anders? Wie würde dein Leben dann aussehen?

Was hast du bisher unternommen, um deine Situation zu ändern?

Was hat dir dabei geholfen? Hat dich jemand unterstützt?

Wie verstehst du dich mit deinen Eltern und Geschwistern?

Wenn du dir noch Unterstützung wünschen könntest, wen würdest du dann ansprechen?

Was kannst du gut?

Was möchtest du lernen?

Beschreibe deine derzeitige schulische oder berufliche Situation?

Was machst du in deiner Freizeit?

Gibt es etwas, was du außerdem gern tun möchtest?

Welche konkreten Vorstellungen hast du, wie du deine Ziele erreichen kannst?

Was könnte dich daran hindern, dein Ziel zu erreichen?

Wie willst du diese Hindernisse überwinden?

Gibt es etwas, was du uns darüber hinaus mitteilen möchtest und was wir von dir wissen sollten?

## 9.4 Materialien Kinderschutz

*Vordrucke eines Jugendamts einer westdeutschen Großstadt*

### A. Prüfbogen bei Vermutung von Kindeswohlgefährdung

laufender Hilfefall  
bisherige Hilfen

erstmaliges Bekannt werden  
am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

auf den Prüfbogen vom \_\_\_\_\_ wird Bezug  
genommen, Bereits vorangegangene Hinweise durch/wegen:  
Veränderungen wurden nachstehend vermerkt

\_\_\_\_\_

**folgende(s) Kind(er) betreffend:**

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Hausbesuch erfolgte am: \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

Meldung vom \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

Angetroffen (Gespräch und Inaugenscheinnahme erfolgte)

Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

das Sorgerecht liegt bei:

..... Kind: \_\_\_\_\_  
..... Kind: \_\_\_\_\_  
..... Kind: \_\_\_\_\_  
.....

Auf die Beiblätter zur Einschätzung des Kindeswohles wird verwiesen.

**Zusammenfassend** ist festzustellen:

- Eine Gefährdung des Kindeswohles war **nicht** festzustellen
- Eine Gefährdung des Kindeswohles war abschließend **nicht auszuschließen**
- Eine Gefährdung des Kindeswohles musste **festgestellt** werden

Sofern Gefährdung nicht auszuschließen ist bzw. festgestellt wurde:

Die Sorgeberechtigten und die Kinder

habe kein Problembewusstsein

bestätigen die aufgezeigten Probleme

Die Sorgeberechtigten sind bereit

angebotene Hilfe anzunehmen

angebotene Hilfe **nicht** anzunehmen

Maßnahmen sind nicht erforderlich

Folgenden Auflagen wurde zugestimmt

(Die Sorgeberechtigten sind zur Zusammenarbeit bereit)

Die Eltern sind nicht bereit, den Auflagen zuzustimmen.

Nachstehende Maßnahmen wurden eingeleitet

## B: Beiblatt zum Prüfbogen bei der Vermutung von Kindeswohlgefährdungen

bezogen auf das Kind \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Äußerliche Rahmenbedingungen:

### Wohnungssituation:

In der Wohnung leben \_\_\_\_ Erwachsene und \_\_\_\_\_ Kinder.

Die Wohnung besteht aus \_\_\_\_ Räumen, Küche, Bad mit ca. \_\_\_\_\_ Gesamtquadratmetern.

Die Wohnung wies folgende Mängel auf:

Ordnung und Hygiene  keine Mängel

folgende Mängel

---

---

Ausstattung/Mobiliar  keine Mängel

folgende Mängel

---

---

Versorgung  keine Mängel

(Strom/Heizung/  folgende Mängel

Wasser/Abwasser)

---

---

**Die Einkommenssituation** ist Gewähr leistet

durch

Erwerbseinkommen

Arbeitslosengeld/Arbeitslosenhilfe

Sonstiges

Sozialhilfe

Sozialhilfeanspruch besteht nicht  wird derzeit geprüft  wird beantragt

ggf. weitere Bemerkungen:

**Die Ernährung**

- ist Gewähr leistet (ausreichend und dem Alter der Kinder entsprechende Nahrungsmittel)
- weist folgende Mängel auf

---

---

---

**Betreuungssituation:**

(Wer versorgt welche Kinder an welchen Tagen/zu welchen Stunden)

---

---

---

**Sonstiges:** (Risikofaktoren):

---

**C: Beiblatt zum Prüfbogen bei der Vermutung von Kindeswohlgefährdungen:**

**bezogen auf das Kind.....geb.**

Körperlicher Zustand Beschreibung (unter Berücksichtigung einer altersgerechten Entwicklung, Vorsorgeuntersuchungen, Name: Kinderarzt):

---

---

---

---

---

- Es bestehen keine Anhaltspunkte für eine Gefährdung
- Es bestehen folgende Anhaltspunkte für eine Gefährdung:

---

---

---

**Schutz- und Sicherheitsbereich**

- Es bestehen keine Anhaltspunkte für eine Gefährdung
- Es bestehen folgende Anhaltspunkte für eine Gefährdung:

---

---

---

---

**Psychischer/seelischer Zustand**

Beschreibung (unter Berücksichtigung einer altersgerechten Entwicklung):

---

---

---

---

---

- Eine Gefährdung des Kindeswohles war **nicht** festzustellen
- Eine Gefährdung des Kindeswohles war abschließend **nicht auszuschließen**
- Eine Gefährdung des Kindeswohles musste **festgestellt** werden:

---



---



---



---



---



---

.....  
 Datum des Hausbesuches der Grundlage für vorstehende Feststellungen war /Unterschrift  
 Sozialarbeiterin

### **D: Vereinbarung zur Grundversorgung und Sicherstellung des Kindeswohls**

#### **Kinder / Jugendlicher:**

Während des heutigen Hausbesuchs / Gesprächs wurden den Kindeseltern / der Kindesmutter / dem Kindesvater vom Jugendamt folgende Auflagen erteilt:

Wir / Ich verpflichte(n) uns / mich folgende nachstehende Bereiche im Interesse der o.g. Kinder zu erledigen.

<b>Sicherung der Grundversorgung und Schutz des Kindes</b>	<b>Die Vereinbarung lautet:</b>	<b>Zu erledigen: Ab - bis</b>
<b>Ernährung des Kindes</b> Regelmäßiges / ausreichendes Essen Entsprechende Nahrungsmittel Regelmäßiges / ausreichendes Trinken		
<b>Angemessene Schlafmöglichkeit</b> Kein Lärm, kein Tabak Eigenes Bett		
<b>Kleidung</b> Witterungsgemäß Saubere Kleidung		
<b>Hygiene</b> Regelmäßig Waschen Ausreichende Körperpflege		
<b>Sicherung der medizinischen Versorgung</b> Vorsorgeheft Impfbuch Arztbesuche Name des Kinderarztes Krankenversicherung		

<b>Betreuung und Aufsicht des Kindes</b>		
<b>Betreuung durch andere Personen</b>		
<b>Nicht alleine lassen</b>		
<b>Keine Gewalt gegen das Kind</b> Körperlich Seelisch Sexuell		
<b>Kein Einsperren des Kindes/ Entführung</b>		

<b>Wohnverhältnisse</b>	<b>Die Vereinbarung lautet:</b>	<b>Zu erledigen: Ab - bis</b>
<b>Anzahl und Größe der Räume</b>		
<b>Ausstattung / Mobiliar</b>		
<b>Versorgung / Entsorgung</b> Heizung Strom Wasser Abwasser Müll		
<b>Hygienische Bedingungen</b> Sauberkeit Ordnung Ungeziefer		
<b>Geräuschpegel / Lärm</b>		
<b>Ausstattung der Kinder</b> Bekleidung Spielzeug Schulbedarf		
<b>Drohende Obdachlosigkeit</b>		
<b>Infrastruktur / Wohnumfeld</b>		

<b>Soziale Situation</b>	<b>Die Vereinbarung lautet:</b>	<b>Zu erledigen: Ab - bis</b>
<b>Finanzielle Situation</b> Umgang mit Geld Schulden		
<b>Privates Netzwerk</b> Kontakte zu Verwandten Freunden Nachbarn		
<b>Punktuell besetzte Netzwerke</b> Gewalt Alkohol Isolation		
<b>Herkunft der Familie</b> Integrationsmöglichkeiten Anpassung		

- Es ist erörtert worden, dass entwürdigende Erziehungsmittel, wie Beschimpfungen und Schläge Kinder schädigen. Sie sind deshalb zu unterlassen.
- Wir / Ich sind / bin bereit, weiter mit dem Jugendamt zusammenzuarbeiten.
- Nächster Hausbesuch / Nächstes Gespräch \_\_\_\_\_
- Wir sind / Ich bin nicht bereit, die oben genannten Auflagen zu akzeptieren.

Sofern Sie dieser Vereinbarung nicht Folge leisten, behält sich das Jugendamt vor, das Kind / die Kinder in Obhut zu nehmen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Jugendamtes