Bayerisches Staatsministerium
für Arbeit und Sozialordnung,
Familie und Frauen

Zentrum Bayern
Familie und Soziales
Bayerisches Landesjugendamt

INSTITUT FÜR
KINDER- UND
JUGENDHILFE

EST!

Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen

Abschlussbericht

Michael Macsenaere, Gabriele Paries & Jens Arnold

Institut für Kinder- und Jugendhilfe (IKJ)

IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH
Saarstr. 1
55122 Mainz

Tel.: 06131 – 94797 - 0
Fax: 06131 – 94797 - 77
eMail: institut@ikj-mainz.de
Internet: www.ikj-mainz.de

Autorinnen und Autoren: Daniela Adams, Jens Arnold, Hans Hillmeier, Joachim Klein, Prof. Dr. Michael Macsenaere, Gabriele Paries, Dr. Kerstin Pschibl, Dr. Klaus Roos, Dr. Robert Sauter, Sigrid Scherer, Birgit Vietzke

Korrektorat und Layout: Dominique Pleimling

Inhaltsverzeichnis

Vorwort Frau Staatsministerin Christine Haderthauer, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 7
Vorwort Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt 8
Vorwort Institut für Kinder- und Jugendhilfe 9

1 Einführung, Ausgangslage und Ziele der Studie 11
Gabriele Paries, Dr. Robert Sauter, Hans Hillmeier, Prof. Dr. Michael Macsenaere
1.1 Chance oder Risiko sozialpädagogischer Diagnosen für die Jugendhilfe 11
1.2 Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen im Hilfeprozess 16
1.3 Aufbau und Struktur der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen 18
1.4 Gründe für eine Evaluation 21

2 Hypothesen 22
Prof. Dr. Michael Macsenaere, Dr. Robert Sauter

3 Methode 24

3.1 Selbstverständnis der Evaluation 24
Prof. Dr. Michael Macsenaere, Daniela Adams

3.2 Untersuchungsdesign 25
Prof. Dr. Michael Macsenaere, Jens Arnold
3.2.1 Untersuchte Hilfeformen 27
3.2.2 Stichprobenumfang 29

3.3 Grundlagen der Evaluation 32
Prof. Dr. Michael Macsenaere, Jens Arnold
3.3.1 Evaluationsdimensionen 32
3.3.2 Ermittlung der Wirkungen der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen 34

3.4 Evaluationsinstrumente 41
Gabriele Paries, Prof. Dr. Michael Macsenaere
3.4.1 Beschreibung der Instrumente 41
3.4.2 Inhalte der Instrumente 43
3.4.3 Zeitpunkte des Einsatzes der Erhebungsinstrumente 49

3.5 Implementierung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen in die Praxis 51
Gabriele Paries, Sigrid Scherer, Birgit Vietzke, Dr. Kerstin Pschibl
3.5.1 Allgemeine Grundsätze 51
3.5.2 Implementierungsprozess 52

3.6 Durchführung der Untersuchung 56
Gabriele Paries, Prof. Dr. Michael Macsenaere

3.7 An der Untersuchung teilnehmende Jugendämter 62
Gabriele Paries

3.8 Stichprobe 63
Joachim Klein, Jens Arnold
3.8.1 Rücklaufquoten und „drop-out“ 63
3.8.2 Stichprobenbeschreibung 64
3.8.3 Anmerkungen zur Repräsentativität der Studie 71

3.9 Vergleichbarkeit von Kontroll- und Experimentalgruppe 73
Joachim Klein, Jens Arnold

4 Ergebnisse 77
4.1 Sind die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen ein Instrument, mit dem Jugendämter zuverlässige Diagnosen stellen können? 77
Jens Arnold
4.1.1 Testtheoretische Analyse 77
4.1.2 Qualitative Rückmeldungen der Anwender 87
4.1.3 Fazit: Zuverlässigkeit der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen 96

4.2 Alltagstauglichkeit der Tabellen 97
Gabriele Paries, Jens Arnold
4.2.1 Allgemeine Anwendungsmerkmale im Vergleich der Untersuchungsgruppen ... 97
4.2.2 Spezielle Befunde zur Anwendung und Handhabung der Diagnose-Tabellen . 101
4.2.3 Fazit: Alltagstauglichkeit der Diagnose-Tabellen 103

4.3 Eignung der ausgewählten Hilfen 104
Jens Arnold
4.3.1 Rekonstruktion der durch die Diagnose-Tabellen vermittelten Merkmale der Hilfeentscheidung 105
4.3.2 Zuweisungsqualität im Vergleich der Untersuchungsgruppen 118
4.3.3 Eignung der ausgewählten Hilfen: Fazit 126

4.4 Die untersuchten bayerischen Hilfeverläufe im Vergleich zur gesamten Bundesrepublik 128
Prof. Dr. Michael Macsenaere

4.5 Effektivität der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen 131
Jens Arnold, Prof. Dr. Michael Macsenaere
4.5.1 Gesamteffektivität 131
4.5.2 Gesamteffektivität im Vergleich der Hilfetypen 133
4.5.3 Gesamteffektivität im Vergleich der Hilfearten 140
4.5.4 Reduzierung von wirkungslosen oder sogar kontraproduktiven Hilfeentscheidungen 144
4.5.5 Welche Sichtweisen wurden bei der Bestimmung der Gesamteffektivität berücksichtigt? 146
4.5.6 Effektivität aus unabhängiger Expertensicht 148
4.5.7 Effektivität aus Leistungserbringersicht 150
4.5.8 Effektivität aus Jugendamtssicht 151
4.5.9 Effektivität („effects“): Fazit 152

4.6 Zufriedenheit der Beteiligten 153
Jens Arnold
4.6.1 Zufriedenheit des jungen Menschen 154
4.6.2 Zufriedenheit des jungen Menschen nach Hilfetyp 155
4.6.3 Zufriedenheit des jungen Menschen nach Hilfeart 159
4.6.4 Zufriedenheit der Sorgeberechtigten 161
4.6.5 Zufriedenheit der Sorgeberechtigten nach Hilfetyp 162
4.6.6 Zufriedenheit der Sorgeberechtigten nach Hilfeart 166
4.6.7 Zufriedenheit der wesentlichen Hilfeadressaten: Fazit 168

4.7 In welchem Zusammenhang stehen die verschiedenen Sichtweisen der Beteiligten? 170
Jens Arnold

4.8 Begünstigt der Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen eine effizientere Jugendhilfe? 173
Prof. Dr. Michael Macsenaere, Jens Arnold, Dr. Klaus Roos
4.8.1 Kosten 175
4.8.2 Nutzen-Kosten-Differenzen 179
4.8.3 Häufigkeit von Anschlusshilfen 184
4.8.4 Effizienz: Fazit 185

4.9 Einfluss der Wirkfaktoren Partizipation und Kooperation 186
Jens Arnold
4.9.1 Partizipation und Kooperation aus Sicht des Jugendamts 187
4.9.2 Kooperation und Partizipation aus unmittelbarer Sicht der Hilfeadressaten 194
4.9.3 Partizipation und Kooperation: Fazit 198

4.10 Sonstige Einflussfaktoren 200
Jens Arnold
4.10.1 Allgemeine Strukturmerkmale der Jugendämter 201
4.10.2 Spezielle Strukturmerkmale: Berufserfahrung 203
4.10.3 Prozessebene: Grundlage der Bedarfsfeststellung 205
4.10.4 Prozessebene: Überwiegende Grundlage des Hilfevorschlags 206
4.10.5 Prozessebene: Beendete vs. noch laufende Hilfeprozesse 208
4.10.6 Prozessebene: Art der Beendigung der Hilfen 212
4.10.7 Geschlecht der jungen Menschen 214
4.10.8 Alter der jungen Menschen bei Hilfebeginn 214
4.10.9 Sonstige Einflussfaktoren: Fazit 215

4.11 Welche Hypothesen werden bestätigt? 216
Prof. Dr. Michael Macsenaere

5 Folgerungen und Ausblick **217**
Prof. Dr. Michael Macsenaere, Hans Hillmeier, Gabriele Paries, Dr. Kerstin Pschibl
5.1 Konsequenzen für Hilfeplanung und Praxis 217
5.2 Konsequenzen für Ausbildung und Fortbildung 219
5.3 Konsequenzen für die Forschung in der Kinder- und Jugendhilfe 220
5.4 Empfehlungen für die Optimierung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen 222
5.5 Die zukünftigen Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen 225
5.6 Kritikpunkte und Lösungsvorschläge 226
5.6.1 Praktikabilität 226
5.6.2 Inhalte 228
5.6.3 Darstellungsformen 230
5.6.4 Weitere Perspektiven 231
5.7 Die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen in der Chronologie des Hilfeplanverfahrens 233

6 Zusammenfassung 243
Prof. Dr. Michael Macsenaere

Literatur 245

Weiterführende Literatur 253

Anlagen 267
Birgit Vietzke, Sigrid Scherer, Gabriele Paries, Dr. Kerstin Pschibl, Hans Hillmeier
A Aufstellung der beteiligten Jugendämter 267
B Kosten der Hilfen zur Erziehung 328
C Gliederung einer optimierten Fassung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen 330
D Mitgliederverzeichnis Projektbeirat „Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen“ 348
E Mitgliederverzeichnis Steuerungsgruppe 350

Vorwort

Jungen Menschen und ihren Familien zur richtigen Zeit die richtige Hilfe zu gewähren, ist die vornehmste und wesentlichste Aufgabe der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe. Wie die Zahlen der Kinder- und Jugendhilfestatistik zeigen, erfüllen die bayerischen Jugendämter ihren Auftrag umfassend. Im Verhältnis zu 2001 ist die Anzahl der gewährten ambulanten Hilfen zur Erziehung in Form von Erziehungsberatung, Sozialer Gruppenarbeit, Erziehungsbeistandschaft und Sozialpädagogischer Familienhilfe in 2006 um 16,77 % gestiegen, die Zahl der Inobhutnahmen um 7,09 %. Insbesondere die letztgenannte Entwicklung macht deutlich, dass der erweiterte Schutzauftrag gemäß § 8 a SGB VIII in der Praxis konkrete Auswirkungen hat. Gleichzeitig ist dieser Anstieg der Fallzahlen und damit auch der Kosten - beachtlichen 543 Mio. € in 2006 - im Bereich der Hilfen zur Erziehung insgesamt auch als Signal zu werten, dass es weiterhin erforderlich ist, das Erreichen der beabsichtigten Ziele zu beobachten und zu prüfen. Dieses Signal haben das Sozialministerium und das Bayerische Landesjugendamt mit EST!, der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnosetabellen, aufgegriffen. Mit der Durchführung wurde das IKJ -Institut für Kinder- und Jugendhilfe beauftragt. Besonders hervorzuheben ist, dass die Studie mit einem Vergleichsgruppendesign durchgeführt wurde, einer außergewöhnlichen Verfahrensweise, die - wie die Berichtsverfasser es nennen - „den Mut des Auftraggebers" zeigt, Innovationen einer solch kritischen Schau zu unterziehen. Die der Praxis an die Hand gegebenen Empfehlungen zur Sozialpädagogischen Diagnose kamen auf den Prüfstand, um die Kinder- und Jugendhilfe weiter zu entwickeln. Ihr Potential und dessen Umfang wurden, obwohl sie in enger Zusammenarbeit mit erfahrenen Praktikerinnen und Praktikern entwickelt worden waren, ergänzend von wissenschaftlicher Seite überprüft. Lange bevor auf Bundesebene die „Wirkungsorientierte Steuerung" entdeckt wurde, war das Projektvorhaben EST! in Bayern geboren.

Die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen haben nach meiner Überzeugung das Potential, bei der Durchsetzung der unverzichtbaren Standards im Diskurs nicht nur unter Fachleuten, sondern auch mit leistungsberechtigten Bürgerinnen und Bürgern sowie mit Politik und im Rechtsstreit die Fachlichkeit von Entscheidungen zu untermauern. Diese Einschätzung hat das Evaluationsprojekt bestätigt. Jetzt gilt es, die Erkenntnisse und Ergebnisse in der Praxis umzusetzen. Die kommunalen Jugendbehörden können sich dabei der Unterstützung meines Hauses sicher sein.

Christine Haderthauer
Bayerische Staatsministerin für Arbeit und
Sozialordnung, Familie und Frauen

Vorwort – ZBFS Bayerisches Landesjugendamt

In Zusammenarbeit mit erfahrenen Fachkräften der Bezirkssozialarbeit und nach Konsultation wissenschaftlicher Experten aus unterschiedlichen Disziplinen hatte das Bayerische Landesjugendamt 2001 die Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs „Sozialpädagogische Diagnose“ herausgegeben. Kernstück waren Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen, die eine zunächst qualitative, aber systematische Erhebung von Merkmalen im Erleben und Handeln des betreffenden jungen Menschen und bezüglich der Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen in der Familie ermöglichen. Eine grundsätzliche Gegenüberstellung von Risiken und Ressourcen sollte eine zusammenfassende Feststellung des erzieherischen Bedarfs gemäß § 27 SGB VIII und damit eine fachliche Begründung für die Gewährung einer Hilfe zur Erziehung gemäß §§ 28 ff. SGB VIII unterstützen und dokumentieren. Akzeptanz und Anwendungspraxis dieser Form sozialpädagogischer Diagnose waren allerdings damals noch weitestgehend unbekannt. Der Fokus Kinderschutz stand noch nicht so spektakulär im Vordergrund.

Um die Implementierung der Arbeitshilfe zu unterstützen, die Wirkungen im Sinne einer Qualitätsentwicklung in der Erziehungshilfe, hier zur Optimierung der Hilfeplanung und einer zeit- und zielgerichteten Leistungserbringung zu prüfen und anwendungsbezogene Fragen zu klären, wurde gleichzeitig diese Evaluationsstudie konzipiert und mit dem Design dieses Forschungsprojekts ebenfalls Neuland in der Kinder- und Jugendhilfe beschritten.

Gesamtverantwortung und Steuerung des Projekts lagen beim Bayerischen Landesjugendamt. Als Kooperationspartner auf der Forschungsebene konnte mit dem Institut für Kinder- und Jugendhilfe in Mainz ein renommiertes und gerade auch in der empirischen Sozialforschung versiertes Institut gewonnen werden. Die Zusammenarbeit mit dem Direktor des Instituts, Prof. Dr. Michael Macsenaere, sowie mit Gabriele Paries und Jens Arnold, war in jeder Hinsicht ebenso anspruchsvoll wie Gewinn bringend. Maßgeblich für den erfolgreichen Projektverlauf über lange fünf Jahre war das Engagement der Fachkräfte in den beteiligten Jugendämtern: das Amt für Jugend und Familie Ansbach, das Amt für Jugend und Familie Augsburg-Land, das Stadtjugendamt Bamberg, der Allgemeine Soziale Dienst Nürnberg-Langwasser, das Amt für Familie und Jugend Eichstätt, das Amt für Jugend und Familie Freising, das Kreisjugendamt Garmisch-Partenkirchen, das Amt für Jugend und Familie Miesbach, das Kreisjugendamt Miltenberg, das Amt für Jugend und Familie Regensburg und das Kreisjugendamt Regensburg. Mit Unterstützung durch die „Standort“-Mitarbeiterinnen Birgit Vietzke und Sigrid Scherer haben sie umfassende Einblicke in ihre schwierige Arbeit gewährt und die umfangreichen Erhebungen erst möglich gemacht. Ihnen sei an dieser Stelle besonders ausdrücklich gedankt.

Mit der Veröffentlichung der wissenschaftlichen Evaluation wird ein Beitrag zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe vorgelegt, dem eine lebhafte, auch kontroverse Fachdiskussion zu wünschen ist. Noch wichtiger ist, dass die Ergebnisse nach vorbereitender Mitwirkung durch die Projektkoordinatorin Dr. Kerstin Pschibl, praktisch zeitgleich von Hans Hillmeier und Gertraud Huber in eine revidierte, nun eben evaluierte Fassung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen eingearbeitet wurden: sie stehen der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe in einer eigenen Publikation zur Verfügung.

Dr. Robert Sauter
Leiter des Bayerischen Landesjugendamts
im Zentrum Bayern Familie und Soziales

Vorwort – Institut für Kinder- und Jugendhilfe

Das Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt[1] hat 2001 eine Arbeitshilfe für die Praxis der Jugendämter und für Einrichtungen und Dienste der Jugendhilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs im Aufgabenbereich der Hilfen zur Erziehung veröffentlicht: die „Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen". Erarbeitet wurden die Diagnose-Tabellen vom ZBFS in einem einjährigen Entwicklungsprozess mit Fachkräften aus verschiedenen Praxisfeldern, insbesondere der Bezirkssozialarbeit, mit Wissenschaftlern und Fachärzten.[2] Bevor die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen zu einem Standardverfahren in der Jugendhilfepraxis werden können, hat sich das ZBFS entschlossen, die Diagnose-Tabellen und deren Anwendung in einer aufwendigen Studie zu evaluieren. Die „**E**valuation der **S**ozialpädagogischen Diagnose-**T**abellen – **EST!**" wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen finanziert. Durchgeführt wurde die Evaluationsstudie in exemplarisch ausgewählten Jugendämtern im Freistaat Bayern mit einer Laufzeit von insgesamt fünf Jahren vom 1. April 2003 bis 31. März 2008.

Diese umfangreiche Evaluation realisieren zu können, war nur mit dem großen Engagement der Jugendämter und hier der fallverantwortlichen Mitarbeiter möglich. Wir danken deshalb ausdrücklich allen beteiligten Fachkräften auch in den Einrichtungen der Erziehungshilfe und nicht zuletzt den Kindern, Jugendlichen und Eltern, die uns erlaubt haben, diese Studie durchzuführen und selbst an der Befragung teilnahmen.

Wir danken auch der Steuerungsgruppe und dem Projektbeirat für ihre Unterstützung und konstruktive Begleitung während der gesamten Laufzeit des Projekts. Auf dieser Grundlage war es möglich, dieses lange und überaus komplexe Vorhaben planmäßig durchzuführen und abzuschließen.

Der vorliegende Abschlussbericht gliedert sich in vier Teile: Zu Beginn erfolgt in Abschnitt 1 und 2 eine Beschreibung der Ausgangslage, Ziele und Hypothesen der Studie. Dabei wird insbesondere der Untersuchungsgegenstand, die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen, einführend erläutert. In Abschnitt 3 wird das methodische Vorgehen der Evaluation dargestellt. Hier finden sich Informationen zu dem Untersuchungsdesign, den einbezogenen Hilfearten, der Stichprobe, den eingesetzten Evaluationsinstrumenten und der Implementierung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen in die Praxis. Den umfangreichsten Teil des Berichtes stellt Abschnitt 4 mit der Darstellung der zentralen Ergebnisse dar. Zur besseren Lesbarkeit wurde dieser Abschnitt in zehn separate Ergebnisteile untergliedert, die jeweils mit einem zusammenfassenden „Fazit" enden. Der Bogen spannt sich von der Zuverlässigkeit (4.1) und Alltagstauglichkeit (4.2) der Tabellen über die Zuweisungsqualität (4.3) bis hin zu der Effektivität (4.5) und Effizienz (4.8) der untersuchten Hilfen. Dabei werden mehrere und zum Teil sich unterscheidende Sichtweisen gegenübergestellt (4.6 und 4.7). Da mit der Untersuchung eine „Black-Box-Evaluation" vermieden werden sollte, werden in Abschnitt 4.9 und 4.10 die zentralen Wirkfaktoren beschrieben. Zudem erfolgt ein Effektivitätsvergleich der evaluierten bayerischen Hilfen mit bundesdeutschen Hilfen zur Erziehung (4.4). In Abschnitt 5 werden abschließend die wesentlichen Schlussfolgerungen aus der Evaluation gebündelt.

---

[1] Im Folgenden wird das Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt mit dem Kürzel ZBFS benannt.

[2] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden durchgängig die männliche Form verwendet. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Darauf aufbauend werden Empfehlungen und ein Entwurf für eine zukünftige sozialpädagogische Diagnostik im Jugendamt vorgestellt. Der Bericht wird komplettiert durch eine Zusammenfassung, durch die Verzeichnisse der zitierten und der weiterführenden Literatur und durch einen mehrfach gegliederten Anhang, aus dem die unterschiedlichen Verfahrensweisen der beteiligten Jugendämter ersichtlich werden.

Wir wünschen Ihnen eine fachlich anregende Lektüre.

Ihr Institut für Kinder- und Jugendhilfe

Prof. Dr. Michael Macsenaere

1 Einführung, Ausgangslage und Ziele der Studie

1.1 Chance oder Risiko sozialpädagogischer Diagnosen für die Jugendhilfe

Die Kinder- und Jugendhilfe und insbesondere der Bereich der Hilfen zur Erziehung befindet sich nach wie vor unter einem starken Legitimationsdruck. Dabei ist die Arbeit der Jugendämter immer wieder öffentlicher Kritik ausgesetzt. Zum einen werden die hohen Kosten angeführt und zum anderen die skandalisierten Fälle, bei denen Kinder zu Tode kommen, ohne dass das Jugendamt dies verhindern konnte.

Betrachtet man die Kosten der Hilfen zur Erziehung in Bayern im Jahre 2006, so lagen diese immerhin bei 543 Mio. Euro; der Zusammenhang zwischen Aufwand und Ertrag kann dabei nicht ohne Weiteres plausibel gemacht werden. Seit dem Jahr 2001 sind die Hilfen nach §§ 27ff. SGB VIII in Bayern von 58.653 auf insgesamt 65.273 angestiegen. Betrachtet man die Hilfearten separat, dann ist eine Zunahme im Verhältnis zu 2001 insbesondere bei den familienunterstützenden Hilfen um 16,77% zu verzeichnen. Die Zahl der Inobhutnahmen stieg im gleichen Zeitraum um 7,09%. Hingegen haben die Hilfen nach § 34 SGB VIII (Heimerziehung) im Zeitraum von 2001 bis 2006 von ca. 8.190 um rund 1000 Fälle auf ca. 7.150 abgenommen. Dies entspricht auch dem Bundestrend (vergleiche Anlage B).

Es drängt sich die Frage auf, nach welchen Kriterien die Hilfen zur Erziehung gewährt werden und vor welchem Hintergrund sich die Praxis der Hilfeentscheidung und Gewährung ändert.

Gleichzeitig stehen die skandalträchtigen Ereignisse wie die Fälle in Bremen oder Schwerin im Vordergrund medialer Berichterstattung und setzen damit die Arbeit der Jugendämter öffentlicher Kritik aus. Jugendämter müssen deshalb zunehmend ihre Arbeit und ihre Entscheidungspraxis transparent und gegebenenfalls auch gerichtsverwertbar gestalten. Sozialarbeit geht damit über den individuellen fachlichen Anspruch nach einer „richtigen“ Entscheidung hinaus und muss sich vor allem als rechtlich normiertes Verwaltungshandeln darstellen. Es muss ein nachvollziehbarer und begründeter fachlicher Standpunkt eingenommen werden, der auf möglichst objektivierbaren Kriterien basiert.

Angesichts einer Vielzahl von Kindern, die sich in einer ausgesprochen belasteten und gefährdeten Lebenslage in unserer Gesellschaft befinden, wächst die Notwendigkeit einer hochqualifizierten und effektiven Jugendhilfe, die in der Lage ist, frühzeitig, angemessen und nachhaltig auf diese Problematik zu reagieren.

Sichtbar werden die Gefährdungen der jungen Menschen, wenn sie die Schule verweigern oder gar von der Schule ausgeschlossen werden, wenn sie in die Kriminalität abrutschen oder sich mit Drogen der Realität entziehen. Das Jugendamt wird mit zur Verantwortung gezogen, wenn es die Gefährdungen nicht verhindern kann, wenn Kinder in ihren eigenen Familien oder Pflegefamilien misshandelt werden oder gar zu Tode kommen.

Zum 1. Oktober 2005 wurde der § 8a in das SGB VIII eingefügt und damit der Schutzauftrag des Jugendamts verstärkt. Er verpflichtet das Jugendamt Gefährdungsrisiken im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen. Diese Einschätzung der Kindeswohlgefährdung kann nicht alleine auf dem Erfahrungshintergrund der Fachkräfte erfolgen, sondern muss nach einem standardisierten Verfahren unter Anwendung definierter Gefährdungsmerkmale erfolgen.

Die Bezirkssozialarbeit bewegt sich damit im Spannungsfeld von Elternrecht und Kinderschutz, von Nähe und Distanz sowie von Hilfe und Kontrolle.

Um die Lebenslage der jungen Menschen und ihrer Familie, ihre psychosoziale Belastung und den daraus resultierenden Hilfebedarf qualifiziert einschätzen zu können, bedarf es einer Eingangsdiagnostik. Und obwohl der Begriff der Diagnose in der sozialen Arbeit schon eine lange Tradition hat, die auf Mary Richmond und Alice Salomon zurückzuführen ist, wird bis heute heftig um diesen Begriff gerungen. Dabei geht es nicht alleine um die semantische Begrifflichkeit, sondern um die dahinter stehenden Inhalte.

Dem klassischen Diagnoseverständnis folgen Viola Harnach-Beck (1995, 1998, 1999, 2003) und Maja Heiner (2004, 2005) mit ihrer „Psychosozialen Diagnostik“, welche in Grundzügen an die Expertendiagnostik der Medizin oder Psychotherapie angelehnt ist.

Kritiker assoziieren mit dem Begriff der „Diagnose“ einen naturwissenschaftlich-medizinischen Ansatz, der ihrer Meinung nach die Anwender nur scheinbar befähige, „objektives Expertenwissen“ einzusetzen, um Symptome abweichenden Verhaltens zu diagnostizieren.

Andere Kritiker wie Merchel (1999, 2003) lehnen den Begriff der Diagnose ab, da damit der spezifisch sozialpädagogische, fallbezogene Erkennens- und Verstehensprozess nicht erfasst werden kann. Nach Merchel hat „jede Diagnose Hypothesencharakter mit einem strukturell bedingten Anteil an Irrtumswahrscheinlichkeit“ und der Adressat bleibt letztlich im Status des „Datenlieferanten“.

Die „sozialpädagogisch-hermeneutische Diagnose“, u.a. nach Uhlendorff (1994, 1997, 2001, 2002, 2003a, 2003b, 2004a, 2004b; Uhlendorff & Cinkl, 2003), ist ein biografisch-rekonstruktives Vorgehen. In einem aufwendigen Verfahren werden subjektive Prozesse und Lebensmuster des jungen Menschen mit ihm gemeinsam rekonstruiert und in einem „Aushandlungsprozess“ zwischen Sozialpädagogen und jungem Menschen ausgewertet.

Schrapper (2003a, 2003b, 2004) verwendet den Begriff „Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen“ für sein „beziehungsanalytisch-inszenierendes Verfahren“, das die Bearbeitung der Fallanalyse im Team und die Identifizierung mit den im Fall handelnden Personen in den Mittelpunkt stellt.

Das ZBFS definierte bereits vor der Entwicklung der Diagnose-Tabellen den Begriff Diagnostik wie folgt:

Diagnostik in der Jugendhilfe bezieht sich vor allem nicht nur auf Schwächen, Defizite und Entwicklungsverzögerungen, sondern wirft den Blick auf Ressourcen, die Stärken und Entwicklungspotenziale des jungen Menschen und seiner Familie. Sie will beschreiben und muss benennen, sie soll aber nicht verurteilen und ausgrenzen. Sie bemüht sich folglich um eine Sprache, die nicht abwertet oder verletzt. Diagnostik muss ordnen, verkürzen, die Vielfalt von Informationen auf das Wesentliche reduzieren, ohne das komplexe Bedingungs- und Beziehungsgefüge menschlichen Erlebens, Handelns und Zusammenlebens außer Acht zu lassen. Vom Verfahren und vom Verständnis her muss sie alltagstauglich und praktikabel sein. Sie bemüht sich um Intersubjektivität, Zuverlässigkeit, Gültigkeit und Nachvollziehbarkeit sowie Transparenz und Klarheit ihrer Aussage.

Diagnostik in der Jugendhilfe ist nicht nur ein Akt aufgabenbezogenen Erkenntnisgewinns, sondern wirkt verändernd bereits von Anfang an (vgl. Hillmeier 1998)

Weitere Informationen zur sozialpädagogischen Diagnostik bzw. Diagnostik allgemein finden sich bei Ader, Schrapper und Thiesmeier (2001), dem Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge (2005), Döpfner und Esser (2004), Hinte (1994), Mollenhauer und Uhlendorff (2000), Mollenhauer und Uhlendorff (2004), Peters (2002), Rauschenbauch, Ortmann und Karsten (2000), Schreiber (2003), Schrödter (2003), Staub-Bernasconi (2003), Textor (1995), Urban (2004) sowie bei dem Verein für Kommunalwissenschaften (2005).

Vor dem Hintergrund dieser Debatte hat das ZBFS vor Beginn der Entwicklung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen Ausgangslagen in vier Problembereichen beschrieben und analysiert, um zu klären, welchen Anforderungen eine sozialpädagogische Diagnostik – angewandt im Jugendamt im Bereich der Hilfen zur Erziehung – genügen muss (Hillmeier, 1998):

1. Aus zahlreichen Untersuchungen wird deutlich, dass die Entscheidung für eine bestimmte Hilfe zur Erziehung aus dem Leistungskanon des SGB VIII in der Regel nicht ausreichend auf einer transparenten, systematischen und unabhängig von individuellen Präferenzen der beteiligten Fachkräfte erstellten Diagnose beruht. Daraus ergeben sich Schwierigkeiten, wenn „Intersubjektivität“ bei Wechsel der Zuständigkeit und bei Beteiligung mehrerer Fachkräfte herzustellen ist.
2. Immer wieder treten problematische Fälle auf, die auch die Medien in spektakulärer Weise publizieren. Der Jugendhilfe wird vorgeworfen, dass gravierende Fehlentwicklungen von Kindern und Jugendlichen bei frühzeitiger oder stimmiger Intervention vermeidbar gewesen wären. Gegen die Jugendhilfe eingeleitete staatsanwaltliche Ermittlungen und Strafverfahren erfordern ein systematisiertes, transparentes und nachvollziehbares Handeln der sozialpädagogischen Fachkräfte. Die Jugendhilfe muss ihrer „Garantenstellung“ gerecht werden und somit in der Lage sein, vorhandene Risiken frühzeitig zu erkennen und entsprechende Hilfen einzusetzen.
3. Die öffentlichen Träger der Jugendhilfe sehen sich mit überdurchschnittlich gestiegenen Ausgaben konfrontiert und neigen vor diesem Hintergrund zu vermeintlicher Kostenvermeidung, indem sie z.B. „teure“ Heimunterbringung durch „billigere“ Hilfen ersetzen. Die kostengünstigste Hilfe ist aber die, die am besten geeignet ist, Erziehungs- und Entwicklungsauffälligkeiten des jungen Menschen zu beheben und dabei das familiäre und soziale Umfeld mit einbezieht. Deshalb muss ein diagnostisches Instrumentarium sowohl die individuellen als auch die familiären und sozialen Risiken und Ressourcen des jungen Menschen systematisch erfassen und in eine entsprechende Interventionsplanung aufnehmen.
4. Das Handlungswissen der sozialpädagogischen Fachkräfte in der Jugendhilfe ist in der Lage, einen Zusammenhang zwischen beobachtbaren erzieherischen Defiziten oder Entwicklungsproblemen und dem Risiko verfestigter dissozialer Entwicklung herzustellen. Außerdem besteht eine hohe Übereinstimmung der Sozialwissenschaften hinsichtlich der Risikofaktoren des Aufwachsens von jungen Menschen. Auf dieser Grundlage ist die Entwicklung eines sozialpädagogischen Diagnoseverfahrens erst möglich.

Die Schlussfolgerungen aus der Analyse der Ausgangslagen sind in die Entwicklung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen eingeflossen und werden vom ZBFS wie folgt beschrieben:

Die Handlungssicherheit der Fachkräfte bei der Gewährung der Hilfen zur Erziehung muss durch eine sozialpädagogische Diagnostik erhöht bzw. Unsicherheiten müssen weitgehend reduziert und das individuelle Risiko der Fachkräfte begrenzt werden.

Außerdem benötigt der Bezirkssozialarbeiter fachliche Kenntnisse und Hinweise, mit deren Hilfe er in der Lage sein soll, eine mögliche akute Kindeswohlgefährdung zu erkennen. Er muss wissen, worauf er beim Vorfinden einer Situation achten soll, welche Indikatoren auf eine akute Kindeswohlgefährdung hinweisen und wie die Situation prognostisch bewertet werden kann. Zum Thema vgl. auch Sauter (2006), Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V. (2002), Deutscher Städtetag (2003), Münder et al. (2006) sowie Münder, Mutke und Schone (1998).

Die Diagnose muss es ermöglichen, zukunftsgerichtete Handlungsperspektiven zu eröffnen. Dazu ist es erforderlich, ein einheitliches Verfahren in den Jugendämtern aufzubauen, das auch bis zu einem gewissen Grad überprüfbar ist.

Gleichzeitig muss die Eingangsdiagnostik eine effektive, ausführliche und differenzierte Feststellung des Hilfebedarfs bei Kindern und Jugendlichen ermöglichen und das Hilfeplanverfahren für alle Beteiligten transparenter und verständlicher gestalten (vgl. Becker, 1999; Landesjugendamt Westfalen-Lippe, 2003).

Der Bezirkssozialarbeiter will und muss sich bei der Feststellung des Hilfebedarfs von Kindern und Jugendlichen möglichst sicher sein, die richtige Entscheidung getroffen zu haben. Er braucht die Gewissheit, nichts Wichtiges übersehen, alle relevanten Aspekte eines Falles, teilweise im fachlichen Austausch mit Kollegen, beleuchtet, auf der Basis dieser Informationen das Bestmögliche für das Kind bzw. den Jugendlichen getan und nach den „Regeln der fachlichen Kunst“ gearbeitet zu haben.

Darüber hinaus muss er eine „sorgfältige“ Fall-Dokumentation vorlegen, die seine Entscheidung umfassend begründet und gegenüber den Betroffenen, den Kollegen und anderen Fachkräften, gegebenenfalls auch gegenüber einem Verwaltungsgericht, legitimiert.

Und er benötigt die Sicherheit, dass sein Klient auch im weiteren Fallverlauf „in guten Händen“ bleibt, dass die Informationen so klar und objektiv wie irgend möglich sind und bei der Fallübergabe an die leistungerbringende Stelle oder auch bei Zuständigkeitswechsel von anderen „richtig“ verstanden werden.

Mit diesem Anspruch sind die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen im Jahr 2001 veröffentlicht worden (Bayerisches Landesjugendamt, 2001). Sie stellen zunächst kein allgemeingültiges diagnostisches Verfahren dar, das in allen Feldern der Sozialpädagogik einsetzbar ist: Sie sollen gezielt zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs im Bereich der Hilfen zur Erziehung gemäß § 27 SGB VIII von den Bezirkssozialarbeitern im Jugendamt genutzt werden. Sie können auch im Dialog mit dem jungen Menschen, den Sorgeberechtigten oder dritten Personen erarbeitet werden. Die Kritik, dass der junge Mensch zum „Datenlieferanten“ degradiert wird, trifft nicht zu. So wird dem „Klienten“ nach dem Einsatz der Diagnose-Tabellen auch kein „Behandlungsplan“ vorgegeben, den er einzuhalten hat, sondern das

Material der Diagnose-Tabellen kann die Grundlage für den Aushandlungsprozess zwischen dem jungen Menschen und der Fachkraft sein.

Im Verfahren der Hilfeentscheidung im Jugendamt können die Diagnose-Tabellen eine Grundlage für eine kollegiale Fallbesprechung im Team oder für die Hilfekonferenz (Entscheidungsgremium) bieten. Sie eignen sich also auch als Gegenstand für Gruppenberatungen, allerdings nicht im Sinne von Schrappers beziehungsanalytisch-inszenierendem Verfahren. Trotzdem können die Diagnose-Tabellen zu einem umfassenderen und systematisierten Fallverstehen in der Jugendamtspraxis beitragen.

Vorgeschlagen wird ein Standardverfahren für die Eingangsdiagnose, das eine effektive, ausführliche und differenzierte Feststellung des individuellen Hilfebedarfs bei Kindern und Jugendlichen ermöglicht und gleichzeitig das Hilfeplanverfahren für alle Beteiligten transparenter und verständlicher machen soll.

Der Bezirkssozialarbeit wird damit ein strukturierendes Instrumentarium für die Eingangsdiagnostik im Vorfeld der Hilfen zur Erziehung nach §§ 27ff. SGB VIII zur Verfügung gestellt.

Zusammengefasst geht es dabei um …

- eine möglichst effektive, ausführliche und differenzierte Feststellung des Hilfebedarfs,
- die Schaffung eines allgemein anerkannten fachlichen Standards,
- Transparenz – vor allem auch an den Schnittstellen,
- Legitimation – im Zweifelsfall sogar im Rahmen einer verwaltungsgerichtlichen Überprüfung,
- einen Beitrag zum „intelligenten“ Sparen, d.h. um die Wahl einer Hilfe, die am besten für den jungen Menschen geeignet, sachgerecht und damit letztlich kostengünstig ist.
- die Schaffung einer Grundlage für die Feststellung und Beurteilung von Veränderungen

Die Ansprüche an Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe sind hoch. Das Ergebnis einer, wie es im Amtsdeutsch heißt, Prüfung der Leistungstatbestandsvoraussetzungen gemäß § 27 SGB VIII entscheidet nicht nur über den Einsatz finanzieller Mittel, sondern über das Schicksal von Kindern und Familien (Hillmeier, 2002).

1.2 Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen im Hilfeprozess

Die Einbettung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen in den Hilfeprozess stellt eine wichtige Voraussetzung dar, um einen effektiven Einsatz zu gewährleisten.

Mit dem Ablaufschema von Harnach-Beck (2003; s. Abbildung 1) verdeutlicht das ZBFS an welcher Stelle des Hilfeprozesses die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen in der Praxis der Jugendämter verortet werden sollen.

Das Ablaufschema ist in drei Hauptphasen untergliedert:

Phase 1: Problemsichtung und Beratung:

Geklärt werden in dieser Phase die Probleme der Familie, ihre Erziehungsaufgabe zu erfüllen, die Zuständigkeit des Jugendamts, die Kindeswohlgefährdung und die Entscheidung der Sorgeberechtigten für eine Hilfe zur Erziehung. Die Phase endet mit der Antragstellung.

Phase 2: Klärung der individuellen Situation und Entscheidung über die Hilfe:

Eingeleitet wird diese Phase mit der genauen Klärung des erzieherischen Bedarfs. Hier setzen die Diagnose-Tabellen an. Sie sollen ein standardisiertes Verfahren zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs bieten. Es folgt der daraus vom Jugendamt abgeleitete Vorschlag der Hilfe und abschließend der Hilfebescheid einschließlich des Hilfeplans.

Phase 3: Erbringung der Hilfe und Rückmeldung über den Hilfeverlauf:

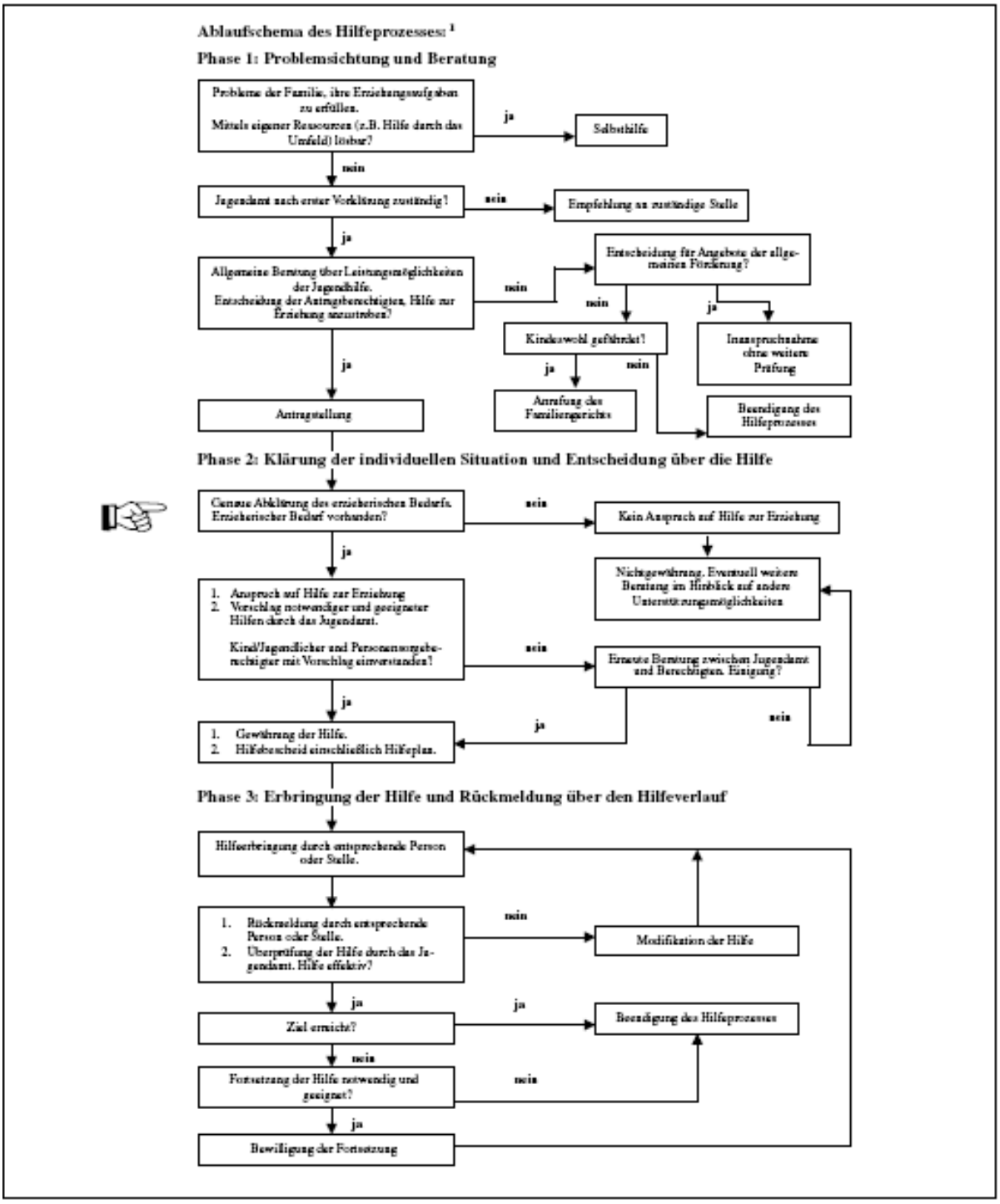
Die Umsetzung der Hilfe durch den Leistungserbringer steht im Mittelpunkt dieser Phase. Durch die Rückmeldung über den Hilfeverlauf und die Zielerreichung wird dann über die Bewilligung einer (modifizierten) Fortsetzung der Hilfe vom Jugendamt entschieden.

Der Einsatz der Diagnose-Tabellen zu Beginn der 2. Phase schließt mit einer zusammenfassenden Feststellung des erzieherischen Bedarfs gemäß § 27 SGB VIII ab. Hierzu hat das ZBFS einen entsprechenden Vordruck entwickelt. Dieser Vordruck fasst auf einen Blick die notwendigen Eckdaten zusammen und dokumentiert damit die Voraussetzungen für den Leistungstatbestand gemäß § 27 SGB VIII.

Sicherlich bietet das Ablaufschema einen idealtypischen Hilfeprozessverlauf, der in der Praxis in seiner Stringenz kaum einzuhalten ist. Dennoch verdeutlicht das Schema, dass die Diagnose-Tabellen *nach* der Klärung der Kindeswohlgefährdung einzusetzen sind und somit nicht durch ihre Komplexität die erste Problemsichtung behindern.

Das ZBFS verweist insbesondere darauf, dass zwar die Zuständigkeit des Jugendamts vor dem Einsatz der Tabellen geklärt seien muss, dass aber die Entscheidung der Sorgeberechtigten eine Hilfe anzunehmen auch im Prozess der Klärung des erzieherischen Bedarfs erfolgen kann, also während des Einsatzes der Diagnose-Tabellen. Hier muss die fachliche Kompetenz der fallverantwortlichen Mitarbeiter im Jugendamt über Zeitpunkt und Möglichkeiten der Handhabung der Tabellen entscheiden.

Abb. 1: Ablaufschema des Hilfeprozesses



1.3 Aufbau und Struktur der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen

Die in der Studie evaluierten Diagnose-Tabellen stellen die Grundlage einer Eingangsdiagnose dar, in der Risiken und Ressourcen der Erziehung und Entwicklung eines jungen Menschen systematisch erfasst und beschrieben werden. Die Kategorien wurden in Anlehnung an standardisierte Analyseinstrumente wie die Child-Behavior-Checklist (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Cecklist, 1998 und 2000) und das multiaxiale Klassifikationsschema (Remschmidt & Schmidt, 1994) entwickelt; siehe hierzu auch Johnson (1996) sowie McDonald und Marks (1991). Die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen umfassen in der zur Evaluation vorgelegten ursprünglichen Fassung folgende Bereiche (s. Tabelle 1 und Tabelle 2):

Tabelle 1: Erleben und Handeln des jungen Menschen

Risiken	***Ressourcen***
körperliche Beschwerden	körperliche Gesundheit
seelische Störungen	seelisches Wohlbefinden
Leistungsprobleme	Leistungsvermögen
abweichendes Sozialverhalten	Sozialkompetenz
Autonomiedefizite	Autonomie
sonstige Risiken (offenes Feld)	sonstige Ressourcen (offenes Feld)

Die jeweils fünf Bereiche der Risiken und Ressourcen der Tabelle „Erleben und Handeln des jungen Menschen“ umfassen jeweils 15 Items. Dies führt zu 150 Items, die sich auf das Erleben und Handeln des jungen Menschen beziehen.

Tabelle 2: Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen des jungen Menschen

1. Familiensituation	1.1 Familienstand	1.1.1 Familienstruktur
		1.1.2 Elterliche Sorge
		1.1.3 Aufenthalt des jungen Menschen
	1.2 Wirtschaftliche Situation	1.2.1 Einkommen
		1.2.2 Unterhalt
		1.2.3 Schulden
	1.3 Berufl. Situation der Eltern	1.3.1 Schulbesuch u. Berufsausbildung
		1.3.2 Erwerbstätigkeit
		1.3.3 Arbeitszeit
	1.4 Wohnverhältnisse	1.4.1 Wohnraum
		1.4.2 Wohnumfeld
		1.4.3 Soziales Netz
	1.5 Elternbiografien	1.5.1 Kindheit der Eltern
		1.5.2 Belastende Vorkommnisse
		1.5.3 Frühere Partnerschaften
	1.6 Aktuell belastende Lebensereignisse	1.6.1 In der Familie
		1.6.2 Äußere Umstände
		1.6.3 Traumatische Erfahrungen
2. Grundversorgung	2.1 Gesundheit	2.1.1 Verletzung / Krankheit / Behinderung
		2.1.2 Arztbesuche
		2.1.3 Medikation
		2.1.4 Schlaf

	2.2 Ernährung	2.2.1 Menge
		2.2.2 Ausgewogenheit
		2.2.3 Regelmäßigkeit
	2.3 Hygiene	2.3.1 Körperpflege
		2.3.2 Kleidung
		2.3.3 Haushalt
	2.4 Aufsicht	2.4.1 Gewährleistung
		2.4.2 Ge- u. Verbote
		2.4.3 Schutz vor Gefährdungen
3. Erziehung	3.1 Bezugspersonen	3.1.1 Kontinuität
		3.1.2 Erziehungskompetenz
		3.1.3 Lebenseinstellung
	3.2 Familiäre Beziehungen	3.2.1 Partnerschaft der Eltern
		3.2.2 Eltern-Kind-Beziehung
		3.2.3 Geschwisterbeziehungen
		3.2.4 Zu sonstigen Familienmitgliedern
	3.3 Familienklima	3.3.1 Respekt / Wertschätzung
		3.3.2 Wärme / Geborgenheit
		3.3.3 Offenheit / Konfliktbewältigung
		3.3.4 Anregung / Unterstützung
	3.4 Erziehungsleitende Vor-stellungen	3.4.1 Strukturierter Tagesablauf
		3.4.2 Regeln u. Grenzen
		3.4.3 Lebenspraktische Fertigkeiten
		3.4.4 Selbstständigkeit
4. Entwicklungsförderung	4.1. Körperliche Entwicklung	4.1.1 Größe / Gewicht
		4.1.2 Sinnesorgane
		4.1.3 Motorik
	4.2 Geistige Entwicklung	4.2.1 Intelligenz
		4.2.2 Sprache
		4.2.3 Kulturtechniken
	4.3 Seelische Entwicklung	4.3.1 Emotionen
		4.3.2 Persönlichkeit
		4.3.3 Frustrations- / Aggressionsbewältigung
	4.4 Soziale Entwicklung	4.4.1 Normen u. Werte
		4.4.2 Kommunikation / Kooperation
		4.4.3 Sexualität
5. Integration	5.1 Familie	5.1.1 Integration im Familienverband
		5.1.2 Umgangskontakte
		5.1.3 Feste u. Feiern
	5.2 Umfeld	5.2.1 Wohnumfeld
		5.2.2 Kontakte zu Gleichaltrigen
		5.2.3 Kulturelle Integration
	5.3 Bildung	5.3.1 Ort
		5.3.2 Besuch
		5.3.3 Leistungsniveau
		5.3.4 Soziale Position
	5.4 Freizeit	5.4.1 Zugangsmöglichkeiten
		5.4.2 Freizeitgestaltung
		5.4.3 Medienkompetenz

Mit insgesamt 490 Items stellen die „Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen des jungen Menschen“ den umfangreichsten Teil der Diagnose-Tabellen dar (s. Tabelle 2). Diese gliedern sich in einen altersübergreifenden Kriterienkatalog zu den Risiken und Ressourcen der Familiensituation (108 Items) sowie einen altersspezifischen Teil zur Grundversorgung, Erziehung, Entwicklungsförderung und Integration (insgesamt 382 Items). Jeder Unterpunkt der vier letztgenannten Themenbereiche ist in altersspezifische Konkretisierungen gegliedert und diese wiederum jeweils in Risiken und Ressourcen, die Beispiele für vier Altersgruppen (0-3 Jahre, 3-6 Jahre, 6-14 Jahre und 14-18 Jahre) beinhalten und ebenfalls anzukreuzen sind. Sie können auch als eine Art Kommentar genutzt werden. Die Gesamtzahl der Items liegt bei 640.

Die Art und Weise des Ausfüllens der Tabellen wird dem Benutzer überlassen. Die Fachkraft kann sie als Checkliste bzw. als Gesprächsleitfaden gemeinsam mit den Sorgeberechtigten und/oder mit den jungen Menschen sowie zu Teilen als Fragebogen nutzen.

Ein Auswertungsverfahren der ausgefüllten Diagnose-Tabellen wird nicht angeboten, d.h. die Fachkraft muss anhand der erfassten Risiken und Ressourcen des jungen Menschen selbst die Schlussfolgerung des erzieherischen Bedarfs gemäß § 27 SGB VIII ziehen und eine entsprechende Hilfeart auswählen.

Den Autoren der Diagnose-Tabellen war es ausgesprochen wichtig, dass keine automatisierte Auswertung in dem Sinne erfolgt, dass auf Knopfdruck nach Ausfüllen der Tabelle eine Hilfewahl stattfindet. Dennoch wird bei der Weiterentwicklung des diagnostischen Verfahrens eine Auswertungshilfe gewünscht, die aber den Fachkräften der Jugendhilfe nicht die letztendliche Entscheidung und die fachliche Verantwortung einer Hilfewahl abnehmen soll.

1.4 Gründe für eine Evaluation

Die Ergebnisse mehrerer Jugendhilfestudien, so z.B. der Jugendhilfe-Effekte-Studie (JES), sprechen für eine konkretisierte und weitgehend standardisierte Bedarfsfeststellung durch das Jugendamt zu Beginn der Hilfeplanung. Eine solche sozialpädagogische Diagnostik, die auch vom 11. Kinder- und Jugendbericht gefordert wird, sollte Defizite und Ressourcen in gleichem Maße berücksichtigen und zwar beim jungen Menschen wie auch in seinem Umfeld. Mit den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen hat das ZBFS ein Instrumentarium der Bedarfsfeststellung in Ausführung des § 27 SGB VIII vorgelegt, das den genannten Kriterien gerecht wird: Es erlaubt, Risiken und Ressourcen der Erziehung und Entwicklung eines jungen Menschen systematisch zu beschreiben. Die Benennung der beobachtbaren Merkmale führt zur differenzierten Feststellung des notwendigen erzieherischen Bedarfs gemäß § 27 SGB VIII. Aus der genauen Benennung des erzieherischen Bedarfs leiten sich der Hilfeplan und dessen ergebnisorientierte Steuerung ab. Nach Ansicht der Entwickler reduziert der Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen die Wahrscheinlichkeit von Fehleinschätzungen von Gewährungen nicht geeigneter Hilfen. Dies führe nicht nur zu mehr Sachgerechtigkeit, sondern auch zu mehr Kostengerechtigkeit. Es mache das ganze Verfahren für alle Beteiligten durchschaubarer und eröffne den jungen Menschen und ihren Familien nachvollziehbare Möglichkeiten der Beteiligung an den sie betreffenden Entscheidungsprozessen. Insbesondere solle das vorgeschlagene Instrumentarium dazu beitragen, die im SGB VIII festgelegten Leistungsansprüche rechtlich, fachlich und gegebenenfalls auch verwaltungsgerichtlich überprüfbar zu begründen.

An die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen wurde damit eine Reihe von Erwartungen geknüpft. Würde sich das Verfahren in einem systematischen Praxiseinsatz aber tatsächlich bewähren? Wären die Tabellen praxistauglich oder würden sie zu einem nicht tragbaren Mehraufwand führen? Welchen Nutzen brächte der Einsatz? Würde die Partizipation und Kooperation der Klienten gefördert? Könnten damit die geeigneteren Hilfen identifiziert werden? Wären effektivere oder gar effizientere Hilfen die Folge? Ist das Diagnose-Instrumentarium überhaupt umfassend und zuverlässig? Ungeklärt war also, ob bzw. in welchem Umfang das Verfahren den oben genannten Ansprüchen tatsächlich gerecht werden kann und an welchen Stellen ggf. Verbesserungsbedarfe existieren. Im Jahr 2003 wurde eine Evaluationsstudie geplant, die genau hierzu Aussagen machen sollte. Zudem sollten Chancen und Risiken der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen durch den Vergleich mit bisherigen Vorgehensweisen herausgearbeitet werden.

2 Hypothesen

Die Inhalte der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen wurden von erfahrenen Fachkräften aus Theorie und Praxis, in Orientierung an fachspezifischen Standards, in einem Arbeitsprozess entwickelt. Um festzustellen, ob dieses Instrument den mit ihm verbundenen Erwartungen entspricht, wurden nachfolgende Hypothesen formuliert, die der Evaluation zugrunde liegen:

1. Die in den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen zusammengefassten Merkmale und Kategorien …
   - Risiken und Ressourcen in den Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen in den Bereichen Familiensituation, Grundversorgung, Erziehung, Entwicklungsförderung, Integration sowie
   - Risiken und Ressourcen im Hinblick auf Erleben und Handeln des jungen Menschen in den Bereichen körperliche Gesundheit, seelisches Wohlbefinden, Leistungsvermögen, Sozialkompetenz, Autonomie

   … sind geeignet, Risiken und Ressourcen des jungen Menschen und der Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen erschöpfend zu beschreiben. Die Kategorien sind reliabel (zuverlässig) und valide (gültig).

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

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

4. Die Anwendung des Instrumentariums führt zu Hilfen, die eine höhere Effektivität aufweisen. Zudem werden Hilfeentscheidungen vermieden, die sich im Verlauf oder nach ihrer Durchführung als falsch, wirkungslos, wenn nicht sogar kontraproduktiv erweisen.

5. Durch die verbesserte Wirksamkeit des Verfahrens wird die Effizienz (Kosten-Nutzen-Relation) der Hilfeleistung erhöht. Dies kann sich in verschiedener Weise ausdrücken, so zum Beispiel durch …
   - Reduzierung der Kosten pro Hilfeleistung bei zumindest gleichen Effekten oder
   - gleiche Kosten pro Hilfeleistung bei höheren Effekten. Mit der gesteigerten Nachhaltigkeit können Anschlusshilfen entfallen, reduziert oder verkürzt werden.

Ursprünglich sollte zudem überprüft werden, ob die Jugendhilfeplanung erleichtert und verbessert wird, da durch die konkretisierte Bedarfsfeststellung Rückschlüsse auf das Angebot der Kommune sichtbar werden. Dieser Hypothese wurde im Verlauf der Studie nicht weiter nachgegangen, da sich während der Machbarkeitsphase die Erhebung der Infrastrukturangebote als zu aufwendig herausstellte.

3 Methode

3.1 Selbstverständnis der Evaluation

Obwohl sich in der Literatur keine einheitliche Definition findet, kann verallgemeinernd festgehalten werden, dass es im Rahmen von Evaluation um die systematische Untersuchung des Nutzens oder Wertes von Maßnahmen, Programmen oder Organisationen geht. Der zunächst im französischen Sprachraum aufgetauchte Begriff „Evaluation“ kann frei mit „Bewertung“ übersetzt werden (vgl. Wottawa & Thierau, 2003).

Ein zentrales Charakteristikum der Evaluation ist ihre Ziel- und Zweckorientiertheit: Ihr primäres Ziel ist nicht der reine Erkenntnisgewinn wie beispielsweise in der Grundlagenforschung, sondern die Überprüfung und Verbesserung eines klar umrissenen Untersuchungsgegenstands; im Fall der vorliegenden Evaluation die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen.

Ziel- und zweckorientiert heißt auch, dass Evaluationen nicht willkürlich, quasi nach Lust und Laune der Evaluatoren, durchgeführt werden können, sondern sich an bereits im Vorfeld anhand eines Evaluationsdesigns (s. Abschnitt 3.2) explizierten Kriterien auszurichten haben. Dieses hat den aktuell gültigen Regeln der Kunst, also dem Stand wissenschaftlicher Techniken und Forschungsmethoden, zu entsprechen. Aus dem Evaluationsdesign leitet sich dann das Erhebungsinstrumentarium ab (s. Abschnitt 3.4), mit dessen Hilfe die Fragestellungen der Evaluation beantwortet werden sollen (s. Abschnitt 2).

Evaluationen vollziehen sich in der Regel empirisch und damit datengestützt. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden daher sowohl quantitative auch qualitative Datenquellen miteinbezogen. Der Schwerpunkt wurde allerdings entsprechend den Anforderungen der Fragestellungen auf die quantitativen und ergebnisbezogenen Daten gelegt (s. Abschnitt 3.3).

Je nachdem, ob die Evaluation erst nach dem Abschluss der zu evaluierenden Maßnahme oder zeitlich bzw. begleitend tätig wird, spricht man von einer „summativen“ oder „formativen“ Evaluation. Das Ziel einer summativen Evaluation besteht darin, eine abschließende bzw. bilanzierende Bewertung durchzuführen, die sich primär an den Wirkungen und Effekten der evaluierten Maßnahme orientiert. Bei einer formativen Evaluation sollen die Ergebnisse möglichst umgehend von allen beteiligten Akteuren genutzt werden können. Hierbei steht die unmittelbar optimierende Gestaltung des Durchführungsprozesses bzw. der „Planungsrationalität“ im Vordergrund. In diesem Sinne war der Schwerpunkt der Evaluation der Diagnose-Tabellen im Bereich der summativen Evaluation angesiedelt. Selbstverständlich wurden auch die Ergebnisse der summativen Bewertung für die Optimierung der Tabellen genutzt. Der entscheidende Punkt ist allerdings, dass die Verbesserungen nicht bereits während der Projektlaufzeit implementiert wurden, was möglicherweise zu einer „Beschönigung“ der Ergebnisse geführt hätte.

Ferner orientiert sich die vorliegende Untersuchung an den von der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (2002) empfohlenen Standards. Demzufolge sollen Evaluationen vier grundlegende Eigenschaften aufweisen: Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit.

3.2 Untersuchungsdesign

Bei der Wahl eines Evaluationsdesigns gibt es keine einheitliche, generell anwendbare Methodik (vgl. Börtz & Döring, 2006). Stattdessen sollte die Wahl der Techniken jeweils von der speziellen Thematik abhängig gemacht werden. In Anbetracht der formulierten Hypothesen erweist sich im vorliegenden Fall ein quasiexperimentelles Kontrollgruppendesign als überaus angebracht. Es fällt auf, dass in der empirischen Kinder- und Jugendhilfeforschung nahezu keine Kontrollgruppenstudien vorliegen. In der Regel wird auf die ethische Problematik, die durch die Praxis vorgegebenen Rahmenbedingungen und/oder auf den hohen methodischen und finanziellen Aufwand verwiesen. Gewählt wird stattdessen üblicherweise ein Ein-Gruppen-Plan (One Shot Case Study): Die zu untersuchende Maßnahme wird eingeführt und die darauf folgenden Veränderungen werden dokumentiert. Diese Vorgehensweise führt allerdings zu nicht völlig eindeutigen Befunden, da nicht gewährleistet werden kann, dass die dokumentierten Ergebnisse auch tatsächlich und ausschließlich auf die untersuchte Maßnahme zurückzuführen sind. Eine Kontrollgruppenstudie kann dagegen präzisere Aussagen treffen, da (mindestens) zwei Gruppen einander gegenübergestellt werden können:

- die Experimentalgruppe, in der das Instrumentarium der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen angewandt wird (das heißt, die handelnden Fachkräfte setzen die Tabellen bei ihren diagnostischen Tätigkeiten vollständig und regelmäßig ein),
- die Kontrollgruppe, in der ohne dieses Instrumentarium gearbeitet wird (das heißt, die handelnden Fachkräfte stellen den erzieherischen Bedarf nach eigenen, nicht verbindlich schriftlich fixierten Bedarfskriterien fest).

Da Kontrollgruppenstudien studienplanungstechnisch wesentlich schwieriger zu realisieren sind, wurde im Rahmen der Machbarkeitsüberprüfung (s. Abschnitt 3.6) auch ein Ein-Gruppen-Plan, der stärker formativ ausgerichtet ist, mit durchaus guten Realisierungschancen diskutiert. Am Ende setzte sich allerdings das, insbesondere von Dr. Sauter propagierte, anspruchsvollere und für den Jugendhilfebereich innovative Kontrollgruppendesign durch. Dies ist auch deswegen nicht selbstverständlich, weil ein Kontrollgruppendesign den tatsächlichen Einfluss der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen zwar zuverlässiger bestimmen kann, für den Auftraggeber der Evaluation aber andererseits ungleich mehr Mut erfordert, sich mit potenziell kritischen Resultaten auseinandersetzen zu müssen. Dies kann an folgendem fiktiven Beispiel verdeutlicht werden: Evaluiert wird der Nutzen einer neuen erlebnispädagogischen Maßnahme. Die Gruppe, in der diese Maßnahme evaluiert wird, zeigt im Zuge der Evaluation eine gute Effektivität. Bei einem Ein-Gruppen-Plan würde man der neuen Maßnahme nun ein „gutes Zeugnis“ ausstellen. Ob in alternativen Vergleichsgruppen ähnlich gute oder eventuell sogar noch höhere Effekte erreicht werden, kann so aber nicht beantwortet werden. Ein solches Ergebnis würde die absolut gesehen gute Effektivität der neuen Maßnahme erheblich relativieren. Erst recht kritisch wäre die neue Maßnahme zu bewerten, wenn die Vergleichsgruppen ihre Effekte womöglich noch mit effizienterem Mitteleinsatz erreichen.

Das gewählte Design ermöglicht im vorliegenden Untersuchungskontext eine maximale Kontrolle über potenzielle „Störvariablen“[3]: So sollten die Untersuchungsgruppen sich im Idealfall ausschließlich hinsichtlich des eingesetzten diagnostischen Verfahrens unterscheiden. Hin-

[3] Der Terminus „Störvariable“ ist im forschungsmethodischen Kontext und nicht wertend zu verstehen.

sichtlich aller anderen ergebnisrelevanten Ausgangsbedingungen der Hilfeprozesse, wie beispielsweise das Alter des jungen Menschen, das Geschlecht, die defizit- und ressourcenbezogenen Ausgangslagen sowie die Art und Anzahl der bereits vorausgegangen Hilfen, sollten sie möglichst vergleichbar sein, damit die zwischen den Untersuchungsgruppen festgestellten Unterschiede wirklich eindeutig auf die diagnostische Vorgehensweise zurückgeführt werden können (s. Abschnitt 3.9). Neben einzelfallbezogenen Merkmalen war es sehr wichtig, auch strukturelle bzw. regionalspezifische Einflüsse, die mit einzelnen Jugendämtern in Zusammenhang stehen, etwa die Größe der Jugendämter, bei der Störvariablenkontrolle mit ins Kalkül zu ziehen. Schließlich sollten am Ende nicht die sowieso schon erfolgreich arbeitenden Jugendämter, die sich innovativen Konzepten wie den Diagnose-Tabellen nicht verwehren, mit den weniger erfolgreichen Ämtern verglichen werden, die, salopp formuliert, auch andere Probleme haben als die Implementierung eines diagnostischen Verfahrens (s. Abschnitt 3.5). Daher erfolgte in allen teilnehmenden Jugendämtern eine paritätische (Teil-)Implementierung der Tabellen. Hierzu war es notwendig, dass die Randomisierung nicht auf Fall- sondern auf Mitarbeiterebene vorgenommen wurde (sozusagen eine „Quasi-Randomisierung“). Die Zuweisung der Fälle zur Experimental- oder Kontrollgruppe geschah also entsprechend dem Status der jeweils zuständigen Jugendamtsfachkräfte.

Zudem können auch weitere verzerrende Einflüsse, wie zum Beispiel der Hawthorne-Effekt (s. Schuler, 2006), erkannt und im Idealfall eliminiert werden. Insgesamt wird so eine hohe interne Validität gewährleistet.

Da es sich nicht um eine laborexperimentelle Forschung handelt und dementsprechend sogenannte natürliche Gruppen untersucht werden, kann auch von einer hohen externen Validität des Designs ausgegangen werden. Das heißt, dass die Ergebnisse über die untersuchte Stichprobe hinaus generalisierbar sind.

Um harte und valide Daten zu erhalten, wurde die Untersuchung mit einem aufwendigen, prospektiven Erhebungsdesign konzipiert. Für Veränderungsmessungen stellt ein Pretest-Posttest-Plan mit zwei Erhebungszeitpunkten zu Beginn und am Ende der Intervention die Minimalvoraussetzung dar. Da ein weiterer Erhebungszeitpunkt die Reliabilität der Messungen erheblich steigern kann und darüber hinaus differenzierte Verlaufsaussagen gewonnen werden, wurden drei Erhebungszeitpunkte geplant:

- Ausgangserhebung (Pretest) (t1): die Ausgangserhebung wurde gesplittet in eine Erhebung t1.1 (nach der Anwendung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen oder eigener Verfahren zur Feststellung des Hilfebedarfs) und t1.2 (zu Hilfebeginn)
- Verlaufserhebung zur Hälfte der prognostizierten Hilfedauer
- Abschlusserhebung zum Ende der Hilfe (Posttest)

Zur Berücksichtigung sämtlicher Sichtweisen wurden alle an der Hilfe Beteiligten in die Untersuchung einbezogen: die Fachkräfte im Jugendamt, die leistungserbringenden Fachkräfte und die Leistungsadressaten, also der junge Mensch und die Personensorgeberechtigten.

Beide Gruppen werden mit den gleichen Evaluationsmethoden und -instrumenten untersucht (s. Abschnitt 3.4).

3.2.1 Untersuchte Hilfeformen

Es wurden alle Fälle in die Evaluation einbezogen, bei denen das Jugendamt eine Diagnose oder ein entsprechendes Verfahren zur Klärung des erzieherischen Bedarfs einsetzt. Dadurch sollte eine „Positivselektion“ besonderer Fälle verhindert werden.

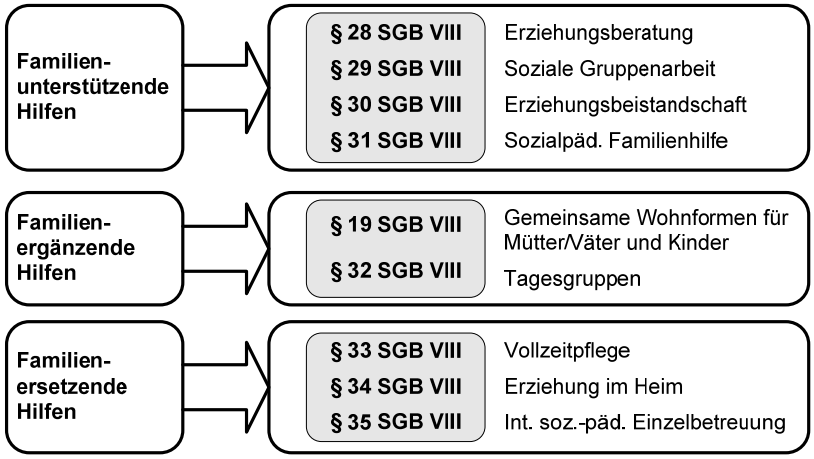
Primärer Gegenstandsbereich der Untersuchung war das im Achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) umrissene Leistungsspektrum der erzieherischen Hilfen. In Anlehnung an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] (2000) verfolgen die Angebote, kursorisch zusammengefasst, im Einzelnen folgende Aufgabenstellungen und Zielsetzungen:

- Erziehungsberatungsstellen (§ 28 SGB VIII) sind oft erste Anlaufpunkte für Hilfestellungen bei der Bewältigung individueller und familienbezogener Krisen und Probleme (z.B. infolge von Scheidungen). Ihre Tätigkeit umfasst neben ambulanter Diagnose und Beratung auch Therapie und Prävention.
- Soziale Gruppenarbeit (§ 29 SGB VIII) soll als Angebot für ältere Kinder und Jugendliche durch soziales Lernen in der Gruppe bei der Überwindung von Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensproblemen helfen. Sie kann im Rahmen von Jugendstrafverfahren auch auf Weisung des Jugendrichters erfolgen.
- Erziehungsbeistände bzw. Betreuungshelfer (§ 30 SGB VIII) haben die Aufgabe, dem Kind oder Jugendlichen bei der Bewältigung von Entwicklungsproblemen unter Einbezug des sozialen Umfeldes unterstützend zur Seite zu stehen. Die vorrangige Zielsetzung der Hilfe liegt in der Verselbstständigung des Kindes.
- Bei der sozialpädagogischen Familienhilfe (§ 31 SGB VIII) wird das ganze Familiensystem mit in die Hilfe einbezogen. Ihr Bestreben ist eine Hilfe zur Selbsthilfe, d.h. die Familie soll lernen, Alltagsprobleme wie Behördengänge oder Erziehungsschwierigkeiten wieder selbstständig bewältigen zu können. Die Hilfe ist deswegen meist auf längere Dauer angelegt. Grundvoraussetzung für diese Maßnahme ist naturgemäß die Kooperation der Familie.
- Tagesgruppen (§ 32 SGB VIII) stellen eine intensive Form der Betreuung für Kinder zwischen 6 und 14 Jahren dar, bei der soziales Lernen, schulische Förderung und Elternarbeit im Mittelpunkt stehen. Durch die Hilfe soll der Verbleib des Kindes in der Familie gesichert bzw. eine dauerhafte Fremdunterbringung vermieden werden. Die Maßnahme kann sowohl teilstationär als auch in einer geeigneten Form der Familienpflege erfolgen.
- Im Rahmen der Vollzeitpflege (§ 33 SGB VIII) sollen durch eine zunächst zeitlich befristete Unterbringung in einer Pflegefamilie (möglich sowohl bei Verwandten als auch bei Nicht-Verwandten) bessere Lebensbedingungen geschaffen werden als sie in der Herkunftsfamilie gegeben sind. In Abwägung der gegebenen Umstände kann sich die Hilfe auch als dauerhafte Lebensform etablieren.
- Heimerziehung (bzw. sonstige betreute Wohnformen nach § 34 SGB VIII über Tag und Nacht) umfasst eine intensive Verbindung von Alltagserleben mit umfangreichen pädagogischen und therapeutischen Angeboten, wodurch die Kinder und Jugendlichen in ihrer Entwicklung gefördert werden sollen. Ihre Zielsetzung ist je nach konkreter Problemlage entweder die Rückkehr in die Herkunftsfamilie, die Erziehung in einer anderen Familie oder die Verselbstständigung des Jugendlichen.

- Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuungen (§ 35 SGB VIII) sollen im Einzelfall eine nachdrückliche Unterstützung zur sozialen Integration und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung bieten. Die Hilfe ist meistens auf längere Zeit angelegt und speziell für Jugendliche in außerordentlich gefährdeten Lebenssituationen gedacht.

Prinzipiell konnten auch flexible Hilfen nach § 27 SGB VIII sowie Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII aufgenommen werden, wobei der § 35a allerdings auszuschließen war, wenn bereits im Vorfeld eine Diagnose wie z.B. die Teilleistungsschwäche Legasthenie vorlag. Tatsächlich waren diese Hilfeformen allerdings nur in wenigen Ausnahmefällen relevant (s. Abschnitt 3.8), weswegen sie für die vorliegende Untersuchung nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Abb. 2: Hilfetypen nach BMFSFJ (2002)



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH | IKJ

Die einzelnen Hilfen können nach unterschiedlichen Gesichtspunkten klassifiziert werden. Jordan und Sengling (1988) beispielsweise differenzieren zwischen ambulanten Hilfen wie Erziehungsbeistandschaft, Sozialpädagogischer Familienhilfe oder Sozialer Gruppenarbeit sowie Fremdunterbringungen außerhalb des Elternhauses. Petermann (2002b) schlägt alternativ bzw. ergänzend dazu vor, bei der Einteilung auch formale Aspekte wie Kosten und Zeitdauer sowie inhaltliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Auf inhaltlicher Ebene sollte demzufolge auf Familiennähe und die Intensität der Maßnahmen Bezug genommen werden. Eine hohe Familiennähe weisen bspw. Angebote wie Erziehungsberatung oder sozialpädagogische Familienhilfe auf. Im Rahmen der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen schien es allerdings angebracht, auf ein „üblicheres“ bzw. weiter verbreitetes Klassifikationsschema zurückzugreifen. So unterscheidet das BMFSFJ (2000) noch weitergehend entsprechend der Hilfeintention zwischen familienunterstützenden, -ergänzenden und -ersetzenden Maßnahmen (s. Abbildung 2). Zu den intensitätsmäßig eher niederschwelligeren „familienunterstützenden Hilfen“ zählen Angebote nach den §§ 28 bis 31 SGB VIII. Die „familienergänzenden Hilfen“ werden bei der vorliegenden Evaluation ausschließlich durch

Hilfen nach § 32 SGB VIII repräsentiert, da es sich bei Hilfen für junge Mütter/Väter nicht um Hilfen zur Erziehung (HzE) handelt. Unter den „familienersetzenden Hilfen“ werden Angebote nach den §§ 33 bis 35 SGB VIII subsumiert.

3.2.2 Stichprobenumfang

Wie oben abgebildet sollte der Einfluss der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen im Bereich der Hilfen nach §§ 28 bis 35 SGB VIII überprüft werden. Damit grundsätzlich auch statistisch zuverlässige Aussagen zu einzelnen Hilfen ermöglicht werden, wurde neben dem Faktor Untersuchungsgruppe auch der Faktor Hilfeart berücksichtigt, der das komplette Angebotsspektrum der Hilfen zur Erziehung umfassen sollte. Daraus leitet sich im Idealfall ein zweifaktorieller Untersuchungsplan (2 x 8) ab.

Durch Rückgriff auf für die angestrebten Analysemethoden passende Verteilungstabellen (s. Bortz, 2005; Cohen, 1988) konnte der hierfür optimale Stichprobenumfang bestimmt werden, der von der Teststärke (international üblich sind 80%), der Effektgröße, dem Signifikanzniveau (α = 5%) und dem Untersuchungsdesign inklusive der Freiheitsgrade („degrees of freedom“) abhängig ist. Da aufgrund theoretischer Vorüberlegungen der Einfluss der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen im Rahmen von mindestens mittleren Effektstärken eingeschätzt wurde, sollte durch die Zellbesetzungen zumindest die statistische Absicherung von Unterschieden im Effektgrößenbereich (ε) ab ca. 0,25 garantiert sein. Die Absicherung noch kleinerer bzw. feinerer Unterschiede wäre zwar aus wissenschaftlicher Sicht durchaus erstrebenswert gewesen, konnte aber im Hinblick auf eine vernünftige Studienökonomie nicht als sinnvoll gesehen werden. In diesem Zusammenhang musste beispielsweise auch berücksichtigt werden, dass eine übermäßig ansteigende Mehrbelastung der in den Evaluationsprozess involvierten ASD-Mitarbeiter unter Umständen auch wieder der Datenqualität hätte abträglich sein können. Durch Hinzurechnung eines großzügigen Puffers für den zu erwartenden drop-out (daher die Bereichsangaben in der Tabelle) ergaben sich die in Tabelle 3 dargestellten optimalen Zellbesetzungen, die als idealtypische Zielgrößen für die in die Evaluation aufzunehmenden Falldokumentationen zu verstehen sind.

Tabelle 3: Optimale Zellbesetzungen in einem idealtypischen Untersuchungsplan

	§ 28	*§ 29*	*§ 30*	*§ 31*	*§ 32*	*§ 33*	*§ 34*	*§ 35*
Experimentalgruppe	20-25	20-25	20-25	20-25	20-25	20-25	20-25	20-25
Kontrollgruppe	20-25	20-25	20-25	20-25	20-25	20-25	20-25	20-25

Bei der Studiendurchführung hat sich allerdings gezeigt, dass die Stichprobe nicht in jeder Hinsicht entsprechend dieser Idealvorgaben gestaltet werden konnte, da in der Praxis die Hilfen nach den §§ 28 bis 35 SGB VIII innerhalb des für das Projekt vorgesehenen Erhebungszeitrasters bei den beteiligten Jugendämtern nicht pro Paragraph in einer vergleichbaren Häufigkeit angeboten wurden. Eine adäquate Zellbesetzung auf Hilfeartebene wurde letztendlich bei Angeboten der §§ 30, 31, 32 und 34 erreicht (vgl. auch Abschnitt 3.8), nicht aber in den darüber hinausgehenden Zellen. Im Detail sind die genauen Ursachen hierfür vielfältig: Die ursprüngliche, nach Lage des Gesetzes auch zwingende Annahme, dass am

Anfang eines jedweden Fallverlaufs eine Feststellung der Leistungsvoraussetzungen zu stehen habe, weder strukturell noch fallbezogen noch verfahrenskulturell ein Präjudiz in Richtung einer bestimmten Hilfeart bestehen darf, ehe die Bedarfssituation grundsätzlich umschrieben ist, hat sich in der Praxis als nur bedingt realistisch erwiesen. So haben viele Jugendämter Fachdienste für die Vollzeitpflege, die nach eigenen Logiken handeln, die parallel zu den Zuweisungspraxen der Bezirkssozialarbeit stehen. Die Folge war, dass in puncto § 33 keine größere Zellbesetzung zustande kommen konnte, da dieses Grundproblem durch eine Nachsteuerung nur bedingt kompensiert werden konnte. Zudem wurde bspw. die Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII ganz herausgenommen, da hier in den Jugendämtern in der Regel keine Hilfeplanung durchgeführt wird.

Im Sinne möglichst differenzierter Auswertungen mussten daher alternative Herangehensweisen in Erwägung gezogen werden: Neben der, grundsätzlich immer möglichen, verallgemeinerten einfaktoriellen Analyse des Einflusses der Untersuchungsgruppe wurden daher, soweit es im Sinne der einzelnen Fragestellungen angebracht bzw. ergiebig war, auf zweifaktorieller Ebene zum einen die oben genannten Hilfen mit hinreichender Zellbesetzung einer separaten Analyse unterzogen. Damit reduziert sich das ursprünglich angestrebte Design auf eine 2 x 4-Matrix. Des Weiteren erschien die Zusammenlegung einzelner Zellen im Sinne der in Abbildung 2 dargestellten familienunterstützenden, -ergänzenden und -ersetzenden Hilfetypen als fruchtbar. Da hierbei keine Angebotsbereiche der erzieherischen Hilfen ausgeschlossen werden müssen, wird im Zuge dieses Untersuchungsstranges auch der Gesamtstichprobenumfang nicht unnötig „ausgedünnt“.

Da es sich bei allen drei dargestellten Modellen bzw. Ansätzen prinzipiell um Vergröberungen des Ausgangsmodells handelt, entsteht der in gewisser Weise paradoxe, studientechnisch aber eigentlich positiv zu beurteilende Nebeneffekt, dass entsprechend der neuen Zellzuweisungen nunmehr noch etwas feinere Effektunterschiede, im Effektgrößenbereich ab 0,15 bzw. 0,2, nachweisbar sind.

Die statistischen Analysen erfolgten in der Regel mithilfe von Varianzanalysen bzw. sogenannten ANOVAs (s. auch Bortz, 2005; Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2006). War es notwendig, bei bestimmten Fragestellungen hiervon abweichende Verfahren zu adaptieren, ist dies in den jeweiligen Abschnitten der Ergebnisbeschreibung entsprechend gekennzeichnet. Zudem sind dort jeweils auch die den einzelnen statistischen Tests zugrunde liegenden Irrtumswahrscheinlichkeiten bzw. „p-Werte“ ausgewiesen.

Die Varianzanalyse wurde speziell auch deswegen gewählt, weil das Verfahren relativ robust bzw. unempfindlich gegenüber den Verletzungen seiner Anwendungsvoraussetzungen ist. Dies betrifft sowohl die Prämissen der Normalverteiltheit der Rohwerte als auch der Homogenität der Varianzen. Treffen diese Voraussetzungen nicht zu, führt dies eher dazu, dass die Nullhypothese angenommen wird. Das Verfahren „gaukelt“ dem Untersucher somit selbst bei unsachgemäßer Anwendung in der Regel nicht das Vorhandensein von Effekten vor, die es in Wirklichkeit gar nicht gibt (sogenannter „Alpha-Fehler“). Zwar steigt unter diesen Bedingungen das statistische Risiko für den sogenannten „Beta-Fehler“, also dass etwa anhand der Stichprobenziehung den Diagnose-Tabellen keine Effekte gegenüber der Vergleichsgruppe beigemessen werden, die in der Population aber tatsächlich vorhanden sind, dieses Risiko ist allerdings eher tolerierbar als Fehler der ersten Art, da hier zumindest niemand dazu verleitet wird, einen großen Implementierungsaufwand für ein Verfahren zu betreiben, dass praktisch gar keine Vorteile bringt oder sogar kontraproduktiv wäre.

Unabhängig davon wurden natürlich die Anwendungsprämissen der Varianzanalyse einer eingehenden Prüfung unterzogen. Ein spezielles methodisches Problem, das in diesem Kontext beachtet werden musste, resultiert aus den vom ursprünglichen Untersuchungsplan abweichenden „natürlichen“ Zellbesetzungen. Sofern in einem Modell der Unterschied zwischen der Zelle mit der größten und der kleinsten Fallzahl einen bestimmten Grenzwert überschreitet, kann nicht mehr von einem ausgeglichenen bzw. symmetrischen Design mit annähernd gleicher Zellbesetzung ausgegangen werden. Hierbei kann es unter bestimmten Voraussetzungen zu einer Zunahme des Risikos für den Alpha-Fehler kommen. In diesen Fällen musste der Varianzhomogenität ein besonderes Augenmerk gewidmet bzw. auf alternative Teststatistiken ausgewichen werden.

Ein häufig unterschätztes Problem bei der Analyse empirischer Daten sind die sogenannten „fehlenden Werte“. Diese sind im Rahmen von umfangreichen Feldstudien wie der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen trotz möglichst praxisnah und verständlich gestalteter Evaluationsinstrumente sowie sorgfältiger und intensiver Plausibilitätsprüfungen quasi unvermeidlich. Ihre Ursachen sind vielfältiger Natur: Neben dem bloßen Übersehen von Fragen können bei den Befragten auch mangelndes Wissen oder Verstehen, geringes Interesse an der Untersuchung bzw. im Extremfall sogar die bewusste Antwortverweigerung ursächlich sein.

Neben der Reduzierung der Stichprobenumfänge muss damit gerechnet werden, dass durch die fehlenden Angaben auch die statistischen Ergebnisse verfälscht werden (Wirtz, 2004). Um dies zu verhindern, wurde im Rahmen der vorliegenden Studie, allerdings beschränkt auf die zentralen ergebnisrelevanten Merkmale, eine aufwendige Regressionsimputation der fehlenden Werte vorgenommen (vgl. Frick & Grabka, 2003). Bei den hier auf Basis der Regressionsanalyse entwickelten Schätzmodellen wurde einzelfallbezogen, in Form von Adressatenmerkmalen, spezifischen Hilfeausgangslagen sowie Struktur- und Prozessmerkmalen, eine Vielzahl von unabhängigen Variablen berücksichtigt, die im Zuge der Evaluation angefallen sind. Auf diese Weise konnten sehr zufriedenstellende Varianzaufklärungsraten von bis zu 90% erreicht werden.

3.3 Grundlagen der Evaluation

3.3.1 Evaluationsdimensionen

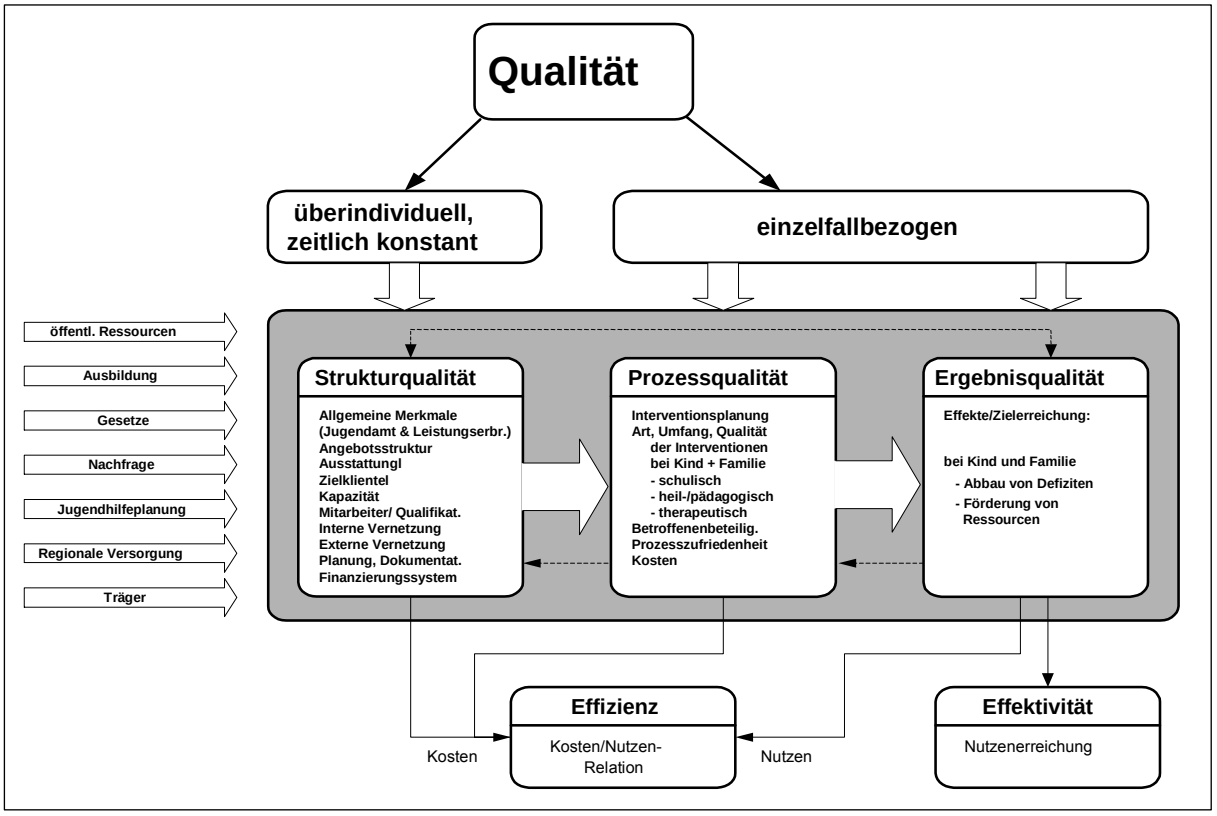
Die vorliegende Untersuchung basiert auf dem Qualitätsbegriff nach Donabedian (1980). Auf dem Hintergrund dieses Konzeptes lässt sich Qualität strukturiert und umfassend beschreiben. Hierbei muss allerdings ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, dass sich die Qualität von sozialen Dienstleistungen, wie sie in der Kinder- und Jugendhilfe erbracht werden, in wesentlichen Aspekten von einem Qualitätsverständnis unterscheidet, wie es in der gewerblichen Wirtschaft vorherrscht. So weisen unter anderem Adams, Appel, Herrmann, Macsenaere, Paries und Zinkl (2004) darauf hin, dass soziale Dienstleistungen situationsbedingt sind. So kann eine erzieherische Leistung nicht im Voraus hergestellt bzw. gelagert werden (im Gegensatz zur Produktion von Autos in der Autoindustrie); siehe hierzu auch Sauter (1996). Ebenso ist eine Intervention oder Erziehung „auf Probe“ unmöglich. Zudem hängt die Qualität sozialer Leistungen auch stark von persönlichen Erfahrungen, Erwartungen und individuellen Merkmalen ab. Dies betrifft sowohl die beteiligten Fachkräfte als auch die Klienten. Hierbei spielen folglich immaterielle Qualitätsmerkmale wie Sympathie, Vertrauen und Zwischenmenschlichkeit eine extrem wichtige Rolle. Des Weiteren hat das Ausmaß, in dem sich die Hilfeadressaten beteiligen und zum aktiven „Koproduzenten“ werden, einen wesentlichen Einfluss auf den Erfolg der Leistung.

Nach Donabedian sind drei zentrale Aspekte von Qualität zu unterscheiden: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität (s. Abbildung 3). Diese lassen sich wie folgt beschreiben:

Unter Strukturqualität werden alle Rahmenbedingungen subsumiert, unter denen die Leistungen erbracht werden. Diese Rahmenbedingungen sind zeitlich relativ konstant und bilden den übergeordneten Rahmen, in dem sich die Interaktion zwischen Jugendamt, Leistungserbringern, jungen Menschen, Sorgeberechtigten und den anderen Verfahrensbeteiligten vollzieht. Diese strukturellen Bedingungen sind eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für gelungene Prozesse zwischen den Beteiligten. Beispiele für die Strukturqualität, die sowohl beim Jugendamt als auch bei den Leistungserbringern verortet werden kann, sind:

- Jugendamtsgröße
- Leistungsspektrum der Leistungserbringer
- Mitarbeiterqualifikation
- Supervision
- interne und externe Vernetzung des Standortes
- Trägerstruktur
- konkretes „Setting“ der Hilfen

Abb. 3: Qualitätsdimensionen in der Jugendhilfe



Prozessqualität umfasst alle Aktivitäten und Handlungen, die zur Leistungserbringung eingesetzt werden. In der Jugendhilfe geht es in erster Linie um die pädagogischen bzw. therapeutischen Prozesse und Interaktionen. Der Ablauf dieser Prozesse und die eingesetzten Methoden sind hier ebenso von Bedeutung wie subjektive Aspekte der Motivation, Sympathie und Antipathie. Prozessqualität ist wiederum eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für gute Ergebnisse. Beispiele für Prozessqualität sind:

- wichtige Aspekte der Hilfedurchführung: Art und Umfang sowie Qualität der erbrachten Leistungen bzw. Interventionen
- Kooperation der Hilfeadressaten (junger Mensch und Personensorgeberechtigte)
- zeitliche Dimension (Dauer der Hilfe vom Leistungsantrag bis zur Leistungsbeendigung)
- Kosten der Hilfe

Die Ergebnisqualität bezieht sich schließlich auf alle ersichtlichen Effekte einer Hilfe, also diejenigen Merkmale, anhand derer sich sowohl der Erfolg als auch Misserfolg bemessen lässt (vgl. Lambach, 2003). Beispiele für Ergebnisqualität sind:

- Veränderung in Bezug auf Ressourcen und Defizite des jungen Menschen
- Veränderung in Bezug auf Ressourcen und Defizite der Personensorgeberechtigten bzw. im unmittelbaren Umfeld des jungen Menschen
- „Legalbewährung“
- Erfolg in Schule oder Berufsausbildung
- Erreichen der in der Hilfeplanung vereinbarten Zielsetzungen

Während die Strukturqualität jeweils für eine größere Anzahl an Hilfeprozessen maßgeblich ist, sind Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität individuell. Sie sind daher auch im Einzelfall, in Bezug auf jeden einzelnen Klienten zu erfassen.

Alle drei Qualitätsdimensionen sind in dieser Modellvorstellung wechselseitig voneinander abhängig: Es muss zumindest ein Minimum an Strukturqualität vorhanden sein, damit über qualifizierte Prozesse gute Ergebnisse erreicht werden können. Umgekehrt kann eine optimale Strukturqualität allein keine optimalen Effekte garantieren. Gleiches gilt grundsätzlich auch für die Prozessqualität: Es bedarf gelungener Prozesse zwischen Betreuern und jungen Menschen, damit gute Strukturen optimal genutzt werden und zu positiven Effekten führen können. Eine hohe Prozessqualität liefert für sich genommen aber auch noch keine absolute Gewissheit, dass damit auch tatsächlich gute Ergebnisse erreicht werden. Zum Beispiel können sich strukturelle Rahmenbedingungen natürlich auch direkt auf die Ergebnisse auswirken.

Ferner sieht das Modell auch „Feedbackschleifen“ vor: So können positive wie negative Ergebnisse sowohl Veränderungen in den strukturellen Rahmenbedingungen als auch in den Prozessen zur Folge haben.

Im Rahmen der vorliegenden Evaluation wurde die Zielsetzung verfolgt, alle drei Dimensionen, also sowohl Struktur-, Prozess als auch Ergebnisqualität möglichst facettenreich und erschöpfend zu erfassen (vgl. Abschnitt 3.4). Auf diese Weise werden statistische Aussagen zu Zusammenhängen zwischen den Dimensionen ermöglicht. Hierbei muss allerdings ebenfalls bedacht werden, dass völlig eindeutige kausale Zuschreibungen letztendlich nur unter Laborbedingungen möglich sind, wo der Einfluss „konkurrierender“ Einflussfaktoren systematisch kontrolliert und variiert werden kann. Die Ergebnisse solcher Laboruntersuchungen weisen allerdings auch eine geringere externe Validität auf und sind somit kaum auf Praxisbedingungen übertragbar. Insgesamt stellt das vorliegende Untersuchungsdesign einen gelungenen Kompromiss zwischen interner und externer Validität dar (s. Abschnitt 3.2).

Des Weiteren liegt es in der Natur der Sache, dass jedes Design gewissen Schwerpunktsetzungen bzw. Akzentuierungen unterworfen ist. Die theoretischen Ausgangspunkte für die im Rahmen der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen angenommene Grundausrichtung werden im folgenden Abschnitt näher dargelegt.

3.3.2 Ermittlung der Wirkungen der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen

Das Evaluationsdesign und die Evaluationsinstrumente basieren auf den Ergebnissen aus 15 Jahren Effektivitätsforschung in der Kinder- und Jugendhilfe. In dieser Zeitspanne wurden Methoden zur Wirkungsmessung geformt, die sich als zuverlässig bewährt haben, andererseits aber auch Vorgehensweisen identifiziert, die sich für den Praxiseinsatz als nicht sinnvoll erwiesen haben und daher zukünftig vermieden werden sollten. Aus diesen Erfahrungen ergeben sich verschiedene Leitsätze. Sie wurden der vorliegenden Evaluation zugrunde gelegt, können aber darüber hinaus auch als generelle Empfehlungen für eine taugliche Wirkungsmessung im Sozialwesen gesehen werden (vgl. Macsenaere, 2007):

Fokus auf Ergebnisqualität

Zu Beginn sollte geklärt werden, welche Qualitätsdimensionen für eine wirkungsorientierte Praxis eine besondere Relevanz aufweisen: Wenn wie bei der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen die Wirkungen von Maßnahmen bzw. Leistungen bestimmt werden sollen, ist es notwendig, den Fokus auf Ergebnisqualität zu legen. Begleitend sollen aber auch die Strukturen und Prozesse erfasst werden, die für den Erfolg einer Hilfe verantwortlich sind. Damit sind grundsätzlich nicht nur Aussagen über den Erfolg bzw. Misserfolg der Hilfen, sondern auch über die zugrunde liegenden Einfluss- bzw. Wirkfaktoren möglich.

Erfassung von intendierten Wirkungen und Nebenwirkungen

Auf den ersten Blick scheint es völlig ausreichend zu sein, die beabsichtigten, intendierten Wirkungen einer Hilfe zu erfassen. Diese Wirkungen zu erreichen, ist schließlich das Ziel der Hilfen. Und dennoch greift eine solche Untersuchungsplanung viel zu kurz, da jede Hilfe nicht nur beabsichtigte Wirkungen erzielt, sondern in der Regel auch viele Nebenwirkungen, die erheblichen Einfluss auf den Erfolg oder Misserfolg der Leistung haben. Eine auf die intendierten Wirkungen beschränkte Evaluation kann beispielsweise zu dem Schluss kommen, dass eine Hilfe höchst erfolgreich war, da sämtliche Ziele, wie etwa die Reduzierung von sozialer Unsicherheit, erreicht wurden. Falls auch die nicht intendierten Wirkungen dieser Hilfe untersucht worden wären, hätte sich in diesem Beispiel ein differenziertes Bild ergeben: Ein Drogenmissbrauch, der sich jenseits der Hilfeplanziele neu entwickelt hätte, würde miterfasst werden und die Bewertung des Hilfeerfolges relativieren. Um zu einer vollständigen Beurteilung der Wirkungen einer Intervention zu gelangen, ist somit die Erfassung der intendierten wie auch der nicht intendierten Wirkungen unabdingbar.

Paritätische Berücksichtigung von Ressourcen und Defiziten

Wie aber sind Wirkungen handhabbar und zuverlässig zu operationalisieren? Gerade diese Frage wurde im ersten Jahr des Bundesmodellprogrammes zur Wirkungsorientierten Jugendhilfe (vgl. Albus, Greschke, Klingler, Messmer, Micheel, Otto & Polutta, 2008; Jordan, Nüsken & Frese, 2008) kontrovers diskutiert. Aus den Erfahrungen und Befunden der vom BMFSFJ und fünf Ländern in Auftrag gegebenen Jugendhilfe-Effekte-Studie (Schmidt et al., 2002) und darauf basierender Evaluationen lassen sich allerdings Empfehlungen ableiten, die auch für die vorliegende Evaluation adaptiert wurden: Sowohl die intendierten wie auch die nicht intendierten Wirkungen werden am sinnvollsten durch eine Dokumentationstechnik ermittelt, die zu mehreren Zeitpunkten Ressourcen und Defizite beim Klienten berücksichtigt.

Nicht zu empfehlen ist hingegen eine Wirkungsmessung, die ausschließlich auf dem Grad der erreichten Ziele beruht. Ein solches Vorgehen hat zwei erhebliche Schwächen: Zum einen weisen Zielerreichungsgrade eine zu geringe Reliabilität auf. Sie sind also nicht zuverlässig. So können bereits minimale Änderungen einer Zieldefinition zu erheblichen Abweichungen der Zielerreichungsgrade führen (bei einer objektiv gleichen tatsächlichen Veränderung). Zum anderen können Zielerreichungsgrade nur Hinweise für die intendierten Wirkungen liefern. Nebenwirkungen lassen sich hingegen nicht abbilden. In Anbetracht der Bedeutung der Zielerreichungsgrade für den Hilfeplanprozess werden diese zwar trotzdem berücksichtigt, erhalten aber in Bezug auf die Effektivitätsbestimmung einer Hilfe nur ein reduziertes Gewicht.

Bezugnahme auf Wirkfaktoren

Sollte die Evaluation als sogenannte „Black-Box“ geplant werden, die nur Aussagen zu den Wirkungen nicht aber zu den dafür verantwortlichen Wirkfaktoren ermöglicht? Oder sollten relevante Wirkfaktoren mitberücksichtigt werden? Im Kontext der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabelle waren Aussagen zur Effektivität zwar notwendig, aber nicht hinreichend. Daher wurde schon bei der Untersuchungsplanung ein reiner „Black-Box-Ansatz“ vermieden: Neben den Effekten wurden, soweit möglich, alle relevanten strukturalen und prozessualen Wirkfaktoren sowie die wichtigen soziografischen Adressatenmerkmale (etwa Alter und Geschlecht) miteinbezogen, um sie in der Auswertungsphase mit den gemessenen Wirkungen in Beziehung setzen zu können (so bspw. die Kooperation und Partizipation der Hilfeadressaten). Hierbei gewinnen natürlich auch multivariate Analysemethoden eine zunehmende Bedeutung. Neben den quantitativen Daten wurden auf Einzelfallebene ergänzend auch qualitative Daten herangezogen und ausgewertet.

Prospektives Längsschnittdesign

Um mit einer Evaluation die Wirkungen einer Intervention und damit Veränderungen zuverlässig abbilden zu können, ist ein Längsschnittdesign eine unverzichtbare Voraussetzung (s. auch Hermsen & Macsenaere, 2007). Eine Vorher-Nachher-Untersuchung mit zwei Erhebungszeitpunkten zu Beginn und am Ende der Hilfe stellt das Minimum für eine Wirkungsbestimmung dar (s. Abschnitt 3.2). Solche hilfebegleitenden, prospektiven Erhebungen führen zu vollständigeren und erheblich zuverlässigeren Daten als rückblickende, retrospektive Erhebungen. Durch Einbeziehung eines weiteren Erhebungszeitpunkts in Form einer Verlaufserhebung können weiterhin auch Entwicklungen aufgezeigt werden.

Erhebung auf Einzelfallebene

Auf welcher Ebene sollte eine wirkungsorientierte Evaluation durchgeführt werden? Auf der (aufwendigen) Einzelfallebene? Als Kompromiss auf einer Gruppen- oder Bereichsebene? Oder möglicherweise relativ ökonomisch umsetzbar auf Ebene von Einrichtungen und Diensten? Wenn ausschließlich Strukturdaten gefragt waren, war diese Ebene natürlich indiziert: Hier wurde die Datensammlung entweder bei den Jugendämtern oder den Leistungserbringern durchgeführt. Im Kontext aller Aussagen zu Wirkungen war es allerdings dringend geboten auf Einzelfallebene zu erheben, da hier schließlich auch ebendiese Effekte erzielt werden.

Beachtung allgemeingültiger Standards

Eine Wirkungsmessung auf quantitativ-empirischer Datenbasis kann nur mit einer ausreichenden Güte der erhobenen Daten gelingen. Daher müssen der Wirkungsdiagnostik Verfahrensweisen zugrunde liegen, die den Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität genügen. Die bisherigen Erfahrungen mit Instrumenten, die mit denen der vorliegenden Evaluation vergleichbar sind (s. Abschnitt 3.4), zeigen eine mindestens zufriedenstellende Interrater-Reliabilität im Bereich Ressourcendiagnostik sowie gute bis sehr gute Werte im Bereich Defizitdiagnostik. Zudem müssen auch anerkannte Evaluationsstandards berücksichtigt werden (s. DeGEval, 2002; vgl. auch Abschnitt 3.1).

Berücksichtigung der Sichtweisen der wesentlichen Verfahrensbeteiligten

Nicht nur die Fairness, sondern auch die Güte der Evaluation gebietet es, die Sichtweisen möglichst aller Verfahrensbeteiligten zu berücksichtigen. Obwohl die bisherigen Erfahrungen insgesamt eine überaus hohe Güte der Wirkungsbestimmung durch die Fachkräfte belegen, wurde im Rahmen der vorliegenden Evaluation ein vergleichsweise großer Aufwand betrieben: Neben den beteiligten Fachkräften in den Jugendämtern und bei den Leistungserbringern wurden auch die jungen Menschen und ihre Sorgeberechtigten in die Evaluation einbezogen. Da zudem die Ergebnisse einen höchstmöglichen Grad an „Objektivierung" gewährleisten sollten, wurde bei einer repräsentativen Stichprobe ein intensives sogenanntes „Datencontrolling" durch unabhängige diagnostische Sachverständige durchgeführt.

Differenzierte Analyse unterschiedlicher Wirkungsdimensionen

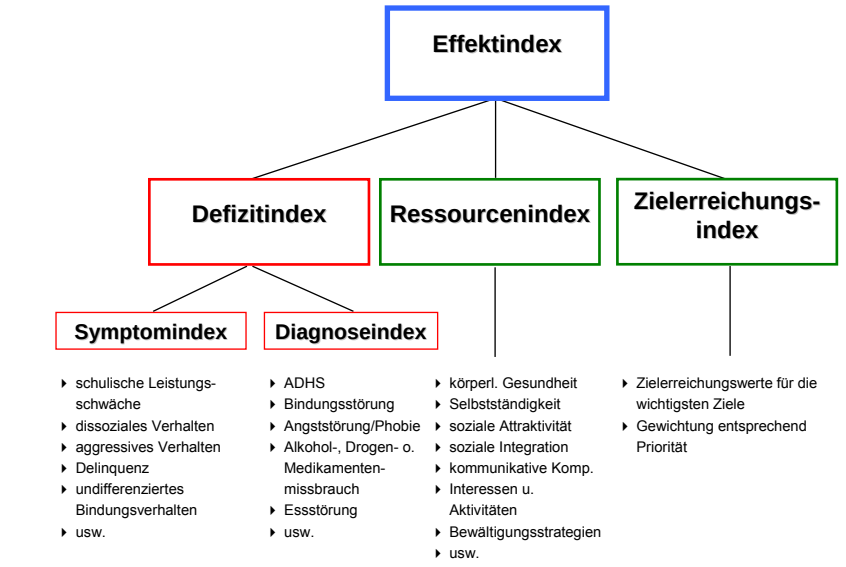
Wirkung ist nicht unbedingt gleich Wirkung. Damit die Resultate der Evaluation auch hinreichend transparent und differenziert ausfallen, müssen unterschiedliche Facetten von Wirkungen betrachtet und einander gegenübergestellt werden. Je nach Blickwinkel bzw. Verständnis müssen mindestens drei zentrale Wirkungsdimensionen berücksichtigt und nach Möglichkeit getrennt voneinander betrachtet werden. Schröder und Kettiger (2001) operationalisieren diese Dimensionen wie folgt (vgl. hierzu auch Schröder, 2002):

- „Effect": die direkt ersichtliche und objektiv nachweisbare (Aus-)Wirkung der Hilfe, z.B. Erreichen der im Hilfeplan festgelegten Zielsetzung
- „Impact": die subjektive Wirkung beim Leistungsempfänger. Hierbei kommen die Bedürfnisse und Werte der Betroffenen zum Ausdruck. Beispiel: Zufriedenheit mit dem Hilfeprozess und der Zielerreichung
- „Outcome": die mittelbare Wirkung auf die Gesellschaft und/oder Umwelt, z.B. Verringerung der Jugendarbeitslosigkeit und volkswirtschaftliche Effekte

Veranschaulichung der Ergebnisse anhand von Indexskalen

Sollen die Ergebnisse einer weit verzweigten summativen Evaluation im Endeffekt für Außenstehende noch nachvollziehbar sein, müssen diese möglichst verständlich aufbereitet und statistisch ausgewertet werden. Hierbei ist es unabdingbar, dass die Komplexität der Materie wieder um ein gewisses (sinnvolles) Maß reduziert wird. Daher wurden komprimierte Indices gebildet, mit denen die erreichten Veränderungen bzw. Hilfewirkungen, quasi auf den Punkt gebracht, dargestellt werden können. Diesem Vorhaben zupass kam der Umstand, dass die einzelfallbezogenen Instrumente der Evaluation an die „Tradition" der Jugendhilfe-Effekte-Studie (Schmidt et al., 2002) und des EVAS-Verfahrens (s. Macsenaere & Knab, 2004) angelehnt wurden. Daher konnten die dort entwickelten und erprobten Indexskalen verhältnismäßig einfach auf die Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen übertragen werden. So wurde unter anderem ein Effektindex gebildet, der sich jeweils aus dem Ressourcenindex, dem Defizitindex und einem gering gewichteten Zielerreichungsindex zusammensetzt. Jeder der letztgenannten Indices setzt sich wiederum aus mehreren Items bzw. Skalen zusammen. Abbildung 4 veranschaulicht am Beispiel des jungen Menschen die Konstruktionsprinzipien dieser Indices.

Abb. 4: Bestimmung der Effektivität (am Bsp. des jungen Menschen)



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Im Detail können die einzelnen Indexberechnungen folgendermaßen beschrieben werden (vgl. Adams et al., 2004):

- Ressourcenindex: Es handelt sich um eine Maßzahl für die Ressourcen bzw. „Schutzfaktoren". Diese setzt sich beim jungen Menschen gleichrangig aus zehn Einzelressourcenskalen (bspw. soziale Integration, Selbstständigkeit, körperliche Gesundheit, schulische Leistungen oder auch Copingstrategien) sowie einer Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung zusammen und kann Werte zwischen 0 und 100 annehmen. Im Schnitt liegt dieser Wert bei der Jugendhilfeklientel zum Zeitpunkt des Hilfebeginns bei etwa 50.[4] Je höher die Werte auf dem Ressourcenindex ausfallen, desto positiver sind die Ressourcen ausgeprägt.
- Defizitindex: Eine Maßzahl für die Defizite und Problemlagen, die sich bei den Kindern und Jugendlichen aus den entsprechend transformierten Symptom- und Diagnoseindexwerten sowie einer Globalbeurteilung des Schweregrads der Gesamtauffälligkeit ableitet. Im Rahmen des Symptom- und Diagnoseindex werden die interventionsbedürftigen Symptome und psychischen Störungen (etwa Drogenmissbrauch oder aggressives Verhalten; weitere Beispiele s. Abbildung 4), gewichtet nach ihrer Relevanz sowie dem Umfang ihrer konkreten Ausprägung, abgebildet. Der Defizitindex kann ebenfalls Werte zwischen 0 und 100 annehmen, wobei sich bei der Jugendhilfeklientel zum Zeitpunkt des Hilfebeginns ca. ein Mittel um einen Wert von 50[5] herauskristallisiert. Hohe Werte sind negativ zu bewerten, da sie stark ausgebildete Defizite bzw. Risiken umschreiben.

[4] Es handelt sich um einen „Norm-Wert" bezogen auf das EVAS-Verfahren, der nicht unbedingt für jede Hilfeart oder jede spezielle oder studienspezifische Kombination von Hilfen zutreffen muss.
[5] Es handelt sich um einen „Norm-Wert" bezogen auf das EVAS-Verfahren, der nicht unbedingt für jede Hilfeart oder jede spezielle oder studienspezifische Kombination von Hilfen zutreffen muss.

- Zielerreichungsindex: Diese Maßzahl veranschaulicht den durchschnittlichen Grad der Zielerreichung bzgl. der im Hilfeplan vereinbarten Zielsetzungen im gesamten Hilfeverlauf. Hierbei wird auf eine Auswahl der wichtigsten Ziele Bezug genommen. Zudem werden diese entsprechend ihrer Priorität gewichtet. Im Rahmen der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen wurde die in Tabelle 4 angegebene Skalenwertzuordnung zugrunde gelegt.

Tabelle 4: Skalenwerte des Zielerreichungsindex

Zielerreichungsgrad, beispielhaft	*Skalenwert Zielerreichungsindex*
völlig erreicht	50
weitgehend erreicht	37,5
mittel erreicht	25
etwas erreicht	12,5
keine Änderung	0

Bei Defizit- und Ressourcenindex handelt es sich um sogenannte Statusindices, die zunächst nur einen Zustand zu einem bestimmten Zeitpunkt beschreiben, während Zielerreichungs- und Effektindex sogenannte Veränderungsindices sind, die sich inhaltlich gesehen auf Zustandsmodifikationen in Zeiträumen beziehen. Bevor also Defizit- und Ressourcenindex in einen Effektindex verrechnet werden können, müssen vorher über Differenzbildung die Änderungen zwischen zwei Zeitpunkten abgebildet werden. Wenn es um die Effekte der Hilfe geht, sind hier die Veränderungen zwischen den Zeitpunkten der Hilfebeendigung und des Hilfebeginns zugrunde zu legen. Die Differenzbildung erfolgt dabei derart, dass Werte im positiven Bereich (bis maximal „+50“) die Erfolge der Hilfe kennzeichnen (etwa Abbau von Defiziten oder Förderung von Ressourcen), Werte im negativen Bereich (bis maximal „-50“) die Misserfolge. Ein Wert von Null steht für die Aufrechterhaltung des ebenfalls nicht erwünschten Status quo (keine Änderung). Somit ist der Effektindex eine Maßzahl für die im Zuge von Hilfen erzielten Wirkungen bzw. für die Ergebnisqualität. Aus den bereits oben beschriebenen Gründen fließt der Zielerreichungsindex nur mit einem verhältnismäßig niedrigen Gewicht von 20% ein, während die Veränderungen von Defizit- und Ressourcenindex jeweils mit 40% gewichtet werden.

Die Berechnung der Indexskalen wurde hier aus Gründen der besseren Anschauung exemplarisch für den jungen Menschen dargestellt. Für die Sorgeberechtigten bzw. das relevante Umfeld des jungen Menschen können ebenfalls analog aufgebaute Indices bestimmt werden. Hierbei sind neben der familien- bzw. umfeldbezogenen Hilfeplanung lediglich entsprechend angepasste Inhalte im Bereich der Defizite und Ressourcen zugrunde zu legen, die bspw. in den Bereichen wirtschaftliche Situation der Familie, Wohnverhältnisse, Erziehungsleistung oder aktuelle Lebensereignisse angesiedelt sind.

Des Weiteren sei darauf hingewiesen, dass im Rahmen der vorliegenden Untersuchung die hier beschriebenen Indices aufgrund ihrer konzeptionellen Ausrichtung und Eignung primär im Bereich der Bestimmung von „effects“ zum Einsatz gekommen sind (s. auch Abschnitt 4.5). Im Bereich der „impact“-Messung war, zugeschnitten auf die entsprechenden Adressaten, eine etwas andere Vorgehensweise angebracht, auf die an den entsprechenden Berichtspassagen noch detaillierter eingegangen wird (s. auch Abschnitt 4.6).

Unabhängig von den beschriebenen ergebnisqualitätsrelevanten Indices wurde noch ein weiterer (Status-)Index aus dem EVAS-Verfahren entlehnt, der sogenannte Jugendhilfekarriereindex. Dieser errechnet sich aus der Anzahl der den aktuellen Maßnahmen vorangegangenen Hilfen und deren „Intensität“, wobei die im Zuge der Evaluation geplante Hilfe dabei nicht berücksichtigt wird. Je höher der Zahlenwert des Index ausfällt, umso mehr und/oder „höherschwellige“ Hilfen liegen vor (s. Tabelle 5). Der Jugendhilfekarriereindex ist ein wichtiges Merkmal zur Charakterisierung des Ausgangszustands für die im Zuge der Evaluation durchgeführten Hilfeprozesse und somit unter anderem auch für die Hilfeentscheidung relevant (s. etwa auch Abschnitt 4.3.2).

Tabelle 5: Skalenwerte des Jugendhilfekarriereindex

Jugendhilfekarriereindex	***Bedeutung***
0	keine vorangegangenen Hilfen
1 bis 5	wenige und/oder niederschwellige vorangegangene Hilfen
6 bis 10	viele und/oder hochschwellige vorangegangene Hilfen
11 bis 15	sehr viele und/oder hochschwellige vorangegangene Hilfen
größer als 15	extrem viele und/oder hochschwellige vorangegangene Hilfen

3.4 Evaluationsinstrumente

Die Evaluationsinstrumente wurden aus den in der Projektskizze formulierten Hypothesen abgeleitet und zur Überprüfung dieser den Erhebungszeitpunkten t1/Ausgangserhebung, t2/Verlaufserhebung und t3/Abschlusserhebung zugeordnet. Unabhängig von den Erhebungszeitpunkten wurde zusätzlich während der Hauptphase des Projekts eine Befragung der Eltern/Sorgeberechtigten und der Kinder/Jugendlichen, eine Strukturerhebung der Jugendämter und Leistungserbringer sowie ein externes Datencontrolling durchgeführt.

Die Entwicklung der Instrumente wurde bis zur Hauptphase abgeschlossen. Im Folgenden werden die Grundzüge dargestellt. Ausgangs-, Verlaufs- und Abschlusserhebung wurden durch die für die jeweiligen Fälle verantwortlichen Jugendamtsfachkräfte bearbeitet. Parallel dazu wurde zu den Zeitpunkten t1 und t3 eine Befragung der Leistungserbringer vorgenommen.

3.4.1 Beschreibung der Instrumente

Ausgangserhebung (t1)

Die Ausgangserhebung wurde in zwei Erhebungszeitpunkte unterteilt:

t1.1 – nach der Anwendung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen oder eigenen (jugendamtsinternen) Verfahren zur Feststellung des Hilfebedarfs

t1.2 – zu Hilfebeginn und Hilfeplanung

Die Ausgangserhebung beinhaltete die Ausgangslage und soziografischen Merkmale sowie die Entwicklung des jungen Menschen und seines Umfelds.

Der Prozess des Jugendamts bis zur Entscheidung der Hilfeart wurde ebenfalls erhoben.

Ein weiterer Schwerpunkt war die Erfassung der Vollständigkeit und Qualität der Merkmale und Kategorien der Diagnose-Tabellen nach ihrem Einsatz, die Handhabung und der Einfluss der Tabellen auf die Hilfeartentscheidung.

Die Befragung zur Zufriedenheit/Zustimmung mit der Auswahl der Hilfeart und zu den Erwartungen an die Hilfe des jungen Menschen und der Erziehungsberechtigten erfolgte einmal direkt und zum anderen indirekt über die Jugendämter.

Verlaufserhebung (t2)

Mit der Verlaufserhebung wurden die Hilfeverläufe anhand der Hilfepläne und der „hard facts“ wie z.B. Dauer/Zeitaufwand, Kosten, Anzahl und Auswahl der Hilfearten, Zielerreichung evaluiert.

Der Stand der Entwicklung des jungen Menschen und seines Umfelds wurde erneut erhoben, ebenfalls die Zufriedenheit des jungen Menschen und der Erziehungsberechtigten mit dem Verlauf der Hilfe durch die Befragung der Jugendamtsmitarbeiter.

Diese Erhebung erfolgte zu einem Zeitpunkt, der im Hinblick auf die in der Evaluation untersuchten Hilfen in etwa der Mitte der insgesamt zu erwartenden bzw. zu prognostizierenden Hilfedauer entsprach und sich somit auf die erste Hälfte des Hilfeverlaufs bezog.

Abschlusserhebung (t3)

Mit der Abschlusserhebung wurden die Hilfeverläufe nach Beendigung der Hilfe in Bezug auf die zweite Hälfte der Hilfe evaluiert, ebenso der Stand der Entwicklung des jungen Menschen und seines Umfelds und die Zufriedenheit des jungen Menschen und der Erziehungsberechtigten mit dem Verlauf und dem Ende der Hilfe durch eine direkte Befragung und eine indirekte über die Jugendämter.

Zusätzlich erfolgte eine Erhebung in Bezug auf die abschließende Bewertung zum Einsatz und zur Handhabung der Diagnose-Tabellen und ihrer Wirkung auf den Hilfeverlauf.

Strukturerhebung

Die Strukturerhebung wurde während der Hauptphase des Projekts durchgeführt und bezog sich zum einen auf die Struktur des Jugendamts und zum anderen auf die des Leistungserbringers.

Die Strukturerhebung der Jugendämter im Herbst 2006 beinhaltete allgemeine Organisationsmerkmale, angebotene und wahrgenommene Fortbildung und Supervision, interne Vernetzung/Zusammenarbeit und Planung, Dokumentation und Entscheidungsstrukturen.

Die Strukturerhebung des Leistungserbringers im Frühjahr 2006 beinhaltete ebenfalls allgemeine Organisationsmerkmale/organisatorische Einbindung, Leistungsspektrum der Einrichtung, ihre klinische/pädagogische Orientierung, ihre Bedarfsorientierung und vorhandene Verfahren zur Qualitätskontrolle.

Eltern-/Kind-Erhebung

Nach der Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Untersuchung wurden die Sorgeberechtigten und die jungen Menschen per Fragebogen zum Zeitpunkt der Ausgangserhebung zur Hilfeentscheidung und zur Zusammenarbeit mit dem Jugendamt befragt. Nach Beendigung der Hilfe erfolgte eine weitere Befragung nach der Akzeptanz der durchgeführten Hilfe und der Kooperation mit dem Jugendamt. Der Rücklauf der Fragebögen erfolgte per Post direkt an das Institut und war erfreulicherweise in Bezug auf den ersten Fragebogen sehr hoch. Die zunächst geäußerten Bedenken der Jugendämter zur Durchführung dieser direkten Klientenbefragung konnten durch die positive Resonanz ausgeräumt werden.

Befragung der Leistungserbringer

Ergänzend zur Evaluation der Fälle durch die Jugendamtsmitarbeiter wurden anhand einer repräsentativen Zufallsstichprobe auch die hilfedurchführenden Leistungserbringer per Telefoninterview zu Beginn und am Ende der Hilfe befragt. Die hier verwendeten Interviewleitfäden orientierten sich dabei an der Ausgangserhebung (t1) und der Abschlusserhebung (t3). Die befragten Mitarbeiter der Leistungserbringer zeigten durchgängig eine große Bereitschaft an der Evaluation teilzunehmen, obwohl sie im gesamten Projekt vergleichsweise am wenigsten einbezogen waren.

Externe Diagnostik

Durch eine unabhängige externe Diagnostik bzw. ein sogenanntes „externes Datencontrolling“ wurden die Verlaufsangaben der Jugendämter und Leistungserbringer auf ihre Objektivität hin untersucht. Dies erfolgte wie bei den Leistungserbringern ebenfalls anhand einer

repräsentativen Zufallsstichprobe (effektiv ca. 20% der Gesamtstichprobe). Aufgrund des hohen Aufwands konnte dies allerdings nur zu einem Zeitpunkt geschehen. Da ein besonderes Augenmerk auf die erfolgs- bzw. ergebnisbezogenen Einschätzungen gerichtet war, speziell die Veränderungen der Ressourcen und Defizite sowie die Zielerreichung, Legalbewährung und Leistung in Schule/Beruf, wurde der Untersuchungsschritt relativ zeitnah zur Abschlusserhebung durchgeführt. Die externe Diagnostik war sowohl als Telefoninterview mit den beteiligten Fachkräften wie auch als direkte Befragung der Adressaten adaptierbar. Zudem konnten auch Akten herangezogen werden. Bei der Entwicklung der Controllingmethodik wurde unter anderem auf anerkannte Verfahren wie das Kinder-DIPS (s. Unnewehr, Schneider & Margraf, 1995) oder das MAD-J (Jacob & Wahlen, 2006) zurückgegriffen. Bei den externen Gutachtern handelte es sich um erfahrene Sozialpädagogen mit praktischer Erfahrung im Jugendhilfebereich sowie Experten aus dem klinisch-therapeutischen Bereich. Eine hohe Beurteilungsübereinstimmung wurde zudem durch eine intensive vorbereitende Schulung sichergestellt.

Sonstige Informationsquellen

Außerdem wurden während der gesamten Projektdauer alle Äußerungen der Fachkräfte in Bezug auf die Diagnose-Tabellen aufgenommen und mit als Grundlage für die Empfehlungen zur Revision der Tabellen genutzt.

3.4.2 Inhalte der Instrumente

In der **Ausgangserhebung zum Zeitpunkt t1.1** wurden folgende Aspekte in 28 Items in der **Experimentalgruppe** erfasst:

- Allgemeines und die Anwendung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen (3 Items)
- Bereiche der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen (3 Items)
- Merkmale zum Erleben und Handeln des jungen Menschen inkl. Risiken und Ressourcen (4 Items)
- Merkmale zu Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen des jungen Menschen inkl. Risiken und Ressourcen (8 Items)
- Alarmmerkmale (2 Items)
- der Prozess der Hilfeentscheidung (8 Items)

In der Ausgangserhebung zum Zeitpunkt t1.1 wurden folgende Abweichungen in 11 Items in der **Kontrollgruppe** erfasst:

- die Anwendung des eigenen diagnostischen Verfahrens (4 Items)
- der Prozess der Hilfeentscheidung (7 Items)

In der **Ausgangserhebung** zum **Zeitpunkt t1.2** wurden folgende Aspekte in 40 Items in der **Experimentalgruppe** und **Kontrollgruppe** erfasst:

- die Hilfeentscheidung (3 Items)
- der Prozess der Hilfeplanung inkl. der kind- und eltern- bzw. familienbezogenen Hilfeplanziele sowie Prognosen zum Zielerreichungsgrad unter Einbeziehung von Risiken und Ressourcen (4 Items)
- Wechsel der Zuständigkeit (2 Items)
- die Partizipation der Sorgeberechtigten (6 Items)
- die Partizipation des jungen Menschen (5 Items)
- der junge Mensch/Umfeld
  - Stammdaten (5 Items)
  - bisherige Hilfen/Maßnahmen (1 Item mit 18 Unterpunkten)
  - Schule und Beruf (5 Items)
  - polizeilich ermittelte Straftaten (1 Item mit 12 Unterpunkten)
  - Verurteilung nach dem Jugendstrafrecht (1 Item)
  - Drogenkonsum (1 Item)
  - chronische Krankheiten und Behinderungen (1 Item)
  - die Ressourcen/Schutzfaktoren des jungen Menschen (1 Item mit 10 Unterpunkten)
  - die Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (1 Item mit 11 Unterpunkten)
  - interventionsbedürftige psychische/psychosoziale Problemlagen – Symptome (1 Item mit 25 Unterpunkten)
  - interventionsbedürftige psychische Störungen – Diagnosen (1 Item mit 18 Unterpunkten)
  - der Schweregrad der Gesamtauffälligkeit (1 Item mit 5 Unterpunkten)

In der **Verlaufserhebung** zum **Zeitpunkt t2** wurden folgende Aspekte in 36 Items in der **Experimentalgruppe** und **Kontrollgruppe** erfasst:

- Wechsel der Zuständigkeit (2 Items)
- Wechsel der Hilfe/Maßnahme (4 Items)
- der Prozess der Hilfeplanung inkl. der kind- und eltern- bzw. familienbezogenen Hilfeplanziele, deren Zielerreichungsgrad sowie Prognosen zum Zielerreichungsgrad neuer Ziele unter Einbeziehung von Risiken und Ressourcen (5 Items)
- die Partizipation der Sorgeberechtigten (6 Items)
- die Partizipation des jungen Menschen (5 Items)
- der junge Mensch/Umfeld
  - Schule und Beruf (5 Items)
  - polizeilich ermittelte Straftaten (1 Item mit 12 Unterpunkten)
  - Verurteilung nach dem Jugendstrafrecht (1 Item)
  - Drogenkonsum (1 Item)
  - chronische Krankheiten und Behinderungen (1 Item)
  - die Ressourcen/Schutzfaktoren des jungen Menschen (1 Item mit 10 Unterpunkten)

- die Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (1 Item mit 11 Unterpunkten)
- interventionsbedürftige psychische/psychosoziale Problemlagen – Symptome (1 Item mit 25 Unterpunkten)
- interventionsbedürftige psychische Störungen – Diagnosen (1 Item mit 18 Unterpunkten)
- der Schweregrad der Gesamtauffälligkeit (1 Item mit 5 Unterpunkten)

In der **Abschlusserhebung** zum **Zeitpunkt t3** wurden folgende Aspekte in 45 Items in der **Experimentalgruppe** erfasst:

- Wechsel der Zuständigkeit (2 Items)
- Wechsel der Hilfe/Maßnahme (4 Items)
- die Anwendung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen (3 Items)
- die Partizipation der Sorgeberechtigten (6 Items)
- die Partizipation des jungen Menschen (5 Items)
- der Prozess der Hilfeplanung
  - Grad der Zielerreichung (4 Items)
  - Art der Beendigung (1 Item mit 11 Unterpunkten)
  - Gründe für das Ende der Hilfe (1 Item mit 9 Unterpunkten)
  - geplante Anschlusshilfe (1 Item mit 18 Unterpunkten)
- der junge Mensch/Umfeld
  - Schule/Beruf (7 Items)
  - die Wohnsituation nach Beendigung der Hilfe (1 Item)
  - Drogenkonsum (1 Item)
  - chronische Krankheiten und Behinderungen (1 Item)
  - die Ressourcen/Schutzfaktoren des jungen Menschen (1 Item mit 10 Unterpunkten)
  - die Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (1 Item mit 11 Unterpunkten)
  - interventionsbedürftige psychische/psychosoziale Problemlagen – Symptome (1 Item mit 25 Unterpunkten)
  - interventionsbedürftige psychische Störungen – Diagnosen (1 Item mit 18 Unterpunkten)
  - der Schweregrad der Gesamtauffälligkeit (1 Item mit 5 Unterpunkten)
  - Einschätzung der Zukunftsperspektive des jungen Menschen (1 Item)
  - Kosten der Hilfe (2 Items)

In der **Abschlusserhebung** zum **Zeitpunkt t3** wurden folgende Aspekte in 43 Items in der **Kontrollgruppe** erfasst:

- Wechsel der Zuständigkeit (2 Items)
- Wechsel der Hilfe/Maßnahme (4 Items)
- die Anwendung des eigenen diagnostischen Verfahrens (1 Item)
- die Partizipation der Sorgeberechtigten (6 Items)
- die Partizipation des jungen Menschen (5 Items)
- der Prozess der Hilfeplanung
  - Grad der Zielerreichung (4 Items)
  - Art der Beendigung (1 Item mit 11 Unterpunkten)
  - Gründe für das Ende der Hilfe (1 Item mit 9 Unterpunkten)
  - geplante Anschlusshilfe (1 Item mit 18 Unterpunkten)
- der junge Mensch/Umfeld
  - Schule/Beruf (7 Items)
  - die Wohnsituation nach Beendigung der Hilfe (1 Item)
  - Drogenkonsum (1 Item)
  - chronische Krankheiten und Behinderungen (1 Item)
  - die Ressourcen/Schutzfaktoren des jungen Menschen (1 Item mit 10 Unterpunkten)
  - die Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (1 Item mit 11 Unterpunkten)
  - interventionsbedürftige psychische/psychosoziale Problemlagen – Symptome (1 Item mit 25 Unterpunkten)
  - interventionsbedürftige psychische Störungen – Diagnosen (1 Item mit 18 Unterpunkten)
  - der Schweregrad der Gesamtauffälligkeit (1 Item mit 5 Unterpunkten)
  - Einschätzung der Zukunftsperspektive des jungen Menschen (1 Item)
  - Kosten der Hilfe (2 Items)

Bei der Befragung der Leistungserbringer wurden in der **Ausgangserhebung** zum **Zeitpunkt t1.2** folgende Aspekte in 37 Items in der **Experimentalgruppe** und **Kontrollgruppe** erfasst:

- der Prozess der Hilfeplanung inkl. der kind- und eltern- bzw. familienbezogenen Hilfeplanziele sowie Prognosen zum Zielerreichungsgrad (4 Items)
- Wechsel der Zuständigkeit (2 Items)
- die Partizipation der Sorgeberechtigten (6 Items)
- die Partizipation des jungen Menschen (5 Items)
- der junge Mensch/Umfeld
  - Stammdaten (5 Items)
  - bisherige Hilfen/Maßnahmen (1 Item mit 18 Unterpunkten)
  - Schule und Beruf (5 Items)
  - polizeilich ermittelte Straftaten (1 Item mit 12 Unterpunkten)
  - Verurteilung nach dem Jugendstrafrecht (1 Item)
  - Drogenkonsum (1 Item)

- chronische Krankheiten und Behinderungen (1 Item)
- die Ressourcen/Schutzfaktoren des jungen Menschen (1 Item mit 10 Unterpunkten)
- die Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (1 Item mit 11 Unterpunkten)
- interventionsbedürftige psychische/psychosoziale Problemlagen – Symptome (1 Item mit 25 Unterpunkten)

- interventionsbedürftige psychische Störungen – Diagnosen (1 Item mit 18 Unterpunkten)
- der Schweregrad der Gesamtauffälligkeit (1 Item mit 5 Unterpunkten)

Bei der Befragung der Leistungserbringer wurden in der **Abschlusserhebung** zum **Zeitpunkt t3** folgende Aspekte in 43 Items in der **Experimentalgruppe** und **Kontrollgruppe** erfasst:

- Wechsel der Zuständigkeit (2 Items)
- Wechsel der Hilfe/Maßnahme (4 Items)
- Einschätzung des Erfolgs der Hilfe (1 Item)
- die Partizipation der Sorgeberechtigten (6 Items)
- die Partizipation des jungen Menschen (5 Items)
- der Prozess der Hilfeplanung
  - Grad der Zielerreichung (4 Items)
  - Art der Beendigung (1 Item mit 11 Unterpunkten)
  - Gründe für das Ende der Hilfe (1 Item mit 9 Unterpunkten)
  - geplante Anschlusshilfe (1 Item mit 18 Unterpunkten)
- der junge Mensch/Umfeld
  - Schule/ Beruf (7 Items)
  - die Wohnsituation nach Beendigung der Hilfe (1 Item)
  - Drogenkonsum (1 Item)
  - chronische Krankheiten und Behinderungen (1 Item)
  - die Ressourcen/Schutzfaktoren des jungen Menschen (1 Item mit 10 Unterpunkten)
  - die Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (1 Item mit 11 Unterpunkten)
  - interventionsbedürftige psychische/psychosoziale Problemlagen – Symptome (1 Item mit 25 Unterpunkten)
  - interventionsbedürftige psychische Störungen – Diagnosen (1 Item mit 18 Unterpunkten)
  - der Schweregrad der Gesamtauffälligkeit (1 Item mit 5 Unterpunkten)
  - Einschätzung der Zukunftsperspektive des jungen Menschen (1 Item)
  - Kosten der Hilfe (2 Items)

In der **Ausgangserhebung** zum **Zeitpunkt t1.2** wurden folgende Aspekte in 10 Items in der Befragung der **Kinder und Jugendlichen** sowie **Sorgeberechtigten** erfasst:

- der Kontakt, die Zufriedenheit und die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt (6 Items)
- die Akzeptanz der durchgeführten Hilfe (3 Items)
- 1 Item zur freien Meinungsäußerung

In der **Abschlusserhebung** zum **Zeitpunkt t3** wurden folgende Aspekte in 13 Items in der Befragung der **Kinder und Jugendlichen** erfasst:

- der Kontakt, die Zufriedenheit und die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt (8 Items)
- die Akzeptanz, die Zufriedenheit und Dauer der durchgeführten Hilfe (4 Items)
- 1 Item zur freien Meinungsäußerung

In der **Abschlusserhebung** zum **Zeitpunkt t3** wurden folgende Aspekte in 11 Items in der Befragung der **Sorgeberechtigten** erfasst:

- der Kontakt, die Zufriedenheit und die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt (6 Items)
- die Akzeptanz, die Zufriedenheit und Dauer der durchgeführten Hilfe (4 Items)
- 1 Item zur freien Meinungsäußerung

In der **Strukturerhebung** der **Leistungserbringer** wurden folgende Aspekte in 16 Items erfasst:

- allgemeine soziografische/organisatorische Merkmale (2 Items)
- die Betreuungskapazität (3 Items)
- Personalstellen aller pädagogisch-therapeutischen Mitarbeiter im Bereich der Erziehungshilfe der (Gesamt-)Institution (2 Items)
- das Leistungsspektrum (1 Item)
- die Methodendifferenzierung – kindbezogene Angebote (3 Items)
- die Methodendifferenzierung – eltern-/familienbezogene Angebote (2 Items)
- Qualitätsentwicklung (3 Items)

In der **Strukturerhebung** der **Jugendämter** wurden folgende Aspekte in 43 Items erfasst:

- allgemeine Angaben zum Jugendamt/ASD (13 Items)
- die Leistungserbringer im Zuständigkeitsbereich des Jugendamts/ASD (8 Items)
- die Fachkräfte (5 Items)
- die Fortbildung und Supervision (3 Items)
- die Besprechungsgremien/-kultur (1 Item)
- der Hilfeprozess (10 Items)
- letzte Einschätzungen (3 Items)

3.4.3 Zeitpunkte des Einsatzes der Erhebungsinstrumente

ab 15. Juni 2004 Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen in der Experimentalgruppe

t1.1 ab Juni 2004 nach der Anwendung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen oder eigener Verfahren zur Feststellung des Hilfebedarfs:

- Befragung des Jugendamts zum Prozess der Hilfeentscheidung und zum Einsatz der Diagnose-Tabellen (Experimentalgruppe) bzw. zum eigenen Diagnoseverfahren (Kontrollgruppe)
- Befragung des jungen Menschen und der Personensorgeberechtigten nach der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und der Akzeptanz der Hilfeentscheidung

t1.2 bis März 2006 zu Hilfebeginn:

- Befragung des Jugendamts zur Hilfeplanung, der Entwicklung des jungen Menschen, der Kooperation mit dem jungen Menschen und den Sorgeberechtigten
- Telefoninterview mit den Leistungserbringern

t2 Dezember 2006 zur geschätzten Mitte der Hilfen:

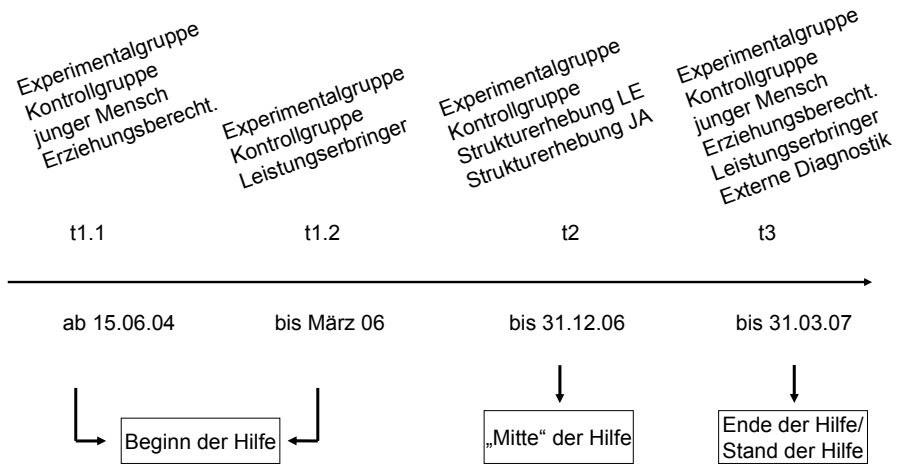
- Befragung des Jugendamts zur Hilfeplanung, der Entwicklung des jungen Menschen und der Sorgeberechtigten, der Kooperation mit dem jungen Menschen und den Sorgeberechtigten
- Erfassung der Strukturqualität der Leistungserbringer (z.B. Angebotsspektrum, personelle Besetzung)
- Erfassung der Strukturqualität der Jugendämter (z.B. Entscheidungsstrukturen, personelle Besetzung)

t3 März 2007 nach Ende der Hilfe oder nach dem Stand der Hilfe im März 2007:

- Befragung des Jugendamts zur Hilfeplanung, der Entwicklung des jungen Menschen und der Sorgeberechtigten, der Kooperation mit dem jungen Menschen und den Sorgeberechtigten
- Telefoninterview mit den Leistungserbringern
- externe Diagnostik bzw. externes Datencontrolling
- Befragung des jungen Menschen und der Personensorgeberechtigten zur Kooperation, der Akzeptanz und der Güte der Hilfe

Die zeitlichen Abläufe sind in Abbildung 5 nochmals etwas übersichtlicher visualisiert und zusammengefasst.

Abb. 5: Zeitplan des Einsatzes der Instrumente



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

3.5 Implementierung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen in die Praxis

Nachfolgend wird nach einigen allgemeinen Grundlagen zum Hilfeplanverfahren die Implementierung der Soziapädagogischen Diagnose-Tabellen in das Verfahren der Jugendämter beschrieben (s. auch Hillmeier, Huber & Pschibl, 2004; Hillmeier, Scherer & Vietzke, 2005; Paries, 2004).

3.5.1 Allgemeine Grundsätze

Gesetzliche Grundlagen (§ 36 SGB VIII)

Verwaltungshandeln im Bereich des Hilfeplanverfahrens basiert auf der Grundlage des § 36 SGB VIII. Zur Gewährung von Jugendhilfeleistungen, die für voraussichtlich längere Zeit zu leisten sind, müssen – möglichst in Schriftform – ein Antrag gestellt, ein Hilfeplanverfahren durchgeführt und ein Hilfeplan zur Dokumentation aufgestellt werden. Der Hilfeplan, der als wichtigstes Instrument direkter Beteiligung zusammen mit den Personensorgeberechtigten und – soweit möglich – dem Kind oder Jugendlichen erstellt wird, dient als Grundlage für die Ausgestaltung der persönlichen Hilfe, als Entscheidungsgrundlage bei Klageverfahren sowie als Qualitätssicherung der Leistungserbringung. Durch die turnusmäßige Fortschreibung des Hilfeplans soll die prozesshafte Weiterentwicklung der gewährten Maßnahme garantiert werden.

Prüfung der Zuständigkeit

Am Anfang jeglichen Verwaltungshandelns steht die Prüfung der sachlichen und örtlichen Zuständigkeit. Aus der örtlichen Zuständigkeit leiten sich bestimmte Folgen wie z.B. die Finanzierung der Leistung, der Klageweg und das -verfahren, Kostenerstattungsansprüche etc. ab. Der Allgemeine Sozialdienst hat daher in einem frühen Stadium der Hilfen nach §§ 27ff. SGB VIII als kostenwirksame Verfahren die Wirtschaftliche Jugendhilfe einzuschalten und die für die Zuständigkeit maßgeblichen Sachverhalte wie z.B. den Aufenthalt und den Inhaber der Personensorge zeitnah mitzuteilen, damit fallbegleitend von der Wirtschaftlichen Jugendhilfe die Zuständigkeit geprüft werden kann.

Mitwirkung

Die Leistungsadressaten der Jugendhilfe sind bei der Konkretisierung und Ausgestaltung der Hilfen gegebenenfalls alters- und entwicklungsgemäß einzubeziehen. Die Beteiligung der Eltern zielt bei den Hilfen zur Erziehung darauf ab, ihre Erziehungsverantwortung zu stärken, die Erziehungsfähigkeit zu verbessern und sie bei der Wahrnehmung der Erziehungsverantwortung zu unterstützen. Dem Allgemeinen Sozialdienst obliegt hierbei die Motivation und Information der mitwirkenden beteiligten Personen. Wenn eine Mitwirkung nicht gegeben ist, ist zu prüfen, ob die Maßnahme zu beenden ist oder die Hilfe im Interesse des jungen Menschen weiterhin geleistet wird. Lehnen die Leistungsadressaten eine Mitwirkung ab, ist gegebenenfalls das Familiengericht einzuschalten.

3.5.2 Implementierungsprozess

Die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen wurden vor Einsatz in den an der Studie beteiligten Jugendämtern eins zu eins in eine bearbeitbare EDV-Fassung umgewandelt. Dabei wurde bewusst darauf verzichtet, die Handhabung EDV-technisch und benutzerfreundlich zu verbessern, um den Untersuchungsgegenstand nicht zu verfälschen. Als einzige Änderung gegenüber der Papierfassung wurden bestehende Items als „Alarmmerkmale“ in der EDV-Version hervorgehoben. Werden diese Merkmale angekreuzt, weisen sie auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung hin. Mit dieser wichtigen Änderung verfolgte das ZBFS schon vor der Einführung des § 8a SGB VIII das Ziel, den Eingriffsbedarf möglichst frühzeitig zu identifizieren.

Den Mitgliedern der Experimentalgruppe wurden die Inhalte und der Aufbau der Diagnose-Tabellen, deren Grundphilosophie und die Handhabung auf einer Fachtagung in schriftlichen Erläuterungen und bei den Erstbesuchen in den Jugendämtern vermittelt. Da die beteiligten Jugendämter unterschiedliche Hilfeverfahren und unterschiedliche Dokumentationssysteme praktizierten, musste zunächst mit jedem Jugendamt geklärt werden, zu welchem Zeitpunkt des individuellen Hilfeprozesses die Diagnose-Tabellen zum Einsatz kommen sollten. Zu diesem Zweck wurde der jeweilige Ablauf der Hilfeplanverfahren der einzelnen Jugendämter geklärt, indem die vorhandenen schriftlichen Verfahrensregeln und die Selbstdarstellung der Jugendämter auf der o.g. Fachtagung ausgewertet wurden. (s. Anlage A)

Ferner musste eine einheitliche Definition der Fälle gefunden und umgesetzt werden, die in die Untersuchung aufgenommen werden sollten. Folgende Fragen waren zu klären:

Wann ist der Fall ein Fall?

- „Ein Fall ist ein Fall“, sobald die Fachkraft in die Prüfung möglicher Leistungsvoraussetzungen einer Hilfe zur Erziehung (HzE) eintritt. Dabei kann bereits in der Vorbereitungsphase (d.h. bevor ein HzE-Antrag gestellt wurde) die Anwendung eines Verfahrens zur Ausgangsdiagnose möglich und sinnvoll sein.
- In der Regel wird es jedoch meist so sein, dass „ein Fall ein Fall wird“, sobald die zuständige Fachkraft eine HzE-Entscheidung (z.B. für die Fallberatungskonferenz) *vorbereitet*.
- In die Evaluation können des Weiteren nur Fälle aufgenommen werden, bei denen ein grundsätzliches Einverständnis der Klienten zur Teilnahme an der Studie vorliegt.

Bei welchen Fällen werden die Tabellen verwendet?

- Die Tabellen kommen immer zur Anwendung, wenn es eine HzE nach § 27 SGB VIII „sein könnte“.
- Die Tabellen werden bei „neuen“ Fällen angewandt. „Neu“ sind Fälle, bei denen eine Ausgangsdiagnose bzw. eine neue HzE im jeweiligen Jugendamtsbezirk nötig wird.
- „Neu“ sind also auch neu hinzugezogene Klienten oder auch junge Menschen, die bereits im Jugendamt bekannt sind bzw. bereits eine Hilfeleistung (z.B. Trennungs- und Scheidungsberatung) erhalten haben, bei denen aber eine neue HzE nötig ist oder bei denen ein Wechsel der Hilfeart erfolgen soll.
- Bei einer Familie mit mehreren Geschwistern werden maximal zwei Fälle in die Evaluationsstudie aufgenommen.

- Fälle, die nicht mit einem Hilfeplanverfahren verknüpft sind (teilweise Erziehungsberatung), werden in die Evaluationsstudie aufgenommen, wenn ein Jugendamt im Vorfeld diagnostische Verfahren/Vorüberlegungen einsetzt.

Bei welchen Fällen werden die Tabellen eingeschränkt oder nicht verwendet?

- Ohne Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten kann der Fall nicht in die EST!-Studie aufgenommen werden.
- Die Tabellen werden nicht bei den Fällen nach *§ 41 SGB VIII* – „Hilfe für junge Volljährige" – angewandt. Sie sind lediglich für die Altersgruppe von 0 bis 18 Jahren anzuwenden (dies trifft nicht auf junge Menschen zu, die nach der Eingangsdiagnose und erst im Hilfeverlauf 18 Jahre alt werden).
- Besteht ein Eingriffsbedarf gemäß *§§ 1666f. BGB oder § 42 SGB VIII* kommen die Tabellen vorerst nicht zum Einsatz.
  Stellt sich erst im Verlauf der Anwendung der Tabellen – und insbesondere bei der Prüfung der „Alarmmerkmale" – heraus, dass ein Eingriffsbedarf besteht, wird der Fall in der Studie evaluiert.
  Wenn allerdings zum Beispiel infolge einer Gerichtsentscheidung ein HzE-Bedarf festzustellen ist, werden die Tabellen insbesondere für die Entscheidung, welche Hilfeart die Geeignetste ist, angewandt.
- Die Tabellen sind nicht als Diagnoseinstrument für die Feststellung einer seelischen Behinderung – *§ 35a SGB VIII* – geeignet. Es geht hier um grundsätzlich andere Leistungstatbestandvoraussetzungen, die zu eher therapeutisch akzentuierten Hilfen und nicht zu erzieherischen führen.
- Wird jedoch ein bereits (z.B. von einem Arzt) angeratener „§ 35a-Fall" im Hinblick auf eine andere HzE noch einmal überprüft, werden die Tabellen verwendet. Sie kommen auch zur Anwendung bei Klienten, bei denen sich im Verlauf der Diagnose herausstellt, dass mit weiteren Gutachten überprüft werden muss, ob eine seelische Behinderung vorliegt.

Zur einheitlichen Handhabung der Diagnose-Tabellen in den Jugendämtern mussten weitere grundsätzliche Fragestellungen geklärt werden:

An welcher Stelle im Hilfeplanprozess kommen die Tabellen zum Einsatz?

- Die Tabellen werden für die Eingangsdiagnose zu Beginn des Hilfeverlaufs angewandt.
- Eine Orientierung, an welcher Stelle im Prozessverlauf die Tabellen sinnvoll zum Einsatz kommen können, gibt das „Ablaufschema des Hilfeprozesses".

Wie können die Tabellen verwendet werden?

- Es geht um die Feststellung des Leistungsbedarfs zugunsten eines einzelnen jungen Menschen.
- Die Tabellen können als Fragebogen, als Gesprächsleitfaden oder als Raster, das nach Gesprächen ausgefüllt wird, verwendet werden. Die Fachkraft kann sich hier je nach Arbeitsweise und auch je nach Fall unterschiedlich entscheiden.

- Die Tabellen können mit dem jungen Menschen selbst, seinen Sorgeberechtigten und möglicherweise Dritten (Erzieher der Kindertagesstätte, Lehrer, Arzt) bearbeitet werden.
- Die Angaben sind eine Kombination aus eigenen Beobachtungen, Tatsachenfeststellungen, konkreten (Nach-)Fragen und persönlicher Einschätzung der Antworten.
- Die Eingangsdiagnose wird unabhängig von einem förmlichen Antrag der Sorgeberechtigten erstellt.

Wie viele Kästchen sollen angekreuzt werden?

- Die Tabellen sind eine Momentaufnahme, kein vollständiges Diagnostikkonzept, bleiben also zunächst fragmentarisch. Sie müssen nicht „in einem Rutsch“ ausgefüllt werden. Es müssen nicht – bzw. nicht sofort – zu jedem Punkt Angaben gemacht werden. Aber alle Merkmale werden „aufgerufen“ und müssen geprüft bzw. in Betracht gezogen werden, damit ein erstes Bild im Sinne der „Vollständigkeit der Wahrnehmung“ entsteht.

Dürfen persönliche Bemerkungen ergänzt werden?

- Persönliche Anmerkungen können bei jedem Kapitel ergänzt werden. Sie sollen jedoch nicht nur Notizcharakter haben, sondern der grundlegenden Logik der Merkmale sowie der weitgehend objektiven Sprache folgen.

Kann gewichtet werden?

Die Merkmale müssen von der Fachkraft folgendermaßen unterschieden werden:
- „trifft zu“ (= „trifft vollständig“ oder „trifft teilweise zu“)
- „trifft nicht zu“ (= dies gilt auch für Merkmale, die logisch und altersgemäß entfallen)
- „noch zu klären“

Wer bekommt wann wofür die ausgefüllten Tabellen?

- Die Tabellen ersetzen nicht den Hilfeplan, sondern sind eine seiner Grundlagen. Sie sind eine Anlage zur „Zusammenfassenden Feststellung des erzieherischen Bedarfs“. Im Hilfeplanformularblatt wird z.B. unter „derzeitige Situation – Situationsbeschreibung aus der Sicht der Fachkraft“ auf sie Bezug genommen.
- Die ausgefüllten Tabellen können innerhalb des Jugendamts zu Entscheidungszwecken weitergereicht werden.
- Die ausgefüllten Tabellen sind *nicht* den Leistungserbringern oder weiteren Personen außerhalb des Jugendamts zur Verfügung zu stellen.

Wann können die Tabellen erneut ausgefüllt werden?

- Nötig ist ein neuer Einsatz der Tabellen, wenn eine neue Entscheidung ansteht.
- Die Momentaufnahme der Eingangsdiagnose ist die Ausgangsbasis für den Hilfeplan, sie kann im Hilfeverlauf ständig überprüft und aktualisiert werden. Man eröffnet sich so die Möglichkeit einer Verlaufsdiagnostik.

Die in der Erhebung verwendete EDV-Version der Diagnose-Tabellen bot eine Auswertungshilfe an. Sie sollte helfen, die Komplexität der Informationen zu reduzieren, ohne den Fachkräften die Entscheidung für eine Hilfeart abzunehmen. So wurden folgende Übersichten zur Verfügung gestellt:

- Diagramme: Wie viele Merkmale getrennt nach Risiken und Ressourcen in den einzelnen Bereichen gewählt wurden;
- Diagramm: Wie viele Alarmmerkmale noch zu klären sind, wie viele zutreffen und wie viele nicht zutreffen;
- Gesamtübersicht: Es werden alle Merkmale mit Bemerkungen aufgeführt, die …
  - zutreffen
  - nicht zutreffen
  - noch zu klären sind

Den Jugendämtern wurde ein einheitliches Zeitfenster zur Aufnahme der Fälle in die Evaluation genannt: Die Aufnahme der Fälle (ursprünglich in der Reihenfolge ihres Eingangs im Jugendamt) und damit die Anwendung der Diagnose-Tabellen erfolgte ab dem 1. Juni 2004 bis ca. Anfang 2006.

Die Implementierungsphase war gekennzeichnet durch die Überwindung von EDV-technischen Problemen in den Jugendämtern sowie die Unterstützung bei der Auswahl der Fälle und bei der Handhabung der Diagnose-Tabellen. Dabei zeichnete sich sehr früh ab, dass die Anzahl der Items von vielen Fachkräften als zu umfangreich angesehen wurde.

3.6 Durchführung der Untersuchung

Das gesamte Forschungsprojekt wurde in drei Phasen unterteilt. Dabei ist besonders bemerkenswert, dass der eigentlichen Evaluationsphase (Phase 2) eine einjährige Machbarkeitsstudie (Phase 1) vorangestellt wurde. Die dritte Phase konzentrierte sich auf die Auswertung und die Optimierung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen (s. Abbildung 6).

Phase 1: Machbarkeitsstudie: Dauer: 14 Monate

Zeitrahmen: 1. April 2003 bis 31. Mai 2004

Die Machbarkeit der Evaluationsstudie der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen war Gegenstand der ersten Projektmonate.

Die Machbarkeitsphase bestand im Wesentlichen aus folgenden Arbeitsschwerpunkten:

- **Konstituierung der Projektsteuerungsgruppe und des Beirats**

  Die Durchführung eines Projekts hängt wesentlich von funktionierenden Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen ab. Deshalb ist es erforderlich, entsprechende Gremien und Arbeitsgruppen zu installieren.

  Der Projektbeirat bestand aus den Mitgliedern des Unterausschusses 3 „Hilfen zur Erziehung, einschließlich §§ 41, 35a und 17 SGB VIII“ des Landesjugendhilfeausschusses, einer Vertreterin des Bayerischen Sozialministeriums, zwei berufenen Expertinnen aus Wissenschaft und Praxis sowie Projektverantwortlichen vonseiten des ZBFS und des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe Mainz (Mitglieder s. Anlage D). Die Aufgabe des Projektbeirats bestand darin, das Projekt konstruktiv-kritisch zu begleiten, bei den wesentlichen Weichenstellungen im Projektverlauf mitzuwirken und notwendige Entscheidungen mitzutragen.

  In der Steuerungsgruppe, bestehend aus den Projektverantwortlichen des ZBFS und des IKJ sowie einer Vertreterin des Bayerischen Sozialministeriums (Mitglieder s. Anlage E), wurden die jeweiligen Schritte innerhalb des Projekts fachlich erörtert und das weitere Vorgehen entschieden. Sie bot dem IKJ bei der Durchführung der Evaluationsstudie ein Korrektiv und gleichzeitig eine fachlich fundierte Mitwirkung bei der Entwicklung.

  Zusätzlich zu den o.g. Gremien fanden Arbeitsgruppentreffen (insbesondere zwischen dem ZBFS, dem IKJ und den Standortmitarbeiterinnen) in unterschiedlichen, jeweils den Erfordernissen angepassten Zusammensetzungen statt. Hier wurden in der Machbarkeitsphase die Handreichungen zu den Diagnose-Tabellen und die Evaluationsinstrumente entwickelt, Entscheidungen für die Steuerungsgruppe und den Projektbeirat fachlich vorbereitet und alle Grundlagen für die Durchführung des Projekts geschaffen.

- **Rekrutierung von Jugendämtern unterschiedlicher Regionen, Größe und Struktur**

  Um die Jugendämter über das Projekt zu informieren und gleichzeitig für eine Beteiligung zu gewinnen, wurden vom ZBFS und dem Institut für Kinder- und Jugendhilfe unter Beteiligung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen zwei Veranstaltungen (am 2. Juni 2003 in Würzburg und am 3. Juni 2003 in München) durchgeführt. Es zeigte sich bereits auf diesen Veranstaltungen, dass es ein gro-

ßes Interesse an der Evaluationsstudie bei den Jugendämtern gab. Im Ergebnis äußerten insgesamt zwölf Jugendämter Interesse, am Projekt EST! teilzunehmen. Ein Jugendamt schied aus personellen Gründen in der ersten Projektphase aus, sodass letztendlich elf Jugendämter verbindlich teilnahmen.

Voraussetzung für die Teilnahme am Projekt war, dass das Jugendamt/der ASD derzeit nicht an einem weiteren Diagnostik- oder Hilfeplanprojekt beteiligt und nicht von einem umfassenden Reformprozess der Sozialverwaltung betroffen war. Die verbindliche Teilnahme der Jugendämter und ASD wurde durch eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem ZBFS, dem Institut für Kinder- und Jugendhilfe und dem jeweiligen Jugendamt dokumentiert. Die beteiligten ASD-Mitarbeiter waren freiwillig zur Mitarbeit bereit.

Alle Jugendämter, die teilnehmen wollten, wurden letztendlich auch beteiligt. Damit sollte ein möglicher Ausstieg während der Projektlaufzeit kompensiert werden. Die jeweiligen Jugendämter gewährleisteten durch eine gute Verteilung von Stadt und Landkreisen mit den unterschiedlichsten Bevölkerungsstrukturen einen annähernd repräsentativen Querschnitt in Bayern.

Bei den ersten Kontakten mit den Jugendämtern war kein Widerstand gegen das Kontrollgruppendesign erkennbar geworden. Es wurde ausdrücklich begrüßt, dass das jeweils eigene Verfahren *auch* evaluiert werden sollte. Alle teilnehmenden Jugendämter haben ein mehr oder weniger differenziertes Verfahren zum Hilfeplanverfahren, das schriftlich fixiert und für das jeweilige Jugendamt verbindlich ist. In diesen Verfahren sind unterschiedliche Diagnoseansätze erkennbar.

- **Erarbeitung der methodologischen Grundlagen der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen sowie Entwurf und Ausarbeitung des Evaluationsinstrumentariums**

  Die Evaluationsinstrumente wurden aus den gebildeten Hypothesen abgeleitet und auf der Grundlage der Jugendhilfe-Effekte-Studie (Schmidt et al., 2002) und des EVAS-Verfahrens (Macsenaere & Knab, 2004), entsprechend der in den Abschnitten 3.1 bis 3.3 beschriebenen Grundlagen, in mehreren Arbeitsschritten entwickelt. Die Instrumente wurden in einer EDV-Version erstellt, um die spätere Auswertung zu erleichtern. Es erfolgte jeweils eine Rückkopplung mit der Steuerungsgruppe. Bereits vor Ende der ersten Projektphase lagen die Evaluationsinstrumente in der endgültigen Fassung vor.

- **EDV-Fassung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen**

  Das IKJ entwickelte bis zum Ende der Machbarkeitsphase eine EDV-Fassung der bestehenden Diagnose-Tabellen in einer eigenen Software. Die Software sollte den Gebrauch der Diagnose-Tabellen nur in einem Punkt erleichtern. So wurden in der Papierversion für vier Altersstufen unterschiedliche Kriterien angeboten, die sich in der Software-Version durch das Eingeben des Alters des jungen Menschen automatisch der entsprechenden Altersstufe anpassten.

  Nach dem Anklicken der Kriterien/Items war das Software-Programm in der Lage, ein quantitatives Diagramm zu erstellen. Diese quantitative grafische Darstellung konnte dem ASD-Mitarbeiter einen ersten Eindruck vermitteln, sollte aber keineswegs dazu führen, dass daraus direkt eine erforderliche Hilfeart abgeleitet werden konnte. Wurden bestimmte Kriterien/Items angekreuzt, die als Hinweis auf besonders starke Gefährdungen des

jungen Menschen gewertet wurden, so hat die Software durch ein entsprechendes Signal dies unterstützend zum Ausdruck gebracht. Darunter fielen auch bestimmte Kombinationen von Kriterien/Items, die eine Gefährdung signalisierten.

- **Machbarkeitsüberprüfung**

  Zur Machbarkeitsprüfung legte das IKJ der Steuerungsgruppe einen Zwischenbericht vor. Die Machbarkeit der Studie wurde anhand folgender Faktoren am Ende der ersten Phase geprüft:

  - Rekrutierung der Jugendämter
  - Durchführbarkeit des Kontrollgruppendesigns
  - Erstellung der Evaluationsinstrumente abgeleitet von den Hypothesen
  - Erstellung einer EDV-Version der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen

  Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Machbarkeitsüberprüfung erfolgreich in der Steuerungsgruppe und im Projektbeirat behandelt wurde und damit zum 31. Mai 2004 abgeschlossen werden konnte.

Phase 2: Evaluation: Dauer: 34 Monate

Zeitrahmen: 1. Juni 2004 bis 31. März 2007

- **Implementierung des Verfahrens der sozialpädagogischen Diagnose laut Konzept einschließlich Hilfeplanverfahren**

  Die Mitarbeiter der Experimentalgruppe wurden in der Anwendung der Diagnose-Tabellen unter Einbeziehung der Handreichung und der EDV-Version geschult. Die Schulungen fanden vom 3. bis 5. und vom 5. bis 7. Mai 2004 in Bernried statt (zwei gleiche Schulungsblöcke), also kurz vor der Hauptphase des Projekts.

  Die Schulungen beinhalteten eine Einführung in die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen sowie deren Entstehungsgeschichte.

  Hier zeigte sich, dass erst zu diesem Zeitpunkt der wahre Umfang der Tabellen erfasst und nicht nur positiv aufgenommen wurde.

  Die Einführungsschulungen für die Mitarbeiter in der Kontrollgruppe fanden im Sommer 2004 direkt bei den Projektteilnehmern vor Ort in deren jeweiligen Jugendämtern statt. Die Schulungen für die Instrumente t1.2 (Beginn der Hilfe), t2 (Mitte der Hilfe) und t3 (Ende der Hilfe) fanden für alle Projektmitarbeiter im Februar, März und April 2005 statt.

  Für die Durchführung der Evaluation war es von entscheidender Bedeutung, dass die ASD-Mitarbeiter in der Experimentalgruppe die Diagnose-Tabellen so einheitlich wie möglich anwenden und einsetzen würden, um entsprechende „Störfaktoren“ auszuschließen.

  Deshalb wurde vom ZBFS eine Handreichung zu den Diagnose-Tabellen für die Jugendämter erarbeitet, die insbesondere während des Projekts eine einheitliche Anwendung der Diagnose-Tabellen gewährleisten und Hilfestellungen zur Erarbeitung der „Zusammenfassenden Feststellung des erzieherischen Bedarfs gemäß § 27 SGB VIII“ geben sollte.

- **Durchführung der Evaluation**

  Die Jugendämter erhielten zu Beginn der Evaluationsphase sowohl für ihr Jugendamt als auch für die teilnehmenden Mitarbeiter und insbesondere für die im Projekt aufgenommenen jungen Menschen Code-Nummern, um die Anonymisierung zu gewährleisten. Die Teilnahme der Kinder und Jugendlichen wurde außerdem durch eine schriftliche Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten abgesichert.

  Die Evaluationsinstrumente wurden den Jugendämtern elektronisch zur Verfügung gestellt. Das hatte den Vorteil, dass nach der Bearbeitung die ausgefüllten Bögen direkt an das IKJ zurückgesendet werden konnten und die Auswertungen damit vereinfacht wurden. EDV-technische Probleme in den Jugendämtern und Schwierigkeiten bei der Handhabung der EDV-Programme mussten allerdings zu Beginn der Evaluationsphase überwunden werden.

  Die Aufnahme der Fälle in die Evaluation erfolgte nach einem Stichtag in der Reihenfolge und in dem Tempo, wie die Fälle in der realen Praxis der Jugendämter Eingang fanden.

  So stellte sich sehr bald heraus, dass nicht alle Hilfearten (§§ 27ff. SGB VIII) mit der gleichen Anzahl in die Untersuchung einbezogen werden konnten, da in der Praxis der Jugendämter einige Hilfearten wie §§ 30, 31, 32, 34 SGB VIII überwiegend eingesetzt wurden und andere weniger. Auch haben die Jugendämter in der Regel Fachdienste für die Vollzeitpflege, sodass § 33 SGB VIII erst durch eine Nachsteuerung in den Jugendämtern mit einer kleineren Anzahl in die Untersuchung aufgenommen werden konnte. Die Erziehungsberatung § 28 SGB VIII und § 35a SGB VIII (ambulant) wurden ganz herausgenommen, da die Jugendämter für diese Paragraphen keine Hilfeplanung durchführten.

  Bei allen Fällen der Experimentalgruppe wurden die Diagnose-Tabellen angewandt und in der Kontrollgruppe das jeweilige jugendamtsinterne Verfahren zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. Es stellte sich nach dem Einsatz der Verfahren heraus, dass in der Experimentalgruppe in 15 Fällen und in der Kontrollgruppe in 8 Fällen keine Hilfe erfolgte. Diese Fälle konnten nicht evaluiert werden, da die Jugendämter zu den Familien keinen Kontakt mehr hatten.

  Abschließend wurden insgesamt 113 Fälle in der Experimentalgruppe und 107 Fälle in der Kontrollgruppe aufgenommen und zu drei Zeitpunkten evaluiert: zu Beginn der Hilfe, in der prognostizierten Mitte der Hilfe und am Ende der Hilfe. Die Hilfen, die am Ende des Erhebungszeitraumes noch nicht beendet waren, wurden ebenfalls mit in die Abschlusserhebung einbezogen.

  Die Evaluationsinstrumente wurden von den beteiligten Fachkräften in den Jugendämtern in den vorgegebenen Zeitfenstern zu den unterschiedlichen Zeitpunkten bearbeitet und an das IKJ gesandt. Während der Evaluationsphase wurde die Alltagsbelastung der Sozialpädagogen in der Bezirkssozialarbeit sehr deutlich thematisiert. Um diese Belastungen durch das Projekt vertretbar zu gestalten, wurden für einzelne Jugendämter gemeinsam Lösungen gefunden, die forschungsmethodologisch unschädlich waren.

  In der Praxisphase des Projekts von Juni 2004 bis März 2007 wurden die Mitarbeiter in den Jugendämtern durch die Standortmitarbeiterinnen des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe regelmäßig telefonisch und im Bedarfsfalle auch persönlich betreut. Intensiverer Kontakt bestand in den Phasen der Einholung der Evaluationsinstrumente, in denen

die Standortmitarbeiterinnen den Mitarbeitern für Rückfragen zur Verfügung standen und für die fristgerechte Abgabe der Evaluationsinstrumente Sorge trugen.

Zur Sammlung von Rückmeldungen aus den Jugendämtern und zur Information der Projektleiter der Jugendämter über den aktuellen Stand des Projekts wurden diese im November 2005 und im Dezember 2006 zu eintägigen Fachveranstaltungen in das ZBFS eingeladen.

Phase 3: Auswertung und Optimierung: Dauer: 12 Monate

Zeitrahmen: 1. April 2007 bis 31. März 2008

- **Auswertungen**

  Die testtheoretische Auswertung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen wurde bereits vor der eigentlichen Auswertungsphase erstellt und die Ergebnisse der Steuerungsgruppe vorgelegt.

  Auch die Auswertung der direkten Eltern-/Kind-Befragung zu Beginn der Hilfe und die Strukturerhebung der Jugendämter wurde vorgezogen und der Steuerungsgruppe präsentiert.

  Alle weiteren Auswertungen erfolgten in der letzten Phase des Projekts.

- **Überarbeitung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen**

  Da bereits während der Evaluationsphase und hier insbesondere direkt nach der praktischen Anwendung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen die Fachkräfte in den Jugendämtern ausführliche persönliche Rückmeldungen über deren Praktikabilität und Güte einbrachten, begannen bereits frühzeitig die ersten Überlegungen zu einer Optimierung der Tabellen. In einem längeren Prozess, der bis zur Erstellung des Abschlussberichts andauerte, entwickelte das ZBFS mit Unterstützung des IKJ auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse eine optimierte Fassung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen.

  Zusätzlich wurden die gewichtigen Anhaltspunkte der Kindeswohlgefährdung, die während des Projekts zunächst unabhängig von diesem vom ZBFS entwickelt wurden, mit der Systematik der optimierten Tabellen in Einklang gebracht. Auch wurden vom ZBFS zusätzlich von den Praktikern gewünschte Instrumente, wie z.B. das Genogramm, in den strukturierten Ablauf der Bedarfsfeststellung aufgenommen.

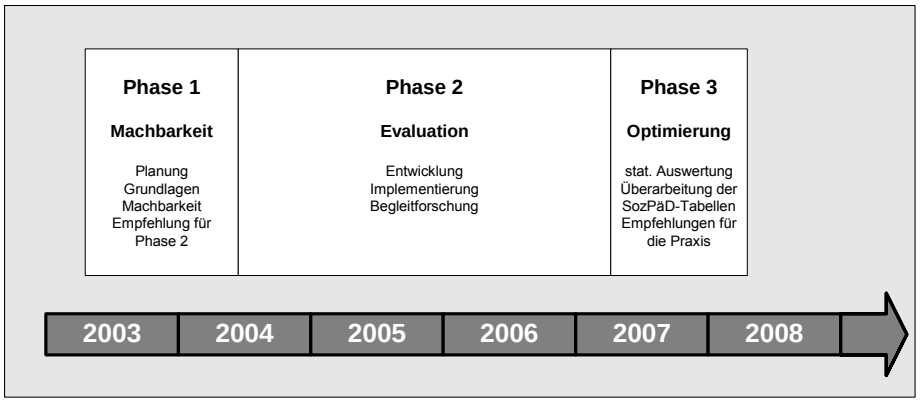
- **Forschungsbericht mit umfassender Prüfung der Hypothesen**

  Die Erstellung des Forschungsberichts erfolgte in zwei Phasen. In der ersten Phase wurde ein Kurzbericht mit allen wichtigen Ergebnissen der Evaluation und Schlussfolgerungen erstellt und den beteiligten Jugendämtern, der Fachöffentlichkeit, dem Beirat und der Steuerungsgruppe auf der Abschlussveranstaltung am 5. März 2008 präsentiert.

  Der hier vorgelegte ausführliche Forschungsbericht wurde nach der Begutachtung in der Steuerungsgruppe fristgerecht den Auftraggebern, dem ZBFS und dem Bayerischen Sozialministerium übergeben.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass das fünfjährige Forschungsprojekt ohne große Einbrüche und Hindernisse auf allen Ebenen durchgeführt werden konnte. Die Jugendämter haben hier ein besonderes Engagement gezeigt.

Abb. 6: Ablauf des Forschungsprojekts



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH | IKJ

3.7 An der Untersuchung teilnehmende Jugendämter

An der Untersuchung waren elf Jugendämter aus acht Landkreisen und drei Städten beteiligt, davon fünf im südlichen Teil und sechs im nördlichen Teil Bayerns. Ab 130.000 Einwohnern wurden die Jugendämter als groß klassifiziert (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Beteiligte Jugendämter

JA – Stadt/Kreis	*Größe in qkm*	*Einwohnerzahl*	*groß/klein*
Kreis Augsburg Amt für Jugend und Familie Augsburg-Land	1.100	240.000	groß
Kreis Eichstätt Amt für Familie und Jugend Eichstätt	1.200	121.000	klein
Kreis Freising Amt für Jugend und Familie Freising	800	155.000	groß
Kreis Garmisch Kreisjugendamt Garmisch-Partenkirchen	1.000	86.000	klein
Kreis Miesbach Amt für Jugend und Familie Miesbach	900	90.000	klein
Kreis Ansbach Amt für Jugend und Familie Ansbach	2.000	184.000	groß
Stadt Bamberg Stadtjugendamt Bamberg	55	70.000	klein
Kreis Miltenberg Kreisjugendamt Miltenberg	700	132.000	groß
Stadt Nürnberg Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD) Nürnberg Langwasser	5	50.000	klein
Stadt Regensburg Amt für Jugend und Familie Regensburg	80	145.000	groß
Kreis Regensburg Kreisjugendamt Regensburg	1.400	178.000	groß

3.8 Stichprobe

3.8.1 Rücklaufquoten und „drop-out“

Im Rahmen des anspruchsvollen prospektiven bzw. hilfebegleitenden Evaluationsdesigns war es erforderlich, dass zu allen Erhebungszeitpunkten möglichst lückenlose Dokumentationen vorlagen, mindestens aber zur Ausgangs- und Abschlusserhebung. Dies konnte leider aufgrund von nicht vollständig kontrollierbaren externen Faktoren, wie beispielsweise dem Umzug einer Familie in den Zuständigkeitsbereich eines anderen Jugendamts oder wegen Zuständigkeitswechseln bei den Jugendamtsmitarbeitern, nicht in jedem Einzelfall gewährleistet werden. Durch das hohe Engagement der Fachkräfte in den Jugendämtern, in allen Hilfeverläufen stets „am Ball zu bleiben“, konnte dieser sogenannte „drop-out“ allerdings auf einen guten Wert von unter 10% begrenzt werden.

Zudem konnten alle Daten aus den Interviews der Leistungserbringer sowie des externen Datencontrollings verwertet werden. Die Befragung der jungen Menschen ergab Rücklaufquoten von 45,9% (t1) bzw. 25,9% (t3), die der Sorgeberechtigten 57,7% (t1) und 26,8% (t3). Für eine Befragung ohne besondere „incentives“ sind dies gute, zum t1-Zeitpunkt sogar hervorragende Quoten. Etwas getrübt wird dieses alles in allem positive Bild allerdings dadurch, dass gerade zum t3-Zeitpunkt die Rückläufe doch verhältnismäßig stark abfallen. Dies ist gerade auch im Hinblick auf die erst dann möglichen Aussagen zur rückblickenden Ergebniszufriedenheit bedauerlich. Hinzu kommt, dass anders als bei einer potenziell durchaus repräsentativen Zufallsstichprobe, wie etwa im Zuge der Befragung der Leistungserbringer und der externen Diagnostik hergestellt, die Nichtteilnahme an einer Befragung prinzipiell immer auch systematische Ursachen haben kann. So kann es etwa sein, dass sich nur die mit der Hilfe Unzufriedenen „melden“, um auf diesen Weg ihren „Kummer“ loszuwerden. Zwar liegen keine Anhaltspunkte für die Annahme vor, dass es im Rahmen der vorliegenden Evaluation zu einer derartigen Ergebnisverzerrung gekommen ist, zweifelsfrei belegt werden kann dies andererseits aber auch nicht. Ein solcher Anhaltspunkt hätte bspw. vorgelegen, wenn speziell die bei der t1-Erhebung hochzufriedenen Hilfeadressaten nicht mehr an der t3-Erhebung partizipiert hätten. Effektiv war allerdings eher ein „allgemeiner“ Schwund zu verzeichnen, der auf ein sinkendes Interesse an der Befragung zurückzuführen ist. In wenigen Ausnahmefällen haben an der t3-Erhebung auch junge Menschen oder Sorgeberechtigte teilgenommen, die sich nicht an der Ausgangserhebung beteiligt hatten. Insgesamt muss sich die Evaluation die kritische Frage gefallen lassen, ob nicht zwei Erhebungen vielleicht etwas zu viel des Guten waren. Dies mag zwar dem Informationsbedürfnis und dem starken Interesse an einer möglichst intensiven Einbeziehung der Sichtweisen der Beteiligten im gesamten Hilfeprozess entsprechen, muss in dieser Intensität aber auch den Hilfeadressaten noch gerechtfertigt erscheinen.

3.8.2 Stichprobenbeschreibung

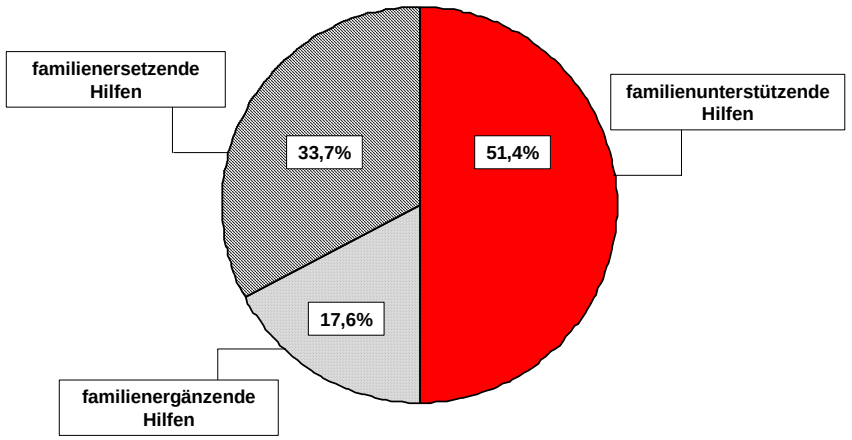
Insgesamt wurden 220 Hilfen evaluiert, für die vollständige Datensätze zu Ausgangs- und Abschlusserhebung vorliegen. Von diesen entfallen 113 auf die Experimentalgruppe und 107 auf die Kontrollgruppe (s. Tabelle 7). Eine absolute Gleichverteilung der Zellbesetzungen über das gesamte Spektrum der Hilfen zur Erziehung konnte aufgrund der unterschiedlichen Inanspruchnahmequoten der einzelnen Hilfearten nicht erreicht werden. Zudem wurden Hilfen nach § 28 SGB VIII (Erziehungsberatung) und § 35a SGB VIII (ambulant) ganz ausgeklammert, da die Jugendämter hier keine Hilfeplanung durchführten. Bei der Vollzeitpflege (§ 33 SGB VIII) wirkte sich der Umstand negativ auf die Fallzahlen aus, dass die Jugendämter hier normalerweise spezielle Fachdienste einsetzen. Entsprechend des Umfangs der daraus resultierenden Zellbesetzungen, konnten inferenzstatistische Auswertungen mit Hilfen nach §§ 30, 31, 32 und 34 SGB VIII vorgenommen werden. Da sich die in diesem Abschnitt dargestellten deskriptiven Statistiken auf die Gesamtuntersuchungsstichprobe beziehen, sind zumindest hier der Vollständigkeit halber bei nach Hilfeart aufgeschlüsselten Tabellen auch die Verteilungsparameter für die Hilfen nach den §§ 29, 33 und 35 ausgewiesen. Lediglich die Flexiblen Hilfen nach § 27 SGB VIII sowie § 35a SGB VIII treten entsprechend Tabelle 7 so selten auf, dass sie schon an dieser Stelle aus der Betrachtung ausgeschlossen wurden.

Tabelle 7: Stichprobenverteilung nach Hilfearten

Hilfeart		*Gruppe*			
		Kontrollgruppe		*Experimentalgruppe*	
		Anzahl	*%*	*Anzahl*	*%*
	§ 29 SGB VIII	7	6,5%	2	1,8%
	§ 30 SGB VIII	22	20,6%	21	18,6%
	§ 31 SGB VIII	25	23,4%	34	30,1%
	§ 32 SGB VIII	15	14,0%	23	20,4%
	§ 33 SGB VIII	9	8,4%	4	3,5%
	§ 34 SGB VIII	22	20,6%	26	23,0%
	§ 35 SGB VIII	4	3,7%	2	1,8%
	Flexible Hilfen	1	0,9%	1	0,9%
	§ 35a SGB VIII	2	1,9%	0	0,0%
	GESAMT	107	100,0%	113	100,0%

Alternativ wurden die Hilfen den drei Hilfearttypen zugeordnet (s. Abbildung 7; vgl. Abschnitt 3.2.1): 51,4% familienunterstützende Hilfen (§§ 28–31 SGB VIII), 17,6% familienergänzende Hilfen (§ 32 SGB VIII) und 33,7% familienersetzende Hilfen (§§ 33–35 SGB VIII). Im Rahmen der Datenauswertung wurde unter anderem auch der Einfluss dieser Zugehörigkeit zu einem der drei Hilfearttypen auf potenzielle Effekte hin analysiert.

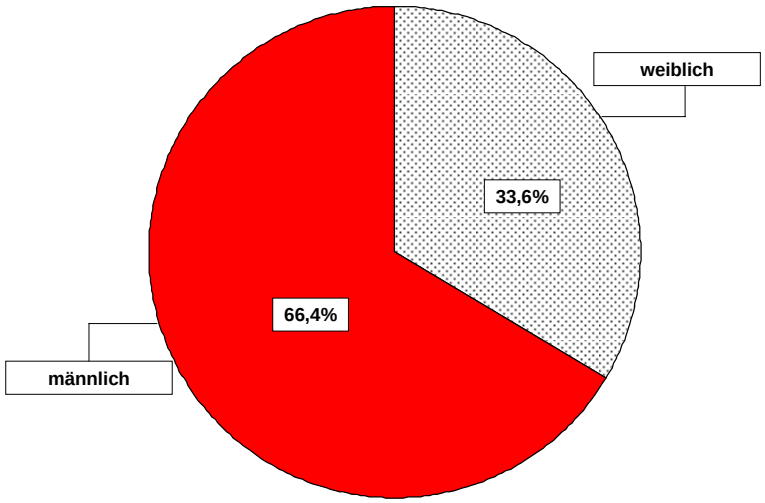
Abb. 7: Verteilung der Hilfetypen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Die Adressaten der Hilfen stellen eine weitgehend jugendhilfetypische Klientel dar. So zeigt die hilfeartübergreifende Geschlechtsverteilung mit einem Verhältnis von nahezu 2:1 ein deutlich häufigeres Vorkommen männlicher Jugendlicher (s. Abbildung 8), was sich mit dem allgemeinen bundesweiten Bild von Hilfen zur Erziehung deckt (vgl. Hermann et al., 2007; Statistisches Bundesamt, 2007).

Abb. 8: Geschlechtsverteilung



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Bei hilfeartspezifischer Betrachtung zeigen sich allerdings zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Hilfearten (s. Tabelle 8): So werden Hilfen nach § 29 SGB VIII zu 100% und nach § 32 SGB VIII in immerhin noch über 80% aller Fälle von männlichen Kindern und Jugendlichen in Anspruch genommen, während es im Bereich der Hilfen nach § 34 SGB VIII nur noch ein leichtes männliches Übergewicht und im Bereich der Vollzeitpflege (§ 33 SGB VIII) sogar ein leichtes Übergewicht weiblicher Jugendlicher gibt. Diese hilfeartspezifischen Geschlechtsverteilungen sind allerdings keine Besonderheiten, die sich allein innerhalb der im Rahmen der Studie gebildeten Untersuchungsstichprobe ergeben, sondern entsprechen grundsätzlich ungefähr den Zahlen, die sich im bundesweiten Durchschnitt der verschiedenen Arten von Hilfen zur Erziehung zeigen (Statistisches Bundesamt, 2007).

Tabelle 8: Hilfeartspezifische Geschlechtsverteilung

	weiblich		*männlich*		*Gesamt-anzahl*
	Anzahl	*%*	*Anzahl*	*%*	
§ 29 SGB VIII	0	0,0%	9	100,0%	9
§ 30 SGB VIII	18	41,9%	25	58,1%	43
§ 31 SGB VIII	20	33,9%	39	66,1%	59
§ 32 SGB VIII	7	18,4%	31	81,6%	38
§ 33 SGB VIII	7	53,8%	6	46,2%	13
§ 34 SGB VIII	20	41,7%	28	58,3%	48
§ 35 SGB VIII	2	33,3%	4	66,7%	6

Das Durchschnittsalter der Jugendlichen beträgt bei Hilfebeginn 10,7 Jahre, wobei sich hier statistisch signifikante Unterschiede sowohl hinsichtlich der jeweiligen Hilfeart als auch hinsichtlich des Geschlechts der Kinder und Jugendlichen ergeben: Die Kinder, denen Hilfemaßnahmen nach § 33 SGB VIII zuteil werden, sind im Schnitt jünger als die Kinder in allen anderen Hilfearten (s. Tabelle 9). Dagegen sind in der Untersuchungsstichprobe der Hilfen nach § 35 SGB VIII durchschnittlich die vergleichsweise ältesten Jugendlichen zu finden.

Tabelle 9: Hilfeartspezifisches Alter[6] bei Hilfebeginn

Hilfeart	*Anzahl*	*Mittelwert*	*Standardabweichung*
§ 29 SGB VIII	9	12,6	1,33
§ 30 SGB VIII	40	12,5	3,34
§ 31 SGB VIII	57	8,2	3,83
§ 32 SGB VIII	38	9,6	2,68
§ 33 SGB VIII	13	6,5	5,36
§ 34 SGB VIII	48	13,2	3,27
§ 35 SGB VIII	6	15,0	0,89
Gesamt	216	10,7	4,12

Die Untersuchung der geschlechtsspezifischen Altersverteilung innerhalb der Stichprobe führt zu dem Resultat, dass erzieherische Hilfen bei Jungen signifikant früher eingeleitet werden als bei Mädchen (s. Tabelle 10). Auch dabei handelt es sich nicht um eine Besonderheit der EST!-Untersuchungssstichprobe (vgl. Arnold, 2006).

Tabelle 10: Geschlechtsspezifisches Alter bei Hilfebeginn

Geschlecht	*Anzahl*	*Mittelwert*	*Standardabweichung*
weiblich	72	11,6	4,22
männlich	143	10,2	3,98
Gesamt	215	10,7	4,11

Die in der Studie erfassten Kinder und Jugendlichen sind fast ausschließlich deutscher Nationalität (95,0%). Das Sorgerecht liegt in der Mehrzahl der untersuchten Fälle bei einer alleinerziehenden Mutter (44,5%), gefolgt von beiden leiblichen Eltern (36,5%) sowie alleinerziehenden Vätern oder einem (amtlichen) Vormund (je 4,5%).

Zur Analyse der Ausgangslagen bei den Ressourcen und Defiziten, die unter anderem auch den Hilfebedarf beschreiben, wurden Indices gebildet, die einen globalen Überblick über die allgemeine Situation in diesen beiden Bereichen liefern (s. Abschnitt 3.3.2). Sowohl der Ressourcen- als auch der Defizitindex der Untersuchungsstichprobe liegen bei Hilfebeginn in einem ähnlichen, für Jugendhilfeklientel typischen Wertebereich wie die bundesweite EVAS-Stichprobe (vgl. Herrmann et al., 2007). Dabei zeigt sich im Bereich der Ressourcen ein über

[6] Da § 41 SGB VIII nicht berücksichtigt wurde, kann das Alter bei Hilfebegin maximal 18 Jahre betragen. Damit bezieht die Studie sich auf Kinder und Jugendliche. Synonym wird der Terminus „junge Menschen“ verwendet.

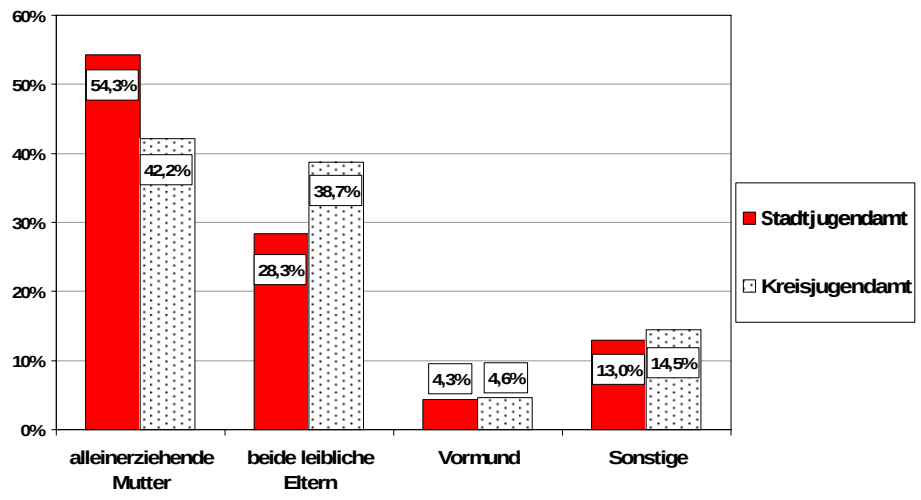
die verschiedenen Hilfearten hinweg relativ homogenes Bild: Es können zumindest auf dieser hoch aggregierten Ebene keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Hilfen nachgewiesen werden. In Bezug auf die Defizite und Problemlagen der Kinder und Jugendlichen ist dies allerdings anders. Nimmt man die Hilfen nach § 33 SGB VIII (Vollzeitpflege) aus dieser Betrachtung heraus, so ist mit aufsteigendem Hilfeartparagraphen ein kontinuierlicher Anstieg der durchschnittlichen individuellen Defizitbelastung der Kinder und Jugendlichen erkennbar (s. Tabelle 11).

Tabelle 11: Hilfeartspezifische Defizitbelastung bei Hilfebeginn

Hilfeart	*Anzahl*	*Mittelwert*	*Standardabweichung*
§ 29 SGB VIII	9	30,2	20,19
§ 30 SGB VIII	43	41,9	20,37
§ 31 SGB VIII	59	38,8	25,03
§ 32 SGB VIII	38	42,1	17,69
§ 33 SGB VIII	13	21,6	22,07
§ 34 SGB VIII	48	55,2	23,11
§ 35 SGB VIII	6	59,7	24,23
Gesamt	220	43,3	23,89

Vergleicht man die zentralen Adressatenmerkmale auf struktureller Ebene im Hinblick auf die jeweilige Zuständigkeit von Stadt- und Kreisjugendämtern miteinander, so zeigen sich weitestgehend keine signifikanten Unterschiede: Dies gilt sowohl bei der Geschlechtsverteilung (Kreisjugendamt: männlich 66,7%, weiblich 33,3%; Stadtjugendamt: männlich 65,2%, weiblich 34,8%) als auch bei der Nationalität der jungen Menschen (deutsch: Kreisjugendamt 95,4%, Stadtjugendamt 93,5%) Ein geringfügig anderes Bild zeigt sich bei Betrachtung der Sorgerechtssituation, wo es zwischen Stadt- und Kreisjugendämtern zumindest tendenziell statistisch bedeutsame Unterschiede gibt. Dementsprechend ist bei Stadtjugendämtern der Anteil alleinerziehender Mütter etwas höher als die Sorgerechtsausübung durch beide leiblichen Elternteile (jeweils χ^2-Test, $p = 0.10$; s. Abbildung 9).

Abb. 9: Sorgerechtsverteilung bei Stadt- u. Kreisjugendämtern

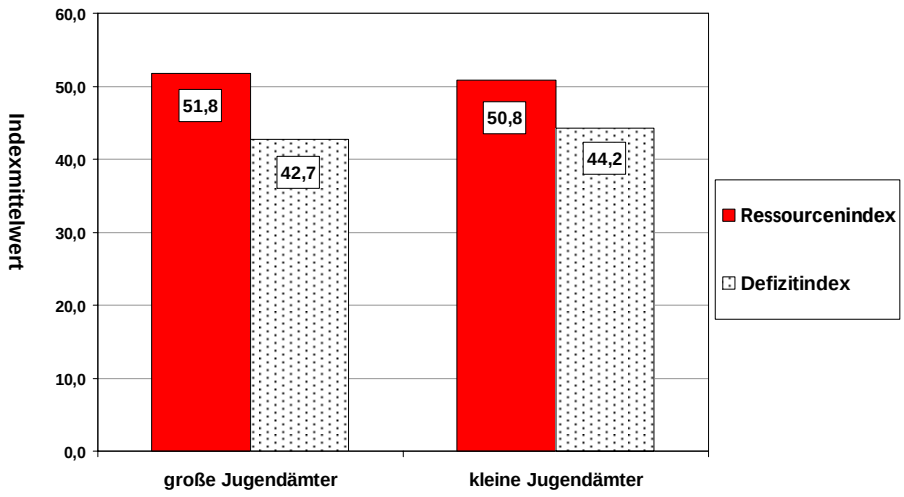


IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Bei der Frage nach Anzahl und Schwere vorangegangener Jugendhilfemaßnahmen gibt es zwischen Stadt- und Kreisjugendämtern dagegen sehr wohl eine aus statistischer Sicht bedeutsame Mittelwertsdifferenz: Der zur Untersuchung dieser Fragestellung gebildete Jugendhilfekarriereindex (s. Abschnitt 3.3.2) zeigt für die Stadtjugendämter einen signifikant höheren Wert (t-Test, $p = 0.00$). Das heißt, die Anzahl bzw. Intensität der bereits im Vorfeld der Evaluation durchlaufenen Jugendhilfemaßnahmen ist dort deutlich größer als im Zuständigkeitsbereich der Kreisjugendämter. In Bezug auf ihre vorhandenen Ressourcen und Defizite gibt es im Gegensatz dazu wiederum keine Unterschiede. Dies gilt auch für den Anteil chronischer Erkrankungen.

Eine differenzierte Betrachtung der Stichprobe nach Größe des zuständigen Jugendamts zeigt ein vergleichbar differenziertes Bild: In vielen untersuchten Bereichen zeigen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen als „groß“ bzw. „klein“ eingestuften Jugendämtern (vgl. Tabelle 6). Dies gilt z.B. für die Geschlechtsverteilung oder die Staatsangehörigkeit. Auch die Ausgangslagen im Bereich von Ressourcen und Defiziten unterscheiden sich nicht wesentlich (s. Abbildung 10).

Abb. 10: Ausgangslagen in Abhängigkeit von der Jugendamtsgröße



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

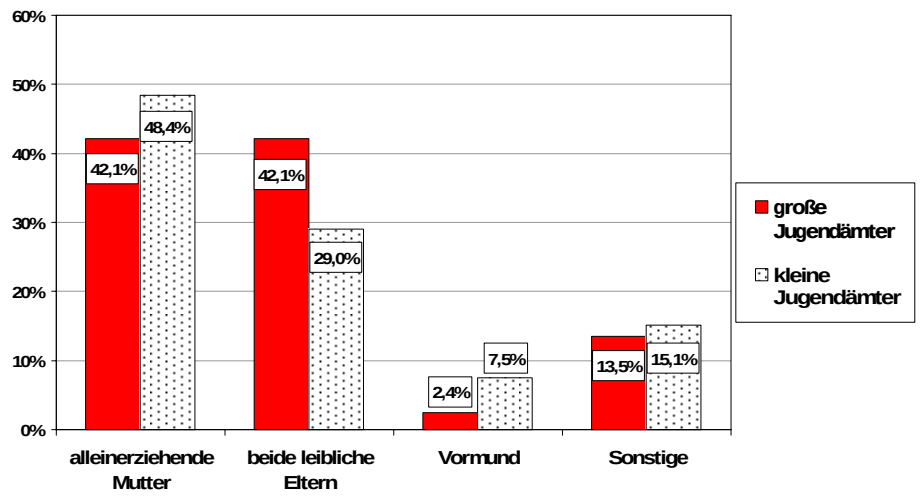
Beim Eintrittsalter in die Hilfen ist dagegen von Unterschieden auszugehen (s. Tabelle 12; t-Test, p = 0.01): Das Durchschnittsalter in kleinen Ämtern liegt signifikant unter dem Wert der großen Jugendämter. Hier werden die Hilfen also durchschnittlich früher begonnen.

Tabelle 12: Alter in Abhängigkeit von der Größe des Jugendamts

Jugendamtsgröße	*Anzahl*	*Mittelwert*	*Standardabweichung*
klein	91	9,9	4,35
groß	124	11,2	3,86
Gesamt	215	10,7	4,11

Dementsprechend liegt auch der Jugendhilfekarriereindex bei großen Jugendämtern signifikant über dem Wert in kleinen Jugendämtern (t-Test, p = 0.01). Weitere statistische Abhängigkeiten bestehen auch hinsichtlich der Sorgerechtssituation (vgl. Abbildung 11): In kleinen Amtsbezirken liegt das Sorgerecht signifikant seltener bei beiden leiblichen Elternteilen (χ^2-Test, p = 0.05), aber häufiger in der Hand eines Vormundes (χ^2-Test, p = 0.10). Darüber hinaus werden bei Kindern und Jugendlichen, die in die Zuständigkeit von großen Jugendämtern fallen, tendenziell häufiger chronische Krankheiten beobachtet (χ^2-Test, p = 0.09).

Abb. 11: Sorgerechtsverteilung bei großen und kleinen Jugendämtern



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass auf die hier zutage getretenen, auf strukturelle Merkmale der teilnehmenden Jugendämter zurückzuführenden Stichprobenunterschiede nochmals vertiefend im Rahmen von Abschnitt 4.10.1 eingegangen wird. An jener Stelle wird zudem auch der potenzielle Einfluss dieser Unterschiede auf die Hilfeeffekte eingeschätzt und diskutiert.

3.8.3 Anmerkungen zur Repräsentativität der Studie

Die Ausgangslage der Kinder und Jugendlichen in den untersuchten Hilfemaßnahmen entspricht in allen wesentlichen soziografischen Merkmalen, wie etwa Alter und Geschlecht, im Großen und Ganzen den Verteilungen auf Bundesebene. Von dieser Seite ergeben sich also keine Anhaltspunkte, die darauf hinweisen könnten, dass die Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht über Bayern hinaus auch auf andere Bundesländer übertragbar wären. Auch bei der Auswahl der Jugendämter wurde eine gute Verteilung von Stadt und Landkreisen mit polymorphen Bevölkerungsstrukturen erreicht, die, zumindest auf Bayern bezogen, einen repräsentativen Querschnitt abbilden kann.

Abgesehen davon gibt es allerdings ebenfalls einige Besonderheiten, die im Hinblick auf die Frage der Generalisierbarkeit beachtet werden sollten:

So konnte etwa aus den weiter oben beschriebenen Gründen nicht das komplette Spektrum der erzieherischen Hilfen abgedeckt werden. Dies hat aber streng genommen die Implikation, dass die Ergebnisse der Evaluation nur für die letztendlich auch in den Untersuchungsplan aufgenommen Hilfeformen eine empirisch nachweisbare Gültigkeit haben. Es ist lediglich sehr wahrscheinlich bzw. augenscheinlich plausibel, dass die Befunde wohl auch für die

Jugendhilfe insgesamt gelten können. Bundeslandspezifische Charakteristika einzelner Hilfearten sollten hierbei allerdings auch noch bedacht werden.

Des Weiteren haben sich die bisherigen Repräsentativitätsüberlegungen allein auf die strukturellen Rahmenbedingungen und die „Ausgangsverhältnisse“ der Hilfen beschränken müssen. Da entsprechend der Untersuchungsanlage eine Konfundierung mit der Anwendung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen vorliegt, ist es sehr schwierig, auf prozessuale oder ergebnisbezogene Unterschiede zum Bundesschnitt einzugehen. An späterer Stelle des Berichts werden wir aber noch sehen, dass die bayerischen Hilfen der EST!-Stichprobe verglichen mit den restlichen Bundesländern insgesamt merklich größere Hilfeerfolge aufweisen (s. Abschnitt 4.4). Die Vermutung, dass dies möglicherweise auf eine „Positivselektion“ von erfolgreich arbeitenden Jugendämtern zurückzuführen sein könnte, wird dadurch entkräftet, dass derartige Befunde auch in bundesweiten Vergleichsstudien beobachtet werden konnten. Es wird aber deutlich, dass Jugendhilfe in Bayern, im durchaus positiven Sinne, „speziell“ ist. Bei der Einordnung der Evaluationsergebnisse muss dem Rechnung getragen werden.

3.9 Vergleichbarkeit von Kontroll- und Experimentalgruppe

Eine Kontrollgruppenstudie liefert nur dann wirklich eindeutige Ergebnisse, wenn Kontroll- und Experimentalgruppe sich im Idealfall nur durch eine einzige Bedingungsvariation unterscheiden, im vorliegenden Fall durch den Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen. Ansonsten sollten die Untersuchungsgruppen miteinander vergleichbar sein, also keine systematischen Unterschiede in bedeutsamen individuellen oder organisatorisch-strukturellen Merkmalen aufweisen. Methodisch gesehen wird diese Vergleichbarkeit durch die im Rahmen des Untersuchungsdesigns vorgesehene Kontrolltechnik (etwa in Form einer Randomisierung) erreicht (vgl. Abschnitt 3.2). Praktisch gesehen ist es aber durchaus denkbar, dass dieser Plan aufgrund unvorhersehbarer (nicht kontrollierbarer) Faktoren nicht aufgeht. Daher wurden beide Gruppen nach einer eingehenden Plausibilitätskontrolle der Einzeldatensätze vor Beginn der statistischen Datenauswertung miteinander verglichen und auf für die Studie relevante Unterschiede hin untersucht. Diese Überprüfung der Vergleichbarkeit beider Gruppen ergab folgende Ergebnisse:

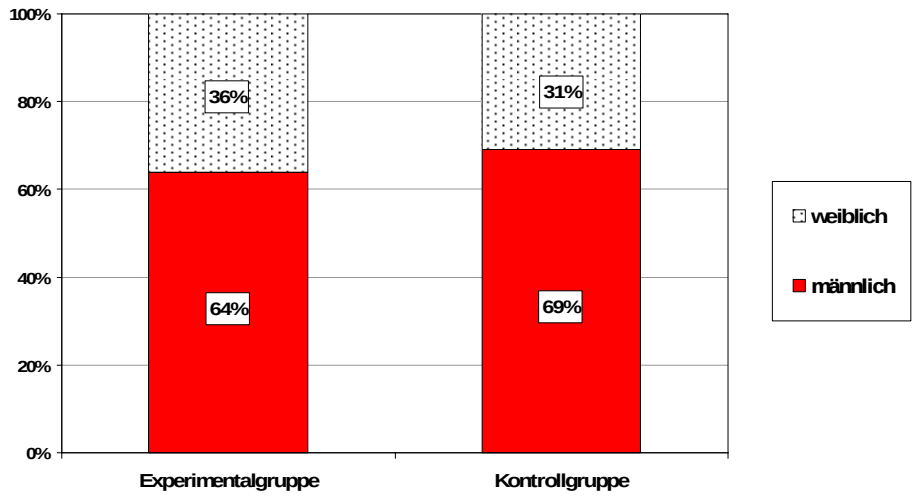
Auf der Strukturebene liegen sowohl in Bezug auf regionale Merkmale (Stadt- vs. Kreisjugendämter) als auch auf die Jugendamtsgröße in beiden Untersuchungsgruppen nahezu identische Fallverteilungen vor. Dementsprechend balancieren sich die im vorangegangen Abschnitt beschriebenen, teilweise unterschiedlichen Adressatenprofile dieser Jugendämter über die Untersuchungsgruppen wieder aus, sodass – einfacher formuliert – keiner Untersuchungsgruppe ein Vor- oder Nachteil durch die divergierenden Jugendamtsstrukturen entsteht.

Tabelle 13: Untersuchungsgruppenvergleich nach strukturellen Merkmalen

	Jugendamtsregion		***Jugendamtsgröße***	
	Stadt	***Kreis***	***groß***	***klein***
Experimentalgruppe	79%	21%	58%	42%
Kontrollgruppe	79%	21%	57%	43%

Die Betrachtung der zentralen soziografischen Daten zeigt ebenfalls übereinstimmende Verteilungen in Experimental- und Kontrollgruppe: So gibt es in beiden Gruppen einen deutlich höheren Anteil männlicher Jugendlicher (s. Abbildung 12). Der geringe Unterschied in den Prozentzahlen ist statistisch nicht signifikant (χ^2-Test, $p = 0.39$), sodass insgesamt von gleichartigen Geschlechterverhältnissen ausgegangen werden kann.

Abb. 12: Geschlechtsverteilung in Experimental- und Kontrollgruppe

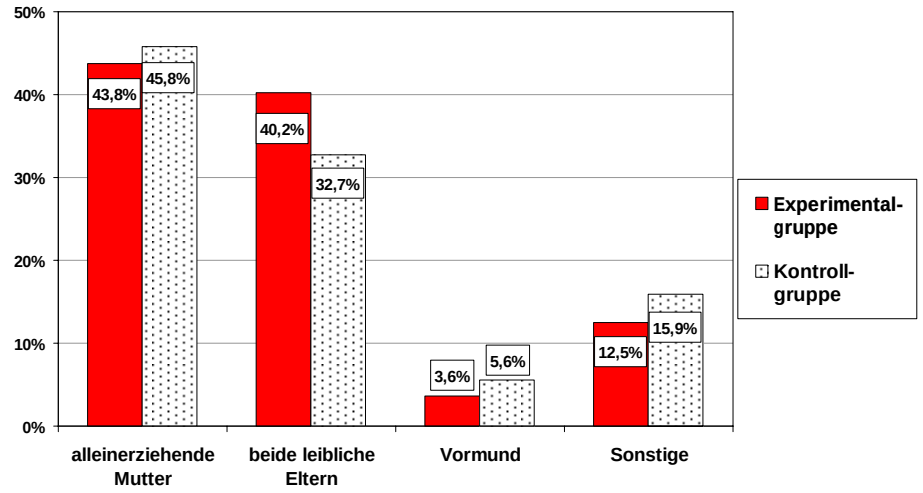


IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Dies gilt auch für die Altersverteilung: Mit 10,9 Jahren sind die Kinder und Jugendlichen der Kontrollgruppe zwar im Durchschnitt geringfügig etwas älter als die der Experimentalgruppe (10,5 Jahre), aber auch dieser Mittelwertsunterschied ist statistisch nicht signifikant (t-Test, $p = 0.43$).

Keine Unterschiede sind ferner bzgl. der Formen des Sorgerechts (s. Abbildung 13) festzustellen, auch wenn der Anteil an Sorgerechtsausübungen durch beide leiblichen Elternteile in der Experimentalgruppe augenscheinlich etwas höher zu sein scheint. Auch bei der Staatsangehörigkeit des jungen Menschen (deutsche Staatsangehörigkeit: Experimentalgruppe 94%, Kontrollgruppe 96%) liegen beide Gruppen in ihrer jeweiligen Verteilung so nah beieinander, dass hier eine Verzerrung der Untersuchungsergebnisse ebenfalls nahezu ausgeschlossen werden kann.

Abb. 13: Sorgerecht in Experimental- und Kontrollgruppe

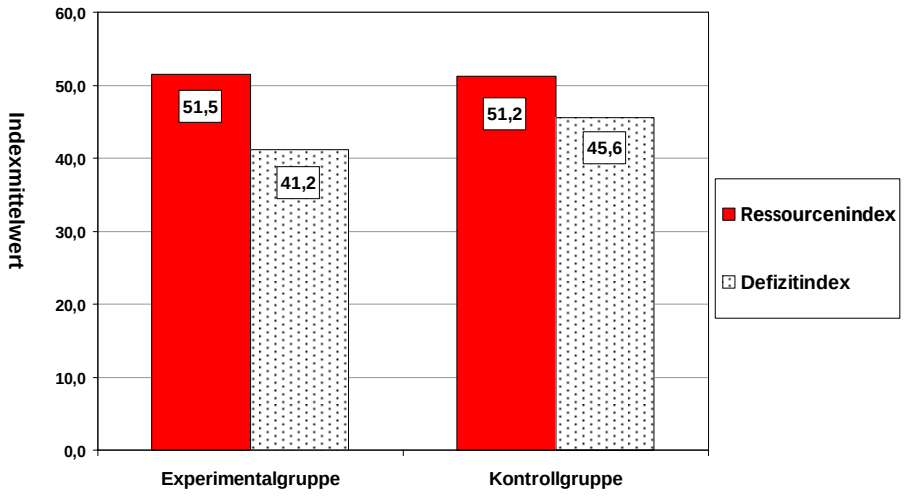


IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Wie sehen die Verhältnisse nun aber bei den Ausgangslagen und Jugendhilfevorerfahrungen aus, die die jungen Menschen und ihre Familien quasi in die untersuchten Hilfeprozesse „mitgebracht“ haben? In Bezug auf die Jugendhilfekarriere, also die Anzahl und Intensität der bereits in Anspruch genommenen Jugendhilfemaßnahmen, die durch den Jugendhilfekarriereindex veranschaulicht wurde (s. Abschnitt 3.3.2), gleichen sich die Werte zwischen Experimental- und Kontrollgruppe derart, dass auch bei statistischer Testung kein signifikanter Mittelwertsunterschied festgestellt werden kann.

Ähnlich sind die Verhältnisse bei den ressourcen- und defizitbezogenen Ausgangslagen (s. Abbildung 14): Erneut können keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe nachgewiesen werden, weder in Bezug auf den Ressourcen- noch auf den Defizitindex. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass die Hilfeprozesse beider Gruppen unter annähernd vergleichbaren Ausgangsbedingungen begonnen werden.

Abb. 14: Ausgangslagen des Ressourcen- und Defizitindex nach Untersuchungsgruppen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Bilanzierend ist also festzustellen, dass entsprechend den Anforderungen des quasiexperimentellen Untersuchungsplans keine relevanten systematischen Unterschiede zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe vorliegen. Somit ist es im Rahmen des Untersuchungsdesigns, wie erwartet, gut gelungen, die beiden Gruppen so auszubalancieren, dass die sich im späteren Verlauf der Studie möglicherweise herausbildenden Prozess- und Effektunterschiede auch tatsächlich mit dem Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen in Zusammenhang gebracht bzw. darauf zurückgeführt werden können.

4 Ergebnisse

4.1 Sind die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen ein Instrument, mit dem Jugendämter zuverlässige Diagnosen stellen können?

Hypothese 1 befasst sich mit zwei zentralen Fragen: Erstens, ob die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen ein geeignetes Instrumentarium sind, Risiken und Ressourcen in den Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen und im Hinblick auf Erleben und Handeln des jungen Menschen umfassend zu beschreiben. Zweitens, ob damit im Jugendamt zuverlässige (reliable) und gültige (valide) Diagnosen gestellt werden können. Zur Beantwortung dieser Fragestellungen mussten die in den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen zusammengefassten Merkmale einer eingehenden qualitativen Begutachtung durch die Fachkräfte in den Jugendämtern standhalten, die das Verfahren angewandt haben. Zudem wurde eine ausgiebige testtheoretische Analyse durchgeführt.

4.1.1 Testtheoretische Analyse

Damit einem diagnostischen Verfahren aus testtheoretischer Sicht eine hohe Zulänglichkeit attestiert werden kann, sollte es verbindlich den drei Hauptgütekriterien genügen: Es muss sowohl objektiv, reliabel als auch valide sein. Zudem kann es unter bestimmten Bedingungen angebracht sein, auch die sogenannten Nebengütekriterien, wie etwa die Nützlichkeit, zu betrachten.

Unter Objektivität versteht man in diesem Zusammenhang das Ausmaß, in dem die Ergebnisse eines Tests unabhängig von dessen Anwender sind. Hierbei wird zwischen der Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität unterschieden. Eine hohe Durchführungsobjektivität ist dann gewährleistet, wenn die Untersuchungssituation soweit wie möglich standardisiert ist. Bei den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen ist dies weitestgehend gegeben, da etwa im Umfang der „Testmaterialien“ eine ausführliche schriftliche Instruktion der Anwender zur Handhabung der Diagnose-Tabellen erfolgt. Zudem werden allgemein durch Anlagen und speziell durch leicht verständliche altersspezifische Erläuterungen, Entscheidungshilfen bei der Bearbeitung einzelner Items bzw. Fragestellungen gegeben. Des Weiteren wird auch auf theoretischer Ebene ausführlich auf die Grundlagen der sozialpädagogischen Diagnose eingegangen (vgl. Bayerisches Landesjugendamt, 2001). Durch die hier vorgegebenen „Regeln“ kann der Anwender des Verfahrens relativ leicht entscheiden, ob ein Item bzw. diagnostisches Merkmal in die Schlüsselrichtung des Beantwortungstypus weist („trifft zu“) oder nicht („trifft nicht zu“). In der Software-Version der Tabellen erhält der Nutzer ferner eine zusammenfassende Auswertung einzelner Merkmalsbereiche, aus denen Profile individueller Stärken und Schwächen abgeleitet werden können

Naturgemäß fällt die diesbezügliche Auswertungsobjektivität bei Verfahren wie den Diagnose-Tabellen, bei denen grundsätzlich gewisse „Entscheidungsspielräume“ bzw. Freiheitsgrade des Anwenders nicht völlig ausgeschlossen werden können, vergleichsweise etwas niedriger aus als etwa bei Leistungstests, in deren Rahmen die richtige oder falsche Bearbeitung der Testaufgaben klar auf der Hand liegt. In der Fachliteratur zu den Diagnose-Tabellen bereits teilweise kritisch betrachtet (vgl. Kascha, 2003), prinzipiell aber mehr die Interpretations-

als die Auswertungsobjektivität tangierend, ist die Tatsache zu bewerten, dass die Diagnose-Tabellen, zumindest im evaluierten Zustand, insgesamt wenig entscheidungsbezogen sind. Das heißt, es existieren keine expliziten Richtlinien oder Kriterienkataloge, anhand derer auf der Grundlage der Antwortmuster in den einzelnen diagnostischen Kategorien auf die Durchführung konkreter Hilfen geschlossen werden könnte. Dies ist zwar vom ZBFS, im Sinne einer Akzentuierung des mehrdimensionalen bzw. multiperspektivischen Denkens, genau so intendiert, kann aber testtheoretisch gesehen potenziell durchaus negative Implikationen haben. Eine abschließende und genuine Bewertung zu diesen Objektivitätsfragen hätte nur erfolgen können, wenn die interpersonelle Übereinstimmung zwischen verschiedenen „Diagnostikern“ bestimmbar gewesen wäre. Hierzu wäre es nötig gewesen, dass Einzelfälle durch mehrere Diagnose-Tabellen-Anwender begutachtet werden und im Anschluss daran überprüft wird, ob sie zu vergleichbaren Schlussfolgerungen und Entscheidungen gekommen sind. Abgesehen davon, dass ein derartiges Vorgehen im vorliegenden Untersuchungskontext praktisch nicht durchgeführt werden konnte, war es theoretisch gesehen auch gar nicht zwingend notwendig. Hierbei kommt der Umstand zu Hilfe, dass zwischen den drei Hauptgütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität eine hierarchische, wechselseitige Abhängigkeit besteht, aus der Lienert und Raatz (1998) folgende bedeutsame Schlussfolgerung ableiten: „Ein Test mit einer hohen kriterienbezogenen Validität muss notwendigerweise auch hohe Objektivität, Konsistenz und Zulänglichkeit besitzen. Die Feststellung einer hohen kriterienbezogenen Validität entbindet somit in gewissem Maße von der Überprüfung der übrigen Gütekriterien.“ Insofern erscheint es lohnenswert, einen näheren Blick auf ebendiese „übrigen Gütekriterien’“ zu werfen.

Tabelle 14: Ergebnisse der testtheoretischen Skalenanalyse

Skalen im Erleben und Handeln des jungen Menschen	***M (r_{it})***	***alpha***	***Skalen in den Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen***	***M (r_{it})***	***alpha***
1. Körperliche Beschwerden – Risiken	0,33	0,74	*1. Familiensituation – Risiken*	*0,23*	0,82
2. Seelische Störungen – Risiken	0,35	0,76	*2. Grundversorgung – Risiken*	0,31	0,83
3. Leistungsprobleme – Risiken	0,36	0,76	*3. Erziehung – Risiken*	0,35	0,88
4. Abweichendes Sozialverhalten - Risiken	0,49	0,86	*4. Entwicklungsförderung – Risiken*	0,34	0,85
5. Autonomiedefizite – Risiken	*0,17*	*0,50*	*5. Integration – Risiken*	*0,26*	0,77
1. Körperliche Gesundheit – Ressourcen	0,43	0,81	*1. Familiensituation – Ressourcen*	0,31	0,87
2. Seelisches Wohlbefinden – Ressourcen	0,37	0,77	*2. Grundversorgung – Ressourcen*	0,33	0,85
3. Leistungsvermögen – Ressourcen	0,34	0,74	*3. Erziehung – Ressourcen*	0,46	0,93
4. Sozialkompetenz – Ressourcen	0,41	0,80	*4. Entwicklungsförderung – Ressourcen*	0,51	0,93
5. Autonomie – Ressourcen	0,41	0,80	*5. Integration – Ressourcen*	0,43	0,90

Legende: M(r_{it}) = mittlere Trennschärfe; alpha = Reliabilität nach Cronbach

Unter Reliabilität ist die Genauigkeit bzw. Zuverlässigkeit zu verstehen, mit der ein Verfahren zu einem bestimmten Ergebnis kommt. Hierbei sollte man sich allerdings vergegenwärtigen, dass es bei dieser Genauigkeit lediglich um den beobachteten Messwert bzw. vereinfacht

ausgedrückt um die „technische Replizierbarkeit“ dieses Wertes geht. Die Frage, ob dieser Wert auch praktische Relevanz hat, also der von ihm beanspruchten Aufgabe gerecht wird, ist eine Frage der Validität. Es leuchtet allerdings schnell ein, dass ein Verfahren das keine Reliabilität aufweist auch nicht valide sein kann. So liegt es beispielsweise auf der Hand, dass eine Waage, die in mehreren kurz aufeinander folgenden Wiegungen bei ein und derselben Person Schwankungen im Bereich von 20 Kilogramm anzeigt (fehlende Reliabilität) nicht dazu geeignet sein kann, brauchbare Gewichtsmessungen durchzuführen (keine Validität). Übliche und weit verbreitete Methoden zur Reliabilitätsbestimmung sind sogenannte Konsistenzanalysen (s. Murphy & Davidshofer, 2005). Daher wurden zur Beurteilung der Reliabilität der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen Cronbach-Alpha-Werte berechnet, die ein Maß für die interne Konsistenz sind. Werte über 0,6 bedeuten eine befriedigende, über 0,7 eine gute und über 0,8 eine sehr gute Reliabilität. Wie Tabelle 14 für die jeweils zehn übergeordneten Skalen in den Bereichen „Erleben und Handeln des jungen Menschen“ sowie „Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen“ zeigt, haben demnach 95% der untersuchten Skalen eine Reliabilität, die mindestens im „guten Bereich“ angesiedelt ist. Die Hälfte der insgesamt zwanzig Skalen weist sogar eine Reliabilität mit dem Prädikat „sehr gut“ auf. Lediglich die Risikoskala „Autonomie“ im Bereich „Erleben und Handeln des jungen Menschen“, die als einzige Skala unterhalb der Minimalanforderung von 0,6 liegt, ist reliabilitätstechnisch noch optimierungsbedürftig.

Eines der wichtigsten Testgütekriterien ist die Validität. Die Validität gibt an, inwieweit ein Verfahren tatsächlich auch das misst, was es zu messen vorgibt. Dabei muss zwischen interner und externer Validität unterschieden werden. Die interne Validität der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen wurde nach zwei Aspekten beurteilt. Einerseits wurden die durch die Trennschärfe-Indices abgebildete Validität der einzelnen Items bzw. diagnostischen Kriterien und andererseits die Rückmeldungen der Verfahrensanwender miteinbezogen:

So liefert die Bestimmung der Trennschärfe einen Anhaltspunkt dafür, ob bestimmte Einzelmerkmale etwas Ähnliches erfassen wie die Gesamtskala, der sie zugeordnet werden (vgl. Lienert & Raatz, 1998). Vereinfacht ausgedrückt wird hierbei die Frage beantwortet, ob das Merkmal tatsächlich dem richtigen Inhaltsbereich zugeordnet ist. Die Trennschärfe kann Werte zwischen „-1“ und „+1“ annehmen. Skalen, deren Merkmale mittlere Trennschärfen mit einem Zahlenwert von weniger als 0,3 aufweisen, sind im Allgemeinen als bedenklich einzustufen. Wie aus Tabelle 14 zu ersehen ist, weisen lediglich 3 der 20 Skalenbereiche der Diagnose-Tabellen derart kritische Eigenschaften auf: Bei den Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen handelt es sich um die Risikoskalen „Familiensituation“ und „Integration“, beim Erleben und Handeln des jungen Menschen um die Erfassung von Risiken mit der Skala „Autonomie“.

Um festzustellen, ob die Diagnose-Tabellen tatsächlich umfassend sind, also auch in inhaltlicher Hinsicht repräsentativ für die Risiken und Ressourcen der Adressaten erzieherischer Hilfen, wurden die Fachkräfte in den Jugendämtern nach Ergänzungen und Verbesserungsvorschlägen befragt. Die Fachkräfte meldeten hierbei grundsätzlich einen eher geringen Ergänzungsbedarf an: So gab es 21 Ergänzungsvorschläge für die Tabelle „Erleben und Handeln“ bei den Risiko-Merkmalen. Dabei handelt es sich z.B. um Fragen zum Schwangerschaftsverlauf und zur Geburt sowie zu einer eventuellen Ablehnung des Kindes. Grundsätzlich wurden weitere Ergänzungen zur altersspezifischen Eingrenzung, zur Differenzierung nach Vater und Mutter und eine Abstufung/Skalierung der Problemlage gewünscht. Bei den Ressourcen-Merkmalen der Tabelle „Erleben und Handeln“ wurden insge-

samt 12 Ergänzungen vorgeschlagen. Dabei bezogen sich 8 Nennungen auf Merkmale in Bezug auf die Familie. In der Tabelle „Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen“ schlugen die Fachkräfte für die Risiko-Merkmale insgesamt 29 Ergänzungen vor, die die Familie, das Umfeld und die Entwicklung des Kindes betrafen. 2 Nennungen bezogen sich auf das Risiko des sexuellen Missbrauchs. Des Weiteren richteten sich einige Nennungen auf eine gewünschte Skalierung der Risiko-Merkmale und die Differenzierung von Vater und Mutter. Die Ressourcen-Merkmale der Tabelle „Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen“ wurden um 11 Nennungen ergänzt. Am häufigsten mit jeweils 4 Nennungen wurde die Ressource in Form eines festen Freundes bzw. Spielkameraden genannt sowie die komplikationslose Schwangerschaft. Insgesamt hielten sich die Ergänzungswünsche quantitativ in einem überschaubaren Rahmen. Sie gaben aber wertvolle Impulse zur Optimierung der Tabellen. Eine detaillierte Übersicht einer weitergehenden „Binnenkritik“ der Anwender bzgl. der schon vorhandenen diagnostischen Fragen sowie Querbezüge zu den testtheoretischen Analysen findet sich in Abschnitt 4.1.2.

Die externe Validität der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen wurde über die korrelativen Beziehungen der 20 in Tabelle 14 beschriebenen Skalen, deren konkrete Ausprägungen im Einzelfall (operationalisiert durch die Anzahl der als „zutreffend“ beurteilten Items) die diagnostischen Befundprofile repräsentieren, zu inhaltlich korrespondierenden bzw. „passenden“ Außenkriterien bestimmt. Die Außenkriterien, die im Zuge des Evaluationsprozesses unabhängig von der Anwendung der Diagnose-Tabellen erfasst wurden, lassen sich in zwei Bereiche gliedern:

1. Verhältnismäßig leicht objektivierbare bzw. recherchierbare „hard facts“:
   - Straftaten bzw. polizeiliche Auffälligkeiten
   - Klassenwiederholungen
   - Drogenkonsum
   - Art des Familieneinkommens (Arbeitseinkommen vs. öffentliche, private oder andere Transferleistungen)
   - Diagnosen anderer Fachleute (Ärzte, Psychologen etc.)
   - Art und Umfang bisheriger Jugendhilfemaßnahmen
2. Skalen und Indexwerte, die im Rahmen des EVAS-Verfahrens (s. Macsenaere & Knab, 2004) entwickelt und seit ca. zehn Jahren bei mehr als 25.000 Hilfeprozessen erprobt wurden:
   - Globalbeurteilungsskala der psychosozialen Anpassung. Die achtstufige Skala reicht von der Kategorie „braucht ständige Betreuung“ bis zur „hervorragenden oder guten psychosozialen Anpassung auf allen Gebieten“ und wurde angelehnt an die sechste Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) (s. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007) sowie die Skala zur Erfassung des globalen Funktionsniveaus (GAF) (s. Saß, Wittchen & Zaudig, 2003). Die Skalenwerte wurden so transformiert, dass hohe Skalenwerte eine gute psychosoziale Anpassung widerspiegeln.
   - Zehn siebenstufige Ressourcenskalen mit Ausprägungen von „extrem unterdurchschnittlich“ bis „überdurchschnittlich“, die an der Norm der Gleichaltrigen bemessen werden und nicht an typischer Jugendhilfeklientel. Hohe Skalenwerte stehen für hohe Ressourcenausprägungen. Die Konstruktion der Skalen erfolgte in Anlehnung an die Mannheimer Beurteilungsskala des psychosozialen Funktionsniveaus (MBF, s. Mar-

cus, Blanz, Esser, Niemeyer & Schmidt, 1993). Im Einzelnen werden folgende Skalenbereiche abgedeckt:

  - Skala 1: soziale Integration
  - Skala 2: soziale Attraktivität
  - Skala 3: sozial-kommunikative Kompetenzen
  - Skala 4: besondere Fähigkeiten und Leistungen
  - Skala 5: Interessen, Aktivitäten und Freizeitbeschäftigungen
  - Skala 6: Überzeugungen und Bewältigungsstrategien
  - Skala 7: Selbstkonzept und Selbstsicherheit
  - Skala 8: Autonomie (Selbstständigkeit, Unabhängigkeit)
  - Skala 9: Funktion in der Familie (bzw. Gruppe)
  - Skala 10: körperliche Gesundheit
- Ressourcenindex (zum Zeitpunkt der Hilfeentscheidung): Eine aus gewichteten Subskalen aggregierte Maßzahl für die einzelfallbezogenen Ressourcen der Hilfeadressaten, die Werte zwischen 0 und 100 annehmen kann. Je höher die Werte auf dem Ressourcenindex ausfallen, desto höher ist die Ressourcenausprägung.
- Defizitindex (zum Zeitpunkt der Hilfeentscheidung): Eine unter anderem aus den nach ihrem Schweregrad gewichteten Symptomen und Diagnosen abgeleitete Maßzahl für die einzelfallbezogenen Defizite und Risiken bei den Hilfeadressaten, die Werte zwischen 0 und 100 annehmen kann. Je niedriger die Werte auf dem Defizitindex ausfallen, umso geringer sind die Defizite ausgeprägt.
- Diagnoseindex (zum Zeitpunkt der Hilfeentscheidung): Maßzahl vergleichbar dem Defizitindex, die speziell auf die von Ärzten oder Psychologen festgestellten psychischen Störungen (bspw. nach MAS oder ICD) bezogen ist.
- Symptomindex (zum Zeitpunkt der Hilfeentscheidung): Maßzahl vergleichbar dem Defizitindex, die allerdings speziell auf Art und Schwere der Symptomausprägungen bei den Hilfeadressaten bezogen ist.
- Globalbeurteilung des auf den Interventionsbedarf bezogenen Schweregrads der Gesamtauffälligkeit: Vierstufige Skala von geringem bis keinem Interventionsbedarf bis hin zu ausgeprägtem und durchgängig auftretendem Problemverhalten. Hohe Skalenwerte charakterisieren einen hohen Schweregrad der Gesamtauffälligkeit.

Tabelle 15 bis Tabelle 18 geben einen Überblick zu den gefundenen Beziehungen der Diagnose-Tabellen-Skalen zu den verschiedenen Außenkriterien. In der Literatur werden Validitätskoeffizienten zwischen 0,3 und 0,65 zumeist als „gute Werte“ charakterisiert. Dementsprechend lässt sich, auf dem Hintergrund der hier verwendeten Kriterien, den Risiko- und Ressourcenskalen im Bereich „Erleben und Handeln des jungen Menschen“ eine insgesamt hohe Validität zusprechen (s. Tabelle 15 und Tabelle 16). Hier sind die meisten und die höchsten Korrelationen zu beobachten. Bei den Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen sind schon rein quantitativ betrachtet viel weniger korrelative Beziehungen statistisch signifikant (s. Tabelle 17 und Tabelle 18). Die verbleibenden bedeutsamen Zusammenhänge weisen dann zwar auch noch verhältnismäßig niedrigere Validitätskoeffizienten auf, liegen aber absolut immer noch in einem befriedigenden bis guten Bereich. Lediglich die schon hinsichtlich der Trennschärfe auffällige Risikoskala „Integration“ ist auch validitätstechnisch als kritisch zu bewerten: Außer einer nur tendenziell bzw. marginal signifikanten Korrelation mit dem Jugendhilfekarriereindex konnten keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge mit

Außenkriterien ermittelt werden. Bei allen anderen untersuchten Skalen sind bedeutsame Beziehungen zu Außenkriterien zu verzeichnen.

Sowohl für die Skalen im „Erleben und Handeln des jungen Menschen“ als auch der „Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen“ lässt sich feststellen, dass im Sinne einer hohen konvergenten Validität positive Korrelationen ausschließlich zwischen den Risiko-/Defizitskalen der Diagnose-Tabellen und defizitbezogenen Außenkriterien sowie zwischen Ressourcenskalen und ressourcenbezogenen Außenkriterien vorliegen. Dagegen fallen signifikante Korrelationen zwischen Risiko-/Defizitskalen und ressourcenbezogenen Kriterien sowie zwischen Ressourcenskalen und defizitbezogenen Außenkriterien immer negativ aus. Damit ist auch eine diskriminante Validität gegeben.

Im Detail lassen sich die wichtigsten, durch die Korrelationskoeffizienten umrissenen Einzelbefunde zur kriteriumsbezogenen Validität wie folgt zusammenfassen:

In Bezug auf die Beziehungen der Skalen im Bereich „Erleben und Handeln des jungen Menschen“ zu den defizitbezogenen Außenkriterien (s. Tabelle 15) bestehen bzgl. aller Risikodimensionen (körperliche Beschwerden, seelische Störungen, Leistungsprobleme, abweichendes Sozialverhalten und Autonomiedefizite) signifikante Korrelationen zur Globalbeurteilungsskala des Schweregrads der Gesamtauffälligkeit sowie zum Defizitindex. Deutliche Zusammenhänge sind ferner zwischen der Skala „Abweichendes Sozialverhalten“ und der Straffälligkeit des jungen Menschen ($r = 0.45$) sowie der Skala „Seelische Störungen“ und dem Symptomindex zu konstatieren ($r = 0.44$). Speziell geht eine hohe Ausprägung auf der Diagnose-Tabellen-Skala „Leistungsprobleme“ etwa auch mit einer höheren Zahl an Klassenwiederholungen einher ($r = 0.29$).

Vergleichbar zu den Defizitskalen können ebenfalls bei allen Ressourcenskalen im „Erleben und Handeln des jungen Menschen“ Beziehungen zu Globaleinschätzungsskalen festgestellt werden (s. Tabelle 16). So korrelieren sowohl die Skalen „Körperliche Gesundheit“, „Seelisches Wohlbefinden“, „Leistungsvermögen“, „Sozialkompetenz“ als auch „Autonomie“ signifikant mit der Globalbeurteilungsskala der psychosozialen Anpassung und dem Ressourcenindex. Als exemplarische Beispiele für hohe positive Korrelationen können die Beziehungen zwischen der Skala „Körperliche Gesundheit“ und der gleichnamigen Kriteriumsskala ($r = 0.39$) sowie zwischen der Diagnose-Tabellen-Skala „Leistungsvermögen“ und den Kriterienskalen „Besondere Fähigkeiten und Leistungen“ ($r = 0,42$) sowie „Interessen, Aktivitäten und Freizeitbeschäftigungen“ ($r = 0.38$) angeführt werden.

Hinsichtlich der Skalen der „Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen“ (s. Tabelle 17) liegen im Defizitbereich die vom absoluten Betrag her gesehen stärksten Korrelationen in Bezug auf die Risiko- und Ressourcenskalen der Familiensituation und das Außenkriterium „Status des Familieneinkommens“ vor ($0.47 > r > 0.33$); hierbei speziell bezogen auf Arbeitseinkommen (Ressourcenindikator) und öffentliche Transferleistungen (Risikoindikator).

Tabelle 15: Korrelation der Skalen aus dem Bereich „Erleben und Handeln“ mit defizitbezogenen Außenkriterien

		Klassenwie-derholungen	*Straffälligkeit*	*Drogenkonsum*	*Jugendhilfe-karriereindex*	*Schweregrad Ges.-auffälligk.*	*Defizitindex*	*Symptomindex*	*Diagnoseindex*
Erleben und Handeln - Körperliche Beschwerden	*r*	,039	,033	,014	,163	**,297(**)**	**,240(*)**	**,277(**)**	,044
	n	95	90	96	95	**93**	**95**	**95**	95
Erleben und Handeln - Seelische Störungen	*r*	-,120	,150	,120	**,167(+)**	**,270(**)**	**,385(**)**	**,436(**)**	**,203(*)**
	n	95	90	96	**95**	**93**	**95**	**95**	**95**
Erleben und Handeln - Leistungsprobleme	*r*	**,285(**)**	**,260(*)**	,137	-,061	**,269(**)**	**,265(**)**	,125	**,233(*)**
	n	**96**	**91**	97	96	**94**	**96**	96	**96**
Erleben und Handeln - Abweichendes Sozialverhalten	*r*	**,315(**)**	**,446(**)**	**,183(+)**	,059	**,353(**)**	**,408(**)**	**,332(**)**	**,240(*)**
	n	**96**	**91**	**97**	96	**94**	**96**	**96**	**96**
Erleben und Handeln - Autonomiedefizite	*r*	-,143	,153	-,031	,068	**,232(*)**	**,266(**)**	**,267(**)**	,098
	n	94	89	95	94	**92**	**94**	**94**	94
Erleben und Handeln - Körperliche Gesundheit	*r*	-,150	**-,295(**)**	**-,172(+)**	**-,224(*)**	**-,217(*)**	**-,170(+)**	**-,214(*)**	-,013
	n	97	**92**	**98**	**97**	**95**	**97**	**97**	97
Erleben und Handeln - Seelisches Wohlbefinden	*r*	-,055	**-,291(**)**	**-,192(+)**	**-,175(+)**	**-,163(+)**	**-,232(*)**	**-,215(*)**	-,163
	n	94	**89**	**95**	**94**	**93**	**94**	**94**	94
Erleben und Handeln - Leistungsvermögen	*r*	-,005	**-,185(+)**	**-,196(+)**	,024	-,127	-,143	-,108	-,116
	n	94	**89**	**95**	94	93	94	94	94
Erleben und Handeln - Sozialkompetenz	*r*	,050	**-,199(+)**	**-,203(*)**	-,111	**-,251(*)**	**-,265(**)**	**-,195(+)**	-,156
	n	95	**90**	**96**	95	**94**	**95**	**95**	95
Erleben und Handeln - Autonomie	*r*	-,033	-,107	-,110	-,043	-,130	-,147	-,122	-,074
	n	92	87	92	92	91	92	92	92

Hinweise: r = Korrelationskoeffizient nach Pearson; n = der Korrelation zugrunde liegende Fallzahl
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.
+ Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,10 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 16: Korrelation der Skalen aus dem Bereich „Erleben und Handeln“ mit ressourcenbezogenen Außenkriterien

		Soziale Integration	*Soziale Attraktivität*	*Sozialkommunikative Kompetenzen*	*Besondere Fähigkeiten und Leistugen*	*Interessen, Aktivitäten u. Freizeitbeschäft.*	*Überzeugungen u.- Bewältigungsstrategien*	*Selbstkonzept und Selbstsicherheit*	*Autonomie*	*Funktion in der Familie*	*Körperliche Gesundheit*	*Globalbeurteilung psychosoz. Anpassung*	*Ressourcenindex*
Erleben und Handeln - Körperliche Beschwerden	*r*	-,008	-,067	-,076	**-,226(*)**	,007	-,063	**-,212(+)**	**-,227(*)**	-,039	**-,553(**)**	**-,253(*)**	**-,249(*)**
	n	87	86	86	**81**	83	79	**84**	**82**	83	**85**	**87**	**93**
Erleben und Handeln - Seelische Störungen	*r*	-,044	,020	-,138	**-,203(+)**	-,034	-,106	**-,309(**)**	**-,333(**)**	**-,263(*)**	**-,217(*)**	**-,452(**)**	**-,389(**)**
	n	87	86	86	**82**	83	80	**84**	**82**	**83**	**85**	**87**	**93**
Erleben und Handeln - Leistungsprobleme	*r*	-,139	**-,244(*)**	**-,355(**)**	**-,328(**)**	-,145	**-,188(+)**	-,114	-,139	**-,250(*)**	**-,169(+)**	**-,334(**)**	**-,412(**)**
	n	88	**87**	**87**	**82**	84	**80**	85	83	**84**	**86**	**88**	**94**
Erleben und Handeln - Abweichendes Sozialverh.	*r*	,009	-,030	-,135	**-,209(+)**	-,034	-,057	**-,162(+)**	-,118	-,124	-,077	**-,311(**)**	**-,255(*)**
	n	88	87	87	**82**	84	80	**85**	83	84	86	**88**	**94**
Erleben und Handeln - Autonomiedefizite	*r*	-,057	-,042	**-,168(+)**	**-,205(+)**	-,013	**-,222(+)**	**-,285(**)**	**-,200(+)**	-,133	**-,273(*)**	**-,216(*)**	**-,277(**)**
	n	86	85	**85**	**80**	82	**78**	**83**	**81**	82	**84**	**86**	**92**
Erleben und Handeln - Körperliche Gesundheit	*r*	,106	,123	,141	**,327(**)**	**,280(**)**	,095	**,341(**)**	**,202(+)**	,055	**,391(**)**	**,231(*)**	**,280(**)**
	n	89	88	88	**83**	**85**	81	**86**	**84**	85	**87**	**89**	**95**
Erleben und Handeln - Seelisches Wohlbefinden	*r*	,103	,025	,093	**,285(**)**	**,280(*)**	,152	**,253(*)**	**,221(*)**	,168	,047	**,320(**)**	**,286(**)**
	n	87	86	86	**81**	**83**	79	**84**	**82**	83	84	**87**	**92**
Erleben und Handeln - Leistungsvermögen	*r*	**,246(*)**	**,214(*)**	**,268(*)**	**,381(**)**	**,419(**)**	**,163(+)**	**,184(+)**	**,206(+)**	**,187(+)**	-,022	**,329(**)**	**,370(**)**
	n	**87**	**86**	**86**	**81**	**83**	**79**	**84**	**82**	**83**	84	**87**	**92**
Erleben und Handeln - Sozialkompetenz	*r*	**,222(*)**	,146	**,181(+)**	**,203(+)**	**,166(+)**	**,192(+)**	**,282(**)**	,124	**,236(*)**	,002	**,294(**)**	**,252(*)**
	n	**88**	87	**87**	**82**	**84**	**80**	**85**	83	**84**	85	**88**	**93**
Erleben und Handeln - Autonomie	*r*	,096	,057	**,222(*)**	,185	**,259(*)**	**,176(+)**	**,277(*)**	**,282(*)**	**,191(+)**	,117	**,345(**)**	**,276(**)**
	n	85	84	**84**	80	**81**	**78**	**82**	**80**	**81**	84	**85**	**90**

Hinweise: r = Korrelationskoeffizient nach Pearson; n = der Korrelation zugrunde liegende Fallzahl
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.
+ Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,10 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 17: Korrelation der Skalen aus dem Bereich „Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen“ mit defizitbezogenen Außenkriterien

		Klassenwiederholungen	*Straffälligkeit*	*Drogenkonsum*	*Jugendhilfekarriereindex*	*Arbeitseinkommen*	*Öffentliche Transferleistungen*
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Risiken Familiensituation	*r*	,113	,053	,062	,150	**-,330(**)**	**,466(**)**
	n	97	92	98	97	**95**	**95**
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Risiken Grundversorgung	*r*	-,009	**,225(*)**	,135	,130	-,077	,056
	n	96	**91**	97	96	94	94
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Risiken Erziehung	*r*	-,106	,068	,008	,143	-,030	,023
	n	97	92	98	97	95	95
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Risiken Entwicklungsförderung	*r*	,032	,090	,085	**,162(+)**	-,060	,041
	n	97	92	98	**97**	95	95
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Risiken Integration	*r*	,016	,112	,081	**,145(+)**	-,076	,111
	n	96	91	97	**96**	94	94
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Ressourcen Familiensituation	*r*	-,142	,017	-,024	-,040	**,356(**)**	**-,422(**)**
	n	97	92	98	97	**95**	**95**
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Ressourcen Grundversorgung	*r*	-,088	**-,164(+)**	**-,225(*)**	-,125	,037	-,045
	n	95	**90**	**96**	95	93	93
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Ressourcen Erziehung	*r*	-,056	-,093	**-,155(+)**	**-,226(*)**	-,020	-,011
	n	95	90	**96**	**95**	93	93
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Ressourcen Entwicklungsförderung	*r*	-,186	-,074	**-,184(+)**	**-,188(+)**	,065	-,132
	n	92	87	**93**	**92**	90	90
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Ressourcen Integration	*r*	**-,268(**)**	-,085	**-,139(+)**	**-,166(+)**	,116	-,124
	n	**94**	89	**95**	**94**	92	92

Hinweise: r = Korrelationskoeffizient nach Pearson; n = der Korrelation zugrunde liegende Fallzahl
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.
+ Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,10 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 18: Korrelation der Skalen aus dem Bereich „Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen“ mit ressourcenbezogenen Außenkriterien

		Sozial-kommunikative Kompetenzen	*Besondere Fähigkeiten und Leistungen*	*Interessen, Aktivitäten u. Freizeitbeschäftigungen*	*Funktion in der Familie*	*Körperliche Gesundheit*	*Globalbeurteilung psychosoziale Anpassung*
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Risiken Familiensituation	*r*	,043	**-,183(+)**	**-,175(+)**	,023	-,060	-,121
	n	88	**83**	**85**	85	87	89
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Risiken Grundversorgung	*r*	-,110	**-,208(+)**	-,074	,085	**-,223(*)**	-,109
	n	87	**83**	85	85	**86**	88
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Risiken Erziehung	*r*	-,087	-,093	,004	**-,218(*)**	**-,288(**)**	-,148
	n	88	83	85	**85**	**87**	89
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Risiken Entwicklungsförderung	*r*	-,119	-,137	-,136	-,117	**-,261(*)**	**-,186(+)**
	n	88	83	85	85	**87**	**89**
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Risiken Integration	*r*	-,048	-,021	-,158	-,122	-,049	-,133
	n	87	83	84	84	86	88
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Ressourcen Familiensituation	*r*	,045	,132	**,157(+)**	,035	-,020	,081
	n	88	83	**85**	85	87	89
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Ressourcen Grundversorgung	*r*	**,172(+)**	**,266(*)**	**,252(*)**	,019	,005	-,029
	n	**86**	**81**	**83**	83	85	87
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Ressourcen Erziehung	*r*	,149	,132	**,197(+)**	**,247(*)**	,151	,131
	n	86	81	**83**	**83**	85	87
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Ressourcen Entwicklungsförderung	*r*	**,258(*)**	**,305(**)**	**,285(*)**	,088	**,163(+)**	**,243(*)**
	n	**83**	**79**	**80**	80	**83**	**84**
Erziehungs- u. Entwicklungsbed. - Ressourcen Integration	*r*	,134	,048	**,259(*)**	,110	,043	,124
	n	85	81	**82**	82	84	86

Hinweise: r = Korrelationskoeffizient nach Pearson; n = der Korrelation zugrunde liegende Fallzahl
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.
+ Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,10 (2-seitig) signifikant.

Weitere im Hinblick auf die Ressourcen- und Risikoskalen der Grundversorgung „komplementäre“ Korrelationen bestehen zur Straffälligkeit des jungen Menschen. Interessanterweise sind im Bereich der defizitbezogenen Außenkriterien im Hinblick auf die Validität eher negative Korrelationen mit Ressourcenskalen maßgeblich: So gehen niedrigere Ausprägungen auf den Diagnose-Tabellen-Skalen „Grundversorgung“, „Erziehung“, „Entwicklungsförderung“ und „Integration“ mit einer höheren Auftretenshäufigkeit für Drogenkonsum sowie bei den letzten drei genannten Skalen auch mit einer „steileren Jugendhilfekarriere“ des jungen Menschen einher, also einer hohen Anzahl und Intensität bereits im Vorfeld der aktuellen Maßnahmen durchgeführter Hilfen.

Ein klareres Bild ergibt sich, wenn ein näherer Blick auf die Beziehungen der Skalen im Bereich „Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen“ zu den ressourcenbezogenen Außenkriterien geworfen wird (s. Tabelle 18). Durchgängig zumindest marginal signifikante Korrelationen sind zwischen allen Ressourcenskalen der Diagnose-Tabellen („Familiensituation“, „Grundversorgung“, „Erziehung“, „Entwicklungsförderung“ und „Integration“) und der Kriteriumsskala „Interessen, Aktivitäten und Freizeitbeschäftigungen“ festzustellen. Zudem korrelieren die Ressourcenskalen „Entwicklungsförderung“ und „Grundversorgung“ jeweils positiv mit den Kriterienskalen „Besondere Fähigkeiten und Leistungen“ als auch „Sozial-kommunikative Kompetenzen“. Bezüglich der Ressourcen- und Risikoskalen im Bereich „Erziehung“ liegen „komplementäre“ Korrelationskoeffizienten in Bezug auf die Kriteriumsskala „Funktion in der Familie“ vor: Dementsprechend fällt das Kriterium der Funktion des jungen Menschen in der Familie bei höheren Ausprägungen der Erziehungsressourcen sowie gleichsam bei niedrigeren Ausprägungen der Erziehungsrisiken jeweils höher aus. Des Weiteren gehen beispielsweise noch niedrigere Ausprägungen auf den Risikoskalen „Grundversorgung“, „Erziehung“ und „Entwicklungsförderung“ mit signifikant höheren Einschätzungen auf der Kriteriumsskala „Körperliche Gesundheit“ einher.

Die Ausführungen zu den Testgütekriterien beschließend sei am Rande noch darauf hingewiesen, dass neben der obligatorischen Begutachtung der drei Hauptgütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität im Kontext der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen auch das Nebengütekriterium der Nützlichkeit beachtet werden sollte. Nach Lienert und Raatz (1998) ist ein diagnostisches Testverfahren dann nützlich, wenn es in seiner Funktion bzw. seinem spezifischen Anwendungskontext durch kein anderes Verfahren adäquat ersetzt werden kann. In dieser Beziehung kommt den Diagnose-Tabellen des ZBFS, zumindest bezogen auf deren konzeptuellen Anspruch, derzeit ein deutliches Alleinstellungsmerkmal zu.

4.1.2 Qualitative Rückmeldungen der Anwender

In den nachfolgenden Übersichtstafeln werden Querbezüge hergestellt zwischen den testtheoretischen Analyseergebnissen sowie der qualitativen Auswertung von auf der Ebene einzelner Items/diagnostischer Kriterien häufig beobachteten konkreten Rückmeldungen bzw. kritischen Anmerkungen der Fachkräfte in den Jugendämtern, die die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen angewandt haben. Es wird erkennbar, dass sich im Hinblick auf potenzielle Ansatzpunkte für eine sinnvolle Überarbeitung der Tabellen, beide Perspektiven fruchtbar ergänzen. Damit ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass punktuell auch Inkohä-

renzen zwischen den beiden Analyseebenen zu beobachten sind. Bei der Revision des Instrumentariums wurde daher auf die kritischen Befunde beider Perspektiven zurückgegriffen.

Die Gegenüberstellung erfolgt getrennt nach den Risiken und Ressourcen im Erleben und Handeln des jungen Menschen (s. Tabelle 19 und Tabelle 20) sowie den altersübergreifenden (s. Tabelle 21 und Tabelle 22) und altersspezifischen (s. Tabelle 23 und Tabelle 24) Kriterien der Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen.

Insgesamt wurden alle 640 Einzelitems der Diagnose-Tabellen (s. Abschnitt 1.3) überprüft. Hierbei waren 18% der Items in irgendeiner Form testtheoretisch auffällig (bspw. hinsichtlich Itemschwierigkeit oder dem Anteil fehlender Angaben). Lediglich 8% der Items wurden aus Anwendersicht beanstandet, wobei diese Items gleichzeitig immer auch aus testtheoretischer Sicht bemängelt wurden. Demnach blieben 82% der Items völlig unauffällig.

Alle auffälligen bzw. als kritisch eingestuften Items wurden, im Hinblick auf die angestrebte Überarbeitung des Instrumentariums, auf ihre „Optimierbarkeit“ (hierzu ist auch die mögliche Streichung einzelner Items zu zählen) hin überprüft. Aufgrund von inhaltlichen bzw. sachlogischen Überlegungen und Notwendigkeiten erschien allerdings nicht in jedem hier aufgeführten Einzelfall eine Überarbeitung auch tatsächlich angeraten. Daher konnte im Zuge des Revisionsprozesses auch von den im Folgenden aufgeführten Empfehlungen abgewichen werden.

Erleben und Handeln des jungen Menschen

Tabelle 19: Kritische Items bei den Risiken im Erleben und Handeln

ITEM		*Testtheoretische Sicht*	*Anwendersicht*
1.5	zeigt häufig Schaukelbewegungen, besonders vor dem Einschlafen	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
1.7	leidet unter Asthma	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
1.10	leidet an Verstopfung oder dünnem Stuhl	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	- Item wurde oft als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft - Item sollte überarbeitet und ggf. gestrichen werden
1.11	erbricht nach den Mahlzeiten	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
2.13	leidet unter sexuellen Problemen	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	- Item wurde oft als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft - Item sollte überarbeitet werden, Differenzierung nach Altersstufen ist notwendig
5.1 – 5.15	Autonomiedefizite	Eigenschaften der Gesamtskala grenzwertig: geringe Messgenauigkeit aufgrund inhaltlicher Inhomogenität der Items	Items wurden als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft

Tabelle 20: Kritische Items bei den Ressourcen im Erleben und Handeln des jungen Menschen

ITEM		*Testtheoretische Sicht*	*Anwendersicht*
1.3	kann mit körperlichen Beeinträchtigungen angemessen umgehen	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	- Item wurde oft als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft - Item sollte überarbeitet werden
1.11	kann seine körperliche Belastbarkeit realistisch einschätzen	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
1.13	geht genussvoll mit seiner Sexualität um	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	- Item wurde sehr oft als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft - Item sollte überarbeitet werden, Differenzierung nach Altersstufen ist notwendig
1.14	geht mit Alltagsdrogen vernünftig um	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	- Item wurde sehr oft als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft - Item sollte überarbeitet werden, Differenzierung nach Altersstufen ist notwendig - Begriff „Alltagsdrogen“ präzisieren
1.15	sucht im Bedarfsfall von sich aus ärztlichen Rat	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	- Item wurde sehr oft als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft - Item sollte überarbeitet werden, Differenzierung nach Altersstufen ist notwendig
2.13	schafft es Trennungen zu verkraften; leistet notwendige Trauerar-	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
2.14	kann sich entspannen, loslassen, genießen	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
2.15	findet Halt in seinen weltanschaulichen Überzeugungen	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	Item wurde sehr oft als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
3.7	hat ein bestimmtes Lieblingsfach in der Schule	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
3.11	kommt mit den beruflichen Anforderungen zurecht	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	Item wurde oft als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
3.12	ist praktisch veranlagt	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	- keine Auffälligkeit - eventuell 3.12 und 3.13 zusammenfassen
3.13	hat besondere hauswirtschaftliche oder handwerkliche Fähigkeiten	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	- Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft - eventuell 3.12 und 3.13 zusammenfassen
3.14	ist musisch begabt	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit
3.15	hat eine künstlerische Ader	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit
4.15	liebt Tiere, kümmert sich um ein Haustier	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
5.1	kann stolz auf sich sein	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	- Item wurde oft als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft - Item „stolz“ anders umschreiben
5.14	kommt in fremder Umgebung zurecht	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
5.15	kann haushalten und sein Geld einteilen	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft

Auffällig ist, dass im Bereich der Ressourcen mehr Items sowohl aus testtheoretischer (24%) als auch aus Anwendersicht (20%) kritisch einzustufen sind als im Bereich der Risiken (jeweils 8% für Anwender- und testtheoretische Sicht).

Besonders im Bereich der Ressourcen beim Item „Leistungsvermögen (Schule)“, Item 3.7–3.15, ist die konkrete Sachlage häufig „noch nicht geklärt“.

In Bezug auf die Zuordnung von Einzelitems zu Gesamtskalen legen die hier ermittelten testtheoretischen Kennwerte nahe, dass insbesondere die Risikoskala „Autonomiedefizite“ (Items 5.1–5.15) aus inhaltlich inhomogenen Einzelitems zusammengesetzt ist. Dementsprechend ist bei dieser Gesamtskala dann auch die Reliabilität bzw. Messgenauigkeit vergleichsweise niedrig.

Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen

Tabelle 21: Kritische Items bei altersübergreifenden Risiken in den Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen

ITEM		*Testtheoretische Sicht*	*Anwendersicht*
1.1.1.3	das Kind lebt in einer Pflege- oder Adoptivfamilie	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
1.1.2.3	die elterliche Sorge ist mit gerichtlichen Auflagen verbunden	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
1.1.3.1	der junge Mensch ist obdachlos	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
1.1.3.3	der Aufenthalt ist unbekannt	wurde nie als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
1.1.1.1-1.1.3.3	Familienstand	Eigenschaften der Gesamtskala nicht akzeptabel: geringe Messgenauigkeit aufgrund inhaltlicher Inhomogenität der Items	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
1.2.2.3	Unterhaltsverpflichtungen führen zu wirtschaftlichen Notsituationen	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
1.2.1.1-1.2.3.3	wirtschaftliche Situation	Eigenschaften der Gesamtskala grenzwertig: geringe Messgenauigkeit aufgrund inhaltlicher Inhomogenität der Items	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
1.3.1.3	Vater/Mutter wechselten mehrfach Schul- und/oder Berufsausbildung	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit
1.3.1.1-1.3.3.3	berufliche Situation der Eltern	Eigenschaften der Gesamtskala nicht akzeptabel: geringe Messgenauigkeit aufgrund inhaltlicher Inhomogenität der Items	- Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft - allgemein: klare Trennung zwischen Vater und Mutter gewünscht
1.4.1.1-1.4.3.3	Wohnverhältnisse	Eigenschaften der Gesamtskala grenzwertig: geringe Messgenauigkeit aufgrund inhaltlicher Inhomogenität der Items	- keine Auffälligkeit - allgemein: klare Trennung zwischen Vater und Mutter gewünscht
1.5.1.3	Vater/Mutter können sich selbst schwer von ihren Eltern ablösen	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	- keine Auffälligkeit - allgemein: klare Trennung zwischen Vater und Mutter gewünscht

1.5.2.1	ein Elternteil erlebte den Verlust einer wichtigen Bezugsperson	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	- keine Auffälligkeit - allgemein: klare Trennung zwischen Vater und Mutter gewünscht
1.6.1.1-1.6.3.3	aktuell belastende Lebensereignisse	Eigenschaften der Gesamtskala nicht akzeptabel: geringe Messgenauigkeit aufgrund inhaltlicher Inhomogenität der Items	- Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft - allgemein: klare Trennung zwischen Vater und Mutter gewünscht
1.6.2.2	Flucht belastet die Familie	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
1.6.2.3	Vertreibung belastet die Familie	wurde nie als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit

Tabelle 22: Kritische Items bei altersübergreifenden Ressourcen in den Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen

ITEM		*Testtheoretische Sicht*	*Anwendersicht*
1.1.1.1-1.1.3.3	Familienstand	Eigenschaften der Gesamtskala grenzwertig: geringe Messgenauigkeit aufgrund inhaltl. Inhomogenität der Items	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
1.2.3.1	zum Schuldenabbau liegen ggf. mit Unterstützung einer Schuldnerberatungsstelle realistische Pläne vor	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
1.2.1.1-1.2.3.3	wirtschaftliche Situation	Eigenschaften der Gesamtskala grenzwertig: geringe Messgenauigkeit aufgrund inhaltl. Inhomogenität der Items	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
1.4.1.1-1.4.3.3	Wohnverhältnisse	Eigenschaften der Gesamtskala grenzwertig: geringe Messgenauigkeit aufgrund inhaltl. Inhomogenität der Items	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
1.4.2.3	ein Schutz vor Immissionen steht in Aussicht	- wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben - Status häufig auf „noch nicht geklärt“, Information schwierig zu erlangen	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
1.5.1.1	soziale Eltern oder andere wichtige Bezugspersonen konnten den Verlust ausgleichen	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	- Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft - allg.: klare Trennung zw. Vater u. Mutter gewünscht
1.5.1.3	notwendige Abgrenzungen sind gewährleistet	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
1.5.2.1	der Verlust einer wichtigen Bezugsperson konnte verarbeitet werden	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
1.5.2.2	Hilfen in der Familie oder im sozialen Umfeld konnten in Anspruch genommen werden	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeiten
1.5.2.3	Krankheit oder Behinderung in der Herkunftsfamilie werden bewältigt	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeiten
1.5.3.3	frühere Abhängigkeiten sind überwunden	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeiten
1.6.1.1	der Verlust kann mittlerweile getragen werden	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	- keine Auffälligkeit - allg.: klare Trennung zw. Vater u. Mutter gewünscht
1.6.1.3	Angehörige können sich vom delinquenten Verhalten eines Familienmitglieds distanzieren, kommen mit Inhaftierung zurecht	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft

1.6.2.1	die Belastungen durch Migration können bewältigt werden	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit
1.6.2.2	die Belastungen durch Flucht können bewältigt werden	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit
1.6.2.3	die Belastungen durch Vertreibung können bewältigt werden	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit
1.6.3.1	das von der Misshandlung betroffene Familienmitglied ist hinreichend geschützt, Hilfsangebote werden in Anspruch genommen	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
1.6.3.2	das von der Vernachlässigung betroffene Familienmitglied ist hinreichend geschützt, Hilfsangebote werden in Anspruch genommen	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
1.6.3.3	das von sexueller Gewalt betroffene Familienmitglied ist hinreichend geschützt, Hilfsangebote werden in Anspruch genommen	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft

Auffällig ist auch hier wiederum, dass im Bereich der Ressourcen mehr Items sowohl aus testtheoretischer (35%) als auch aus Anwendersicht (22%) kritisch einzustufen sind als im Bereich der Risiken (ca. 28% aus testtheoretischer Sicht und 9% aus Anwendersicht).

Besonders im Bereich der Ressourcen bei den Items „Elternbiografien“ und „aktuell belastende Lebensereignisse“ (Item 1.5.1.1–1.6.3.3) ist die konkrete Sachlage häufig „noch nicht geklärt“.

Im Vergleich zum „Erleben und Handeln“ fällt bei Betrachtung der testtheoretischen Gesamtskalenkennwerte der altersübergreifenden „Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen“ auf, dass sowohl bei den Ressourcen als auch bei den Risiken deutlich mehr Skalen inhaltlich heterogen bzw. wenig reliabel sind. Dies betrifft vor allem die Skalen „Familienstand“, „Wirtschaftliche Situation“ und „Wohnverhältnisse“.

Tabelle 23: Kritische Items bei altersspezifischen Risiken in den Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen

ITEM		*Testtheoretische Sicht*	*Anwendersicht*
2.1.2.3	ohne erkennbaren Grund werden häufig Ärzte aufgesucht, gewechselt oder wiederholt ein Krankenhausaufenthalt in Anspruch genommen	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
2.1.3.1	trotz Behandlungsbedarf wird Medikation grunds. abgelehnt	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
2.1.3.3	durch Art und Menge der zugeführten Stoffe besteht Missbrauchsgefahr oder Suchtkrankheit	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
2.1.4.1	das K/J verfügt über keine geeignete Schlafstelle	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
2.1.1.1-2.1.4.3	Gesundheit	Eigenschaften der Gesamtskala grenzwertig: geringe Messgenauigkeit aufgr. inhaltl. Inhomogenität d. Items	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
2.2.1.1	die Ernährung des K/J ist körperlich erkennbar unzureichend	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
2.2.2.3	die Ernährung des K/J ist einseitig	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit

2.2.3.1	eine regelmäßige Versorgung ist aufgrund fehlender Grundnahrungsmittel nicht möglich	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
2.2.3.3	die Ernährung des K/J wird streng reglementiert	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
2.3.1.2	die Erziehungsberechtigten zeigen ein zwanghaftes Verhalten bei der Körperpflege des Kindes	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
2.3.3.1	die Erziehungsberechtigten leben mit dem Kind in einer vermüllten Wohnung	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
2.3.3.3	Wohnung und Haushalt wirken wie „sterilisiert“	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
2.4.2.3	das Abhängigkeitsverhältnis des K/J wird z.B. durch Vermarktung oder sex. Ausbeutung missbraucht	wurde nie als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
2.4.3.3	SB sind von extremer weltanschaulicher Gruppierung abhängig	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
3.1.1.1-3.1.3.3	Bezugspersonen	Eigenschaften der Gesamtskala nicht akzeptabel: geringe Messgenauigkeit aufgrund inhaltlicher Inhomogenität der Items	- Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft - allg.: klare Trennung zwischen Vater u. Mutter gewünscht sowie sonstiger Personen
3.2.1.1-3.2.4.3	familiäre Beziehungen	Eigenschaften der Gesamtskala grenzwertig: geringe Messgenauigkeit aufgrund inhaltlicher Inhomogenität der Items	- Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft - Kategorie „irrelevant“ bei Einzelkindern einfügen
3.4.1.2	die Flexibilität ist durch einen starren Tagesablauf stark eingeschränkt	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
4.1.1.2	gesundheitsschädliches Untergewicht wird weder erkannt noch behandelt	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
4.1.2.3	angeborene oder krankheitsbedingte Beeinträchtigungen d. Sinnesorgane werden nicht erkannt, ärztliche Behandlungen und Kontrolle abgelehnt	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
4.1.3.3	die angeborene oder krankheitsbedingte Beeinträchtigung der Motorik wird ignoriert, ärztliche Behandlung und Therapie werden abgelehnt	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
4.1.1.1-4.1.3.3	körperliche Entwicklung	Eigenschaften der Gesamtskala grenzwertig: geringe Messgenauigkeit aufgr. inhaltl. Inhomogenität d. Items	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
4.2.1.3	angeborene oder krankheitsbedingte Beeinträchtigungen der Intelligenz werden ignoriert, ärztliche Behandlungen u. pädagogische Fördermaßnahmen abgelehnt	wurde nie als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
4.2.2.2	im Elternhaus wird nicht deutsch gesprochen	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
4.2.2.3	Beeinträchtigungen der Sprachentwicklung werden ignoriert	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
4.2.3.3	musisch-kreative Ausdrucksformen werden nicht gefördert	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit

4.2.1.1-4.2.3.3	geistige Entwicklung	Eigenschaften der Gesamtskala grenzwertig: geringe Messgenauigkeit aufgr. inhaltl. Inhomogenität d. Items	keine Auffälligkeit
4.4.3.1	Sexualität wird in der Erziehung tabuisiert	Status häufig auf „noch nicht geklärt“, Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit
4.4.3.2	dem K/J wird keine eigene sex. Entwicklung zugestanden	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit
4.4.3.3	Grenzen der Intimität werden überschritten	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
4.4.1.1-4.4.3.3	soziale Entwicklung	Eigenschaften der Gesamtskala grenzwertig: geringe Messgenauigkeit aufgr. inhaltl. Inhomogenität d. Items	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
5.1.3.1	Feste werden aus persönlichen oder weltanschaulichen Motiven abgelehnt	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
5.1.1.1-5.1.3.3	Familie	Eigenschaften der Gesamtskala grenzwertig: geringe Messgenauigkeit aufgrund inhaltlicher Inhomogenität der Items	- Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft - Kategorie Groß- und Patchworkfamilie einfügen - Kategorie 5.1.3 sehr umfangreich, sollte inhaltlich gekürzt werden
5.2.3.1	eine starke kulturelle Abgrenzung führt zur Isolation der Familie und des Kindes	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
5.2.3.2	das K/J darf grundsätzlich keine gesell.-kult. Veranstaltungen besuchen oder daran mitwirken	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
5.2.3.3	die Eltern sind selbst ihrer Kultur entfremdet u. können dem Kind keine Orientierung bieten	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
5.2.1.1-5.2.3.3	Umfeld	Eigenschaften der Gesamtskala grenzwertig: geringe Messgenauigkeit aufgr. inhaltl. Inhomogenität d. Items	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
5.3.3.3	übertriebene Leistungsanforderungen setzen K/J unter Druck	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
5.3.1.1-5.3.4.3	Bildung	Eigenschaften der Gesamtskala grenzwertig: geringe Messgenauigkeit aufgr. inhaltl. Inhomogenität d. Items	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
5.4.1.1	das K/J hat kaum noch freie Zeit	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
5.4.2.2	K/J befindet sich im Freizeitstress	wurde nie als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
5.4.1.1-5.4.3.3	Freizeit	Eigenschaften der Gesamtskala grenzwertig: geringe Messgenauigkeit aufgr. inhaltl. Inhomogenität d. Items	- keine Auffälligkeit - Kategorie 5.4.2 und 5.4.3 sehr umfangreich, sollten inhaltlich gekürzt werden

Tabelle 24: Kritische Items bei altersspezifischen Ressourcen in den Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen

ITEM		*Testtheoretische Sicht*	*Anwendersicht*
2.1.1.1-2.1.4.3	Gesundheit	Eigenschaften der Gesamtskala grenzwertig: geringe Messgenauigkeit aufgrund inhaltlicher Inhomogenität der Items	Item wurde als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
2.2.2.3	der Speiseplan bietet genügend Abwechslung	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit
2.2.3.1	Grundnahrungsmittel sind ausreichend vorhanden	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
2.3.1.2	das Kind darf sich auch schmutzig machen	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit
3.3.1.3	der junge Mensch kann stolz auf seine Familie sein	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	Item wurde oft als unpräzise, unverständlich oder undeutlich eingestuft
3.3.3.3	Konflikte werden durch Kompromisse ohne Verletzungen des Selbstwertgefühls gelöst	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit
3.4.4.3	die entwicklungsgemäßen Fähigkeiten und Schwächen des jungen Menschen werden akzeptiert, wobei er bei offensichtlicher Überforderung oder Selbstüberschätzung Unterstützung erfährt	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	- keine Auffälligkeit - Kategorie 3.4.3 sehr umfangreich, sollte inhaltlich gekürzt werden
4.2.2.3	notwendige Behandlungen oder Förderangebote werden wahrgenommen	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit
4.2.3.3	dem Kind werden Möglichkeiten angeboten, sich musisch-kreativ zu betätigen	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit
4.4.3.1	die EB können mit dem Thema Sexualität offen umgehen	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit
4.4.3.2	dem Kind wird eine individuelle sexuelle Entwicklung ermöglicht	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit
5.1.3.3	durch wiederkehrende Feste und Feiern kann das Kind deren Sinn erfahren	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit
5.1.1.1-5.1.3.3	Familie	Eigenschaften der Gesamtskala grenzwertig: geringe Messgenauigkeit aufgrund inhaltlicher Inhomogenität der Items	keine Auffälligkeit
5.2.1.3	das Kind erlebt in seinem Wohnumfeld gute Kontakte und wichtige Vorbilder	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit
5.2.3.3	die Familie ist in ihrer neuen Lebenswelt integriert	Status häufig auf „noch nicht geklärt“ (fehlende Angabe), Information schwierig zu erlangen	keine Auffälligkeit
5.4.2.2	in der Freizeit gibt es auch Erholungspausen	wird nur in seltenen Fällen als „zutreffend“ angegeben	keine Auffälligkeit

Aus testtheoretischer Sicht ergibt sich interessanterweise ein grundlegend anderes Bild als beim „Erleben und Handeln“ oder bei den altersübergreifenden Kriterien der „Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen“: Hier sind, verglichen mit den Ressourcen, mehr Items im Bereich der Risiken als kritisch einzustufen (ca. 22% vs. 8%). Dies zeigt sich auch bei Betrachtung der Gesamtskalen. Insbesondere der Risikobereich „Integration“ mit den Subskalen „Familie“, „Umfeld“, „Bildung“ und „Freizeit“ erweist sich als inhaltlich heterogen.

4.1.3 Fazit: Zuverlässigkeit der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen

Die in den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen zusammengefassten Merkmale und Kategorien sind geeignet, Risiken und Ressourcen des jungen Menschen und der Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen weitgehend erschöpfend zu beschreiben. Die testtheoretische Analyse bescheinigt den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen hypothesenkonform eine hohe Güte: Sie weisen eine hohe Trennschärfe, eine hohe bis sehr hohe Reliabilität und eine zufriedenstellende Validität auf. Nichtsdestoweniger schien es überaus sinnvoll, insbesondere die qualitativen Rückmeldungen der Verfahrensanwender, die aus ihrer teilweise kritisch-reflektierend ausgerichteten inhaltlichen Auseinandersetzung mit den einzelnen Items bzw. diagnostischen Kriterien resultierten, in wertvolle Impulse zur weiteren Optimierung der Tabellen umzumünzen.

4.2 Alltagstauglichkeit der Tabellen

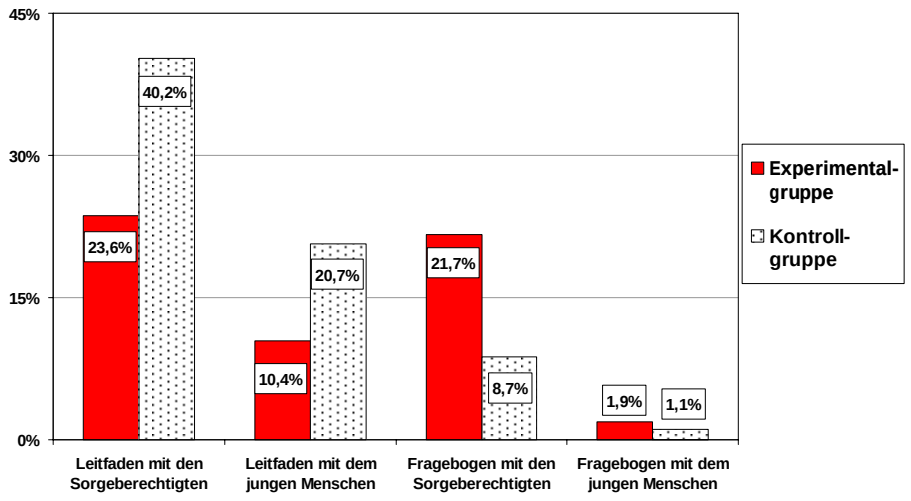
Die testtheoretische Überprüfung (s. Abschnitt 4.1.1) bescheinigt dem Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen im Jugendamt eine hohe Zuverlässigkeit und Güte. Unabhängig davon musste aber auch die Alltagstauglichkeit geprüft werden, da sie analog zur Testgüte ein notwendiges (aber nicht hinreichendes) Kriterium für den Praxiseinsatz darstellt. Zur Evaluation der Alltagstauglichkeit wurden einerseits allgemein beschreibende Merkmale diagnostischer Vorgehensweisen herangezogen, die in quantitativer Hinsicht zwischen Experimental- und Kontrollgruppe vergleichbar waren (s. Abschnitt 4.2.1) wie etwa der Zeitaufwand für die Durchführung einer Bedarfsfeststellung. Andererseits aber auch spezifische Rückmeldungen der Jugendamtsfachkräfte zur Anwendung und Handhabung der Tabellen (s. Abschnitt 4.2.2).

4.2.1 Allgemeine Anwendungsmerkmale im Vergleich der Untersuchungsgruppen

Die Gegenüberstellung in Experimental- und Kontrollgruppe ergab zu den Zeitpunkten t1.1 und t3 die im Folgenden aufgezählten Befunde zu allgemeinen Anwendungs- und Prozessmerkmalen der unterschiedlichen Verfahrensweisen zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs in den zwei Untersuchungsgruppen (Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen in der Experimentalgruppe vs. „klassische“ bzw. alternative Vorgehensweise in der Kontrollgruppe). Auf einzelne Merkmale, die sich als relevante Einflussfaktoren für den Erfolg oder Misserfolg der Hilfen herauskristallisiert haben, wird nochmals detailliert in Abschnitt 4.10 eingegangen.

- **Art der Anwendung des diagnostischen Verfahrens:** Der Gruppenvergleich zeigt, dass die Diagnose-Tabellen weniger als Leitfaden (im Gespräch mit Sorgeberechtigten und jungem Menschen) eingesetzt werden, sondern eher als Fragebogen gemeinsam mit den Sorgeberechtigten (s. Abbildung 15). Sonstige Nennungen, die vornehmlich die Anwendung des diagnostischen Verfahrens nach vorausgehenden Gesprächen mit jungen Menschen, Sorgeberechtigten und weiteren Personen umfassen, sind hier der Übersicht halber ausgeklammert. Dies spricht sowohl für die Verständlichkeit des Instrumentariums im Dialog mit den Hilfeadressaten als auch für einen insgesamt hohen Standardisierungsgrad. Allen beschriebenen Häufigkeitsunterschieden liegen signifikante Chi-Quadrat-Tests mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner fünf Prozent zugrunde.

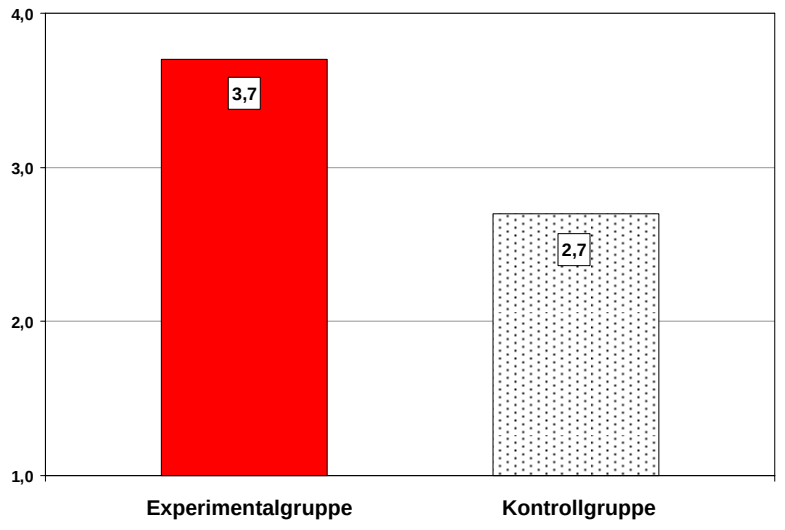
Abb. 15: Art der Anwendung des diagnostischen Verfahrens (ausgewählte Nennungen)



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

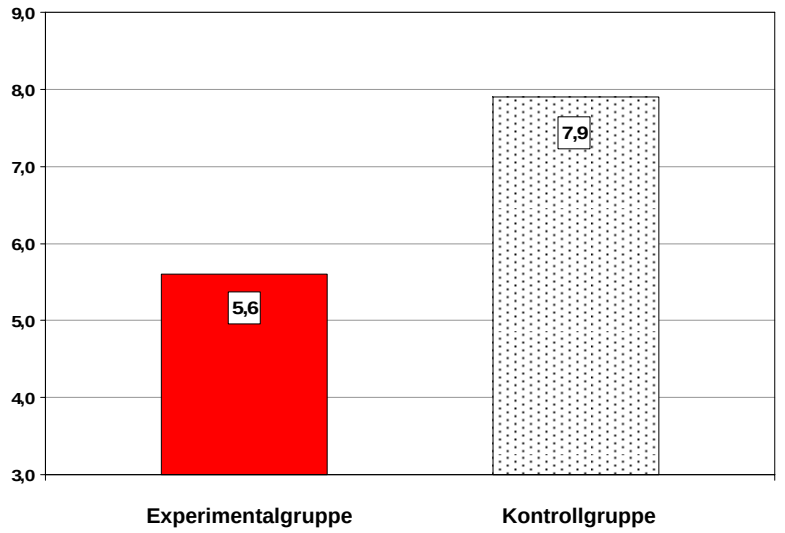
- **Zeitaufwand für die Anwendung des Verfahrens:** Die Fachkräfte der Experimentalgruppe benötigten für die reine Anwendung der Tabellen ca. eine Stunde mehr als die Kollegen der Kontrollgruppe für das jugendamtsinterne Verfahren (s. Abbildung 16). Der signifikant höhere Mehraufwand ($p < 0.01$, t-Test) ist aber absolut gesehen noch relativ überschaubar. Wesentliche Ursachen hierfür sind ein erhöhter Einarbeitungsaufwand, da es sich um eine neue Methode handelt, sowie der große Umfang der Tabellen. Betrachtet man dahingegen den Gesamtaufwand, der im Mittel für die diagnostische Abklärung investiert wurde, so sieht man, dass die durchschnittliche Anzahl der notwendigen Diagnosegespräche in der Kontrollgruppe wesentlich höher ausfällt (s. Abbildung 17, $p < 0.01$, t-Test). Daraus ist zu schließen, dass sich die Diagnose-Tabellen wohl strukturierend auf die Abläufe der Bedarfsfeststellung auswirken: Die notwendigen Informationen werden systematischer eingeholt. Bezogen auf den Gesamtstundenaufwand für die Diagnostik wird allerdings die geringere Anzahl der Gespräche in der Experimentalgruppe durch den höheren Bearbeitungsaufwand größtenteils wieder kompensiert. Wenngleich die durchschnittliche Stundenzahl in der Experimentalgruppe zumindest nominell immer noch etwas niedriger ausfällt (s. Abbildung 18), lässt sich diesbezüglich kein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe feststellen.

Abb. 16: Mittlerer Zeitaufwand für die Anwendung des diagnostischen Verfahrens (in Stunden)



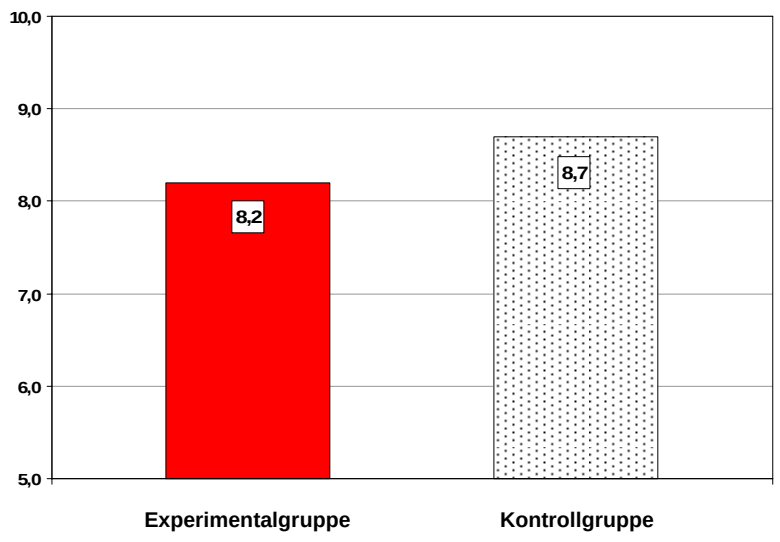
IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH | IKJ

Abb. 17: Mittlere Anzahl der Diagnosegespräche



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH | IKJ

Abb. 18: Durchschnittlicher Gesamtstundenumfang für die Gespräche



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

- **Einschätzungen zur Zuverlässigkeit und Nützlichkeit:** Die Diagnose-Tabellen werden in der subjektiven Sicht der Anwender als ein eher weniger zuverlässiges Instrument eingestuft (s. Tabelle 25). Gleiches gilt auch für die Bewertung der Nützlichkeit bei der Erstellung der Diagnose. Die Kontrollgruppe schätzte hier das eigene diagnostische Verfahren als vergleichsweise sehr nützlich ein (s. Abbildung 19).

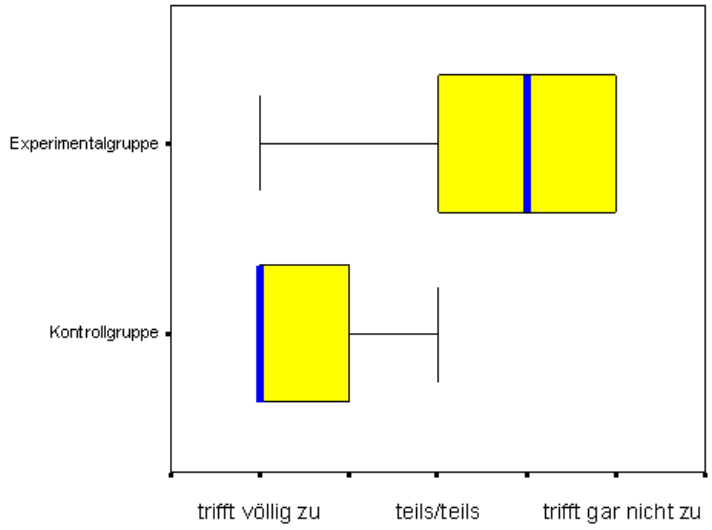
Tabelle 25: Bewertung der Zuverlässigkeit der Diagnose-Tabellen durch die Anwender

		Nennungen	*Anteil (%)*
Leitfrage: „Die Diagnose-Tabellen halte ich insgesamt für ein zuverlässiges Instrument“	*trifft völlig zu*	1	0,9%
	trifft eher zu	10	9,4%
	teils/teils	40	37,7%
	trifft weniger zu	23	21,7%
	trifft gar nicht zu	32	30,2%

Bei der Einordnung dieser Befunde muss berücksichtigt werden, dass speziell in der Experimentalgruppe keine Zusammenhänge zwischen den Zuverlässigkeits- und Nützlichkeitseinschätzungen und der Effektivität der Hilfen festgestellt werden konnten (s. auch Abschnitt 4.5 und Abschnitt 4.10). Da es sich also nicht um einen für den Erfolg oder Misserfolg ausschlaggebenden Einflussfaktor handelt, können die hier dargestellten Einschätzungen der Anwender auch nicht als „hartes“ Bewertungskriterium für die tatsächliche Brauchbarkeit der Diagnose-Tabellen herangezogen werden. Hinzu kommt noch, dass die Beurteilungen in der Kontrollgruppe sicherlich zu einem nicht unerheblichen Teil auf die „Macht der Gewohnheit“ bzgl. der bereits etablierten und erprobten Vorgehensweisen zurückgeführt werden können. Die Befunde haben allerdings eine hohe praktische Relevanz, da sie zumindest sehr eindringlich verdeutlichen, dass die Akzeptanz des

Verfahrens bei den Anwendern noch optimierungsfähig ist. Möglicherweise ist ihnen auch der angestrebte Nutzen nicht hinreichend ersichtlich.

Abb. 19: Boxplot zur Nützlichkeit des diagnostischen Verfahrens bei der Diagnosestellung



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

- **Grundlagen der Bedarfserstellung:** In der Experimentalgruppe wird sich weniger auf mündliche Mitteilungen und Gutachten verlassen: Hier scheinen die Diagnose-Tabellen also einen Qualifizierungs- und Standardisierungseffekt zu haben (eine weitergehende Erörterung dieses Befunds findet sich in Abschnitt 4.10.3).
- **Überwiegende Grundlage des Hilfevorschlags:** Die Experimentalgruppe verlässt sich deutlich weniger auf ihre berufliche Erfahrung, was erneut auf einen Qualifizierungs- und Standardisierungsaspekt der Diagnose-Tabellen hinweist. Andererseits wird der Tabellenanwendung aber auch nur in wenigen Fällen eine primär-maßgebliche Rolle für den Hilfevorschlag beigemessen (eine weitergehende Erörterung dieses Befunds findet sich Abschnitt 4.10.4).

4.2.2 Spezielle Befunde zur Anwendung und Handhabung der Diagnose-Tabellen

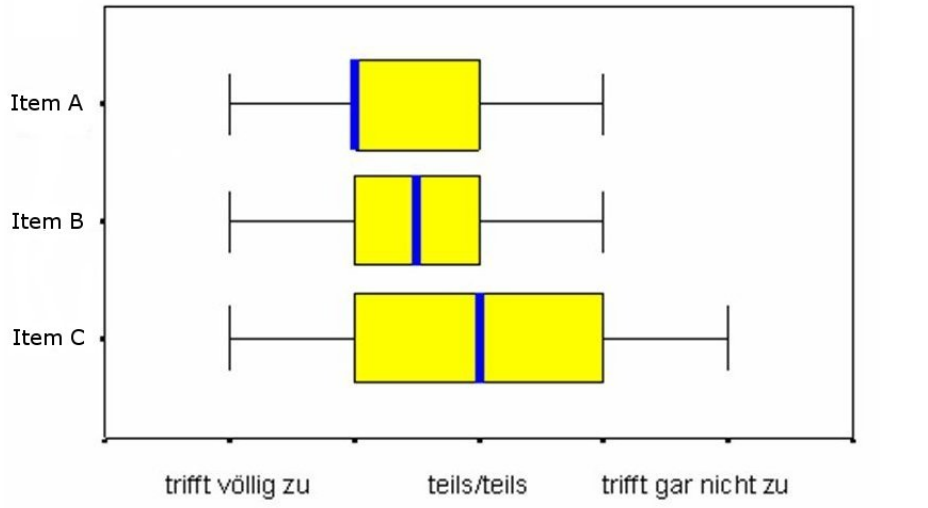
Im Verlauf der Projektlaufzeit gaben die Fachkräfte darüber hinaus zahlreiche mündliche und schriftliche Rückmeldungen zur Anwendung und Handhabung der Diagnose-Tabellen. Zusammenfassend kann festgestellt werden:

- Die Fülle der 664 Items, die in einem Ankreuzverfahren zu bearbeiten sind, wird von den Fachkräften auf der einen Seite als zu aufwendig empfunden und andererseits fehlen ihnen weitere Details wie z.B. biografische und anamnestische Informationen. Zusätzlich werden auch offene Textfelder gewünscht, um ergänzende Informationen festzuhalten.

Der Bearbeitungsaufwand könnte durch eine entsprechend nutzerfreundliche EDV-Version reduziert werden.

- Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, wird von den Fachkräften eine Überarbeitung einzelner Items gewünscht. Hier gibt es jedoch durchaus sehr unterschiedliche Auffassungen zu Neuformulierungen.
- Positiv hervorgehoben wird von den Fachkräften die Nennung von Ressourcen. Abgeraten wird allerdings von der stringenten Gegenüberstellung von Risiken und Ressourcen.
- Als sinnvoll betrachtet wird die Einteilung in die zwei Oberbereiche „Erleben und Handeln des jungen Menschen“ und „Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen“ sowie, mit kleineren Einschränkungen, auch die altersspezifischen Erläuterungen. Die Frage, ob auch der Bereich „Erleben und Handeln des jungen Menschen“ mit alterspezifischen Kriterien versehen werden soll, wird hingegen sehr kontrovers taxiert (s. Abbildung 20). Hier ist weder eine klare Tendenz der Befürwortung noch der Ablehnung zu ermitteln.

Abb. 20: Boxplot spezieller Einschätzungen zu den Diagnose-Tabellen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH | IKJ

Erläuterungen:
Item A: „Die grundsätzliche Einteilung der Diagnose-Tabellen in die Bereiche ‚Erleben und Handeln des jungen Menschen’ und ‚Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen’ halte ich für sinnvoll.“
Item B: „Die altersspezifischen Erläuterungen in dem Bereich ‚Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen’ sind grundsätzlich sinnvoll.“
Item C: „Der Bereich ‚Erleben und Handeln des jungen Menschen’ ist nicht mit alterspezifischen Kriterien versehen. Dies halte ich grundsätzlich für sinnvoll.“

- Die Diagnose-Tabellen bieten den Fachkräften insgesamt eine Hilfestellung und einen Erkenntnisgewinn, insbesondere den Berufsanfängern (s. auch Abschnitt 4.10.2).
- Entscheidend für die Anwendung der Diagnose-Tabellen ist die präzise Einbettung in das verbindliche Hilfeverfahren des jeweiligen Jugendamts und die Verknüpfung mit dem Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII). Das bedeutet, dass das bestehende Hilfeverfahren dem Formularwesen entsprechend angepasst werden muss. Die

Diagnose-Tabellen sollten nicht zusätzlich zum bestehenden Hilfeverfahren eingesetzt werden.

- Die Anwendung der Diagnose-Tabellen sollte so ausgerichtet sein, dass die Bedarfsfeststellung für eine Hilfe nach §§ 27ff. SGB VIII klar definiert werden kann und eine Hinführung zur Formulierung der Ziele im Hilfeplan bietet. Eine EDV-Fassung mit den entsprechenden technischen Möglichkeiten könnte diesem Anspruch gerecht werden.
- Die Standardisierung der Diagnose-Tabellen wird als hilfreich angesehen, insbesondere deshalb, weil die Bedarfsfeststellung dadurch transparenter und nachvollziehbar für Dritte werde.

4.2.3 Fazit: Alltagstauglichkeit der Diagnose-Tabellen

Die Praktikabilität der evaluierten Diagnose-Tabellen wird von den Fachkräften zwar durchaus kritisch eingeschätzt, vom Grundsatz her werden sie aber als taugliche Basis einer revidierten Fassung wahrgenommen. Die teilweise kritisch-subjektiven „Empfindungen“ stehen allerdings in einem auffälligen Widerspruch zu den weitaus positiveren empirischen Ergebnissen wie etwa der guten Reliabilität und Validität.

4.3 Eignung der ausgewählten Hilfen

Eine zentrale Aufgabe des ASD ist es, auf der Basis der vorliegenden Ausgangsinformationen eine geeignete bzw. indizierte Hilfe auszuwählen. Daraus resultiert schon sehr früh eine wichtige Weichenstellung für den späteren Erfolg der Maßnahme.

Zur Begriffsbestimmung des Terminus Indikation ist ein Blick in Nachbardisziplinen der Jugendhilfe wie die Medizin aufschlussreich. Hier wird unter Indikation die sogenannte Heilanzeige (abgeleitet vom lateinischen Wort „indicare“) verstanden, die allgemein den Grund für die Anwendung einer bestimmten therapeutischen Maßnahme im Falle einer Erkrankung beschreibt. Indizierten therapeutischen Interventionen ist hierbei gemein, dass sie mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Heilung, also zum Therapieerfolg, führen. Mag dies in den meisten medizinischen Fragestellungen wie bspw. bei einem Beinbruch noch relativ einfach definierbar sein, ist ein Transfer auf den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe nicht so leicht möglich, da sich hier die Sachverhalte normalerweise wesentlich komplexer darstellen. Hier muss die Indikationsfrage etwas differenzierter gestellt werden (vgl. hierzu auch Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Frohburg, 2006; Döpfner & Lehmkuhl, 2002; Seidenstücker, 1999): Bei welchen Adressaten, mit welchen Problemlagen, aber auch welchen Ressourcen, sind welche sozialpädagogisch-therapeutischen Maßnahmen in welchem Setting (Jugendhilfeeinrichtung, Bezugsbetreuer, Gruppenzusammensetzung etc.) mit welchen Zielen angemessen bzw. wirksam? Bislang konnte hierzu nicht oder nur sehr bedingt auf explizite und empirisch untermauerte Kriterien zurückgegriffen werden. Die Hilfeentscheidungen basieren demnach im Wesentlichen auf einem individuell oder institutionell verankerten Wissen, das größtenteils auf den Erfahrungen der in den Jugendämtern verantwortlichen Fachkräfte beruht.

Weitere Informationen zu Fragen der Indikationsstellung finden sich bei Becker und Petermann (1997), Freese und Kisse (1990) sowie Petermann (2002c).

Die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen weisen in diesem Zusammenhang in mehrerer Hinsicht erhebliches Potenzial auf. Einerseits war es sehr naheliegend zu vermuten, dass sich anhand spezifischer, über die Einzelfälle hinweg immer wiederkehrender Verteilungsmuster von Risiko- und Ressourcenmerkmalen im Erleben und Handeln sowie den Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen des jungen Menschen, die diesen Mustern zugrunde liegenden Kriterien der Hilfeentscheidungen rekonstruieren lassen (s. Abschnitt 4.3.1).

Da mit diesem Vorgehen allerdings nur mittelbar eine Brücke zu der für die Indikation wesentlichen Beziehung zum tatsächlichen Hilfeerfolg geschlagen werden kann, wurden in einem zweiten Schritt zusätzlich noch statistische Prognosemodelle auf den EST!-Datensatz angewandt. Diese wurden im Rahmen der Evaluation erzieherischer Hilfen (EVAS; s. Macsenaere & Knab, 2004) anhand der Analyse einer von 1999 bis heute fortgeschriebenen bundesweiten Gesamtstichprobe von mehr als 25.000 individuellen Hilfeverläufen für viele Hilfearten entwickelt. Auf diese Weise konnte untersucht werden, ob die Gruppe der Fachkräfte, welche die Diagnose-Tabellen angewandt hat (Experimentalgruppe), in Anbetracht der schon beim „Falleingang“ im Jugendamt zur Verfügung stehenden Informationen, Hilfen auswählt, die vergleichsweise höhere Erfolgswahrscheinlichkeiten aufweisen und damit auch indizierter sind als die Hilfen, die in der Vergleichsgruppe ausgewählt wurden (s. Abschnitt 4.3.2).

4.3.1 Rekonstruktion der durch die Diagnose-Tabellen vermittelten Merkmale der Hilfeentscheidung

Der in diesem Abschnitt dargestellte Auswertungsstrang befasst sich vereinfacht ausgedrückt mit der Frage, welche diagnostischen Fragestellungen bzw. Items die Anwender der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabelle als im Einzelfall zutreffend erkannt haben und ob sich darin einzelfallübergreifende empirische Muster erkennen lassen, die für bestimmte Hilfeentscheidungen charakteristisch sind. Beispielsweise könnte für eine Heimerziehungsmaßnahme maßgeblich sein, dass im Vergleich zu anderen Hilfeentscheidungen in den meisten Fällen Symptome wie „kann keine Regeln und Grenzen befolgen“ oder „läuft weg / flüchtet vor belastenden sozialen Situationen“ vorliegen.

Hierzu wurden, getrennt nach Risiken und Ressourcen, die Verteilungen der Antwortmuster in den Gliederungsbereichen der Diagnose-Tabellen „Erleben und Handeln des jungen Menschen“ (Unterkategorien „Körperliches Befinden“, „Seelisches Befinden“, „Leistung“, „Sozialverhalten“ und „Autonomie“) sowie den „Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen“ (Unterkategorien „Familiensituation“, „Grundversorgung“, „Erziehung“, „Entwicklungsförderung“ und „Integration“) für verschiedene Hilfeentscheidungen einander gegenübergestellt.

Bei Betrachtung der 98 mithilfe der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen getroffenen Hilfeentscheidungen bzw. -empfehlungen (s. Tabelle 26), die Gegenstand der hier dargestellten Auswertung sind, fällt auf, dass bestimmte Hilfen nur selten oder in Einzelfällen vorgeschlagen wurden (bspw. Hilfen nach § 35 SGB VIII oder sog. Flexible Hilfen nach § 27 SGB VIII). Andere Hilfeangebote, die im Spektrum der erzieherischen Hilfen prinzipiell möglich sind, wie Erziehungsberatung (§ 28 SGB VIII) oder Soziale Gruppenarbeit (§ 29 SGB VIII), kommen gar nicht vor. All jene Hilfen konnten im Rahmen der folgenden Auswertungen nicht berücksichtigt werden. Von der Untersuchung zwar nicht ausgeschlossen, prinzipiell aufgrund der geringen Häufigkeit aber als kritisch einzustufen, ist die Vollzeitpflege (§ 33 SGB VIII). Die diesbezüglich dargelegten Befunde sind dementsprechend unter einem gewissen Vorbehalt zu sehen. Um möglichst viele Anhaltspunkte für zukünftige Forschungen zu liefern, war es uns an dieser Stelle wichtiger, dass möglichst Aussagen zu einem breiten Hilfespektrum getroffen werden können. Die Repräsentativität dieser Aussagen sollte dabei nicht übermäßig akzentuiert werden.

Tabelle 26: Hilfevorschläge auf Grundlage der Diagnose-Tabellen

Hilfeart	*Häufigkeit*
§ 30 SGB VIII	19
§ 31 SGB VIII	31
§ 32 SGB VIII	17
§ 33 SGB VIII	6
§ 34 SGB VIII	22
§ 35 SGB VIII	2
Flexible Hilfen nach § 27 SGB VIII	1
Gesamt	98

Im Zuge des empirischen Rekonstruktionsprozesses der Hilfeentscheidungen mit den Diagnose-Tabellen wurde in einem ersten Schritt der prozentuale Anteil der Items innerhalb der oben genannten Gliederungsebenen der Tabellen bestimmt, den die Anwender des Verfahrens für den jungen Menschen oder seine Familie und Umfeld als „zutreffend“ bewertet haben. Tabelle 27 weist die Gesamtzahl der Items in den bei dieser Analyse verwendeten Skalen aus und ermöglicht so eine Einordnung der Prozentzahlen. Beispielsweise besteht die Skala „Abweichendes Sozialverhalten“ im Erleben und Handeln des jungen Menschen aus insgesamt 15 Items. Wurden etwa 5 Items bzw. diagnostische Einzelfragestellungen als zutreffend bewertet, wie „verhält sich rücksichtslos“, „richtet mutwillig Zerstörungen an“, „lügt“, „nimmt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen auf“ und „ist streitsüchtig“, dann läge der prozentuale Anteil der zutreffenden Nennungen bzw. Diagnosekriterien bei 5/15 bzw. 33,3%.

Diese prozentualen Anteile wurden jeweils als abhängige Variable in einfaktorielle ANOVAs mit dem Hilfevorschlag als Einflussgröße eingebracht. Sofern sich hier statistisch signifikante Unterschiede ergeben haben, wurden zur genauen Spezifizierung der Unterschiede in den Hilfevorschlägen paarweise Post-hoc-Tests nach der LSD-Methode („least significant difference“) durchgeführt. Für die Hilfen, bei denen auf diese Weise in dem zugehörigen Merkmalsbereich signifikant höhere Ausprägungen ermittelt werden konnten, werden dann jeweils die maßgeblichen diagnostischen Einzelkriterien benannt. Hierbei wurde die Mindestvoraussetzung definiert, dass das Kriterium mindestens in mehr als der Hälfte der betreffenden Fälle relevant gewesen sein musste (prozentualer Anteil zutreffender Diagnosekriterien größer als 50%). Zur besseren Übersicht sind zudem maximal die zehn häufigsten Kriterien ausgewiesen.

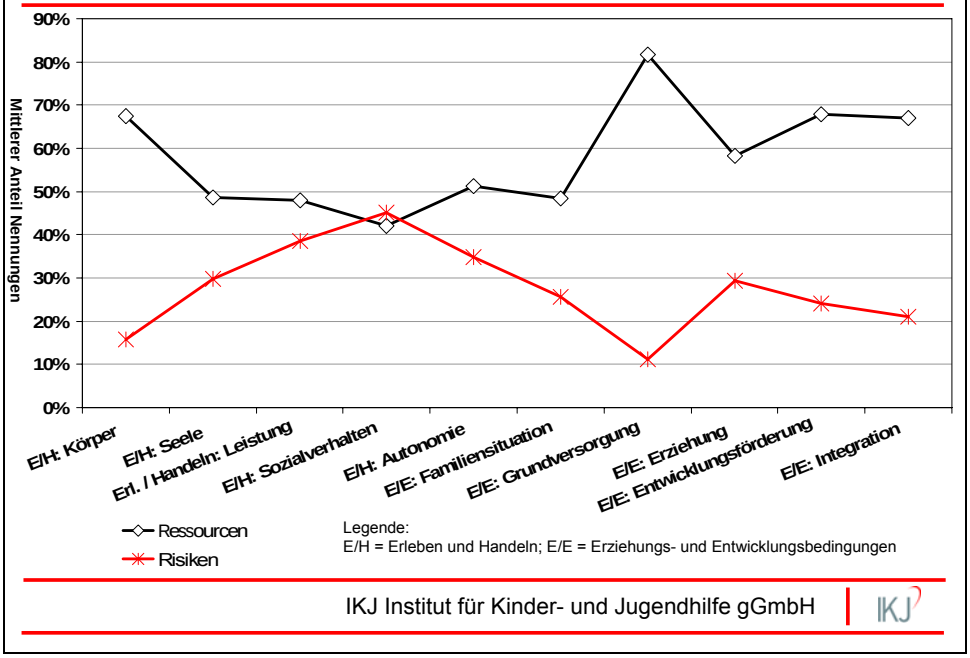
Tabelle 27: Anzahl der Items in den Skalen der Diagnose-Tabellen

Inhaltsbereich Diagnose-Tabellen	*Anzahl Items*
Erleben und Handeln – Körperliche Beschwerden	15
Erleben und Handeln – Seelische Störungen	15
Erleben und Handeln – Leistungsprobleme	15
Erleben und Handeln – Abweichendes Sozialverhalten	15
Erleben und Handeln – Autonomiedefizite	15
Erleben und Handeln – Körperliche Gesundheit	15
Erleben und Handeln – Seelisches Wohlbefinden	15
Erleben und Handeln – Leistungsvermögen	15
Erleben und Handeln – Sozialkompetenz	15
Erleben und Handeln – Autonomie	15
Erz. – Entwicklungsbed. – Risiken Familiensituation	54
Erz. – Entwicklungsbed. – Risiken Grundversorgung	47
Erz. – Entwicklungsbed. – Risiken Erziehung	53
Erz. – Entwicklungsbed. – Risiken Entwicklungsförderung	44
Erz. – Entwicklungsbed. – Risiken Integration	47
Erz. – Entwicklungsbed. – Ressourcen Familiensituation	54
Erz. – Entwicklungsbed. – Ressourcen Grundversorgung	47
Erz. – Entwicklungsbed. – Ressourcen Erziehung	53
Erz. – Entwicklungsbed. – Ressourcen Entwicklungsförderung	44
Erz. – Entwicklungsbed. – Ressourcen Integration	47

Wie bereits einleitend angedeutet, können mithilfe dieser Vorgehensweise, die einen Ansatz zur Rekonstruktion der Hilfeentscheidungen der Diagnose-Tabellen-Anwender beschreibt, für sich genommen noch keine Aussagen zur tatsächlichen Indikation der Hilfen abgeleitet werden, da hier rein methodisch gesehen noch nicht berücksichtigt wird, ob die Hilfeentscheidungen, die im Kontext der Diagnose-Tabellen geplant werden, tatsächlich auch zu größeren Erfolgen führen, also effektiver sind. Auf diese Frage wird noch ausführlicher bzw. verbindlicher im Rahmen des Abschnitts 4.5 eingegangen. Ohne an dieser Stelle schon zuviel vorwegnehmen zu wollen, kann zumindest soviel gesagt werden, dass die empirischen Befunde diese Annahme im Wesentlichen unterstützen, speziell was den Bereich der Defizite bzw. Risiken betrifft. Insofern ist davon auszugehen, dass die im Folgenden beschriebenen Diagnosekriterien auch zu insgesamt passgenaueren Hilfen führen.

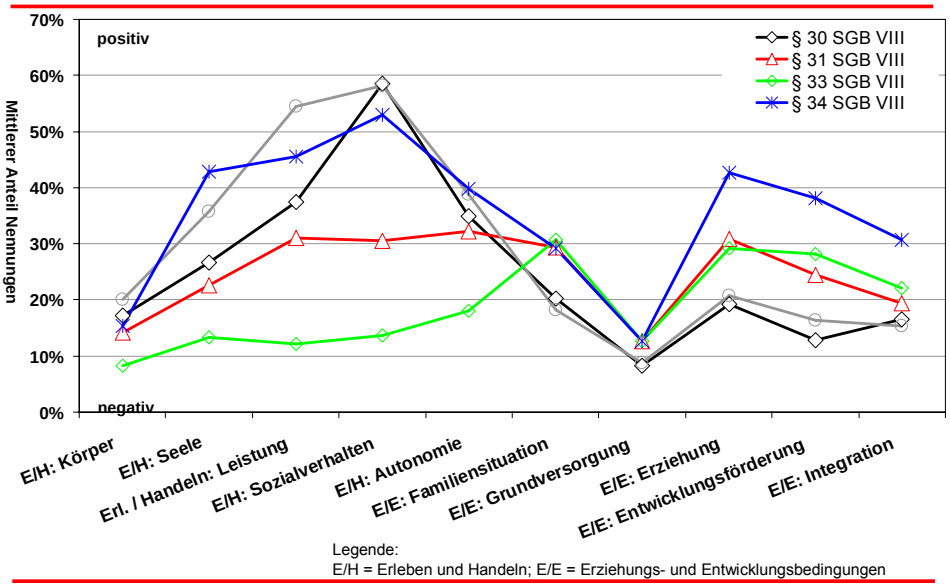
Schon bei hilfeartübergreifender Gesamtbetrachtung zeigen sich über die Gliederungsebenen der Diagnose-Tabellen deutlich unterschiedliche Nennungshäufigkeiten für bestimmte Risiken und Ressourcenbereiche (s. Abbildung 21). Abgesehen von der Dimension „Sozialverhalten“ im Erleben und Handeln des jungen Menschen werden insgesamt evidenterweise mehr Ressourcen „diagnostiziert“ als Risiken bzw. Defizite. Die höchsten Ressourcenausprägungen liegen bei der Grundversorgung (im Schnitt 82% aller Items zutreffend), körperlichem Befinden (68%), Entwicklungsförderung (68%) und Integration (67%) vor. Sie sind zumeist auch bei den Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen höher ausgeprägt als im Erleben und Handeln des jungen Menschen. Quasi spiegelbildlich sind auch die höchsten Risikoausprägungen im Erleben und Handeln des jungen Menschen festzustellen. Dies betrifft vor allem die Bereiche Sozialverhalten (45%), Lernen bzw. Leistung (39%) und Autonomie bzw. Selbstständigkeit (35%). Am insgesamt niedrigsten sind analog zu den Ressourcen die Risiken beim körperlichen Befinden (16% Nennungen) sowie bei der Grundversorgung (11%).

Abb. 21: Ressourcen- und risikospezifischer Anteil Gesamtnennungen



Liegen nun aber auch Unterschiede im Hinblick auf die Hilfeentscheidungen vor? Schon die rein augenscheinliche Betrachtung der Hilfeartprofile bei den Risiken lässt diese Annahme plausibel erscheinen (s. Abbildung 22).

Abb. 22: Hilfeartprofile der Diagnose-Tabellen im Bereich Risiken



Legende:
E/H = Erleben und Handeln; E/E = Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen

IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Im Folgenden sind die Befunde der statistischen Analysen zu den einzelnen Gliederungsbereichen wiedergegeben. Alle dargelegten Unterschiede sind, sofern nichts anderes angegeben, statistisch signifikant mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von mindestens kleiner fünf Prozent. Die beschriebenen Hilfeparagraphen beziehen sich auf das Achte Sozialgesetzbuch (SGB VIII). Einzelne Items bzw. diagnostische Fragestellungen können im Rahmen von verschiedenen Hilfeempfehlungen gleichermaßen häufig zutreffen und damit von Relevanz sein. Demzufolge muss eine brauchbare differenzielle Indikationsstellung immer kontextbezogen erfolgen und kann niemals an einzelnen Fragestellungen festgemacht werden.

Körperliche Beschwerden (Erleben und Handeln des jungen Menschen)

- Es sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Hilfen festzustellen. Der Gesamtanteil an Nennungen beträgt über alle Hilfen hinweg 16%.

Seelische Störungen (Erleben und Handeln des jungen Menschen)

- Der Gesamtanteil der Nennungen über alle Hilfen hinweg beträgt 30%.
- § 34 weist einen signifikant höheren Anteil auf als die §§ 30, 31 oder 33, aber nicht verglichen mit § 32. Die am häufigsten genannten diagnostischen Kriterien bzw. Items sind:
  - fühlt sich wertlos oder unterlegen
  - weint leicht und häufig, wirkt unglücklich, traurig, niedergeschlagen
  - zeigt seltsame Gedanken, Ideen, Verhaltensweisen
  - ist nervös, reizbar, gespannt oder zeigt plötzliche Stimmungswechsel

- § 32 liegt ebenfalls, zumindest der Tendenz nach (nur marginal signifikant) höher als die §§ 30 und 31. Häufigste Kriterien:
  - ist nervös, reizbar, gespannt oder zeigt plötzliche Stimmungswechsel
  - fühlt sich wertlos oder unterlegen
  - zeigt seltsame Gedanken, Ideen, Verhaltensweisen

Leistungsprobleme (Erleben und Handeln des jungen Menschen)

- Der Gesamtanteil der Nennungen über alle Hilfen hinweg beträgt 39%.
- § 32 weist höhere Ausprägungen auf als die §§ 31 und 33, aber nicht verglichen mit den §§ 34 und 30. Die häufigsten Kriterien bzw. Items sind:
  - kann sich nicht konzentrieren, lässt sich leicht ablenken, ist vergesslich
  - wirkt unruhig, zappelig, die Aufmerksamkeit ist gestört
  - bringt angefangene Dinge nicht zu Ende, zeigt mangelndes Durchhaltevermögen
  - hat merkliche Schwächen im Lernen, Lesen, Schreiben, Rechtschreiben oder Rechnen
  - erbringt schlechte schulische Leistungen, die Versetzung ist gefährdet
- § 34 liegt höher als § 33 sowie tendenziell höher als § 31. Häufigste Kriterien:
  - bringt angefangene Dinge nicht zu Ende, zeigt mangelndes Durchhaltevermögen
  - kann sich nicht konzentrieren, lässt sich leicht ablenken, ist vergesslich
  - weigert sich, Leistungsanforderungen nachzukommen, ist für nichts zu begeistern
  - hat merkliche Schwächen im Lernen, Lesen, Schreiben, Rechtschreiben oder Rechnen
  - ermüdet leicht, ist wenig belastbar, wirkt antriebsarm, apathisch
  - wirkt unruhig, zappelig, die Aufmerksamkeit ist gestört
- § 30 und § 31 liegen tendenziell höher als § 33. Mittlere Nennungsanteile größer 50% wurden nur bei § 30 beobachtet (bei § 31 liegen alle mittleren Anteile unter 50%). Die am häufigsten bei § 30 genannten Kriterien sind:
  - bringt angefangene Dinge nicht zu Ende, zeigt mangelndes Durchhaltevermögen
  - kann sich nicht konzentrieren, lässt sich leicht ablenken, ist vergesslich
  - wirkt unruhig, zappelig, die Aufmerksamkeit ist gestört
- Die Ausprägungen sind bei § 33 insgesamt am niedrigsten.

Abweichendes Sozialverhalten (Erleben und Handeln des jungen Menschen)

- Der Gesamtanteil der Nennungen über alle Hilfen hinweg beträgt 45%.
- Sowohl § 30 als auch die §§ 32 und 34 haben höhere Ausprägungen als jeweils die §§ 31 und 30.
- § 33 insgesamt am niedrigsten (allerdings kein signifikanter Unterschied zu §31)
- Häufigste Nennungen:

  … bei § 30:
  - tut sich schwer, Regeln und Grenzen zu befolgen, kann nicht verlieren
  - ist leicht erregbar oder unbeherrscht, hat Wutausbrüche, wird leicht jähzornig
  - tut sich schwer, Freundschaften zu schließen oder aufrechtzuerhalten
  - lügt, schwindelt oder betrügt
  - leugnet oder beschuldigt andere, wenn er etwas Unerlaubtes getan hat

- wird von Gleichaltrigen, Mitschülern, Kollegen gemieden, kommt nicht mit ihnen aus
- läuft weg, flüchtet vor belastenden sozialen Situationen
- verstößt gegen Recht und Gesetz
- verhält sich rücksichtslos, ist gemein zu anderen, schüchtert sie ein oder bedroht sie
- ist streitsüchtig, greift andere körperlich an, gerät leicht in Raufereien

… bei § 32:

- tut sich schwer, Regeln und Grenzen zu befolgen, kann nicht verlieren
- ist leicht erregbar oder unbeherrscht, hat Wutausbrüche, wird leicht jähzornig
- tut sich schwer, Freundschaften zu schließen oder aufrechtzuerhalten
- wird von Gleichaltrigen, Mitschülern, Kollegen gemieden, kommt nicht mit ihnen aus
- will immer Recht haben und bestimmen, was andere machen sollen
- ist streitsüchtig, greift andere körperlich an, gerät leicht in Raufereien

… bei § 34:

- lügt, schwindelt oder betrügt
- tut sich schwer, Freundschaften zu schließen oder aufrechtzuerhalten
- tut sich schwer, Regeln und Grenzen zu befolgen, kann nicht verlieren
- ist leicht erregbar oder unbeherrscht, hat Wutausbrüche, wird leicht jähzornig
- läuft weg, flüchtet vor belastenden sozialen Situationen
- leugnet oder beschuldigt andere, wenn er etwas Unerlaubtes getan hat
- verhält sich rücksichtslos, ist gemein zu anderen, schüchtert sie ein oder bedroht sie

Autonomiedefizite (Erleben und Handeln des jungen Menschen)

- Es sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Hilfen festzustellen. Der Gesamtanteil an Nennungen beträgt über alle Hilfen hinweg 35%.

Risiken Familiensituation (Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen)

- Der Gesamtanteil der Nennungen über alle Hilfen hinweg beträgt 26%.
- § 33 weist höhere Ausprägungen auf als § 32 sowie tendenziell als § 30. Keine Unterschiede bestehen im Vergleich mit § 34 oder § 31. Die am häufigsten genannten Kriterien sind:
  - Die Eltern hatten selbst keine Familie oder sind in einer unvollständigen Familie aufgewachsen.
  - Die Eltern haben selbst eine schwierige Kindheit erlebt.
  - Das Sorgerecht wird nur von einem Elternteil ausgeübt.
  - Der Vater oder/und die Mutter hat bzw. haben keine abgeschlossene Berufsausbildung.
  - Die Partnerschaften wurden häufig gewechselt.
  - Die Familie hat kein eigenes Einkommen.
  - Altlasten sind vorhanden.
  - Der Vater oder/und die Mutter hat bzw. haben keinen Schulabschluss.

  - Der/die Sorgeberechtigte(n) ist bzw. sind arbeitslos.
  - Notwendige Hilfesysteme wie z.B. von Vereinen, Kirchen, Selbsthilfegruppen fehlen oder werden nicht in Anspruch genommen.
  - Vater oder Mutter konnten sich selbst schwer von ihren Eltern lösen.
  - Ein Elternteil erlebte den Verlust einer wichtigen Bezugsperson.
- § 34 weist höhere Ausprägungen auf als § 32 und § 30. Keine Unterschiede bestehen im Vergleich zu § 33 oder § 31. Das am häufigsten genannte Kriterium:
  - Ein Elternteil erzieht das Kind alleine.
- § 31 weist höhere Ausprägungen auf als § 32 und § 30. Keine Unterschiede bestehen im Vergleich zu § 34 oder § 33. Die am häufigsten genannten Kriterien:
  - Ein Elternteil erzieht das Kind alleine.
  - Das Sorgerecht wird nur von einem Elternteil ausgeübt.
  - Der/die Sorgeberechtigte(n) ist bzw. sind arbeitslos.
  - Die Familie hat kein eigenes Einkommen.
  - Altlasten sind vorhanden.
  - Die Eltern haben selbst eine schwierige Kindheit erlebt.

Risiken Grundversorgung (Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen)

- Es sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Hilfen festzustellen. Der Gesamtanteil an Nennungen beträgt über alle Hilfen hinweg 11%.

Risiken Erziehung (Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen)

- Der Gesamtanteil der Nennungen über alle Hilfen hinweg beträgt 29%.
- Bei § 34 liegen höhere Ausprägungen vor als bei den §§ 30 und 32 sowie tendenziell auch gegenüber § 31. Kein Unterschied besteht im Vergleich zu § 33. Die häufigsten Kriterien:
  - Vereinbarungen zur Konfliktlösung werden nicht konsequent eingehalten.
  - Den Eltern gelingt es nicht, sich bei dem jungen Menschen Respekt zu verschaffen.
  - Regeln und Grenzen werden überhaupt nicht, willkürlich oder nur unzureichend gesetzt.
  - Aufgrund inkonsequenter Erziehungshaltung kann sich das Kind kaum orientieren.
  - Die Erziehungsberechtigten haben zu wenig Zeit und Interesse für das Kind.
  - Die Erziehungsberechtigten haben stark voneinander abweichende Erziehungsvorstellungen.
  - Das Kind/der Jugendliche wird abgelehnt oder zum „Sündenbock“ gestempelt.
  - Auf Konflikte wird mit seelischer oder körperlicher Gewaltanwendung reagiert.
  - Fähigkeiten und Leistungen des Kindes/Jugendlichen werden nicht wahrgenommen oder abgewertet.
- § 31 ist tendenziell höher ausgeprägt als § 30.
  - Aufgrund inkonsequenter Erziehungshaltung kann sich das Kind kaum orientieren.
  - Vereinbarungen zur Konfliktlösung werden nicht konsequent eingehalten.
  - Regelverstöße werden unangemessen/zu hart bestraft oder sie bleiben folgenlos.
  - Das Kind/der Jugendliche muss mit dem Verlust seiner Hauptbezugsperson oder einem anderweitigen massiven Beziehungsabbruch fertig werden.

Risiken Entwicklungsförderung (Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen)

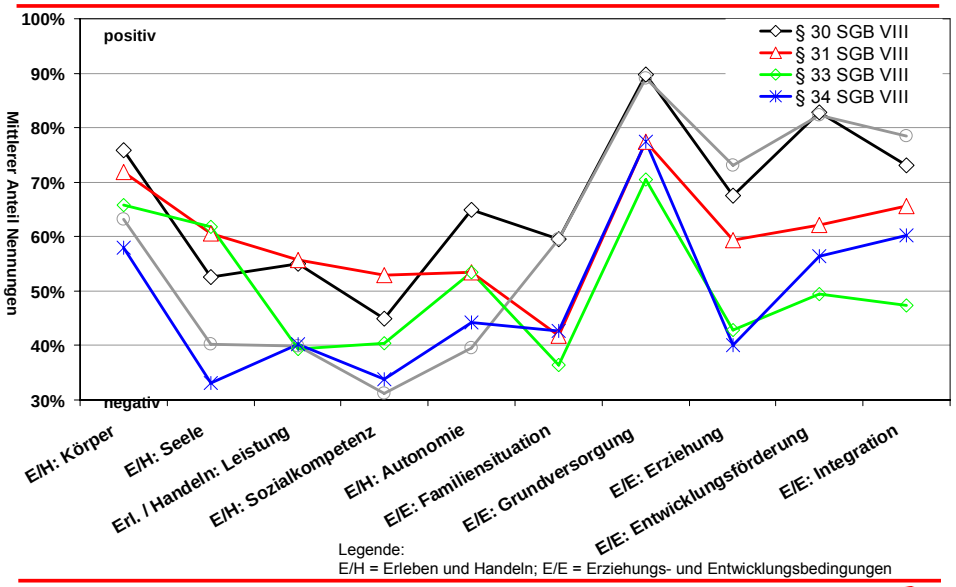
- Der Gesamtanteil der Nennungen über alle Hilfen hinweg beträgt 24%.
- Höhere Risikoausprägungen liegen lediglich bei § 34 im Vergleich zu § 30 vor bzw. tendenziell auch im Vergleich zu § 32, nicht aber im Vergleich zu § 33 oder § 31 und auch nicht bei allen übrigen Paarvergleichen. Häufigste Nennungen im Kontext von § 34:
  - Mit der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes/Jugendlichen sind die Erziehungsberechtigten überfordert.
  - Das Kind erfährt kaum Hilfestellung bei der Bewältigung von enttäuschenden Erfahrungen.
  - Auf die Gefühle des Kindes wird widersprüchlich reagiert.
  - Persönlichkeitseigenschaften des Kindes werden abgelehnt.
  - Kommunikation und Kooperation sind widersprüchlich oder abwertend.
  - In der Familie beschränken sich Kommunikation und Kooperation auf ein Mindestmaß.
  - Der Situation unangemessene Emotionen werden aufgebaut, negative Gefühle verstärkt.

Risiken Integration (Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen)

- Der Gesamtanteil der Nennungen über alle Hilfen hinweg beträgt 24%.
- Höhere Ausprägungen sind lediglich bei § 34 im Vergleich zu den §§ 30, 31 und 32 festzustellen, nicht aber im Vergleich zu § 33 sowie bei keinem der übrigen Paarvergleiche. Die häufigsten Nennungen:
  - Es herrscht ein ständiger Streit um und über das Kind.
  - Die Erziehungsberechtigten haben keinen Einfluss auf eine negative Auswahl der Freunde.

Neben den Risiken lassen sich auch bei den Ressourcenbereichen wissenswerte Unterschiede in den Hilfeentscheidungsprofilen ermitteln (vgl. Abbildung 23).

Abb. 23: Hilfeartprofile der Diagnose-Tabellen im Bereich Ressourcen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Im Einzelnen liefern die statistischen Analysen folgende Befunde:

Körperliche Gesundheit (Erleben und Handeln des jungen Menschen)

- Es sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Hilfen festzustellen. Der Gesamtanteil an Nennungen beträgt über alle Hilfen hinweg 68%.

Seelisches Wohlbefinden (Erleben und Handeln des jungen Menschen)

- Der Gesamtanteil der Nennungen über alle Hilfen hinweg beträgt 49%.
- § 33 weist einen signifikant höheren Anteil an Ressourcennennungen auf als § 34 und tendenziell auch als § 32, nicht aber im Vergleich zu § 30 oder § 31. Häufigste Nennungen:
  - kann sich entspannen, loslassen, genießen
  - lacht gerne, ist witzig, hat Humor
  - kann sich auf neue Situationen einstellen
  - fühlt sich wohl in der Schule oder an der Ausbildungsstelle
  - fühlt sich wohl in seiner Haut
  - identifiziert sich mit seiner Geschlechtsrolle
  - kann schwierige Situationen bewältigen, ist belastbar
  - strahlt Vertrauen aus, ist zuversichtlich
  - schafft es, Trennungen zu verkraften, leistet notwendige Trauerarbeit
- § 31 hat höhere Ausprägungen als die §§ 34 und 32, aber nicht als § 30. Die am häufigsten genannten Kriterien bzw. Items sind:
  - lacht gerne, ist witzig, hat Humor

  - identifiziert sich mit seiner Geschlechtsrolle
  - fühlt sich geborgen im Kreis der Familie
  - kann seine Gefühle wahrnehmen und angemessen zum Ausdruck bringen
  - kann sich auf neue Situationen einstellen
  - strahlt Vertrauen aus, ist zuversichtlich
  - fühlt sich wohl in seiner Haut
- § 30 hat höhere Ausprägungen als § 34 und tendenziell auch als § 32. Die häufigsten Nennungen sind:
  - identifiziert sich mit seiner Geschlechtsrolle
  - lacht gerne, ist witzig, hat Humor
  - kann sich auf neue Situationen einstellen
  - beeindruckt andere durch sein charmantes Wesen
  - kann sich entspannen, loslassen, genießen
  - fühlt sich geborgen im Kreis der Familie
- Insgesamt sind die §§ 34 und 32 am vergleichsweise niedrigsten ausgeprägt.

Leistungsvermögen (Erleben und Handeln des jungen Menschen)

- Es sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Hilfen festzustellen. Der Gesamtanteil an Nennungen beträgt über alle Hilfen hinweg 48%.

Sozialkompetenz (Erleben und Handeln des jungen Menschen)

- Der Gesamtanteil der Nennungen über alle Hilfen hinweg beträgt 42%.
- Lediglich § 31 zeigt höhere Ausprägungen als die §§ 32 und 34, nicht aber im Vergleich zu den §§ 30 oder 33. Die häufigsten diagnostischen Kriterien bzw. Items sind:
  - versteht sich gut mit seinen Eltern
  - ist kontaktfreudig, geht auf andere zu
  - hat guten Kontakt zu seinen Geschwistern
  - ist beliebt im Freundeskreis
- Alle übrigen Paarvergleiche können keine weiteren signifikanten Unterschiede zwischen den Hilfen nachweisen.

Autonomie (Erleben und Handeln des jungen Menschen)

- Der Gesamtanteil der Nennungen über alle Hilfen hinweg beträgt 51%.
- § 30 zeigt signifikant höhere Ausprägungen als die §§ 32 und 34, aber nicht als § 33 oder § 31. Die häufigsten Nennungen sind:
  - bewältigt altersgemäß alltagspraktische Dinge
  - verhält sich altersgemäß sicher im Straßenverkehr
  - denkt mit, vertritt eigene Standpunkte
  - kennt und vertritt seine Rechte
  - kommt in fremder Umgebung zurecht
  - lässt sich nicht unterkriegen, kann selbstständig Hilfe organisieren
  - steckt sich selbst Ziele
  - kann stolz auf sich sein
  - hat vielseitige Interessen

- § 31 ist tendenziell höher ausgeprägt als § 32. Häufigste Nennungen:
  - bewältigt altersgemäß alltagspraktische Dinge
  - verhält sich altersgemäß sicher im Straßenverkehr
  - lässt sich nicht unterkriegen, kann selbstständig Hilfe organisieren
  - kommt altersgemäß seinen Pflichten nach

Ressourcen Familiensituation (Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen)

- Der Gesamtanteil der Nennungen über alle Hilfen hinweg beträgt 48%.
- § 32 weist höhere Ausprägungen auf als die §§ 31, 33 und 34, aber nicht als § 30. Die häufigsten Nennungen sind:
  - Der junge Mensch verfügt über verlässliche Bezugspersonen.
  - Die Arbeitszeiten der Eltern sind mit der Kinderbetreuung vereinbar.
  - Es bestehen Kontakte zu einer Person seines Vertrauens.
  - Der Aufenthalt des Kindes/Jugendlichen wird akzeptiert.
  - Das soziale Umfeld ist hinlänglich bekannt und von der Familie nachvollziehbar.
  - Die Zusammenarbeit im Helfersystem funktioniert.
  - Die vorhandenen Räumlichkeiten werden geschickt genutzt.
  - Die Wohnung liegt in einem gewachsenen Wohngebiet.
  - Die Familie kann auf die Unterstützung der Herkunftsfamilie, der Nachbarschaft, im Freundeskreis zurückgreifen.
  - Die Familienmitglieder akzeptieren sich gegenseitig.
- Bei § 30 zeigen sich ebenfalls höhere Nennungsanteile als bei den §§ 33 und 34. Häufigste diagnostische Kriterien bzw. Items:
  - Der junge Mensch verfügt über verlässliche Bezugspersonen.
  - Der Aufenthalt des Kindes/Jugendlichen wird akzeptiert.
  - Die Familie versucht, eine Haushaltsplanung einzuhalten.
  - Es bestehen Kontakte zu einer Person seines Vertrauens.
  - Die vorhandenen Räumlichkeiten werden geschickt genutzt.
  - Einkommen und Ausgaben stehen in einem vertretbaren Verhältnis zueinander.
  - Ein Schulabschluss wurde erreicht bzw. wird realistisch angestrebt.
  - Die Wohnung liegt in einem gewachsenen Wohngebiet.
  - Das soziale Umfeld ist hinlänglich bekannt und von der Familie nachvollziehbar.
  - Ein geregeltes Einkommen ist durch Erwerbstätigkeit gesichert.

Ressourcen Grundversorgung (Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen)

- Der Gesamtanteil der Nennungen über alle Hilfen hinweg beträgt 82%.
- Lediglich bei § 30 lassen sich im Vergleich zu § 33 signifikant höhere Ressourcenausprägungen feststellen. Die in diesem Kontext am häufigsten genannten Merkmale sind:
  - Die Kleidung ist den Bedürfnissen des Kindes/Jugendlichen angepasst.
  - Der Schutz des jungen Menschen wird durch die Eltern oder eine dritte Person gewährleistet.
  - Das Kind hat eine eigene Schlafstelle mit günstigen Schlafbedingungen.
  - Eine Grundausstattung mit notwendiger, witterungsentsprechender Kleidung ist sichergestellt.
  - Die hygienische Grundversorgung ist gewährleistet.

  - Die Durst- und Hungersignale des Kindes werden erkannt und berücksichtigt.
  - Grundnahrungsmittel sind ausreichend vorhanden.
  - Eine regelmäßige Ernährung ist gewährleistet.
  - Die Erziehungsberechtigten nehmen Rücksicht auf die altersentsprechenden Hygienebedürfnisse des Kindes.
  - Das Kind hat ausreichend saubere Wäsche zum Wechseln.
- Alle übrigen Paarvergleiche können keine weiteren signifikanten Unterschiede zwischen den Hilfen nachweisen.

Ressourcen Erziehung (Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen)

- Der Gesamtanteil der Nennungen über alle Hilfen hinweg beträgt 58%.
- § 32 weist höhere Ausprägungen auf als § 34. Die häufigsten Nennungen sind:
  - Das Kind/der Jugendliche hat mindestens eine verlässliche Bezugsperson.
  - Das Kind kann sich auf seine Erziehungsberechtigten verlassen.
  - Das Kind/der Jugendliche kann auf Unterstützung und Hilfe zurückgreifen, wenn etwas nicht gelingt.
  - Das Kind/der Jugendliche kann sich auf einen Rhythmus im Tagesablauf verlassen.
  - Das Kind erhält durch eine Person, die mit im Haushalt lebt, eine positive Zuwendung.
  - Die Erziehungsberechtigten gehen auf das Bedürfnis des Kindes nach Zuwendung ein.
  - Die Tagesstruktur lässt die Berücksichtigung situativer Erfordernisse zu.
  - Das Zeitbudget lässt genügend Raum für Erholung und Entspannung.
  - Dem Kind oder Jugendlichen werden entsprechend dem Entwicklungsstand eigene Erfahrungsräume zugestanden.
  - Die Erziehungsberechtigten nehmen eine realistische Haltung gegenüber den altersgemäßen Lebensbewältigungsversuchen des Kindes/Jugendlichen ein und geben ihm ausreichend Freiraum für eigene Lebenserfahrungen.
- § 30 weist ebenfalls höhere Ausprägungen als § 34 auf. In diesem Kontext am häufigsten genannte Kriterien:
  - Das Kind/der Jugendliche hat mindestens eine verlässliche Bezugsperson.
  - Die Tagesstruktur lässt die Berücksichtigung situativer Erfordernisse zu.
  - Die Erziehungsberechtigten gehen auf das Bedürfnis des Kindes nach Zuwendung ein.
  - Das Zeitbudget lässt genügend Raum für Erholung und Entspannung.
  - Trotz gesetzter Regeln und Grenzen hat das Kind/der Jugendliche einen ausreichenden Spielraum für seine individuelle Entfaltung.
  - Die Übernahme alltagsbezogener Aufgaben entspricht dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes.
  - Dem Kind oder Jugendlichen werden entsprechend dem Entwicklungsstand eigene Erfahrungsräume zugestanden.
  - Die Erziehungsberechtigten nehmen eine realistische Haltung gegenüber den altersgemäßen Lebensbewältigungsversuchen des Kindes/Jugendlichen ein und geben ihm ausreichend Freiraum für eigene Lebenserfahrungen.

  - Das Kind wird mit seinen Rechten und Bedürfnissen wahrgenommen.
  - Das Kind/der Jugendliche erhält ausreichenden Freiraum zur Entwicklung seiner Individualität.
- Die restlichen Paarvergleiche zwischen den Hilfen sind nicht signifikant.

Ressourcen Entwicklungsförderung (Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen)

- Der Gesamtanteil der Nennungen über alle Hilfen hinweg beträgt 68%.
- Die Ressourcenausprägungen bei § 30 sind signifikant höher als bei den §§ 31 und 34, aber nicht im Vergleich zu § 32 oder § 33. Häufigste Nennungen:
  - Grundlegende Kulturtechniken werden vorgelebt und dem Kind schrittweise näher gebracht.
  - Die Größe des Kindes liegt im Normalbereich (s. Skala S. 74f. in der Publikation „Sozialpädagogische Diagnose“).
  - Das Kind/der Jugendliche hat die Gelegenheit, gewaltfreies Miteinander zu erlernen.
  - Die Sinnesorgane werden durch eine angemessene Reizvermittlung gefördert.
  - Die Sprachentwicklung des Kindes wird ausreichend gefördert.
  - Kulturtechniken werden dem Kind altersentsprechend vermittelt.
  - Die Erziehungsberechtigten nehmen entsprechende Hilfsangebote an.
  - Ärztliche Behandlung und spezielle Förderung sind gewährleistet.
  - Das Kind wird in seiner individuellen Eigenart wahrgenommen und anerkannt.
  - Das Kind/der Jugendliche wird vor sexuellem Missbrauch geschützt.
- Des Weiteren weist § 32 höhere Ausprägungen als § 34 auf, mit folgenden am häufigsten genannten Merkmalen:
  - Das Kind/der Jugendliche hat die Gelegenheit, gewaltfreies Miteinander zu erlernen.
  - Dem Kind wird ein eigener Erfahrungsspielraum zugestanden.
  - Ärztliche, therapeutische Behandlung oder heilpädagogische Förderung sind gewährleistet.
  - Die Erziehungsberechtigten nehmen entsprechende Hilfsangebote an.
  - Ärztliche Behandlung und spezielle Förderung sind gewährleistet.
  - Der natürliche Bewegungsdrang des Kindes/Jugendlichen erhält ausreichend Spielraum.
  - Die Erziehungsberechtigten entwickeln bezüglich der intellektuellen Leistungen ein realistisches Anspruchsniveau.
  - Dem Kind wird die Entwicklung einer eigenen Gefühlswelt zugestanden.
  - Notwendige Behandlungen und spezielle Förderangebote sind gewährleistet.
  - Notwendige Behandlungen oder Förderangebote werden wahrgenommen.
- Die restlichen Paarvergleiche zwischen den Hilfen sind nicht signifikant.

Ressourcen Integration (Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen)

- Es sind keine relevanten Unterschiede zwischen den Hilfen festzustellen. Der Gesamtanteil an Nennungen beträgt über alle Hilfen hinweg 67%.

4.3.2 Zuweisungsqualität im Vergleich der Untersuchungsgruppen

Die im vorangehenden Abschnitt beschriebene Rekonstruktion der mit den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen zustande gekommenen Hilfeempfehlungen unterliegt im Hinblick auf fundierte Aussagen zur Indikation einigen wesentlichen Einschränkungen: Einerseits können keine unmittelbaren Bezüge zum Hilfeerfolg hergestellt werden. Es muss also praktisch gesehen erst noch nachgewiesen werden, dass die mit den dargestellten Kriterien ausgewählten Hilfen tatsächlich auch erfolgreich sind. Streng genommen müsste dies sogar für jede einzelne Hilfeart geschehen. Dass dies durchaus nicht so trivial und pauschalisiert möglich ist, wie es auf den ersten Blick scheinen mag, beweist Abschnitt 4.5. Andererseits kann kein direkter Vergleich zur Kontrollgruppe gezogen werden, da die hier verwendeten Entscheidungskriterien nicht in analoger Weise abgebildet werden können, also weiterhin implizit bleiben. Ferner ist es auf diese Weise auch nicht gangbar, die Indikation oder, anders formuliert, die „Zuweisungsqualität" zu den Hilfen plastisch zu quantifizieren.

Aus diesen Gründen erschien es sinnvoll und fruchtbar über den Tellerrand der Evaluation der Diagnose-Tabellen hinauszublicken und auf Ansätze aus anderen Studien bzw. Verfahren zurückzugreifen. Bereits in der Jugendhilfe-Effekte-Studie (JES) wurde eine aussichtsreiche Methode beschrieben, wie diejenigen Merkmale der Ausgangslagen bestimmt werden können, die zu Erfolg versprechenden Hilfeentscheidungen führen (vgl. Pickartz & Schneider, 2002). Auf diese Weise kann anhand von Informationen, die den Fachkräften in den Jugendämtern in der Regel bereits im Vorfeld der Hilfen vorliegen bzw. von diesen leicht ermittelt werden können, eine brauchbare prognostische Einschätzung zum Hilfeerfolg abgegeben werden. Die ermittelten Prädiktoren dienen dann als potenzielle Leitlinien für die Hilfewahl. Diese Idee wurde ebenfalls im Rahmen des eingangs bereits erwähnten EVAS-Verfahrens aufgegriffen. Neben einigen Detailverbesserungen in der methodischen Vorgehensweise bei der Bestimmung der Prognosemodelle ist wohl der größte Vorteil darin zu verorten, dass die hier verwendbare einzelfallbezogene Datenbasis wesentlich umfangreicher ist als die der JES-Studie, in der aufgrund des überaus breiten und tiefgehenden Erhebungsinstrumentariums und des deutlich kürzeren Untersuchungszeitraums naturgemäß nur eine beschränkte Zahl von Hilfeprozessen einbezogen werden konnte. Demzufolge ist davon auszugehen, dass die Prognosegüte der zudem neueren Modellbildungen in EVAS insgesamt höher ausfällt. Außerdem wurden diese Modelle so konzipiert, dass sie ohne Informations- oder Transformationsverluste auf den EST!-Datensatz angewandt werden konnten. Als Vergleichsgrundlage diente hierzu die Ausgangserhebung zum Zeitpunkt t1.2, die analogerweise sowohl in Experimental- als auch Kontrollgruppe eingesetzt wurde (s. auch Abschnitt 3.4.2). In diesem Zusammenhang ebenfalls vorteilhaft war, dass jeweils ein gleichartiges Grundkonzept der Wirkungsermittlung zugrunde gelegt war.

Bevor die so ermittelten Befunde zur Indikation dargestellt werden, erscheint es zum besseren Verständnis dieser Befunde angebracht, noch etwas genauer darauf einzugehen, wie die Prognosemodelle entwickelt wurden, wie ihre Güte überprüft wurde und wie auf dieser Grundlage dann Aussagen zur Indikation abgeleitet wurden:

Entwicklung der Prognosemodelle

Zur Prophylaxe etwaig aufkommender Missverständnisse sei nochmals klargestellt, dass es sich bei den hier beschriebenen Prognose- bzw. Vorhersagemodellen um probabilistische Modelle handelt und nicht um deterministische. Das bedeutet, dass kein Anspruch besteht,

ein exaktes Abbild der Wirklichkeit herzustellen und wird prinzipiell schon durch den Terminus „Modell“ nahegelegt. Es können lediglich, limitiert durch die hier einbezogenen Variablen und deren Messgenauigkeit, Aussagen darüber getroffen werden, dass unter bestimmten Bedingungen mit einer im Idealfall hohen Wahrscheinlichkeit und Güte, Erfolge bei gewissen Hilfen zu erwarten sind.

Die auf den Punkt gebrachte Leitidee dieser Vorgehensweise ist, dass aus den guten Erfahrungen mit bereits beendeten Hilfen in Hinblick auf zukünftige Hilfeentscheidungen gelernt werden kann. In diesem Sinne wurden ca. 10.000 in EVAS bereits beendete Maßnahmen unterschiedlicher Hilfearten hinsichtlich ihres Hilfeerfolgs untersucht (die Fallzahl in EVAS ist insgesamt weitaus höher, da die noch andauernden Hilfen hinzukommen und für die Modellbildung noch weitergehende Ausschlusskriterien formuliert wurden).

Aus diesem Datenpool konnten Partialmodelle für sechs Hilfeformen bestimmt werden. Als minimal notwendige Voraussetzung für die Bildung eines Partialmodells wurde für notwendig befunden, dass in der jeweiligen Hilfe mindestens 200 Fallabschlüsse mit vollständigen Effektivitätsdaten vorlagen. Übertragen auf die Hilfen, die auch Gegenstand der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen sind, waren letztendlich noch fünf Partialmodelle für die Hilfearten §§ 30, 31, 32, 34 und 35 SGB VIII anwendbar (eine der sechs in EVAS untersuchten Hilfearten war außerhalb des Spektrums der erzieherischen Hilfen angesiedelt). Bezogen auf die im Rahmen von EST! auch tatsächlich empfohlenen Hilfen (vgl. Tabelle 26) sind daher abgesehen von den nur in einem Einzelfall beobachteten Flexiblen Hilfen nach § 27 SGB VIII im Rahmen der Prognosemodelle leider keine Aussagen zur Vollzeitpflege (§ 33 SGB VIII) möglich. Dieser Umstand muss natürlich bei der Interpretation der Ergebnisse einschränkend berücksichtigt werden.

Zur Bestimmung der Vorhersagemodelle werden für jede der genannten Hilfearten multiple Regressionsanalysen durchgeführt. Diese schätzen die anhand eines Effektindex beschriebene Effektivität als abhängige Variable mithilfe von Regressionsgleichungen ein. Als unabhängige Variablen bzw. Einflussgrößen werden jeweils Merkmale aus drei Inhaltsbereichen berücksichtigt, die zum Zeitpunkt der Hilfeentscheidung tatsächlich zur Verfügung stehen bzw. ermittelt werden können. Im Einzelnen handelt es sich dabei um:

1. Soziografische Merkmale von Kind und Familie
    - Geschlecht
    - Alter
    - Staatsangehörigkeit
    - (häufigste) Sorgerechtsdimensionen (beide leiblichen Elternteile, leibliche Mutter allein, Vormund, sonstige)
    - Anzahl der Wohnungswechsel
    - Art des Familieneinkommens (Arbeitseinkommen, Transferleistungen etc.)
2. Hilfevorgeschichte
    - Anzahl und „Intensität“ der bisherigen Jugendhilfemaßnahmen (die sogenannte „Jugendhilfekarriere“)
    - zuletzt besuchte Schulform / Ausbildung (Vorschule, Grundschule, Hauptschule, Realschule, Gymnasium, Förderschule, Berufliche Bildung)
    - Anzahl der Klassenwiederholungen
    - Drogenkonsum
    - Straffälligkeit

3. Anamnestische Ausgangslage hinsichtlich Problemlagen und Ressourcen
    - Anlässe für den Hilfebedarf (eltern-/umfeldbezogen vs. kindbezogen)
    - Ausmaß interventionsbedürftiger Symptomatiken in drei Äußerungsbereichen (externalisierend, internalisierend, gemischt/andere)
    - Ressourcenausprägungen in zehn Skalenbereichen (soziale Integration, soziale Attraktivität, sozial-kommunikative Kompetenzen, besondere Fähigkeiten und Leistungen, Interessen und Aktivitäten, Überzeugungen und Bewältigungsstrategien, Selbstkonzept und Selbstsicherheit, Autonomie, Funktion in der Familie, körperliche Gesundheit)
    - chronische Krankheiten

Im Rahmen der Regressionsanalysen wird eine schrittweise Rückwärtsselektion vorgenommen. Dabei werden zunächst alle Einflussgrößen in die Gleichung aufgenommen und anschließend, entsprechend den Variablen mit dem geringsten Erklärungswert, sequenziell ausgeschlossen, bis nur noch diejenigen Prädiktoren im Modell verbleiben, die mindestens marginal signifikant sind ($p < 0.10$). Damit wird die Zielsetzung verfolgt, die Varianzaufklärung der Modelle so weit wie möglich zu maximieren.

Überprüfung der Modellgüte bzw. -passung

Im Prinzip handelt es sich bei der Modellentwicklung um eine spezielle Form der Wirkfaktorenanalyse. Speziell deshalb, weil aufgrund der hier bestehenden Anforderungen potenzielle Wirkungsbereiche, wie bspw. die komplette Prozessebene, nicht berücksichtigt werden können. Man mag an dieser Stelle berechtigterweise einwenden, dass ohne diese zweifellos wichtigen Bereiche doch kaum eine vernünftige Prognose zum späteren Verlauf oder zum Erfolg einer Hilfe möglich ist. Es kann allerdings in mehrerer Hinsicht belegt werden, dass dies nicht unbedingt der Fall ist und die hier dargestellten Modelle durchaus mehr hergeben als bloße „Kaffeesatzleserei“.

Zum einen sollte in diesem Kontext die Korrelation, also die Stärke des Zusammenhangs zwischen den mit den probabilistischen Modellen vorhergesagten und den tatsächlich gemessenen Effekten betrachtet werden. Tabelle 28 zeigt, dass sich diese Korrelationen größtenteils in einem zufriedenstellenden mittleren Bereich bewegen (vgl. hierzu auch Sedlmeier, 1996).

Tabelle 28: Korrelation vorhergesagter und tatsächlicher Effekte

Hilfeart	*Korrelation (r)*	*Bewertung **
§ 30 SGB VIII	.31	++
§ 31 SGB VIII	.39	++
§ 32 SGB VIII	.33	++
§ 34 SGB VIII	.29	++
§ 35 SGB VIII	.50	+++

*(+ = klein, ++ = mittel, +++= hoch)

Analogerweise können prinzipiell auch die Determinationskoeffizienten der einzelnen Modelle bewertet werden (s. Tabelle 29; vgl. Cohen, 1988), die ein Maß für den Anteil der erklärten Varianz einer Modellbildung darstellen. Die Modelle für Hilfen nach den §§ 31 und 35 SGB VIII erreichen sogar hohe Werte.

Tabelle 29: Determinationskoeffizienten der Partialmodelle

Hilfeart	*Korrelation (r)*	*Bewertung **
§ 30 SGB VIII	.09	++
§ 31 SGB VIII	.17	+++
§ 32 SGB VIII	.11	++
§ 34 SGB VIII	.09	++
§ 35 SGB VIII	.24	+++

*(+ = klein, ++ = mittel, +++= hoch)

Bilanzierend betrachtet ist also die Vorhersagegüte der generierten Modelle überaus akzeptabel. Wenngleich sich diese Einschätzung an den gültigen Interpretationsmaximen für die betreffenden Kennwerte orientiert, sollte man sich aus praktischer Sicht darüber im Klaren sein, dass absolut betrachtet nur ein kleiner Anteil der Varianz in den Effektivitätswerten aufgeklärt werden kann. Dieser erlaubt es zwar grundsätzlich, bereits zu frühen Zeitpunkten begründete Prognosen für den weiteren Verlauf abzugeben, im Hilfeprozess bestehen allerdings naturgemäß noch erhebliche „Steuerungs- und Optimierungsreserven“. So verringert sich der Anteil unaufgeklärter Varianz erheblich, wenn etwa die Kooperationsbereitschaft der Hilfeadressaten oder andere Prozessmerkmale miteinbezogen werden. Dies wird auch an späteren Stellen dieses Berichts noch sehr deutlich (s. Abschnitte 4.9 und 4.10).

Modellanwendung

Wie werden nun aber, sobald die Prognosemodelle auf die im EST!-Datensatz vorliegenden Ausgangslagen angewandt werden, Aussagen zu besser geeigneten oder weniger geeigneten Hilfen getroffen? Hierzu bedarf es der Definition eines Tauglichkeitskriteriums, anhand dessen abzuschätzen ist, ob durch die prognostischen Einschätzungen eine andere Hilfe nahegelegt wird als die im betreffenden Fall tatsächlich ausgewählte. Im Einzelfall wird hierzu exemplarisch folgendermaßen vorgegangen: Für eine Ausgangslage im Fall eines 14-jährigen männlichen Jugendlichen, dessen Eltern sich wegen aggressiven Verhaltens und Delinquenz an das Jugendamt gewendet haben, werden zunächst alle vorliegenden Prognosemodelle angewandt. Für jede mögliche Hilfe liegt dann im Idealfall ein vorhergesagter Effektivitätskennwert vor. Theoretisch gesehen könnte man sich nun damit begnügen, zu prüfen, ob in der tatsächlich gewählten Hilfe (bspw. Heimerziehung nach § 34 SGB VIII) ein positiver Effekt vorhergesagt wird und dieser Effekt im Vergleich zu den Prognosewerten anderer Hilfen am höchsten ausfällt. Bei näherer Betrachtung wäre dies allerdings etwas zu kurz gegriffen, zumal sowohl der elementaren statistischen Unsicherheit der Prognosestellung als auch der Frage nach der tatsächlichen praktischen Bedeutsamkeit in den Differenzen von absoluten Zahlenwerte bei den vorhergesagten Effekten Rechnung getragen werden muss. Daher wurde die Tauglichkeit der Hilfen anhand der Effektstärken der Prognosewerte operationalisiert und nicht anhand ihrer absoluten Höhe (s. Tabelle 30).

Durch die Effektstärkeberechnung kann auf ein international übliches und standardisiertes Maß zur Abschätzung der praktischen Bedeutsamkeit von Effekten zurückgegriffen werden. Sofern zumindest kleine positive Effekte zu erwarten sind, wird die Hilfe als bedingt tauglich, bei mittleren positiven Effekten als tauglich und bei starken positiven Effekten als sehr tauglich charakterisiert. Ist von keiner Änderung oder sogar von einem kontraproduktiven Effekt auszugehen, wird die entsprechende Hilfe als nicht tauglich klassifiziert. Für die Entscheidungsfindung in einem Einzelfall hat dies mehrere Implikationen: Einerseits können durchaus mehrere Hilfen gleichermaßen tauglich sein, andererseits ist es aber auch denkbar, dass bei sehr speziellen Konstellationen gar keine Hilfe dem Tauglichkeitskriterium genügt. Beide Fälle verdeutlichen die Grenzen der statistischen Indikationsbestimmung. Im letzteren Fall bietet sie für eine konkrete Entscheidung sogar gar keine Hilfestellung. In diesen Grenzbereichen wird deutlich, dass die hier beschriebene Methode zwar bei einzelnen Hilfewahlentscheidungen als Hilfestellung herangezogen werden kann, niemals aber ohne die Hinzuziehung weiterer fachlicher Einschätzungen und Entscheidungskriterien auskommt.

Tabelle 30: Operationalisierung der Tauglichkeit

Effektstärke	***Bedeutung***	***Tauglichkeit***
kleiner 0.05	keine Änderung oder Verschlechterung	nicht tauglich
0.05 – 0.35	kleiner positiver Effekt	bedingt tauglich
0.35 – 0.65	mittlerer positiver Effekt	tauglich
größer 0.65	starker positiver Effekt	sehr tauglich

Im Rahmen der Anwendung der Prognosemodelle auf den EST!-Datensatz wurden dementsprechend konkret ausgewählte Hilfen als indiziert bewertet, wenn sie im Vergleich der Prognosen, die eine höhere oder zumindest gleich hohe Tauglichkeit aufweisen, mindestens bedingt tauglich sind. Dies soll an zwei Fallbeispielen verdeutlicht werden. Das erste Beispiel (s. Tabelle 31) ist ein klassischer und eindeutiger Fall für eine Kontraindikation. Die tatsächliche Hilfe (§ 34 SGB VIII) wird als „nicht tauglich“ eingestuft. Die beste Vorhersage liegt für § 35 SGB VIII mit „sehr tauglich“ vor. Folglich wäre die Durchführung dieser Hilfe zu empfehlen gewesen.

Tabelle 31: Fallbeispiel einer kontraindizierten Hilfe

Männlich, 17. J., § 34 SGB VIII	***§ 30***	***§ 31***	***§ 32***	***§ 34***	***§ 35***
Effektindexprognose	-6,4	-12,7	-10,8	-6,8	+13,8
Effektstärke	-1,15	-1,87	-1,90	-1,43	+1,94
Tauglichkeit	nicht tauglich	nicht tauglich	nicht tauglich	nicht tauglich	sehr tauglich

Im zweiten Beispiel (s. Tabelle 32) erreicht die tatsächlich durchgeführte Hilfe nach § 30 SGB VIII die Bewertung „sehr tauglich“. Obwohl noch andere Hilfen als „sehr tauglich“ eingestuft werden (§ 34 SGB VIII und § 35 SGB VIII), besteht statistisch gesehen keine Veranlassung davon auszugehen, dass eine andere Hilfe besser geeignet gewesen wäre. Die gewählte Hilfe war also indiziert (und dies sogar obwohl die Effektprognose der Alternative (§ 35 SGB VIII) nominell einen höheren Zahlenwert aufweist).

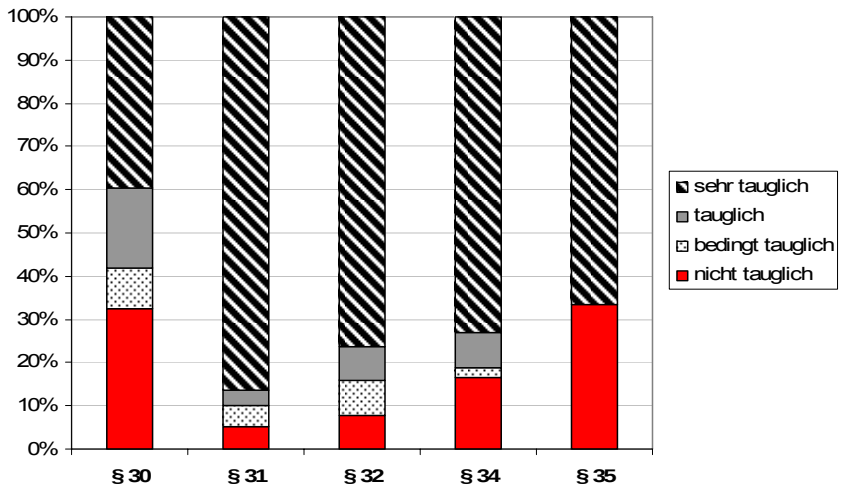
Tabelle 32: Fallbeispiel einer indizierten Hilfe

Männlich, 14. J., § 30 SGB VIII	***§ 30***	***§ 31***	***§ 32***	***§ 34***	***§ 35***
Effektindexprognose	+7,2	+1,8	-1,0	+4,4	+10,8
Effektstärke	1,28	0,27	-0,18	0,92	+1,51
Tauglichkeit	sehr tauglich	bedingt tauglich	nicht tauglich	sehr tauglich	sehr tauglich

Ergebnisse der Modellanwendung

Bezogen auf die Gesamtstichprobe aller im Zuge der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen untersuchten Hilfen liegt die sich im Anteil der indizierten Hilfen manifestierende „Zuweisungsqualität“ auf einem verhältnismäßig hohen Niveau von 71,6%. Dieser Wert wird unter anderem auch dann plausibel, wenn die einzelnen, in die Modellbildungen einbezogenen, tatsächlich durchgeführten Hilfen entsprechend den Tauglichkeitskategorien aus Tabelle 30 aufgeschlüsselt werden. Wie man aus Abbildung 24 ersehen kann, haben sich meist mehr als zwei Drittel der Hilfeentscheidungen im Zuge der Modellanwendung als mindestens „bedingt tauglich“ erwiesen. Am größten ist dieser Anteil bei Hilfen nach § 31 SGB VIII (Sozialpädagogische Familienhilfen), am niedrigsten bei Hilfen nach § 30 SGB VIII (Erziehungsbeistandschaften). Insgesamt sehr erfreulich ist ferner der Befund, dass bei jeder der untersuchten Hilfearten die Kategorie „sehr tauglich“ den im Vergleich zu den drei Alternativkategorien größten Anteil einnimmt. Insgesamt wurden also von den Fachkräften in den Jugendämtern in den allermeisten Fällen die „richtigen“ Hilfen ausgewählt.

Abb. 24: Tauglichkeit der tatsächlichen Hilfen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Dabei darf selbstverständlich auch nicht übersehen werden, dass den 71,6% Erfolg versprechenden Hilfen auch einige Hilfeentscheidungen gegenüberstehen, die als nicht geeignet bzw. kontraindiziert klassifiziert werden müssen. Dies betrifft ca. ein Viertel aller Entscheidungen (28,4%). Allerdings gibt es hier nicht unbeträchtliche Unterschiede zwischen den Hilfearten. Die Spannweite beginnt bei der Sozialpädagogischen Familienhilfe (§ 31 SGB VIII) mit weniger als 12% Kontraindikationen und erstreckt sich über die Hilfeparagraphen 32, 34 und 35 mit einem Kontraindikationsanteil von einem Viertel bis einem Drittel bis hin zur Erziehungsbeistandschaft (§ 30 SGB VIII), die mit 58% Kontraindikationen einen „Ausreißer" nach oben markiert (s. Tabelle 33).[7]

Tabelle 33: Hilfeartspezifischer Anteil kontraindizierter Hilfen

Hilfeart	*Anzahl*	*Prozent*
§ 30 SGB VIII	25	58,1%
§ 31 SGB VIII	7	11,9%
§ 32 SGB VIII	9	23,7%
§ 34 SGB VIII	12	25,0%
§ 35 SGB VIII	2	33,3%

[7] Der hohe Wert von 58% kontraindizierten Erziehungsbeistandschaften spricht möglicherweise dafür, dass Hilfen nach § 30 SGB VIII nicht selten als relativ kostengünstiger „Notnagel" für verschiedenste Problemlagen beim jungen Menschen dienen.

Tabelle 34 zeigt, welche alternativen Hilfen entsprechend der Prognosemodelle bessere Erfolgsaussichten gehabt hätten, wenn hinsichtlich der tatsächlich gewählten Hilfe eine Kontraindikation zu konstatieren war. In diesen Fällen wären am häufigsten Sozialpädagogische Familienhilfen (§ 31 SGB VIII), Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35 SGB VIII) oder Heimerziehung (§ 34 SGB VIII) zu empfehlen gewesen.

Tabelle 34: Empfohlene Hilfen bei Kontraindikation der tatsächlichen Hilfeart

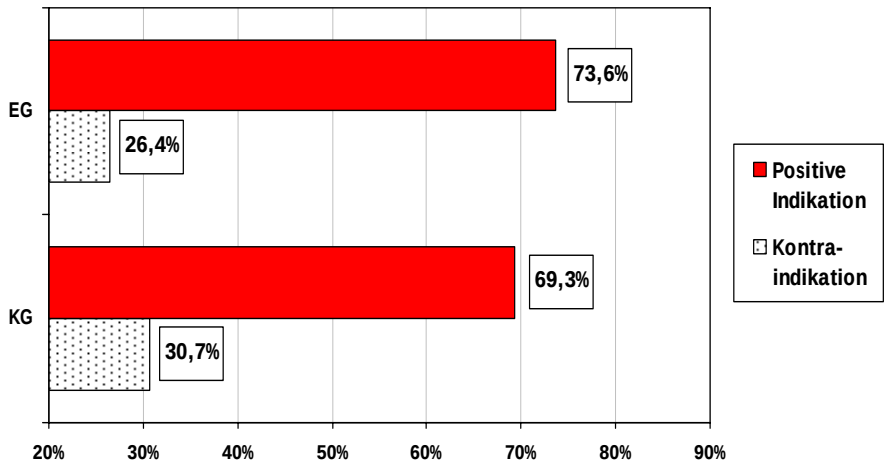
Tatsächliche Hilfeart	*Empfohlene Hilfeart*					
	§ 30 SGB VIII	*§ 31 SGB VIII*	*§32 SGB VIII*	*§ 34 SGB VIII*	*§ 35 SGB VIII*	*Gesamt*
§ 30 SGB VIII	0 (0,0%)	9 (36,0%)	1 (4,0%)	7 (28,0%)	8 (32,0%)	25 (100,0%)
§ 31 SGB VIII	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (71,4%)	2 (28,6%)	7 (100,0%)
§ 32 SGB VIII	2 (22,2%)	3 (33,3%)	0 (0,0%)	4 (44,4%)	0 (0,0%)	9 (100,0%)
§ 34 SGB VIII	0 (0,0%)	4 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (66,7%)	12 (100,0%)
§ 35 SGB VIII	0 (0,0%)	2 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100,0%)
Gesamt	2	18	1	16	18	55

in Klammern: Anteil der empfohlenen Hilfeart, sofern die tatsächliche Hilfe kontraindiziert ist

Im Hinblick auf die bereits im Zuge der Modellbesprechung kurz erwähnten Ausgangslagen, für die keine Hilfeart aus dem Spektrum der untersuchten Hilfearten indiziert bzw. tauglich ist, kann festgestellt werden, dass derartige Konstellationen mit einem 0,5%-Anteil an der Gesamtstichprobe nur äußerst selten zu beobachten sind. Dieser Anteil entspricht einem einzelnen Fall in der EST!-Untersuchungsstichprobe. Generell handelt es sich um Kinder oder Jugendliche mit multikomplexen Problemlagen und entsprechend schlechten Prognosen, bei denen die „klassischen“ Angebote der Jugendhilfe nicht ausreichend sind. In Ermangelung brauchbarer Alternativangebote werden in diesen Fällen daher zumeist stationäre Heimunterbringungen nach § 34 SGB VIII gewählt, da natürlich auch diesen jungen Menschen und ihren Familien eine Hilfe zuteilwerden muss (auch wenn hier keine guten Erfolgsaussichten bestehen). Ob die Thematik in Anbetracht der geringen Prävalenz dieser Fallkonstellationen in Zukunft eine stärkere praktische Bedeutung erlangt und demzufolge Angebote geschaffen werden, die speziellen Bedarfen besser gerecht werden, erscheint sehr fraglich.

Wie wirkt sich nun aber der Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen auf die Wahl der geeigneten Hilfe aus bzw. wird das Spektrum der durch den Leistungskatalog der Hilfen zur Erziehung zur Verfügung gestellten Möglichkeiten infolge der Anwendung der Tabellen bedarfsgerechter ausgeschöpft? Der zur Beantwortung dieser Fragestellung notwendige Vergleich von Experimental- und Kontrollgruppe kann diese Vermutung zumindest tendenziell belegen: Die Untersuchungsgruppe, in der die Diagnose-Tabellen angewandt wurden, weist mit 73,6% vs. 69,3% einen höheren Anteil geeigneter Hilfen auf, bei gleichzeitig niedrigerem Anteil nicht geeigneter bzw. kontraindizierter Hilfen (26,4% vs. 30,7%) (s. Abbildung 25). Diese Unterschiede verfehlen leider knapp das Kriterium der statistischen Signifikanz, sind allerdings durchaus von praktischer Relevanz. Gleiches gilt auch für die auf Hilfeart- und Hilfetypebene (familienunterstützende, -ergänzende und -ersetzende Hilfen) beobachtbaren Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen.

Abb. 25: Indikationen und Kontraindikationen in Experimentalgruppe (EG) und Kontrollgruppe (KG)



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

4.3.3 Eignung der ausgewählten Hilfen: Fazit

Eine zentrale Aufgabe der Fachkräfte im ASD ist es, auf der Basis der vorliegenden Ausgangsinformationen eine geeignete bzw. indizierte Hilfe auszuwählen. Wird diese Aufgabe durch den Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen erleichtert?

Dieser Fragestellung wurde mithilfe zweier unterschiedlicher Ansätze begegnet. Zunächst wurden unter der naheliegenden Prämisse, dass der Einsatz der Tabellen zu effektiveren und damit vergleichsweise besser indizierten Hilfen führt, die Diagnose-Tabellen dahingehend untersucht, ob sich unterschiedliche Antwortmuster in den Beurteilungen der Anwender feststellen und den spezifischen Hilfeempfehlungen zuweisen lassen. Es wurde also gewissermaßen versucht, die einzelnen Hilfeempfehlungen anhand der im Zuge des Verfahrens diagnostisch ermittelten Risiken und Ressourcen zu rekonstruieren. Hierbei hat sich gezeigt, dass höhere Risiken bei gleichsam niedrigeren Ressourcen eher im Erleben und Handeln der jungen Menschen als bei den Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen anzutreffen sind. Als besonders häufig und damit relevant haben sich für die Einschätzung der Risiken die Bereiche „abweichendes Sozialverhalten“, „Leistung“ und „Autonomiedefizite“ herauskristallisiert. Im Gegensatz dazu liegen vor allem in den Bereichen „Grundversorgung“, „körperliches Befinden“, „Entwicklungsförderung“ und „Integration“ die vergleichsweise höchsten Ressourcenausprägungen vor. Hinsichtlich zahlreicher dieser und weiterer Gliederungsbereiche der Diagnose-Tabellen lassen sich deutliche Profilunterschiede zwischen den Hilfeentscheidungen feststellen, die sich bis hin zu einzelnen diagnostischen Merkmalen bzw. Einschätzungen verfolgen lassen. Hierbei muss allerdings immer der Kontext aus einer bestimmten Merkmalskonstellation betrachtet werden, da einzelne Merkmale mitunter bei ganz unterschiedlichen Hilfeempfehlungen eine Rolle spielen können. Keine Unterschiede hinsichtlich der im Rahmen der vorliegenden Analysen einbezogenen Hilfen und damit als für

eine differenzielle Diagnostik mit den Diagnose-Tabellen ungeeignet haben sich im Erleben und Handeln des jungen Menschen die Bereiche „Autonomiedefizite“, „körperliche Beschwerden und körperliches Wohlbefinden“, „Leistungsvermögen“ sowie bei den Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen Risiken in der Grundversorgung sowie Ressourcen hinsichtlich der Integration erwiesen.

Im Rahmen eines davon unabhängigen weiteren Analyseansatzes konnte durch die Anwendung von statistischen Prognosemodellen, die den Erfolg der Hilfe anhand bestimmter Ausgangskonstellationen vorhersagen können, die sogenannte „Zuweisungsqualität“, die sich im Anteil der als indiziert klassifizierbaren Hilfen widerspiegelt, auch quantifiziert werden: Sie erreicht in der EST!-Stichprobe ein insgesamt hohes Niveau: 71,6% der Hilfen sind indiziert. Dem steht allerdings ein gutes Viertel (28,4%) an Entscheidungen gegenüber, die zu nicht geeigneten bzw. kontraindizierten Hilfen geführt haben. Hier besteht noch ein nicht unerhebliches Potenzial zur Qualitätsentwicklung. Die einzelnen Hilfearten unterschieden sich z.T. erheblich hinsichtlich ihrer Indikation: Das Spektrum reicht von der Sozialpädagogischen Familienhilfe (§ 31 SGB VIII) mit weniger als 15% Kontraindikationen bis hin zum Erziehungsbeistand (§ 30 SGB VIII) mit ca. 60% Kontraindikationen. Eine Analyse der Kontraindikationen zeigt, dass in den meisten dieser Fälle Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31 SGB VIII), Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35 SGB VIII) oder Heimerziehung (§ 34 SGB VIII) die geeignetere Alternative gewesen wäre.

Wie hoch ist der Anteil an Ausgangskonstellationen, für die keine Hilfeart aus dem Spektrum der erzieherischen Hilfen indiziert ist? Die Fragestellung ist für die Praxis nahezu irrelevant, da dies für lediglich einen Fall aus der Gesamtstichprobe (0,5%) zutraf. Dieses Ergebnis ist ein Indiz für eine bedarfsgerechte Angebotsstruktur der Hilfen zur Erziehung.

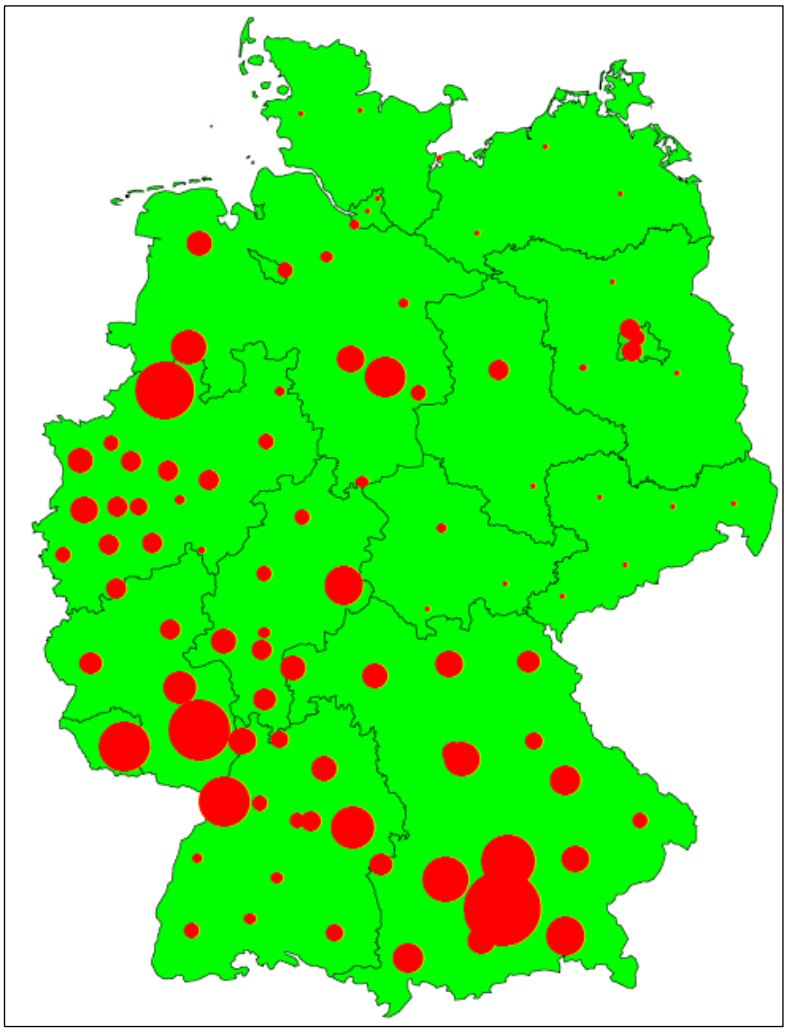
Begünstigt der Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen die Wahl geeigneter Hilfen und die bedarfsgerechte Ausschöpfung des gesamten Leistungskatalogs der Hilfen zur Erziehung? Die vorliegenden Ergebnisse sprechen tendenziell dafür: In der Experimentalgruppe konnte der Anteil geeigneter Hilfen auf 73,6% (vs. 69,3%) erhöht und der Anteil nicht geeigneter Hilfen auf 26,4% (vs. 30,7%) reduziert werden.

4.4 Die untersuchten bayerischen Hilfeverläufe im Vergleich zur gesamten Bundesrepublik

Eine interessante Frage ist, ob sich die Effektivität (s. Abschnitt 4.5.1) der untersuchten bayerischen Hilfeverläufe von den Ergebnissen der „typischen“ bundesweiten Verläufe unterscheidet? Dieser Frage wurde nachgegangen, indem die in der EST!-Stichprobe gemessenen Effekte mit dem umfangreichen Datenpool des EVAS-Verfahrens verglichen wurden.

EVAS ist ein von Vertretern aus Jugendhilfepraxis und Wissenschaft konzipiertes Verfahren zur Qualitätsanalyse und Dokumentation, das die Zielsetzung verfolgt, die in der Regel auf „weichen Daten“ aufbauende Dokumentationspraxis durch eine auf standardisierter Leistungs- und Entwicklungsdiagnostik beruhende Selbst- und Fremdevaluation abzulösen und den teilnehmenden Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe dadurch Qualitätsentwicklung zu ermöglichen (s. Macsenaere & Knab, 2004; Frey, 2008). Nach einer Pilotphase in Bayern im Jahr 1999 ist EVAS mittlerweile das bundesweit größte Evaluationsverfahren in der Kinder- und Jugendhilfe (s. Wiesner, 2003). Die prospektiv und längsschnittlich dokumentierten einzelfallbezogenen Verlaufsdaten von mehr als 25.000 Hilfeprozessen aus 14 unterschiedlichen Hilfeformen, die nicht allein auf Hilfen zur Erziehung nach § 27 SGB VIII beschränkt sind, verteilen sich auf alle 16 Bundesländer, 600 Träger und 250 Einrichtungen und Dienste (s. Abbildung 26). Zudem wird angestrebt, EVAS verstärkt auch auf europäischer Ebene zum Einsatz zu bringen. Aktuell gibt es bereits erfolgreiche Modellversuche in Österreich und Luxemburg. Insgesamt bieten die EVAS-Daten somit eine umfangreiche und in vielfältiger Hinsicht repräsentative Vergleichsgrundlage.

Abb. 26: Regionale Verteilung der EVAS-Fälle

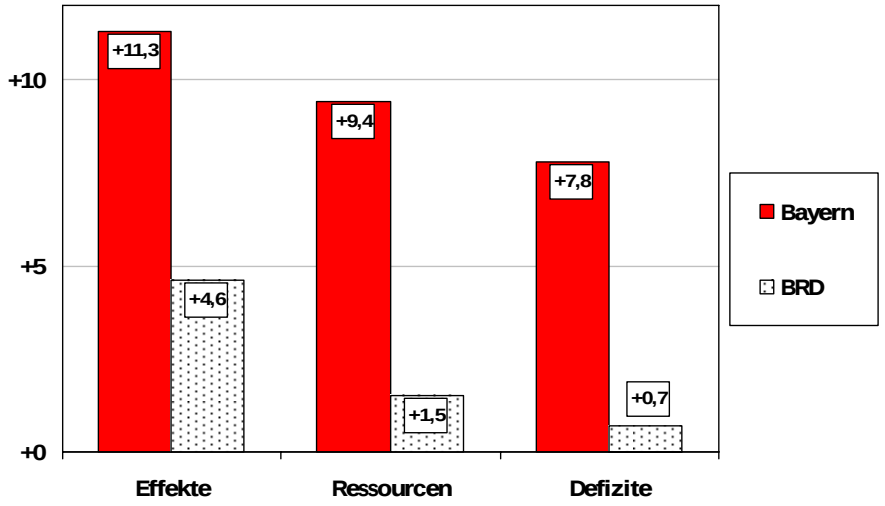


In EVAS werden ähnliche Indexwerte zur Veranschaulichung der Hilfewirkungen eingesetzt wie bei der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen. Die Effektindices können Zahlenwerte von „-50“ (maximal mögliche Verschlechterung) über „0“ („keine Änderung“) bis hin zu „+50“ (maximal mögliche Verbesserung) annehmen. Auf diese Weise werden unter anderem die bei den Hilfeadressaten im Zuge der Maßnahmen erreichten Veränderungen der Defizite und Ressourcen abgebildet (s. auch Abschnitt 3.3.2).

Die EVAS-Indices wurden so berechnet bzw. transformiert, dass die Zahlenwerte mit den Indexwerten der EST!-Stichprobe direkt in Beziehung zu setzen waren. Zudem wurden aus der EVAS-Gesamtstichprobe 10.287 bereits abgeschlossene Hilfeprozesse herausgegriffen, deren mittlere Hilfedauer mit ca. 1,5 Jahren in etwa den EST!-Daten entsprach.

Durch diesen Vergleich wurde insgesamt ein sowohl inhaltlich als auch statistisch signifikanter und deutlicher Unterschied ersichtlich: Die bayerischen Hilfen weisen insgesamt eine erheblich höhere Effektivität auf (11,3 vs. 4,6). Dieser Effekt zeigt sich auch durchgängig über sämtliche Subskalen (s. Abbildung 27): Die Ressourcen der jungen Menschen wurden erfolgreicher aufgebaut (9,4 vs. 1,5) und die zu Hilfebeginn vorhandenen Defizite konnten in stärkerem Maße reduziert werden (7,8 vs. 0,7). Ebenso konnten in der bayerischen Stichprobe über den gesamten Hilfezeitraum die Hilfeplanziele besser erreicht werden (45,3% vs. 39,6%).

Abb. 27: Effektivität Bayern (EST!) vs. BRD (EVAS)



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH | IKJ

Da die „nackten“ Zahlenwerte der Effektindices für sich alleine genommen noch keinen konkreten Anhaltspunkt für die tatsächliche praktische Bedeutsamkeit der Messwerte geben, wurde für die ermittelten Effektstärken zusätzlich noch das sogenannte „Cohens d“ bestimmt. Dabei handelt es sich um eine international gebräuchliche einheitliche Maßzahl für die Effektstärke, die auch studienübergreifend, etwa bei Metaanalysen, zum Einsatz kommen kann. Cohen (1988) hat zudem Richtgrößen für die Beurteilung der praktischen Relevanz von Effekten vorgegeben. Eine mögliche Operationalisierung bzw. Konkretisierung dieser Richtgrößen ist in Tabelle 35 dargestellt. Entsprechend dieser Vorgaben lassen sich für die EVAS-Hilfen im Schnitt zumindest kleine bzw. zumindest in Ansätzen gute Hilfeeffekte konstatieren. Bei den im Zuge der Evaluation der Diagnose-Tabellen untersuchten Hilfen ist dahingehend insgesamt von starken positiven Effekten auszugehen.

Diese Unterschiede könnten darauf hindeuten, dass sich die Effektivität der bayerischen Hilfen systematisch von den bundesweiten Gesamtergebnissen unterscheidet. Diese Hypothese wird zusätzlich durch einen Blick auf den EVAS-internen Vergleich bayerischer und nichtbayerischer Hilfen gestützt: Auch hier schneiden die bayerischen Hilfen (n = 4.315) mit einer höheren Effektstärke ab. Dies zeigt sich, bis auf die Heimerziehung, für sämtliche Hilfearten im Spektrum der Hilfen zur Erziehung.

Bilanzierend kann also festgehalten werden, dass die Effektivität der untersuchten bayerischen Hilfen signifikant über der der bundesdeutschen Vergleichsstichprobe liegt. Die evaluierten Fallverläufe stehen somit für eine überdurchschnittlich gelingende Jugendhilfe. Dieser Befund gilt auch unabhängig von den in den folgenden Abschnitten dargestellten konkreten Unterschieden zwischen den beiden Untersuchungsgruppen.

Tabelle 35: Effektstärke und praktische Bedeutsamkeit

Effektstärke	***Bedeutung***
kleiner 0.05	keine Änderung oder Verschlechterung
0.05 – 0.35	kleiner positiver Effekt
0.35 – 0.65	mittlerer positiver Effekt
größer 0.65	starker positiver Effekt

4.5 Effektivität der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen

Eine zentrale Fragestellung der Untersuchung ist, ob der Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen einen Einfluss auf die Wirksamkeit der Hilfen zur Erziehung hatte. Wie bereits in Abschnitt 3.3.2 begründet, gibt es unterschiedliche Facetten von Wirkungen – die objektiven „effects“, die subjektiven „impacts“ und der gesellschaftliche „outcome“ –, die möglichst getrennt voneinander untersucht werden sollten.

Während bei der Bestimmung der „impacts“ insbesondere die subjektiven Werthaltungen der Betroffenen berücksichtigt werden müssen (s. Abschnitt 4.6) und beim „outcome“ unter anderem etwa die Kosten bzw. langfristige Kosten-Nutzen-Effekte (s. Abschnitt 4.8), geht es bei den „effects“ um die unmittelbar belegbaren Wirkungen bzw. Ergebnisse der Hilfen, also deren Effektivität. Es ist leicht nachvollziehbar, dass eine derartige Größe eine möglichst hohe Objektivität aufweisen muss, also nicht in einem beliebigen „Ermessensspielraum“ ihrer Beurteiler liegen darf, damit sie in irgendeiner Form brauchbar sein kann. Die Erfahrungen aus der Effektivitätsforschung, insbesondere in der Tradition der Jugendhilfe-Effekte-Studie (s. Schmidt et al., 2002), belegen, dass speziell dieser Anforderung am besten die beteiligten Fachkräfte gerecht werden können (s. Abschnitt 4.5.5). Daher wurden die fallverantwortlichen ASD-Mitarbeiter in den Jugendämtern im Zuge der vorliegenden Evaluation mit einem umfangreichen standardisierten Beurteilungsinstrumentarium ausgestattet, dass hilfebegleitend zu mehreren Zeitpunkten eingesetzt wurde und eine Einschätzung der individuell adressatenbezogenen Veränderungen von Ressourcen und Problemlagen erlaubt. Bei den Leistungserbringern wurde in ähnlicher Weise vorgegangen (vgl. Abschnitt 3.4).

Da die Effektivität ein wesentlicher Beurteilungsmaßstab für die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen ist, sollte diesbezüglich eine maximale Unabhängigkeit und Transparenz sichergestellt werden. Daher wurde zusätzlich anhand einer externen Begutachtung durch unabhängige diagnostische Experten („externes Datencontrolling“) eine einzelfallbezogene Adjustierung der Effektivitätskennwerte vorgenommen. Dies lieferte eine objektivierte Datengrundlage für die Beurteilung der Gesamteffektivität (s. Abschnitt 4.5.1). Zudem werden die Effektivitätsbefunde aus dem Blickwinkel der Jugendämter (s. Abschnitt 4.5.8), der Leistungserbringer (s. Abschnitt 4.5.7) sowie der externen Gutachter (s. Abschnitt 4.5.6) auch einer separaten Betrachtung unterzogen sowie einander gegenübergestellt (s. Abschnitt 4.5.5).

Die Ergebnisdarstellungen beziehen sich auf die in Abschnitt 3.3.2 dargestellten Indexberechnungen. So wurde etwa jeweils ein Effektindex gebildet, um die im Zuge der Hilfen erreichten Wirkungen adäquat veranschaulichen zu können.

4.5.1 Gesamteffektivität

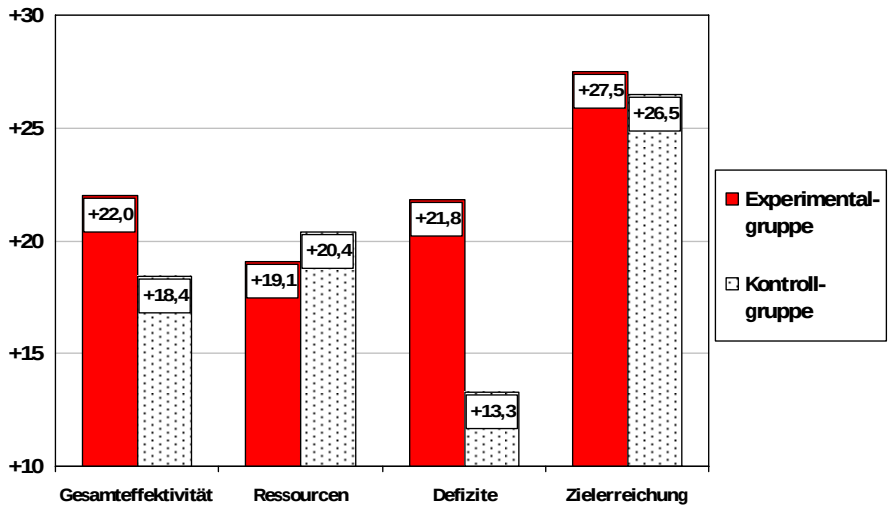
Zur Beantwortung der Fragestellung, ob sich die Effektivität der Experimentalgruppe, also der Untersuchungsgruppe, in der die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen angewandt werden, von der Kontrollgruppe unterscheidet, in welcher ohne dieses Instrumentarium agiert wird, wurden einfaktorielle Varianzanalysen mit der Untersuchungsgruppe als unabhängige Variable und den Effektivitätskennwerten als abhängige Variable durchgeführt. Neben dem Effektivitätsgesamtwert wurden hierbei auch die im Zuge der Hilfe bei den jungen

Menschen erreichten Veränderungen von Ressourcen und Defiziten sowie der Zielerreichungsgrad der in der Hilfeplanung formulierten Leitsätze berücksichtigt. Abbildung 28 veranschaulicht die vorgefundenen Gruppenunterschiede. In die Analyse gingen 112 Experimentalgruppenfälle und 104 Kontrollgruppenfälle ein, für die am Ende der Hilfeprozesse gültige Werte zur Gesamteffektivität berechnet werden konnten.

Übereinstimmend mit den Forschungshypothesen fällt dieser Vergleich zugunsten der Experimentalgruppe aus. Hier erreicht die Gesamteffektivität höhere Werte als bei der Kontrollgruppe (+22,0 vs. +18,4). Dieser Unterschied ist statistisch gesehen allerdings nur tendenziell signifikant ($p = 0.07$). Eine Erklärung hierfür liefert die differenzierte Betrachtung der Wirkungen bei Ressourcen, Defiziten und Zielen.

Offensichtlich kommt der Effekt primär dadurch zustande, dass in der Experimentalgruppe viel erfolgreicher Defizite und Problemlagen abgebaut werden konnten (+21,8 vs. +13,3). Dieser Unterschied ist sogar hochsignifikant ($p = 0.00$). Bei der Ressourcenförderung und der Zielerreichung, die wie eingangs beschrieben zusammen mit einem Gewicht von 60% in die Berechung des Effektindex eingeflossen sind, lassen sich hingegen keine Unterschiede zwischen den Gruppen beobachten. Unter den gegebenen Bedingungen müssen sich bei der Gesamtbetrachtung im Zuge des Effektindex quasi zwangsläufig die Differenzen zwischen den Untersuchungsgruppen nivellieren. Wie allerdings auch gut aus Abbildung 28 zu ersehen ist, darf dies keinesfalls damit gleichgesetzt werden, dass hinsichtlich der zuletzt genannten Dimensionen nichts erreicht wird. Das Gegenteil ist der Fall: Sowohl die Förderung von Ressourcen als auch die Zielerreichung bewegen sich absolut gesehen auf einem hohen Niveau. Diese Aussage gilt allerdings gleichermaßen für beide Untersuchungsgruppen, was nichts anderes heißt, als dass die Anwendung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen hier keinen Einfluss hat.

Abb. 28: Effektivität der Hilfe



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

4.5.2 Gesamteffektivität im Vergleich der Hilfetypen

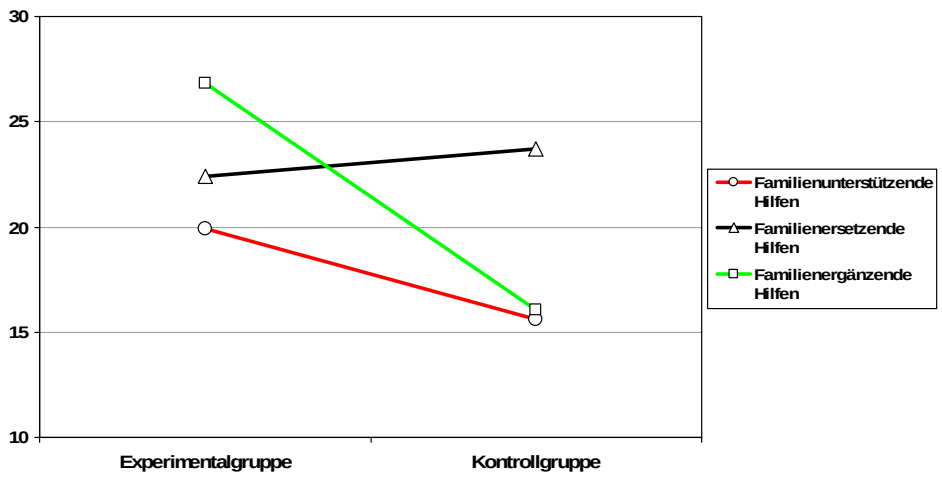
Die in der Gesamtstichprobe ermittelten Effekte wurden unter Einbeziehung des Hilfearttyps einer weitergehenden Detailanalyse unterzogen. Damit sollte unter anderem der Frage nachgegangen werden, ob die beobachteten Effekte gleichermaßen für alle Hilfetypen gelten oder ob es in einzelnen Hilfeformen abweichende „Wirkungsweisen“ der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen gibt. Zu diesem Zweck wurden wiederum Varianzanalysen durchgeführt, die durch den dreifach gestuften Faktor Hilfetyp (familienunterstützende, -ergänzende und -ersetzende Hilfen) von einem einfaktoriellen zu einem zweifaktoriellen Modell erweitert wurden. Neben den Haupteffekten von Untersuchungsgruppe und Hilfetyp wurde zudem deren Interaktion bzw. Wechselwirkung untersucht. Tabelle 36 gibt einen Überblick über die hier zugrunde liegenden Zellbesetzungen.

Tabelle 36: Zellbesetzung nach Hilfetyp bei Analyse der Gesamteffektivität

Hilfeart-Typus		***Anzahl***
Familienunterstützende Hilfen	*Experimentalgruppe*	57
	Kontrollgruppe	54
Familienergänzende Hilfen	*Experimentalgruppe*	23
	Kontrollgruppe	15
Familienersetzende Hilfen	*Experimentalgruppe*	32
	Kontrollgruppe	35

Hinsichtlich der Gesamteffektivität zeigt sich sowohl ein signifikanter Haupteffekt der Untersuchungsgruppe ($p = 0.04$) als auch des Hilfetyps ($p = 0.05$). Dass allerdings auch die Wechselwirkung der beiden Faktoren in diesem Kontext nicht völlig vernachlässigt werden darf, zeigt schon deren verhältnismäßig niedriger p-Wert von 0.12, der die statistische Signifikanz nur knapp verpasst. Noch deutlicher wird dies bei Betrachtung der grafischen Visualisierung des Interaktionseffekts in Abbildung 29, der anhand der kreuzenden Linien angedeutet wird.

Abb. 29: Gesamteffektivität – Interaktionseffekt Untersuchungsgruppe x Hilfetyp

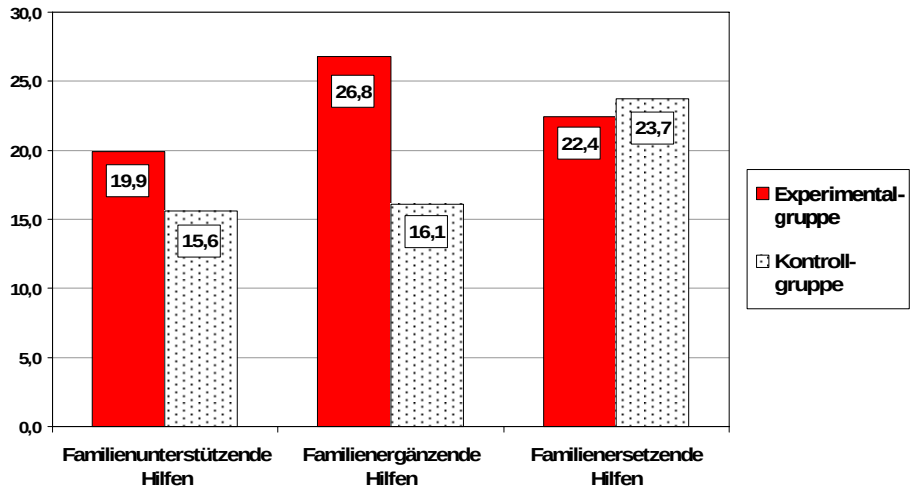


IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Dementsprechend sollte die Interpretation der Haupteffekte anhand dieser naheliegenden Interaktion relativiert werden: Eine höhere Gesamteffektivität in der Experimentalgruppe kann nur für die familienunterstützenden und -ergänzenden Hilfen als gesichert angenommen werden (ohne diese Einschränkungen würde dies einem Haupteffekt der Untersuchungsgruppe entsprechen, vgl. auch Abbildung 30). Bei den familienersetzenden Hilfen gibt es keine konkreten Hinweise für einen derartigen Einfluss.

Ferner zeigt ein Paarvergleich zwischen den Stufen des Faktors Hilfetyp mit der LSD-Methode („least significant difference“), dass im Rahmen der familienergänzenden Hilfen, unabhängig von der Untersuchungsgruppe, höhere Effekte als bei den niederschwelligeren familienunterstützenden Hilfen erzielt werden ($p = 0.02$). Dies ist der einzige Haupteffekt des Hilfetyps zur Gesamteffektivität, der in Anbetracht der vorliegenden Befunde interpretiert werden kann (vgl. auch Abbildung 29). Bezüglich der familienersetzenden Hilfen liegen keine paarweisen Unterschiede vor, die statistisch bedeutsam sind.

Abb. 30: Gesamteffektivität nach Hilfetypen

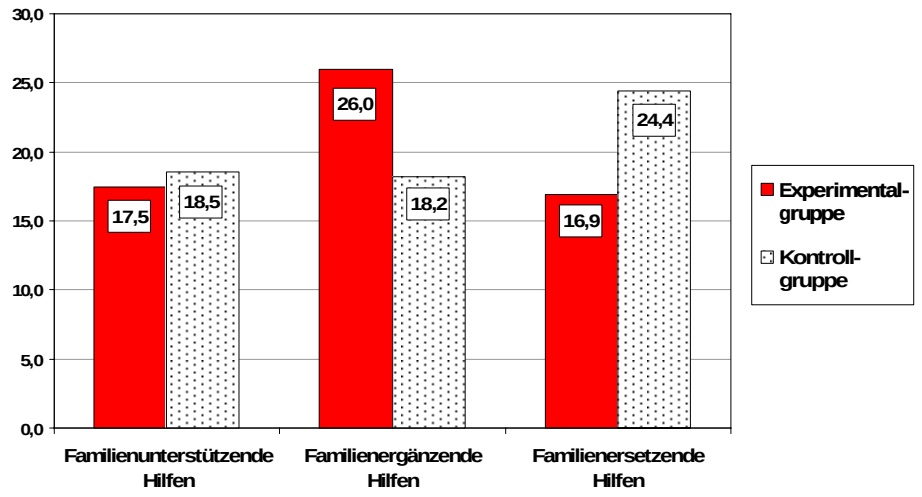


IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Was lässt sich nun aussagen, wenn die Gesamteffektivität in die Veränderung von Ressourcen und Defiziten sowie die Zielerreichung aufgeschlüsselt wird?

Hinsichtlich der Veränderung von Ressourcen ergeben sich auch unter Einbeziehung des Hilfetyps keine profunden statistischen Unterschiede zwischen den Gruppen oder Hilfetypen. Zu bemerken ist lediglich ein in Ansätzen sich abzeichnender Interaktionseffekt zwischen Untersuchungsgruppe und Hilfetyp ($p = 0.14$). Dieser legt nahe, dass die Förderung von Ressourcen bei den familienergänzenden Hilfen möglicherweise bei der Experimentalgruppe besser gelingt, während dies bei den familienersetzenden Hilfen eher in der Kontrollgruppe zu gelingen scheint. In Anbetracht der dargelegten Irrtumswahrscheinlichkeit kann allerdings nicht völlig ausgeschlossen werden, dass diese Effekte auf Zufallsschwankungen innerhalb der Untersuchungsstichprobe zurückzuführen sind (s. auch Abbildung 31).

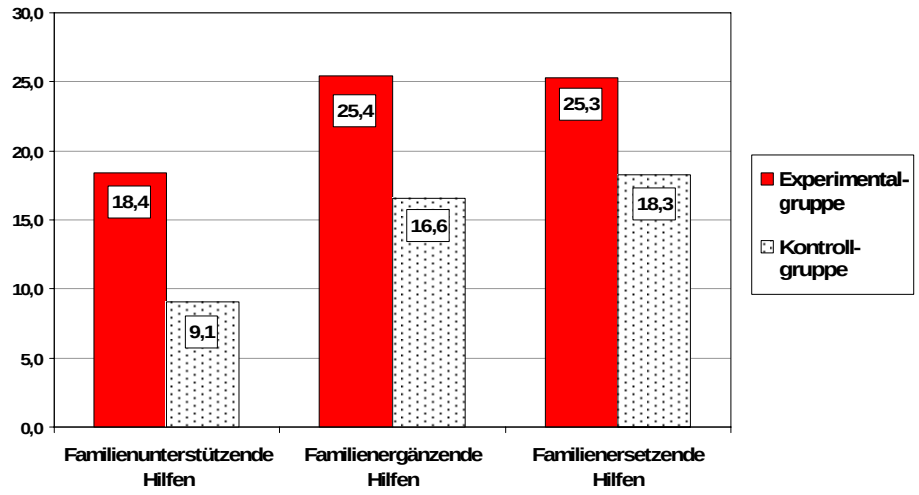
Abb. 31: Veränderung der Ressourcen nach Hilfetypen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

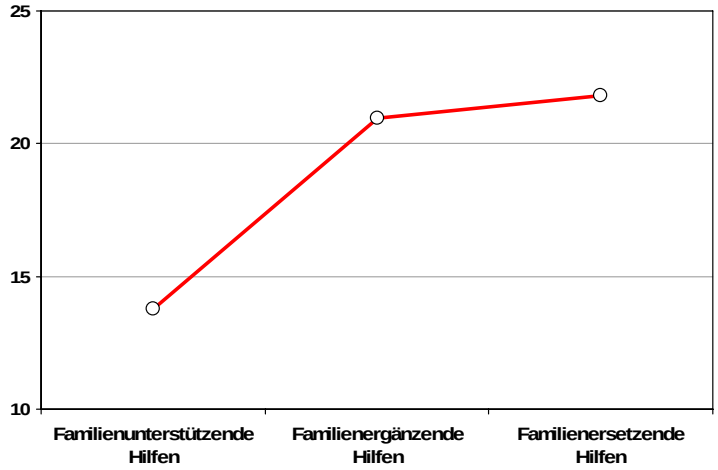
Bei der Veränderung der Defizite und Problemlagen hingegen liegt ein einheitliches Bild vor (s. Abbildung 32): So gelingt ein Abbau der Defizite über alle Hilfetypen hinweg in einem höherem Ausmaß, wenn die Diagnose-Tabellen eingesetzt wurden (Haupteffekt der Untersuchungsgruppe, $p = 0.01$). Zudem liegt ein statistisch bedeutsamer Haupteffekt des Hilfetyps vor ($p = 0.02$). Anschlusstests nach der LSD-Methode zeigen, dass der Defizitabbau sowohl bei familienergänzenden als auch -ersetzenden Hilfen in höherem Maße gelingt als bei familienunterstützenden Hilfen (s. Abbildung 33). Zwischen den erstgenannten Hilfetypen liegen keine bedeutsamen Unterschiede vor.

Abb. 32: Veränderung der Defizite nach Hilfetypen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

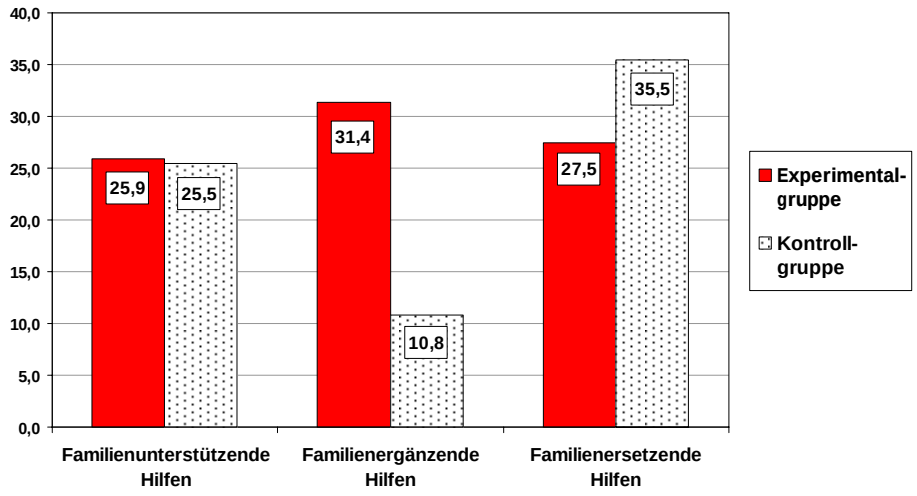
Abb. 33: Defizite – Haupteffekte des Hilfetyps



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

In Bezug auf den Erreichungsgrad der zwischen Fachleuten und Hilfeadressaten dialogisch vereinbarten Zielsetzungen (s. Abbildung 34) steht eine hochsignifikante Wechselwirkung (p = 0.00) zwischen Untersuchungsgruppe und Hilfetyp im Vordergrund.

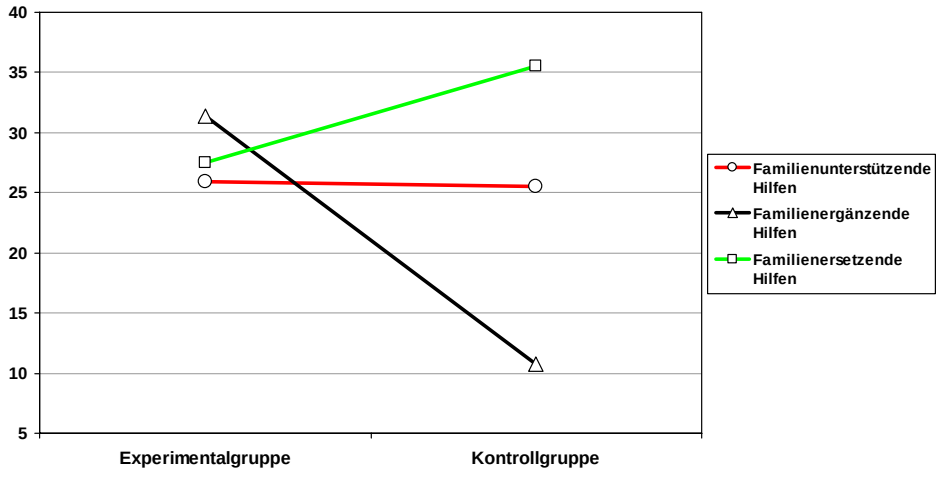
Abb. 34: Zielerreichung im Hilfeverlauf nach Hilfetypen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Der in Abbildung 35 veranschaulichte Interaktionseffekt lässt ist dahingehend auslegen, dass die Anwendung der Diagnose-Tabellen nur bei den familienergänzenden Hilfen zu einer substanziell höheren Zielerreichung beiträgt. Bei den familienersetzenden Hilfen kehrt sich dieser Trend sogar rein augenscheinlich in die andere Richtung um, was allerdings aus statistischer Sicht nicht hinreichend belegt werden kann.

Abb. 35: Zielerreichung – Interaktionseffekt Untersuchungsgruppe x Hilfetyp



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

4.5.3 Gesamteffektivität im Vergleich der Hilfearten

Eine noch feinere Auflösungsebene wird erreicht, wenn auch die konkreten Hilfearten nach SGB VIII in die Untersuchung einbezogen werden. Wie einleitend dargelegt, konnten auf dieser Ebene aufgrund ungleicher oder zu geringer Zellbesetzungen nicht alle im Rahmen der EST!-Studie untersuchten Hilfearten berücksichtigt werden. Zuverlässige statistische Aussagen waren nur für die Hilfen nach den §§ 30, 31, 32 und 34 SGB VIII möglich (s. Abschnitt 3.2). Tabelle 37 zeigt, wie sich die Fälle auf die einzelnen Zellen verteilen. Da Hilfen für junge Mütter/Väter (§ 19 SGB VIII) im Rahmen des Untersuchungsdesigns nicht vorgesehen waren, sind die Zellbelegungen bzgl. des § 32 SGB VIII sowie der familienergänzenden Hilfen aus Abschnitt 4.5.2 identisch (vgl. auch Tabelle 36).

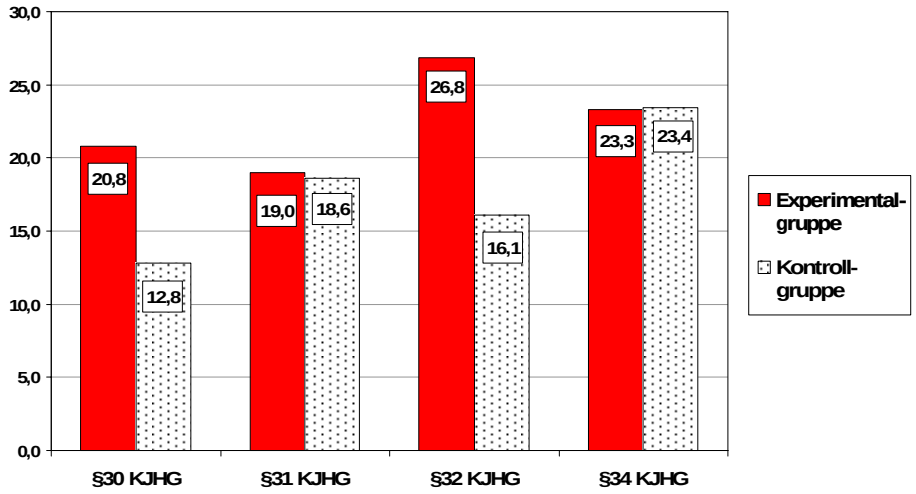
Tabelle 37: Zellbesetzung nach Hilfetyp bei Analyse der Gesamteffektivität

Hilfetypen		***Anzahl***
§ 30 SGB VIII	*Experimentalgruppe*	20
	Kontrollgruppe	22
§ 31 SGB VIII	*Experimentalgruppe*	34
	Kontrollgruppe	25
§ 32 SGB VIII	*Experimentalgruppe*	23
	Kontrollgruppe	15
§ 34 SGB VIII	*Experimentalgruppe*	26
	Kontrollgruppe	22

Die Analyseergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalysen können die in Abschnitt 4.5.2 ausführlich dargelegten Befunde bestätigen und liefern an einigen Stellen sogar ein noch differenzierteres Bild:

- Bezüglich der Gesamteffektivität zeigt sich eine höhere Effektivität der Experimentalgruppe nur für Hilfen nach § 32 und § 30 SGB VIII. In Bezug auf die familienunterstützenden Hilfen gilt diese Aussage also für Sozialpädagogische Familienhilfen nach § 31 SGB VIII explizit nicht. Keine Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen liegen ferner bei § 34 SGB VIII vor (s. Abbildung 36).

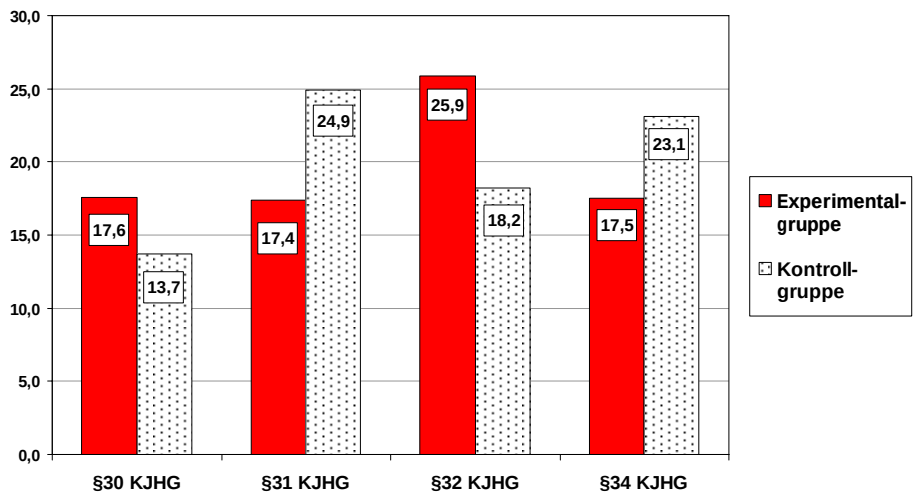
Abb. 36: Gesamteffektivität nach Hilfearten



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

- Hinsichtlich der Veränderung von Ressourcen liegen wiederum keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen vor. Nur augenscheinlich zeichnet sich ein leichter Interaktionseffekt ab (s. Abbildung 37), der in der Experimentalgruppe tendenziell höhere Ressourceneffekte von § 30 SGB VIII und § 32 SGB VIII nahelegt. Bei § 31 SGB VIII und § 34 SGB VIII hingegen fällt das Ausmaß der erfolgreichen Ressourcenförderung etwas niedriger aus. Wie schon gesagt sind diese Beobachtungen allerdings nur unzureichend abgesichert. Bei streng konservativer Interpretation müsste daher geschlossen werden, dass es hinsichtlich der Ressourcenförderung weder einen Einfluss der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen noch hilfeartspezifische Effekte gibt. Das absolute „Erfolgsniveau“ ist in diesem Bereich allerdings insgesamt hoch.

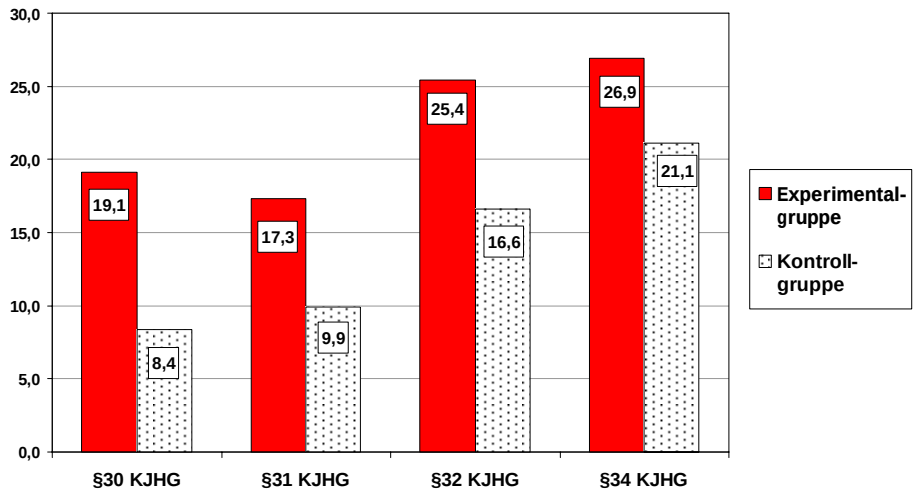
Abb. 37: Veränderung der Ressourcen nach Hilfearten



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

- Der Abbau von Defiziten und Problemlagen gelingt in der Experimentalgruppe in allen untersuchten Hilfearten in einem deutlich stärkeren Maße (s. Abbildung 38). Dies ist offensichtlich ein ganz wesentlicher Effekt der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen. Absolut gesehen schneiden zudem hochschwellige Hilfen wie § 34 SGB VIII besser ab als eher niederschwellige Angebote wie § 30 SGB VIII.

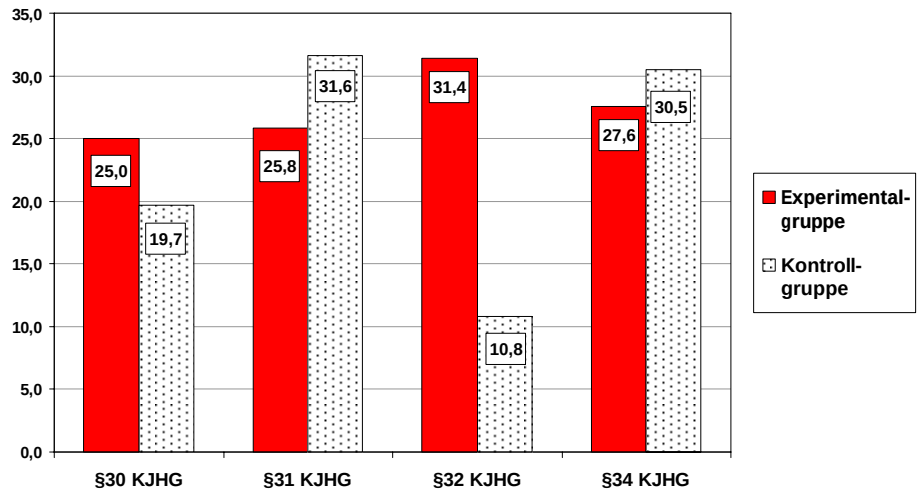
Abb. 38: Veränderung der Defizite nach Hilfearten



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

- Analog zu den Beobachtungen in Abschnitt 4.5.2 kommt es in der Experimentalgruppe nur im Rahmen der Erziehung in Tagesgruppen (§ 32 SGB VIII) gegenüber der Kontrollgruppe zu wesentlich höheren Zielerreichungsgraden. Ansatzweise ist dies auch bei § 30 SGB VIII der Fall. Allerdings gibt es für diesen sowie die weiteren in Abbildung 39 ersichtlichen Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen keine hinreichende statistische Evidenz.

Abb. 39: Zielerreichung im Hilfeverlauf nach Hilfearten



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

4.5.4 Reduzierung von wirkungslosen oder sogar kontraproduktiven Hilfeentscheidungen

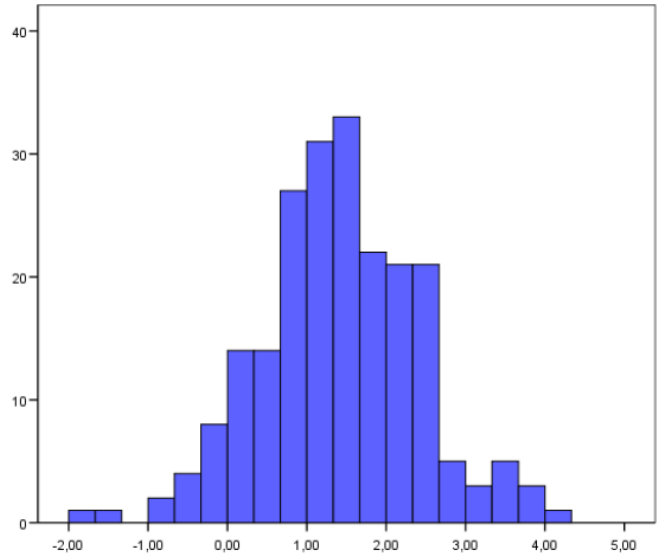
Ein spezieller Aspekt der Untersuchung der Effektivität der Hilfen ist die Frage, ob durch den Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen Hilfeentscheidungen reduziert werden können, die wirkungslos oder sogar kontraproduktiv sind.

Zur Beantwortung dieser Frage ist es erforderlich, zunächst die Vokabeln „wirkungslos“ und „kontraproduktiv“ zu operationalisieren, d.h. in beobachtbare Größen zu übersetzen. Hierzu ist ein Blick auf die Verteilung der Effekte in der Gesamtstichprobe ratsam. Wie bereits in Abschnitt 4.4 dargestellt, liegen die mittleren Effekte auf der von „-50“ bis „+50“ reichenden Skala bei einem Wert von 11,3.

Entsprechend den Konstruktionsprinzipien des Effektindex können Hilfen mit einem Effektindex von Null als „wirkungslos“ charakterisiert werden. Verglichen mit den Ausgangslagen, mit denen die jungen Menschen und ihre Familien in die Hilfen gekommen sind, konnte in diesen Fällen weder eine substanzielle Reduzierung von Problemlagen noch die Förderung von Ressourcen erreicht werden. Ist der Effektindex in einem negativen Bereich angesiedelt, so ist es sogar zu weiteren Verschlechterungen gekommen, die Hilfe war also – leger formuliert – „kontraproduktiv“.

Hierbei handelt es sich zwar um eine naheliegende und durchaus nicht völlig unbrauchbare Operationalisierung, bei näherer Überlegung wird man aber schnell feststellen, dass die Grenze zwischen „wirkungsvollen“ und „kontraproduktiv-wirkungslosen“ Hilfen recht willkürlich gezogen wurde. Der Effektindex gibt für sich alleine genommen noch keinen Hinweis auf die praktische Bedeutsamkeit der gemessenen Werte. Anders ausgedrückt: Es wird ein Vergleichsmaß benötigt, dass auch eine konkrete Beurteilung der Bedeutsamkeit zulässt. Hierzu bot sich erneut eine Transformation der Effektstärken entsprechend des sog. „Cohens d“ an (s. auch Abschnitt 4.4). Vereinfacht dargestellt, werden hierbei die zwischen Ausgangs- und Endzustand beobachteten Veränderungswerte anhand ihrer Standardabweichung standardisiert. Das Histogramm in Abbildung 40 veranschaulicht die Verteilung der auf diese Weise ermittelten Effektstärken in der Gesamtstichprobe.

Abb. 40: Histogramm der in der Gesamtstichprobe gemessenen Effektstärken



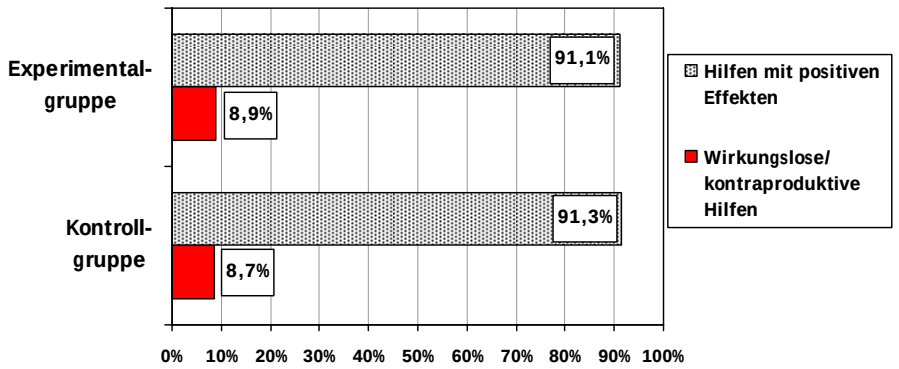
IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Nach Cohen (1988) kann auf diese Weise die praktische Relevanz der Effekte beurteilt werden. Entsprechend der in Tabelle 35 wiedergegebenen Zuordnung muss folglich die Operationalisierung unserer Fragestellung folgendermaßen spezifiziert werden: Wirkungslose oder kontraproduktive Hilfeprozesse liegen dann vor, wenn nicht mindestens kleine positive Effektstärken vorliegen (dies entspricht Effektstärken mit $\varepsilon < 0{,}05$).

Erfreulicherweise wird sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe nur eine verhältnismäßig geringe Anzahl derartiger Hilfeverläufe beobachtet. Dies wird auch in Abbildung 40 deutlich: Zwar sind die Werte mit in den Extrembereichen abnehmenden Häufigkeiten annähernd normalverteilt, der Mittelwert liegt aber deutlich im positiven Bereich. Zudem ist die Mehrzahl der Werte größer Null: Von den insgesamt 220 untersuchten Hilfen weisen lediglich 19 negative bzw. neutrale Effektstärken auf. Mit ca. 9% ist der Anteil solcher

Fallverläufe sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe in etwa gleich groß (s. Abbildung 41).

Abb. 41: Anteil wirkungsloser bzw. kontraproduktiver Hilfen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Dementsprechend gibt es keine empirischen Belege, die dafür sprechen würden, dass mithilfe der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen derartig negative und unerwünschte Hilfeverläufe vermieden werden könnten. Es ist allerdings zu bedenken, dass das insgesamt seltene Vorkommen die Entdeckung entsprechender Effekte nicht gerade erleichtert.

4.5.5 Welche Sichtweisen wurden bei der Bestimmung der Gesamteffektivität berücksichtigt?

Wie bereits einleitend dargelegt, geben die beschriebenen Resultate zur Effektivität bzw. zu den „effects“ (s. auch Abschnitt 3.3.2) die „synthetisierten“ Sichtweisen von Jugendamt, Leistungserbringern und externen Gutachtern wieder.

An dieser Stelle mag die Frage aufkommen, warum nicht auch die Erfolgseinschätzungen der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern bzw. Sorgeberechtigten bei der Berechnung der Gesamteffektivität berücksichtigt wurden? Diese Frage lässt sich sowohl theoretisch als auch empirisch beantworten:

Schon aus theoretischer Sicht handelt es sich bei der von den Hilfeadressaten wahrgenommenen Wirkung nicht um eine direkt ersichtliche und damit objektivierbare Größe, da sie immer auf dem Hintergrund divergierender individueller Bedürfnisse und Werthaltungen der Betroffenen gesehen werden muss. Daher wird empfohlen, die Wirkung bei den Adressaten als eine vom „effect“ unabhängige eigenständige Wirkungsdimension anzusehen: den sog. „impact“ (vgl. hierzu auch Schröder & Kettiger, 2001).

Diese Vorgehensweise wird allerdings nicht nur durch theoretische Überlegungen, sondern auch durch „harte“ empirische Evidenz unterstützt. So konnte bspw. schon im Rahmen der Jugendhilfe-Effekte-Studie (vgl. Schmidt et al., 2002) beobachtet werden, dass die Einschätzungen der Jugendhilfe-Fachkräfte eine weitaus höhere Übereinstimmung mit unabhängigen bzw. neutralen Beurteilungen von diagnostisch geschulten Experten aufweisen als mit den Sichtweisen der Betroffenen.

Diese Befunde wurden auch im Rahmen der vorliegenden Untersuchung vollauf repliziert. In Tabelle 38 sind die Übereinstimmungen zwischen den unterschiedlichen Perspektiven der beteiligten Fachkräfte und den externen Expertengutachten durch Pearsonsche Korrelationskoeffizienten dargestellt. Sowohl die Effektivitätseinschätzungen der ASD-Fachkräfte in den Jugendämtern als auch der mit der Durchführung der Hilfe betrauten leistungserbringenden Einrichtungen und Dienste weisen mit $r = 0.78$ und $r = 0.90$ eine sehr hohe Übereinstimmung mit den objektiven Beurteilungen der unparteilichen diagnostischen Gutachter auf. Die Beurteilungsübereinstimmung ist bei den Leistungserbringern sogar absolut gesehen noch etwas höher als bei den Jugendämtern. Dies ist insofern nicht verwunderlich, da diese als die unmittelbar „operativ“ tätigen Instanzen naturgemäß eine größere Nähe zu den Adressaten aufweisen und somit auch einen besseren Blick auf die Effekte der Hilfeprozesse haben. Auch untereinander und in Bezug auf die Gesamteffektivität liegen jeweils Korrelationskoeffizienten im Bereich zwischen $r = 0.72$ und $r = 0.90$ vor. Dies sind insgesamt außerordentlich hohe Werte (vgl. Sedlmeier, 1996). Alle Korrelationen sind zudem mit $p < 0.01$ statistisch hochsignifikant.

Aufgrund der hohen Übereinstimmungen mit den Beurteilungen aus der unabhängigen Begutachtung scheint die gewählte Methode zur Bestimmung der Effektivität gerechtfertigt. Hierdurch wird ebenfalls belegt, dass die mithilfe der externen Expertengutachten bei der Gesamteffektivität vorgenommene Datenadjustierung nicht zu willkürlichen Veränderungen der Ausgangswerte geführt hat. Die in Abschnitt 4.7 noch detaillierter dargelegten Befunde zur Übereinstimmung aller Sichtweisen, die im Rahmen der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen erfasst wurden, legen zudem nahe, dass die Sichtweisen der Hilfeadressaten einer eigenständigen Betrachtung unterzogen werden sollten. Auf diese „impacts“, also unter anderem die Zufriedenheit der jungen Menschen und Sorgeberechtigten mit den Ergebnissen der Hilfen, wird ausführlich in Abschnitt 4.6 eingegangen.

Tabelle 38: Zusammenhänge der Sichtweisen beteiligter Fachkräfte und externer Experten

	Gesamt-effektivität	*Sichtweise ASD*	*Sichtweise LE*	*Sichtweise externe Experten*
Gesamteffektivität	1	0.72**	0.85**	0.83**
Sichtweise ASD	0.72**	1	0,77**	0.78**
Sichtweise LE	0.85**	0.77**	1	0.89**
Sichtweise externe Experten	0.83**	0.78**	0.89**	1

** Die Korrelation (nach Pearson) ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant
ASD = Allgemeiner Sozialer Dienst in den Jugendämtern; LE = Leistungserbringer

Die folgenden Abschnitte behandeln, wie genau sich der Einfluss der Diagnose-Tabellen aus Sicht der Jugendämter und Leistungserbringer sowie schließlich bilanzierend aus dem Blickwinkel der externen Experten dargestellt hat und bei welchen Einzelaspekten auf der

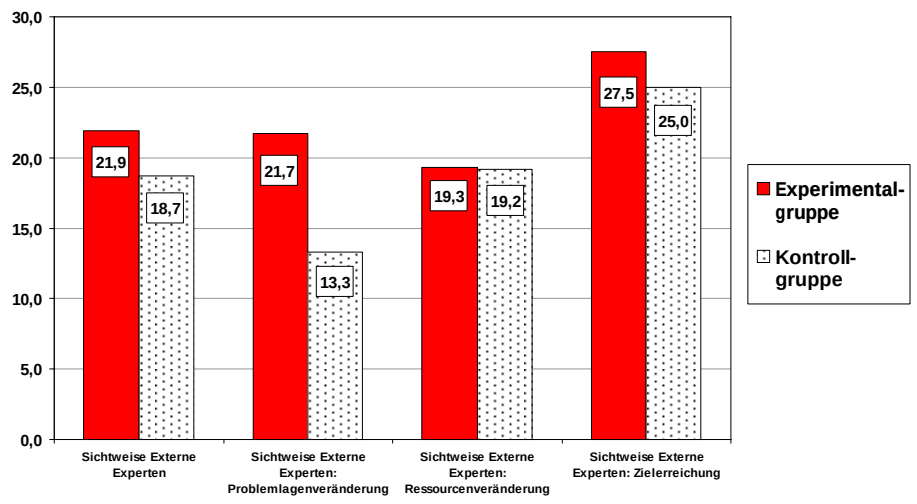
Ebene der Gesamtstichprobe auch Unterschiede zwischen diesen Perspektiven zu konstatieren sind. Aufgrund der jeweils hohen Korrelation mit der Gesamteffektivität brachte eine weitere Aufschlüsselung dieser Effekte nach Hilfetyp und Hilfeart keinen weiteren substanziellen Erkenntnisgewinn. Daher wurde auf die eingehende Darstellung solcher Effekte verzichtet.

4.5.6 Effektivität aus unabhängiger Expertensicht

Wie bereits mehrfach dargelegt, wurden bei der in Abschnitt 4.5.1 beschriebenen Effektivitätsbestimmung sowohl die Sichtweisen der ASD-Fachkräfte in den Jugendämtern als auch die Ergebnisse einer hilfeartbegleitenden Veränderungsdiagnostik bei den Bezugsbetreuern in den leistungserbringenden Einrichtungen und Diensten berücksichtigt. Damit die daraus abgeleiteten Effektivitätskennwerte auch bei kritischer Betrachtung einem hinreichenden Objektivitätsanspruch gerecht werden, wurden zusätzlich anhand von diagnostischen Gutachten unabhängiger Experten Adjustierungen vorgenommen. Auf diese Weise sollten unter anderem potenzielle Verfälschungstendenzen, die bspw. durch den sogenannten Hawthorne-Effekt (s. Schuler, 2006) entstehen, kontrolliert werden. Damit wurde vor allem auf die Steigerung der externen Validität der Untersuchungsbefunde abgezielt. Welche Schlussfolgerungen lassen sich nun aber ziehen, wenn die genannten Beurteilerquellen aus dem aggregierten Effektivitätsmaß extrahiert und für sich betrachtet werden? Dass es absolut gesehen zwischen diesen Sichtweisen sehr hohe Übereinstimmungen gibt, wurde bereits im vorangegangenen Abschnitt dargelegt. Dies schließt allerdings grundsätzlich noch nicht aus, dass bei einer weiter in die Tiefe gehenden Analyse der Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe, etwa hinsichtlich der Effektivitätsunterebenen Defizitabbau, Ressourcenförderung und Zielerreichung oder aber auch schlicht in der Höhe einzelner Wirkungen, doch bemerkenswerte Abweichungen auftreten.

Hinsichtlich der Einschätzungen der externen Gutachter ist dies allerdings nicht der Fall (s. Abbildung 42). Die statistische Absicherung erfolgte wiederum durch einfaktorielle varianzanalytische Untersuchungspläne mit der Untersuchungsgruppe als unabhängiger und den verschiedenen Effektivitätskennwerten als abhängiger Variable.

Abb. 42: Effektivität aus unabhängiger Expertensicht



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Die Schlussfolgerungen aus den Beobachtungen der externen Diagnostiker decken sich 1:1 mit den in Abschnitt 4.5.1 ermittelten Befunden:

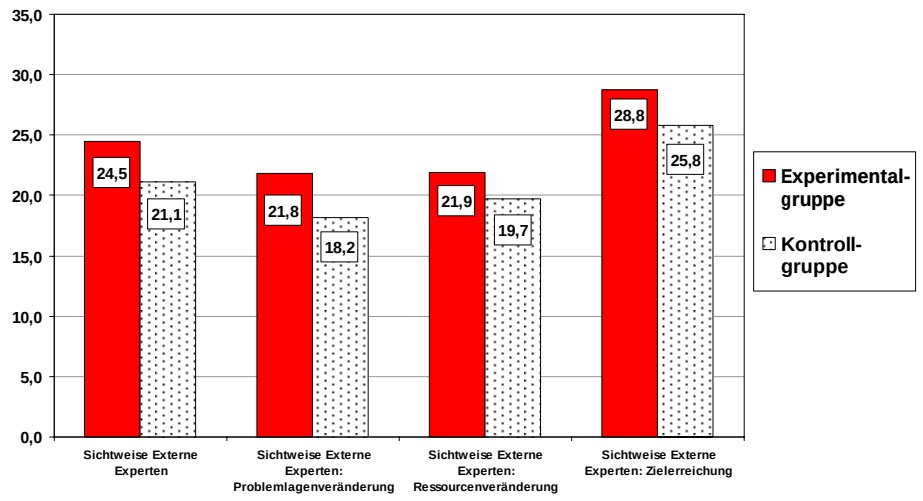
- Auch die von den Gutachtern wahrgenommene Gesamteffektivität, die anhand des Effektindex abgelesen werden kann, erreicht in der Experimentalgruppe tendenziell höhere Werte als in der Kontrollgruppe (+21,9 vs. + 18,7). Dieser Unterschied ist marginal signifikant mit $p = 0.08$.
- Dieser Effekt erklärt sich dadurch, dass in der Gruppe, die die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen einsetzte, in viel erfolgreicherem Maße an den Defiziten und Problemlagen der Hilfeadressaten gearbeitet werden konnte (+21,7 vs. + 13,3; $p = 0.00$).
- Bei der Ressourcenförderung und Zielerreichung sind keine Gruppenunterschiede auszumachen. Die Werte liegen aber absolut gesehen in beiden Untersuchungsgruppen auf hohem Niveau.

Geringfügige Unterschiede zu Abschnitt 4.5.1 sind lediglich hinsichtlich einzelner Zahlenwerte zu konstatieren. Die geringen Divergenzen sind grundsätzlich auch nicht weiter verwunderlich, zumal die Beurteilungen der neutralen Gutachter ja als verobjektivierendes „Korrektiv“ für die Einschätzungen aus Jugendamts- und Leistungserbringersicht herangezogen wurden. Bleibt die Frage, ob bei diesen auch tatsächlich ein kompensatorischer Faktor sichtbar ist?

4.5.7 Effektivität aus Leistungserbringersicht

Etwas anders stellt sich dieses Bild aus dem Blickwinkel der Leistungserbringer dar (s. Abbildung 43). Bei der Gesamteffektivität wird dies noch nicht unbedingt übermäßig augenfällig. Auf dieser Ebene liegt auch bei den Leistungserbringern, analog zu allen bisherigen Befunden, eine tendenziell höhere Effektivität in der Experimentalgruppe vor (p = 0.10).

Abb. 43: Effektivität aus Sicht der hilfedurchführenden Einrichtungen und Dienste



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Bemerkenswert ist allerdings, dass dieser Effekt nicht so eindeutig auf eine stärkere Reduzierung von Defiziten und Problemlagen attribuiert werden kann, wie dies auf den anderen Untersuchungsebenen nahegelegt wird. Zwar liegt auch hier der Wert für den Defizitabbau in der Experimentalgruppe höher als in der Kontrollgruppe, der Unterschied fällt aber absolut gesehen einerseits geringer aus und erreicht andererseits ähnlich wie die Gesamteffektivität nur marginale statistische Signifikanz. Im Hinblick auf die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen scheinen also die Leistungserbringer bzgl. der Defizite eine insgesamt etwas „pessimistischere“ Haltung einzunehmen.

Wenngleich zwar nicht statistisch signifikant, dafür aber möglicherweise praktisch relevant, weist die Betrachtung der Gruppenunterschiede bei Ressourcenförderung und Zielerreichung leichte Vorteile für die Experimentalgruppe aus. In diesen Bereichen konnten bislang noch gar keine Indizien für positive Effekte der Diagnose-Tabellen gesammelt werden.

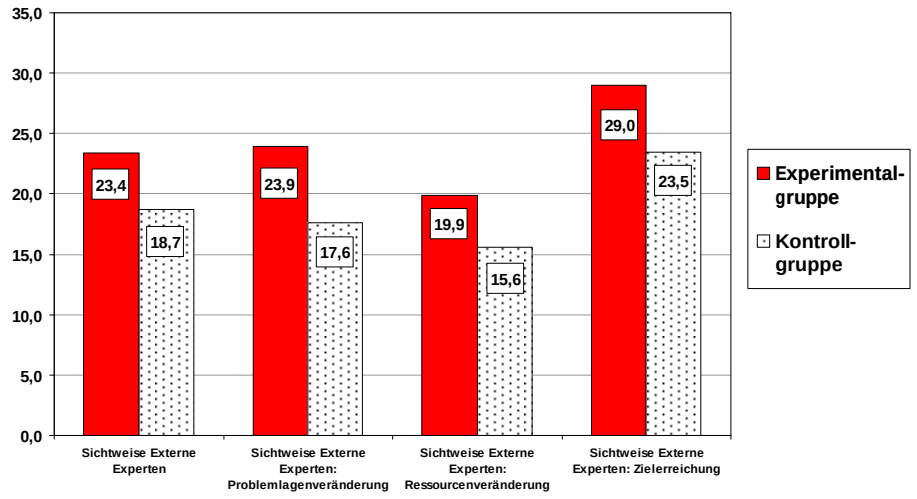
Zusammenfassend lässt sich insbesondere auch im Vergleich mit den Einschätzungen der unabhängigen diagnostischen Gutachter feststellen, dass zwar grundsätzlich auch die Leistungserbringersicht für eine höhere Effektivität der Experimentalgruppe spricht, diese Unterschiede aber im Detail nicht so klar „profiliert“ sind.

4.5.8 Effektivität aus Jugendamtssicht

Hätte man sich bei der Planung des Studiendesigns lediglich auf die Analyse der Sichtweisen der Fachkräfte in den Jugendämtern beschränkt, um die „effects“ der Hilfen zu bestimmen, könnte man die Forschungshypothese Nr. 4 gänzlich unangefochten mit einem saloppen „Ja“ beantworten:

Aus diesem Blickwinkel stellt sich sowohl hinsichtlich des Abbaus von Defiziten (+24,0 vs. +17,6), der Förderung von Ressourcen (+20,0 vs. +15,2) als auch der Zielerreichung (+29,0 vs. +23,5) und damit in der Konsequenz auch bezogen auf die Gesamteffekte (+23,4 vs. +18,7) die Experimentalgruppe deutlich erfolgreicher dar (vgl. Abbildung 44). Alle Gruppenunterschiede sind zudem statistisch signifikant (jeweils $p < 0.02$).

Abb. 44: Effektivität aus Sicht der Fachkräfte in den Jugendämtern



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Insgesamt schätzen die Jugendämter also die Wirkungen der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen am „optimistischsten“ ein. Die Anführungszeichen deshalb, weil aufgrund des Kontrollgruppendesigns (s. Abschnitt 3.2) bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendämter keine Kenntnis der Verläufe der Kontrollgruppenfälle vorhanden war und dementsprechend auch keine direkten Vergleiche gezogen wurden, bei denen so etwas wie Optimismus hätte zum Tragen kommen können.

Unabhängig davon geben diese Befunde aber noch einige wichtige Hinweise zur Gesamteinordnung der Ergebnisse zur Effektivität. Einerseits wird natürlich nochmals eindringlich unterstrichen, wie wichtig es ist, möglichst viele Sichtweisen in den Evaluationsprozess einzubeziehen. Sogar bei den auf korrelativer Ebene doch schon so vortrefflich übereinstimmenden Sichtweisen können bei näherer Betrachtung noch relevante Unterschiede auftreten, die aus dem Gesamtkontext herausgerissen und für sich alleine betrachtet ein verhältnismäßig verzerrtes Bild vermitteln können. Darüber hinaus wird deutlich, dass insbesondere auch eine externe Begutachtung von dritter bzw. neutraler Seite hier äußerst fruchtbar sein kann.

Da aber gerade solchen Expertenbegutachtungen nicht selten der Ruf der Willkür vorauseilt (von dem Vorwurf der Manipulation ganz zu schweigen), sei an dieser Stelle auch nochmals eindringlich darauf verwiesen, dass die Adjustierungen, die im Rahmen der vorliegenden Studie zur Objektivierung der beobachteten Effekte angewandt wurden, im Hinblick auf den Untersuchungsgegenstand, also die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen, keineswegs zu „vorteilhafteren" Ergebnissen geführt haben. In der Tat trifft sogar größtenteils das Gegenteil zu: Sowohl was die Gesamteffektivität betrifft als auch bei der Beurteilung der Ressourcenförderung und Zielerreichung sind die angepassten Werte eher konservativer, legen also eher keine Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen nahe. Lediglich bei den aus Leistungserbringersicht vorliegenden Befunden zum Abbau von Defiziten gleichen sich die Zahlenwerte durch das Datencontrolling der Sichtweise der Jugendämter an.

4.5.9 Effektivität („effects"): Fazit

Bilanzierend kann in Bezug auf die Effektivität festgestellt werden, dass es diverse empirische Evidenzen gibt, die belegen, dass der Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen in der Praxis weitgehend zu effektiveren Hilfen führt. Als gesichert kann dies für familienunterstützende sowie -ergänzende Angebote bzw. speziell für Hilfen nach § 30 (Erziehungsbeistand) und § 32 SGB VIII (Tagesgruppe) angesehen werden.

Die tendenziell höhere Gesamteffektivität der Experimentalgruppe lässt sich hauptsächlich auf eine wesentlich erfolgreichere Reduzierung von Problemlagen und Defiziten zurückführen. Dieser sehr deutliche Effekt der Diagnose-Tabellen kann durchgängig über alle untersuchten Hilfeformen hinweg beobachtet werden und fällt immer hochsignifikant aus. Leider gilt dies nicht gleichermaßen für die Förderung von Ressourcen sowie die Zielerreichung. Zwar liegt auch hier die gemessene Effektivität auf einem insgesamt hohen Niveau, aber die Befunde zu den Unterschieden zwischen den Untersuchungsgruppen sind nur in Ansätzen heterogen bzw. legen keine unmittelbaren Unterschiede nahe. Abgesehen von höheren Zielerreichungsgraden bei § 32 SGB VIII, die mit der Anwendung der Diagnose-Tabellen in Zusammenhang stehen, lässt sich also in den letztgenannten Bereichen kein Einfluss der Tabellen feststellen.

Insgesamt kann bei den Sichtweisen des Jugendamts, der leistungserbringenden Einrichtungen und Dienste sowie den Gutachten externer Diagnostiker eine hohe Übereinstimmung in den Beurteilungen identifiziert werden. Gemessen an den sachlich-neutralen Experteneinschätzungen erweisen sich in Bezug auf die Wirkungen der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen allerdings im Detail die Bewertungen der Jugendämter als etwas zu optimistisch, die der Leistungserbringer hingegen als etwas zu pessimistisch.

4.6 Zufriedenheit der Beteiligten

Bei der Untersuchung von sich im Zuge von Hilfeprozessen abzeichnenden Wirkungen erscheint es, wie bereits beschrieben, aus mehreren Gründen sinnvoll, die direkt ersichtlichen und damit objektiv nachweisbaren Wirkungskomponenten getrennt von den subjektiven Konstruktionen der Beteiligten zu analysieren. Ersteres wurde im Rahmen der Ausführungen zur Effektivität der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen in Abschnitt 4.5 bereits ausführlich dargelegt. Neben den hier beschriebenen sogenannten „effects“ sind aber auch die Sichtweisen der Hilfeadressaten ein wichtiger Wirkungsbestandteil („impact“). Dies wird durch ein plastisches Beispiel verdeutlicht, dass so erstmal gar nichts mit Jugendhilfe zu tun hat: Stellen Sie sich vor, Sie hätten die Aufgabe ein Auto für eine Kleinfamilie zu erwerben. Bei Ihrer Entscheidung können Sie mehrere objektiv messbare Kriterien heranziehen. Etwa den Spritverbrauch, das Kofferraumvolumen oder Crashtestergebnisse. Schließlich wird sich ein Fahrzeug finden lassen, das rein rational betrachtet für die erforderlichen Zwecke optimal ist. Lässt sich daraus aber Ihre Zufriedenheit mit der so getroffenen Wahl vorhersagen? Bedingt ja, wenn nur der Verstand zu Rate gezogen wird. Insgesamt hängt es allerdings auch stark von ihren eigenen Werthaltungen ab: Vielleicht mögen Sie lieber zweisitzige Sportwagen, möglicherweise mögen Sie sogar grundsätzlich keine Autos oder es treten nach der Anschaffung Mängel auf, die für Sie nicht akzeptabel sind. Letztendlich versuchen die Automobilhersteller dem zu begegnen, indem Produkte bzw. Produktfamilien angeboten werden, die möglichst vielen Bedürfnissen gerecht werden. Auch die Jugendhilfe muss Dienstleistungen anbieten, die den Bedürfnissen ihrer Klientel gerecht werden und „zufriedene Kunden“ hinterlassen. Dementsprechend ist zwar eine aus fachlich-objektiver Sicht hohe Effektivität immer ein notwendiges Kriterium für die Bewertung des Hilfeerfolgs, nie aber ein für sich schon hinreichendes.

Da die Suche nach den „passenden“ Hilfeangeboten entscheidend durch die Bedarfsfeststellung bzw. Diagnostik geprägt wird, wurde der Einfluss der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen auf die Zufriedenheit der zentralen Hilfeadressaten einer näheren Analyse unterzogen. Hierzu wurden sowohl die jungen Menschen als auch ihre Eltern bzw. Sorgeberechtigten mithilfe von standardisierten Fragebogeninterviews zu den Erfolgen der Hilfen befragt. Hierbei wurde jeweils differenziert erfasst, wie die Hilfe sowohl auf den jungen Menschen als auch auf die Familie gewirkt hat, also, salopp formuliert, ob es diesen durch die Hilfe besser geht als vorher. Damit die hier ermittelten Befunde auch in quantitativer Hinsicht mit den Ergebnissen zur Effektivität vergleichbar sind, wurden die in den Befragungen ermittelten Skalenwerte der Items einer linearen Transformation unterzogen, sodass sie ebenfalls im Wertebereich zwischen „-50“ und „+50“ angesiedelt sind. Ein negatives Vorzeichen bedeutet dabei, dass es dem Befragten nach der Hilfe schlechter geht, ein positives Vorzeichen, dass die Hilfe zu einer Verbesserung beigetragen hat. Ein Wert von Null impliziert, dass keine Änderung wahrgenommen wird.

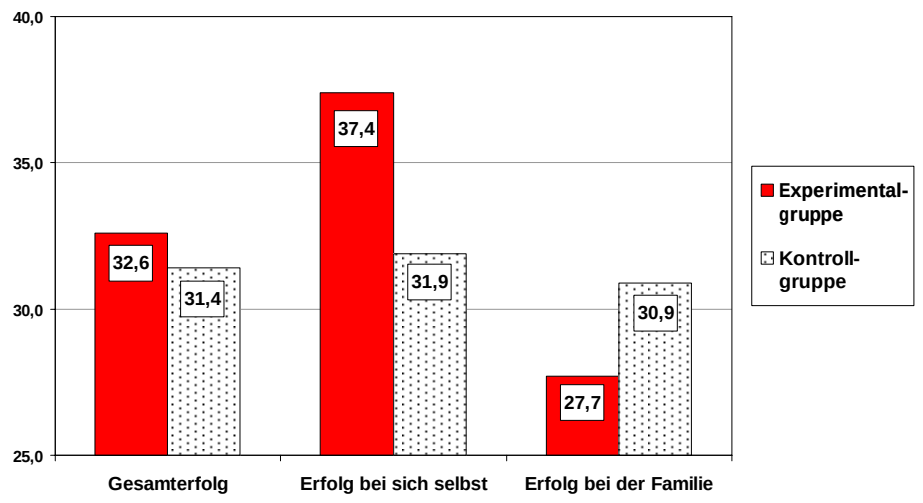
4.6.1 Zufriedenheit des jungen Menschen

Analog zur Vorgehensweise bei der Effektivität wurden auch die subjektiven Wirkungen beim jungen Menschen mithilfe von einfaktoriellen Varianzanalysen mit der Untersuchungsgruppe als Einflussfaktor und den Zufriedenheitsmerkmalen als jeweils abhängigen Variablen untersucht.

Betrachtet man nur den vom jungen Menschen wahrgenommenen Gesamterfolg, bei dem alle im Rahmen der Befragungen erhobenen Erfolgs- bzw. Zufriedenheitsindikatoren gemittelt wurden, so lässt sich zunächst kein Unterschied zwischen der Ausprägung dieses Wertes in der Experimentalgruppe (+32,6) im Vergleich zur Kontrollgruppe (+31,4) feststellen (s. Abbildung 45).

Völlig anders stellt sich diese Situation allerdings dar, wenn der junge Mensch danach gefragt wird, wie zufrieden er mit dem für sich selbst wahrgenommenen Erfolg der Hilfe ist. Hier liegt, übereinstimmend mit den Untersuchungshypothesen, eine deutlich höhere Zufriedenheit in der Experimentalgruppe vor (+37,4 vs. +31,9; statistisch signifikant mit $p = 0.02$). Wird die Frage auf die Systemebene ausgeweitet und analog dazu nach der Wirkung auf die Familie gefragt, so bestätigt sich dieses zunächst positive Bild erstaunlicherweise nicht. Im Gegenteil: Rein von den Zahlenwerten her betrachtet, scheint die Zufriedenheit mit dem Hilfeerfolg bei der Familie sogar in der Untersuchungsgruppe, die ohne die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen arbeitet, etwas höher auszufallen (+30,9 vs. +27,7 Indexpunkte). Dieser Unterschied ist allerdings statistisch gesehen bei dieser Modellbildung nicht signifikant, weswegen bei konservativer Interpretation hinsichtlich dieser Dimension eher von keinem Unterschieden ausgegangen werden müsste.

Abb. 45: Sichtweise der jungen Menschen zum Erfolg der Hilfe



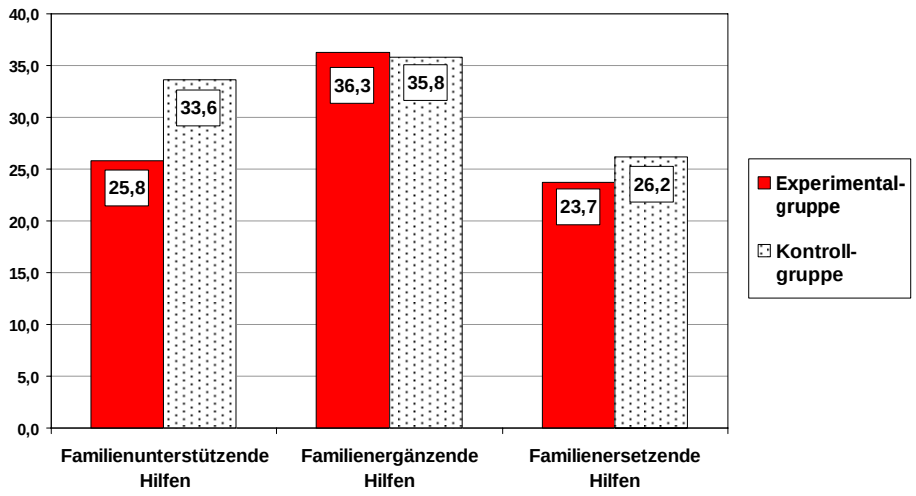
IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

4.6.2 Zufriedenheit des jungen Menschen nach Hilfetyp

In einem nächsten, tiefer reichenden Untersuchungsschritt wurde bei der Analyse der Zufriedenheit des jungen Menschen auch der Hilfetyp berücksichtigt. Damit wurde untersucht, ob sich die Zufriedenheit des Kindes bzw. des Jugendlichen in familienunterstützenden, -ergänzenden oder -ersetzenden Hilfen unterscheidet. Als weiterer Faktor in den nunmehr zweifaktoriellen Varianzanalysen wurde wiederum die Untersuchungsgruppe herangezogen. Zudem wurde auch die Wechselwirkung bzw. Interaktion der beiden Faktoren untersucht.

Abbildung 46 veranschaulicht die Größenverhältnisse in Bezug auf die vom jungen Menschen hinsichtlich des globalen Hilfeerfolgs abgegebenen Einschätzungen.

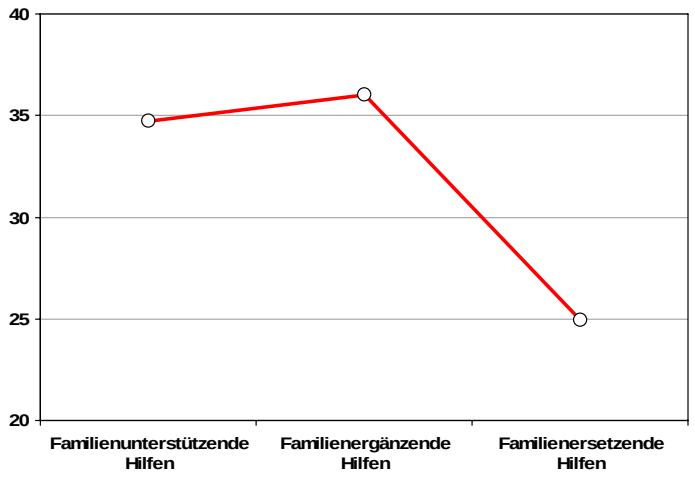
Abb. 46: Gesamterfolg der Hilfe aus Sicht des jungen Menschen nach Hilfetypen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Ein untersuchungsgruppenspezifischer Einfluss lässt sich in Bezug auf den Gesamterfolg nicht ausmachen. Es macht diesbezüglich also in keinem der drei Hilfetypen einen Unterschied, ob die Diagnose-Tabellen eingesetzt wurden oder nicht. Demgegenüber liegt allerdings ein hochsignifikanter Haupteffekt des Hilfetyps vor (p = 0.00, s. Abbildung 47). Die paarweisen Anschlusstests zeigen, dass unabhängig von der Untersuchungsgruppe die Zufriedenheit der Kinder und Jugendlichen in den familienunterstützenden und -ergänzenden Hilfen höher ausfällt als bei den familienersetzenden Hilfen (jeweils p = 0.00).

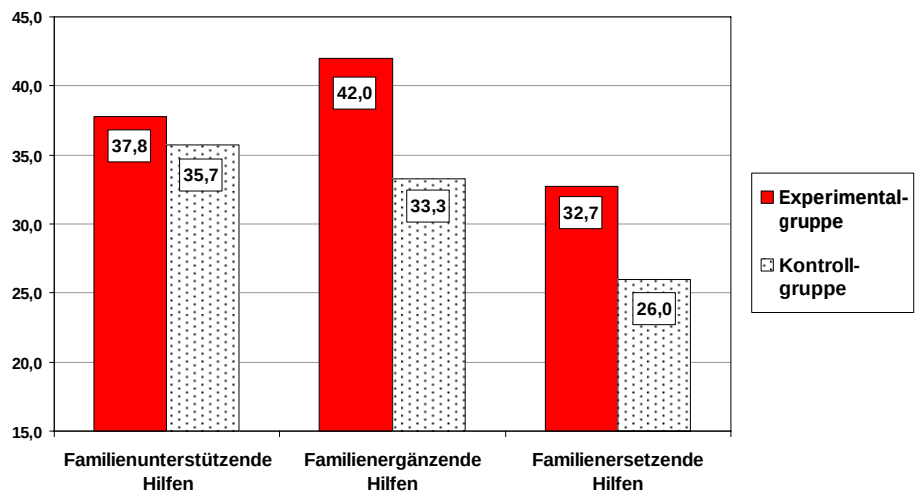
Abb. 47: Gesamterfolg aus Sicht des jungen Menschen – Haupteffekt des Hilfetyps



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Wird explizit nach dem sprichwörtlich „am eigenen Leibe“ erfahrenen Erfolg gefragt, liegt wiederum ein signifikanter Haupteffekt des Hilfetyps vor (p = 0.01). Dieser entspricht in seiner Ausprägung dem in Abbildung 47 für den Gesamterfolg gezeichneten Profil. Zudem kommt diesmal allerdings auch noch ein statistisch bedeutsamer Haupteffekt der Untersuchungsgruppe hinzu (p = 0.02). Wie auch gut aus Abbildung 48 zu ersehen ist, legt dieser Haupteffekt nahe, dass die jungen Menschen im Rahmen der Anwendung der Diagnose-Tabellen über alle Hilfetypen hinweg eine höhere Zufriedenheit berichten. Am schwächsten ausgeprägt bzw. in der Abbildung visuell wahrnehmbar ist dieser Haupteffekt allerdings bei den familienunterstützenden Hilfen.

Abb. 48: Bei sich selbst wahrgenommener Hilfeerfolg des jungen Menschen nach Hilfetypen

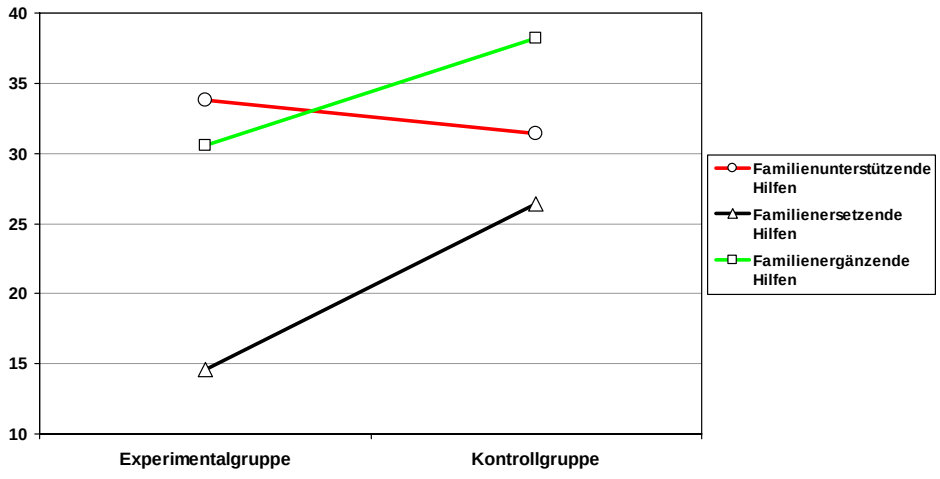


IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Bereits im Zuge der Ergebnisdarstellung zur Gesamtstichprobe in Abschnitt 4.6.1 wurde deutlich, dass die jungen Menschen tendenziell eine durchaus nicht als pauschalisiert zu charakterisierende Bewertung der Wirkungen der Hilfe für sie selbst und bezüglich ihrer Familien vornehmen. Während die wahrgenommenen „Eigenerfolge“ grundsätzlich deutlich für den Einsatz der Diagnose-Tabellen sprechen, wurden deren Wirkungen auf die Familie im Vergleich eher indifferent bzw. ansatzweise sogar kontraproduktiv erlebt. Unter Einbeziehung des Hilfetyps als weiterem varianzaufklärendem Faktor kann dieser sich im Rahmen der Gesamtstichprobe nur leicht abzeichnende Trend noch bestärkt werden. Hierbei ist insbesondere der marginal signifikante Wechselwirkungseffekt zwischen der Untersuchungsgruppe und dem Hilfetyp zu berücksichtigen ($p = 0.09$; Visualisierung siehe kreuzende Linien in Abbildung 49).

Dementsprechend kann sowohl bei den familienersetzenden wie auch den familienergänzenden Hilfen davon ausgegangen werden, dass die familienbezogenen Effekte in der Experimentalgruppe niedriger ausfallen als in der Kontrollgruppe (s. auch Abbildung 50). Bei den familienunterstützenden Hilfen kehren sich die Verhältnisse minimal ins Gegenteil um. Die statistische Evidenz spricht allerdings nicht dafür, dass bei letztgenannten Hilfen substanzielle Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen vorliegen, die für die Experimentalgruppe sprechen würden.

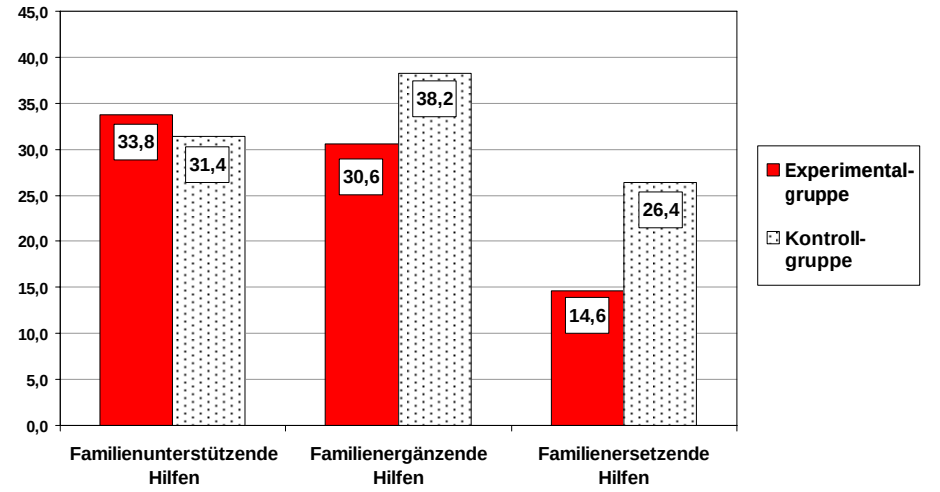
Abb. 49: Vom jungen Menschen bei der Familie wahrgenommener Hilfeerfolg – Interaktionseffekt Untersuchungsgruppe x Hilfetyp



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Der in Abbildung 49 dargestellte Interaktionseffekt erlaubt auf einigen Faktorstufen die Interpretation des signifikanten Haupteffekts des Hilfetyps. Dieser bestätigt das in diesem Kontext bereits mehrfach beobachtete Muster, dass unabhängig von der Untersuchungsgruppe in Bezug auf die Familie die „Grundzufriedenheit" der jungen Menschen in den familienergänzenden und -unterstützenden Hilfen höher ausfällt als bei den familienersetzenden Hilfen. Dies bestätigt sich beim jungen Menschen auf allen Befragungsebenen.

Abb. 50: Bei der Familie wahrgenommener Hilfeerfolg aus Sicht des jungen Menschen nach Hilfetypen



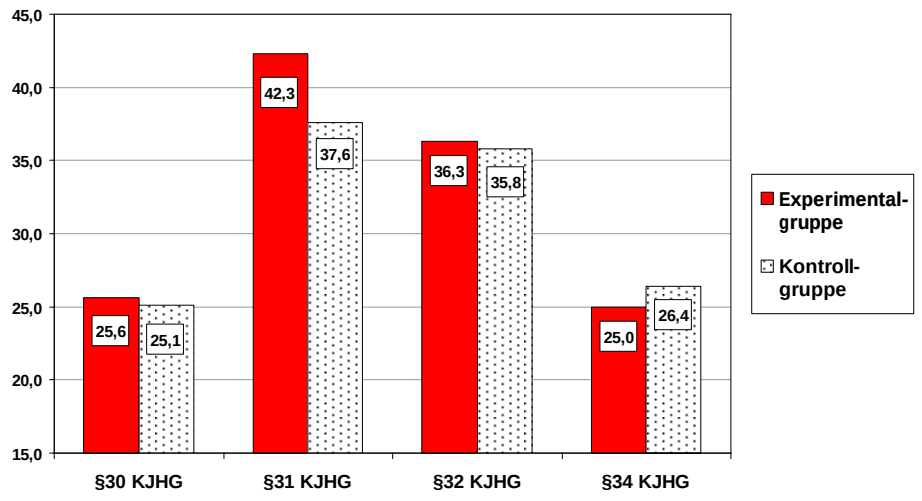
IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

4.6.3 Zufriedenheit des jungen Menschen nach Hilfeart

Werden die Hilfetypen in die ihnen zugrunde liegenden Hilfearten aufgeschlüsselt, lassen sich die im vorangegangenen Abschnitt dargelegten Befunde noch feiner auflösen. Zuverlässige statistische Aussagen waren allerdings aufgrund der heterogenen Zellbesetzungen nur für Hilfen nach den §§ 30, 31, 32 und 34 SGB VIII möglich.

In Bezug auf den vom jungen Menschen wahrgenommenen Gesamterfolg sind auch bei einer Aufschlüsselung nach Hilfearten keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen zu beobachten (s. Abbildung 51).

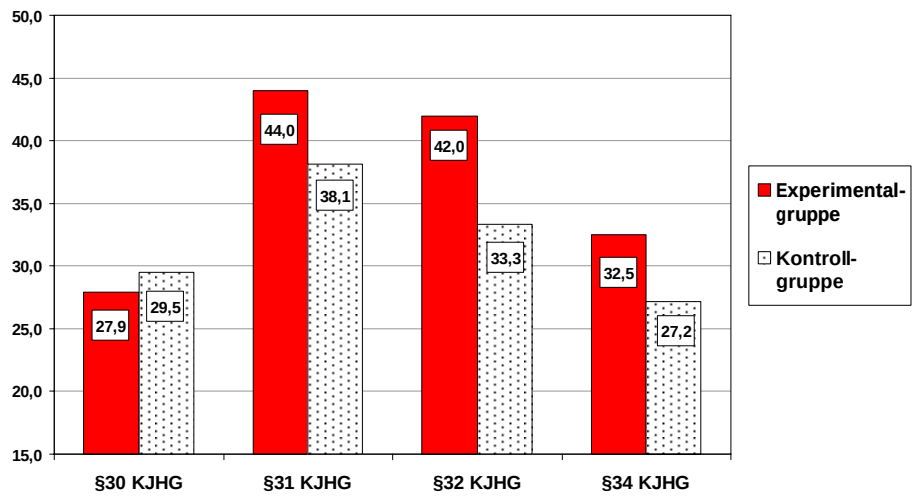
Abb. 51: Gesamterfolg der Hilfe aus Sicht des jungen Menschen nach Hilfearten



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Dagegen ist die Zufriedenheit der jungen Menschen in Bezug auf die bei sich selbst festgestellten Wirkungen in der Regel höher (signifikanter Haupteffekt der Untersuchungsgruppe). Besonders deutlich wird dies allerdings speziell nur bei Hilfen nach § 31 SGB VIII (Sozialpädagogische Familienhilfe), § 32 SGB VIII (Tagesgruppe) und § 34 SGB VIII (Heimerziehung) (s. Abbildung 52).

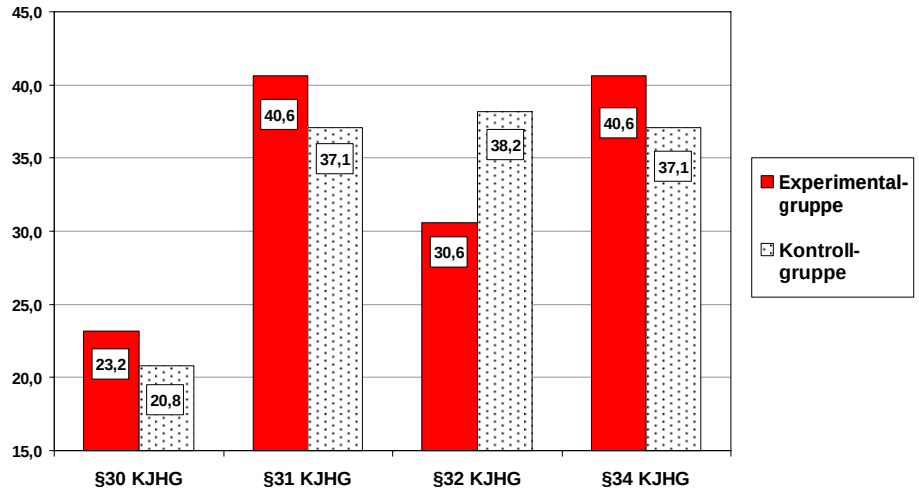
Abb. 52: Bei sich selbst wahrgenommener Hilfeerfolg des jungen Menschen nach Hilfearten



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Die im Verhältnis zu den „Eigeneffekten“ konträre Einschätzung der Wirkungen bei der Familie lässt sich insbesondere bei Hilfen nach den §§ 32 und 34 SGB VIII beobachten (s. Abbildung 53).

Abb. 53: Bei der Familie wahrgenommener Hilfeerfolg aus Sicht des jungen Menschen nach Hilfearten



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

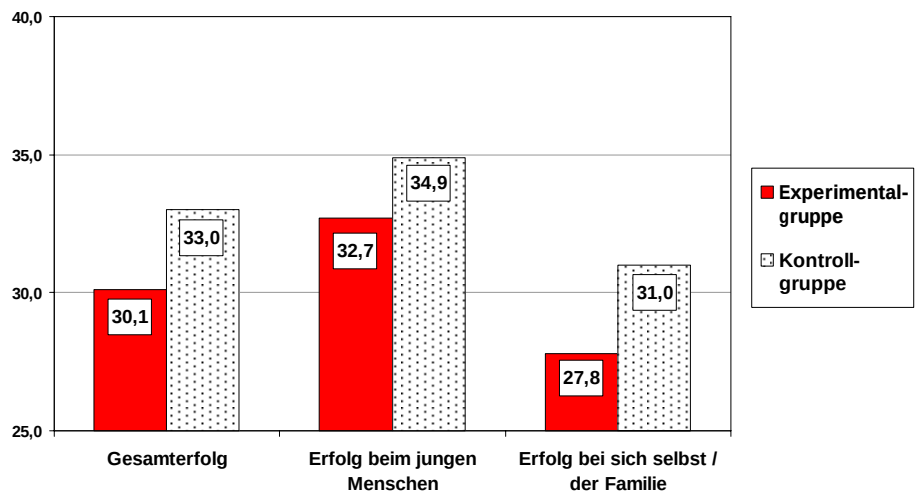
4.6.4 Zufriedenheit der Sorgeberechtigten

Wie gesehen müssen aus Sicht der jungen Menschen die Wirkungen der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen differenziert bewertet werden. Insbesondere im Hinblick auf den Hilfeerfolg bei der Familie liegen teilweise sogar kritische Befunde vor. Sehen die Eltern bzw. Sorgeberechtigten der jungen Menschen dies ähnlich? Zur Beantwortung dieser Frage wurden analog zum Vorgehen bei den jungen Menschen zunächst einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt.

Über alle untersuchten Hilfearten hinweg kann aus Sicht der Eltern bei keiner der untersuchten Dimensionen ein statistisch bedeutsamer Mittelwertsunterschied zwischen den Untersuchungsgruppen ermittelt werden. Das heißt, dass die Eltern bzw. Sorgeberechtigten dem Einsatz der Diagnose-Tabellen keine positiven Effekte beimessen können (vgl. auch Abbildung 54). Wenngleich nicht statistisch relevant, fallen die Ausprägungen der reinen Zahlenwerte in der Kontrollgruppe sogar jeweils etwas höher aus (wobei insgesamt die Werte in beiden Gruppen absolut gesehen natürlich in einem deutlich positiven Bereich liegen).

Interessanterweise sehen die Sorgeberechtigten entgegen den Selbsteinschätzungen der jungen Menschen (und ferner auch den Bewertungen aller beteiligten Fachkräfte und Experten) auch bei diesen selbst grundsätzlich keine größeren Erfolge als in der Kontrollgruppe, in der die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen nicht angewandt wurden. Demgegenüber geht die Einschätzung des Erfolgs bei sich selbst bzw. in Bezug auf die Familie in dieselbe Richtung wie beim jungen Menschen.

Abb. 54: Sichtweise der Sorgeberechtigten zum Erfolg der Hilfe



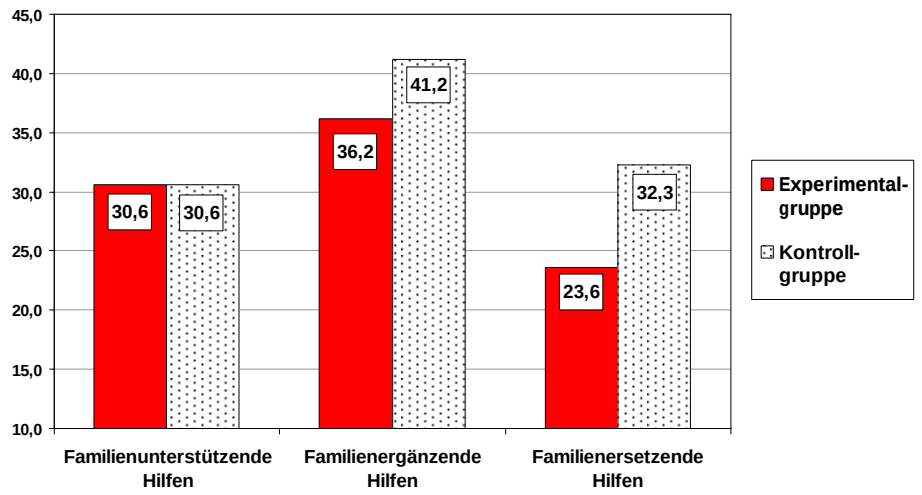
IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

4.6.5 Zufriedenheit der Sorgeberechtigten nach Hilfetyp

Lassen sich möglicherweise bei einer gestuften Analyse von familienunterstützenden, -ergänzenden und -ersetzenden Hilfeangeboten doch noch überzufällige Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen aufdecken? Hierzu wurden zweifaktorielle Varianzanalysen durchgeführt, bei denen neben der Untersuchungsgruppe auch der Hilfetyp als potenzieller Einflussfaktor Berücksichtigung fand.

Bei der Bewertung des Gesamterfolgs, der alle bei den Eltern bzw. Sorgeberechtigten erfassten Erfolgs- und Zufriedenheitsindikatoren miteinbezieht, zeichnet sich zumindest bei Betrachtung des Interaktionsdiagramms (s. Abbildung 55) ein Wechselwirkungseffekt ab, bei dem die Zufriedenheitswerte der Eltern/Sorgeberechtigten in den Kotrollgruppendaten der familienergänzenden und -ersetzenden Hilfen verhältnismäßig höher ausfallen. Definitiv keine Unterschiede sind bei den familienunterstützenden Angeboten zu beobachten. Dieser Wechselwirkungseffekt verpasst allerdings mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 12% knapp das Minimalkriterium für statistische Signifikanz, ist aber aus diesem Grund inhaltlich durchaus nicht bedeutungslos.

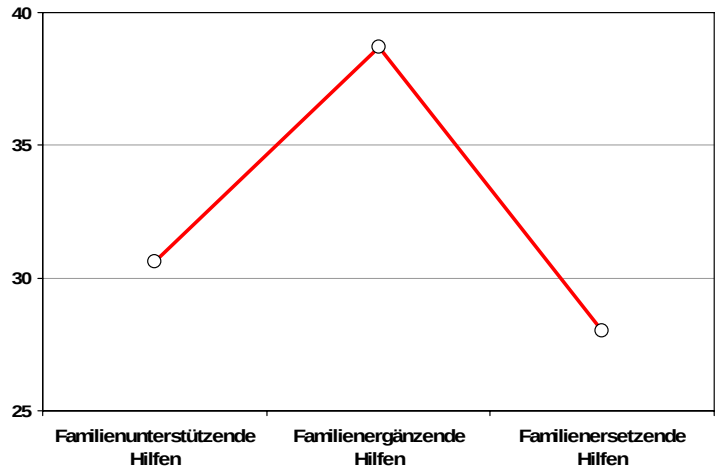
Abb. 55: Gesamterfolg der Hilfe aus Sicht der Eltern / Sorgeberechtigten nach Hilfetypen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

De facto interpretierbar ist im Gegensatz dazu allerdings der signifikante Haupteffekt des Hilfetyps ($p = 0.02$; s. Abbildung 56). Analog zum jungen Menschen zeigen die paarweisen Anschlusstests, dass die Zufriedenheit mit den familienersetzenden Hilfen niedrig ist. Bei den Eltern/Sorgeberechtigten gilt dies allerdings differierend auch für die familienunterstützenden Hilfen, sodass insgesamt die familienergänzenden deutlich besser bewertet werden als die anderen Hilfetypen (jeweils $p < 0.02$).

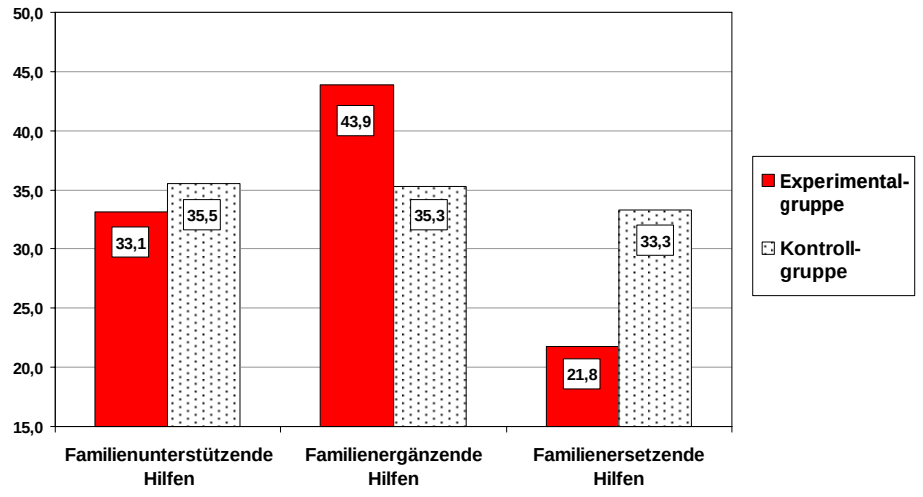
Abb. 56: Gesamterfolg aus Sicht der Eltern / Sorgeberechtigten – Haupteffekt des Hilfetyps



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

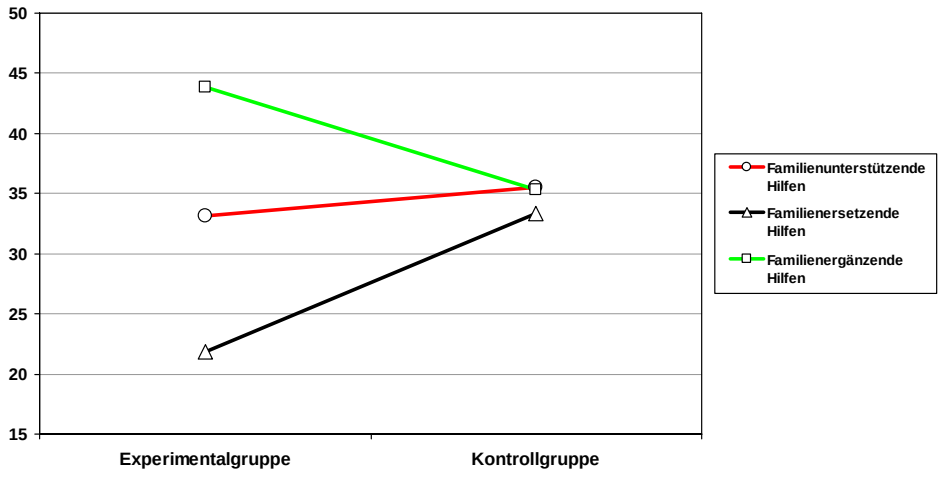
Fiel beim jungen Menschen der bei sich selbst wahrgenommene Hilfeerfolg in der Experimentalgruppe noch durchweg höher aus, so kann diese „exklusive“ Wirkung der Hilfe für die Kinder und Jugendlichen aus Sicht der Eltern bzw. Sorgeberechtigten nur für die familienergänzenden Hilfen bestätigt werden (s. Abbildung 57). Diese Interpretation wird durch einen in diesem Fall auch signifikanten Interaktionseffekt (p = 0.04) gestützt, der in Abbildung 58 anhand der sich kreuzenden Linien plastisch visualisiert ist. Bei den familienersetzenden Hilfen dagegen sprechen die Größenverhältnisse wiederum für die Kontrollgruppe.

Abb. 57: Von den Eltern / Sorgeberechtigten beim jungen Menschen wahrgenommener Hilfeerfolg nach Hilfetypen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

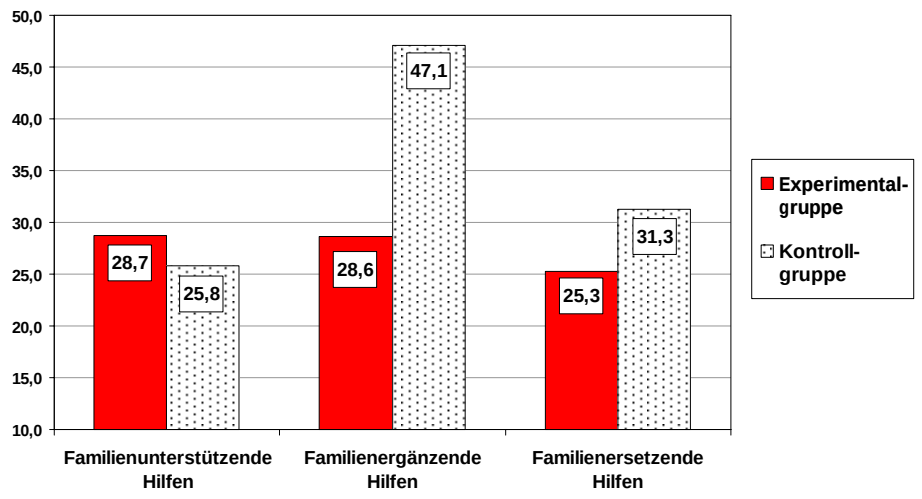
Abb. 58: Von den Eltern / Sorgeberechtigten beim jungen Menschen wahrgenommener Hilfeerfolg – Interaktionseffekt Hilfetyp x Untersuchungsgruppe



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

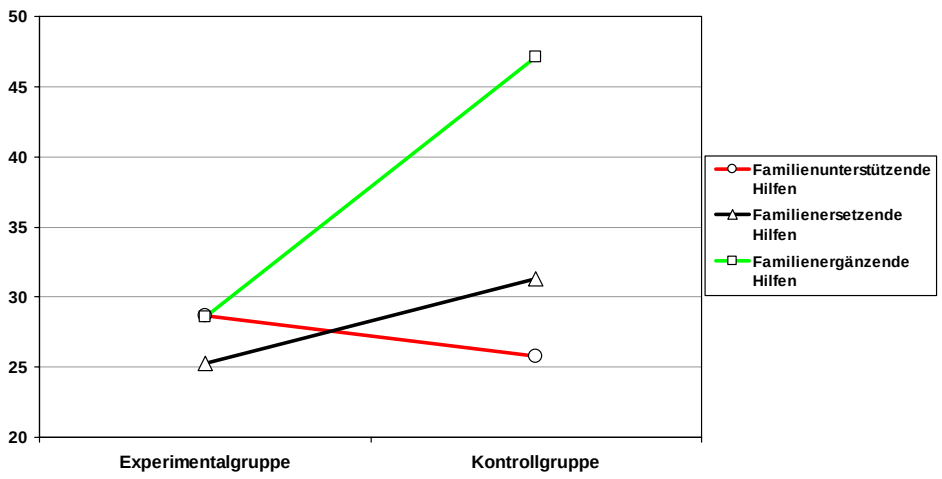
Hinsichtlich der Beurteilung des Hilfeerfolgs für die Familie stellen sich die empirischen Befunde parallel zu den eingangs dargelegten Ausführungen zur Beurteilung des Gesamterfolgs dar (s. Abbildung 59): Diesmal ist allerdings die Wechselwirkung, die den familienergänzenden und -ersetzenden Hilfen in der Kontrollgruppe eine höhere Zufriedenheit der Eltern/Sorgeberechtigten attestiert (keine Unterschiede bei den familienunterstützenden Hilfen), auch statistisch signifikant ($p = 0.03$; s. Abbildung 60). Diese Wechselwirkung verstärkt sich sogar ansatzweise in Richtung eines Befundes, der für die Diagnose-Tabellen spricht: Bei den familienunterstützenden Hilfen ist die Zufriedenheit der Eltern/Sorgeberechtigten hinsichtlich der Hilfewirkungen auf die Familie geringfügig höher.

Abb. 59: Von den Eltern / Sorgeberechtigten bei der Familie wahrgenommener Hilfeerfolg nach Hilfetypen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Abb. 60: Von den Eltern / Sorgeberechtigten bei der Familie wahrgenommener Hilfeerfolg – Interaktionseffekt Hilfetyp x Untersuchungsgruppe



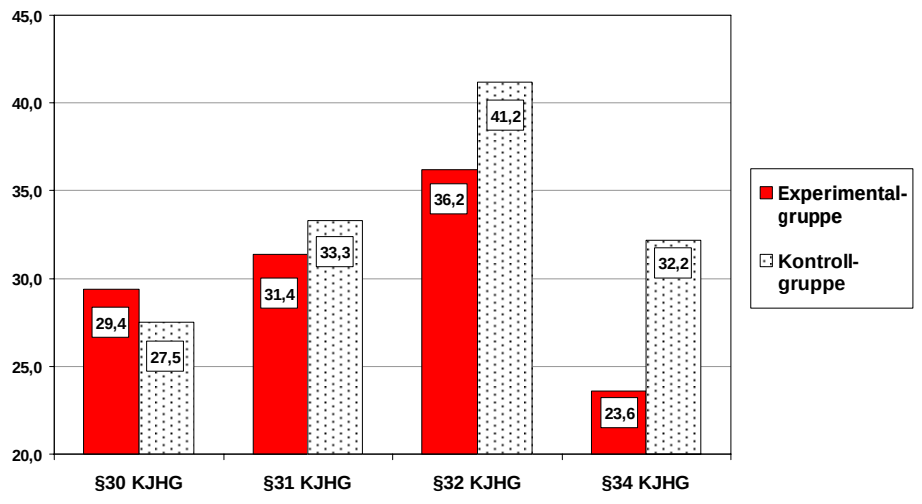
IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

4.6.6 Zufriedenheit der Sorgeberechtigten nach Hilfeart

Für Hilfen nach den §§ 30, 31, 32 und 34 SGB VIII lassen sich die im vorangegangenen Abschnitt dargelegten Befunde noch folgendermaßen spezifizieren:

Bezüglich des von den Eltern bzw. Sorgeberechtigten wahrgenommenen Gesamterfolgs sind rein nominell gesehen die Zufriedenheitswerte bei § 34 SGB VIII (Heimerziehung) und ansatzweise bei § 32 SGB VIII (Tagesgruppe) in der Kontrollgruppe stärker ausgeprägt. Dieser Effekt ist allerdings nicht statistisch signifikant (s. Abbildung 61).

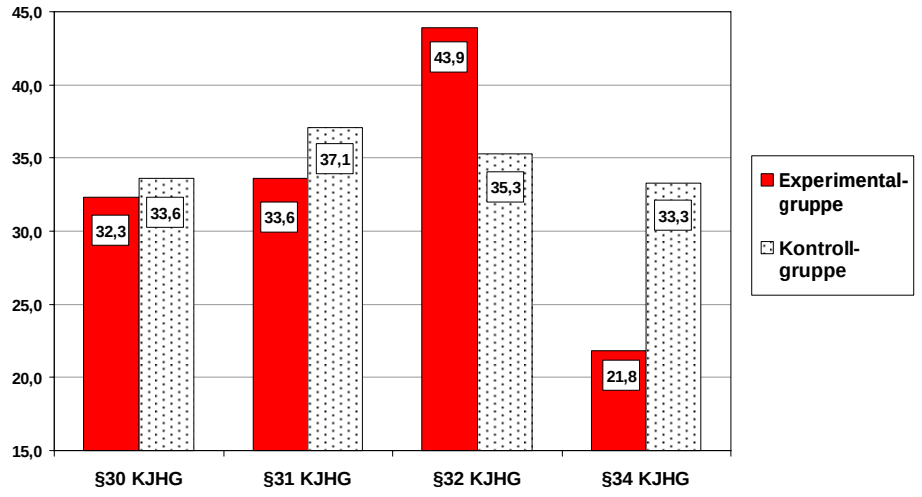
Abb. 61: Gesamterfolg der Hilfe aus Sicht der Eltern / Sorgeberechtigten nach Hilfearten



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Bei der Bewertung des Hilfeerfolgs für die jungen Menschen stellt sich folgende Wechselwirkung zwischen der Untersuchungsgruppe und dem Faktor Hilfeart dar: Während die Eltern/Sorgeberechtigten durch den Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen bedingte höhere Erfolge bei § 32 SGB VIII (Tagesgruppe) ausmachen, verhält es sich genau umgekehrt bei den Hilfeparagraphen 31 (Sozialpädagogische Familienhilfe) und 34 SGB VIII (Heimerziehung) (s. Abbildung 62).

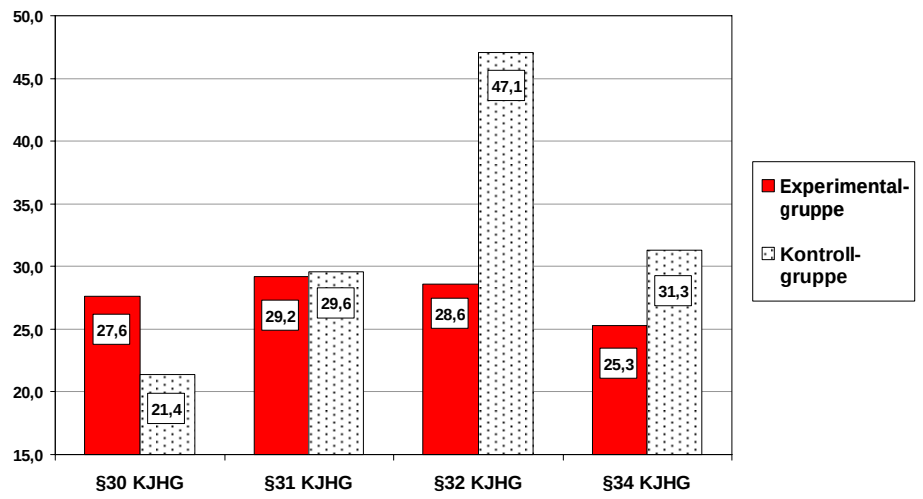
Abb. 62: Von den Eltern / Sorgeberechtigten beim jungen Menschen wahrgenommener Hilfeerfolg nach Hilfearten



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Hinsichtlich der Erfolgseinschätzungen für die Familie liegt ebenfalls eine Wechselwirkung zwischen Untersuchungsgruppe und Hilfeart vor (s. auch Abbildung 63). In den Kontrollgruppen ist hier allerdings eine höhere Zufriedenheit bei § 32 und § 34 SGB VIII zu konstatieren. Der im letzten Abschnitt bei der Analyse der Hilfetypen nur tendenziell zum Vorschein kommende Befund bei den familienunterstützenden Hilfen, der für den Einsatz der Diagnose-Tabellen spricht, zeigt sich bei der Betrachtung der Einzelhilfen noch wesentlich deutlicher: Er trifft nämlich explizit für Hilfen nach § 30 (Erziehungsbeistand) zu und nicht für Hilfen nach § 31 SGB VIII, die prinzipiell auch unter die familienunterstützenden Maßnahmen zu zählen sind.

Abb. 63: Von den Eltern / Sorgeberechtigten bei der Familie wahrgenommener Hilfeerfolg nach Hilfearten



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

4.6.7 Zufriedenheit der wesentlichen Hilfeadressaten: Fazit

Ein einfaches Fazit in Bezug auf die subjektiven Sichtweisen der jungen Menschen und ihrer Eltern bzw. Sorgeberechtigten fällt schwer, da die Einschätzungen in Bezug auf die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen ein insgesamt recht inhomogenes Bild ergeben. Die alleinige Betrachtung der über verschiedene Kriterien gemittelten Gesamterfolgseinschätzungen ist wenig aufschlussreich, da bei einer derartigen Vorgehensweise die sich in den teilweise auseinandergehenden Detaileinschätzungen abbildenden Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen „nivellieren“ bzw. nicht klar genug hervortreten. Erst eine differenzierte Betrachtungsweise trägt hier zu einem tatsächlichen Erkenntnisgewinn bei:

Dementsprechend muss festgehalten werden, dass die jungen Menschen der Experimentalgruppe den bei sich selbst wahrgenommenen Hilfeerfolg durchweg deutlich höher einschätzen als die Kontrollgruppe. Dies deckt sich auch mit den Kernbefunden zu den Wirkungen aus Fachkräftesicht (vgl. Abschnitt 4.5). Wird allerdings zusätzlich noch nach dem Erfolg für die eigene Familie gefragt, ergibt sich eine divergierende Befundlage: Hier sehen die jungen

Menschen in der Experimentalgruppe tendenziell einen geringeren Erfolg als in der Kontrollgruppe (besonders bei Hilfen nach den §§ 32 und 34 SGB VIII: Tagesgruppe und Heimerziehung). Bei den familienunterstützenden Hilfen hingegen liegt kein derartiger Unterschied vor.

Von allen untersuchten Sichtweisen fallen die Einschätzungen der Personensorgeberechtigten für die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen am ungünstigsten aus. Zwar schneidet auch bei diesen in vielen Analysebereichen die Kontrollgruppe bei den familienergänzenden Hilfen nach § 32 SGB VIII und den familienersetzenden Hilfen nach § 34 SGB VIII besser ab, dies wird allerdings nicht nur übereinstimmend zu den Einschätzungen der Kinder und Jugendlichen bezüglich der Hilfewirkung auf die Familie auf ebendiese Weise wahrgenommen, sondern greift entsprechend, entgegen allen sonstigen vorliegenden Einschätzungen, sogar auf die Erfolgswahrnehmung bei den jungen Menschen über. Befunde, die auch aus Eltern-/Sorgeberechtigtensicht für einen Einsatz der Diagnose-Tabellen sprechen, liegen hingegen in wenigen Teilbereichen für die Tagesgruppe (§ 32 SGB VIII) und die Erziehungsbeistandschaft (§ 30 SGB VIII) vor.

Wie können diese verflochtenen und diffizilen Befunde bewertet werden und wie fügen sie sich in das Gesamtbild der bereits dargelegten Ergebnisse? Zunächst ist, auch wenn es trivial klingen mag, festzustellen, dass durch die eingehende Analyse der Erfolgseinschätzungen der zentralen Hilfeadressaten für den vorliegenden Untersuchungsgegenstand zusätzliche Erkenntnisse abgeleitet werden konnten, die bei ausschließlicher Fokussierung auf andere Wirkungsbereiche womöglich vollständig im Dunkeln geblieben wären. Zudem ergeben sich auch vielversprechende Anknüpfungspunkte für die Besprechung weiterer Befunde, etwa denen zur Partizipation und Kooperation (s. Abschnitt 4.9).

Zur Einordnung des „impacts“ bei jungen Menschen und Sorgeberechtigten sollte zunächst nochmals in Erinnerung gerufen werden, dass insbesondere die jungen Menschen, ähnlich wie die Jugendämter, Leistungserbringer und externen Diagnostiker, infolge des Einsatzes der Diagnose-Tabellen durchaus bessere Erfolge bei sich selbst beobachteten. Kritisch wird es erst, wenn auch die Familienebene in die Bewertung einbezogen wird. Möglicherweise sind in den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen systemische und familienstrukturelle Aspekte noch nicht hinreichend differenziert abgebildet, um auch hier adäquate und von den Beteiligten erkennbare Erfolge erzielen zu können. Dieser Effekt kann im Prozess etwa schon dadurch bedingt sein, dass es bei den Personensorgeberechtigten nicht gelingt, das „richtige“ Maß an Beteiligung und ferner auch die so wichtige „Koproduktivität“ herzustellen. Die Folge ist ganz banale Unzufriedenheit. Dies wäre letztendlich auch eine schlüssige Erklärung dafür, warum gerade in der Bewertung der Eltern die Tabellen verhältnismäßig so schlecht abschneiden.

Schließlich müssen die Befunde zur Zufriedenheit der Hilfeadressaten auch vor dem Hintergrund der erzielten Rücklaufquoten interpretiert werden (s. auch Abschnitt 3.8.1).

4.7 In welchem Zusammenhang stehen die verschiedenen Sichtweisen der Beteiligten?

Wie bereits hinreichend beschrieben, wurde es im Rahmen der vorliegenden Untersuchung aus theoretischen und empirischen Erwägungen heraus als notwendig gesehen, die direkt ersichtlichen und objektivierbaren Wirkungskomponenten der Hilfen („effects“) getrennt von den subjektiven, durch individuelle Bedürfnisse und Werthaltungen geprägten Sichtweisen der Hilfeadressaten („impacts“) zu betrachten.

In Abschnitt 4.5.5 wurde deutlich, dass auf der „effect“-Ebene insgesamt sehr hohe Übereinstimmungen zwischen den von Jugendamt, Leistungserbringern und externen Diagnostikern beobachteten Hilfeeffekten vorliegen (Korrelationskoeffizienten im Bereich zwischen r = 0.72 und r = 0.90, s. auch Tabelle 38).

Nicht ganz so eindeutig verhält es sich bei Betrachtung der „impacts“ (s. Tabelle 39). Zwar sind sowohl die Beurteilungen der jungen Menschen (mit Korrelationskoeffizienten zwischen r = 0.68 bis r = 0.93) als auch die ihrer Eltern bzw. Sorgeberechtigten (mit Korrelationskoeffizienten zwischen r = 0.58 bis r = 0.92) in sich recht homogen, die Korrelationen fallen aber bei beiden deutlich ab, wenn es um eine differenzierte Einschätzung des Hilfeerfolgs für den jungen Mensch einerseits und für die Familie andererseits geht. Hier bestätigen sich auch für die Gesamtstichprobe die bereits in Abschnitt 4.6 in Hinblick auf die Wirkungen der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen ermittelten Befunde, die beweisen, dass es diesbezüglich durchaus zu sehr unterschiedlichen bzw. auseinandergehenden Einschätzungen kommen kann.

Zwischen den Sichtweisen der jungen Menschen und ihrer Sorgeberechtigten fallen die Beurteilungsübereinstimmungen sogar noch niedriger aus. Die Korrelationskoeffizienten bewegen sich zwar absolut gesehen immer noch größtenteils auf einem mittleren bis hohen Niveau (vgl. Sedlmeier, 1996), erreichen aber mit Abstand nicht die überaus hohen Werte, die zwischen den Fachkräfteperspektiven zu beobachten waren. Die absolut gesehen niedrigsten Übereinstimmungen liegen zwischen dem vom jungen Mensch bei sich selbst wahrgenommen Hilfeerfolg und der Gesamterfolgsbeurteilung der Sorgeberechtigten sowie zwischen dem vom jungen Menschen beobachteten Gesamterfolg und dem von den Sorgeberechtigten in Bezug auf die Familie attribuierten Hilfeerfolg vor. Zwischen dem vom jungen Menschen bei sich selbst wahrgenommenen Hilfeerfolg und dem von den Sorgeberechtigten bei der Familie verorteten Erfolg liegt sogar überhaupt kein Zusammenhang vor.

Tabelle 39: Zusammenhänge zwischen den Hilfeerfolgseinschätzungen der jungen Menschen und ihrer Eltern/Sorgeberechtigten

	Junger Mensch: Gesamt-erfolg	*Junger Mensch: Erfolg bei sich*	*Junger Mensch: Erfolg bei Familie*	*Sorgebe-rechtigte: Gesamt-erfolg*	*Sorgebe-rechtigte: Erfolg beim jungen Men-schen*	*Sorgebe-rechtigte: Erfolg bei Familie*
Junger Mensch: Gesamterfolg	1	**0.90****	**0.93****	**0.29****	**0.37****	**0.19****
Junger Mensch: Erfolg bei sich	**0.90****	1	**0.68****	**0.17***	**0.31****	0.04
Junger Mensch: Erfolg bei Familie	**0.93****	**0.68****	1	**0.36****	**0.37****	**0.29****
Sorgeberechtig-te: Gesamterfolg	**9.29****	**0.17***	**0.36****	1	**0.85****	**0.92****
Sorgeberechtig-te: Erfolg beim jungen Men-schen	**0.37****	**0.31****	**0.37****	**0.85****	1	**0.58****
Sorgeberechtig-te: Erfolg bei Familie	**0.19****	0.04	**0.29****	**0.92****	**0.58****	1

** Die Korrelation (nach Pearson) ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant
* Die Korrelation (nach Pearson) ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

Wie sehen nun die Zusammenhänge zwischen den „impacts“ und den „effects“ aus? Theoretisch gesehen sollten die Korrelationen zwischen den beiden Ebenen niedriger ausfallen als innerhalb der Ebenen, da gerade bei den subjektiven Sichtweisen durch die nach unterschiedlicher individueller Präferenz gewichteten Erfolgsmerkmale eine höhere Varianz in den Erfolgseinschätzungen zustande kommt (bspw. kann es einem Jugendlichen stärker auf die Lösung eines bestimmten Problems ankommen, ein anderer akzentuiert womöglich eher die Freizeitmöglichkeiten, die sich während einer Heimunterbringung geboten haben). Andererseits sollten diese aus fachlicher Sicht idealerweise auch nicht negativ ausfallen oder nahe bei Null liegen. Im ersten Fall hieße dies, dass die Wirkungen genau gegenteilig bewertet werden, im zweiten Fall, dass die Sichtweisen nichts miteinander zu tun haben. Tabelle 40 veranschaulicht die im Rahmen der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen beobachteten Beziehungen zwischen den „effect“- und „impact“-Dimensionen der Hilfewirkungen. Auf der „effect“-Seite wird in der Korrelationsmatrix unter anderem die Gesamteffektivität (s. Abschnitt 4.5.1) ausgewiesen, die sich aus den mithilfe von unabhängigen externen Expertengutachten adjustierten Sichtweisen der Fachkräfte in den Jugendämtern und bei den Leistungserbringern zusammensetzt und somit die zentrale Ergebnisgröße für die Effektivität der Hilfen porträtiert.

Tabelle 40: Zusammenhänge zwischen den „effect"- und „impact"-Dimensionen der Hilfewirkungen

Effekt-Dimensionen	***Impact-Dimensionen***					
	Junger Mensch: Gesamt-erfolg	*Junger Mensch: Erfolg bei sich*	*Junger Mensch: Erfolg b. Fam.*	*Sorgebe-rechtigte: Gesamt-erfolg*	*Sorgebe-rechtigte: Erfolg b. Kind*	*Sorgebe-rechtigte: Erfolg b. Fam.*
Gesamt-effektivität	**0.17***	**0.15***	**0.17***	-0.05	-0.05	-0.04
Sichtweise ex-terne Experten	**0.17***	**0.16***	**0.16***	-0.05	-0.08	-0.02
Sichtweise Jugendamt	**0.16***	0.09	**0.19****	-0.11	-0.09	-0.11
Sichtweise Leis-tungserbringer	**0.25****	**0.24****	**0.23****	-0.03	0.02	0.03

* Die Korrelation (nach Pearson) ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant
** Die Korrelation (nach Pearson) ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

Wie es sich bereits in Abschnitt 4.6 anhand der divergierenden Bewertungen von jungen Menschen und ihren Sorgeberechtigten angedeutet hat, lassen sich keine Übereinstimmungen zwischen den Sichtweisen der Sorgeberechtigten und den „effects" ermitteln. Teilweise haben die Korrelationen zwar ein negatives Vorzeichen, da diese aber nicht signifikant sind, kann zunächst nur zulässig gefolgert werden, dass die Sichtweisen von Eltern und Fachkräften hinsichtlich der Bewertung der Hilfeeffekte, salopp formuliert, nichts miteinander gemein haben. Es sei an dieser Stelle explizit darauf hingewiesen, dass dieser Befund unabhängig vom Einsatz der Diagnose-Tabellen gilt und daher auch hiervon unabhängig in Zukunft ein zentraler Gegenstand einer übergeordneten Qualitätsdiskussion in der Jugendhilfe sein muss. Offensichtlich gelingt es auf der Ergebnisseite (damit ist nicht die Frage der Partizipation und Kooperation gemeint, die ein separat zu betrachtender Aspekt der Qualität des Hilfeprozesses ist; s. Abschnitt 4.9) nicht, die Eltern bzw. Sorgeberechtigten in angemessener Weise „mit ins Boot zu holen".

Für die Kinder und Jugendlichen trifft dies erfreulicherweise nicht zu. Zwar fallen wie erwartet die Korrelationen absolut gesehen niedriger aus als innerhalb der „effect" oder „impact"-Ebene, sie gehen aber eindeutig und signifikant in dieselbe Richtung wie bei den „Fachleuten". Dies gilt zumeist sowohl für die Beurteilung des Hilfeerfolgs beim jungen Menschen selbst als auch für dessen Familie. Insgesamt am höchsten fallen die Übereinstimmungen des jungen Menschen mit den hilfedurchführenden Einrichtungen und Diensten (Leistungserbringern) aus. Bemerkenswerterweise besteht keine statistisch bedeutsame Korrelation zwischen den vom Jugendamt festgestellten Effekten und dem vom jungen Menschen bei sich selbst lokalisierten Hilfeerfolg. Möglicherweise steht dies damit in Zusammenhang, dass bereits aufgrund anderer Befunde den an der Studie teilnehmenden Jugendämtern teilweise ein etwas zu stark dimensionierter Optimismus bei der Beurteilung des Hilfeerfolgs unterstellt werden musste (s. auch Abschnitt 4.5.9).

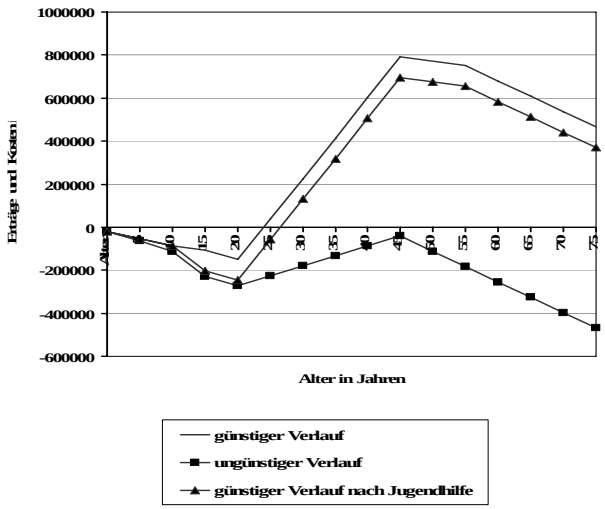
4.8 Begünstigt der Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen eine effizientere Jugendhilfe?

Die makroperspektivischen Wirkungen erzieherischer Hilfen – auch „outcome“ genannt – lassen sich an mehreren Indikatoren festmachen. So bspw. an der durch erfolgreiche Hilfen reduzierten Wahrscheinlichkeit von Kriminalität und Arbeitslosigkeit und damit natürlich auch an der hiermit in engem Zusammenhang stehenden volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Relation bzw. Effizienz der Hilfen.

Mittlerweile wurden im Bereich der Jugendhilfe einige Studien durchgeführt, die die Qualität und Effektivität untersucht haben (bspw. die Jugendhilfe-Effekte-Studie, s. Schmidt et al., 2002). Eher selten sind hingegen Studien anzutreffen, die die Effizienz der Maßnahmen analysieren und damit der Frage nachgehen, ob Jugendhilfemaßnahmen gesamtgesellschaftliche und gesamtwirtschaftliche „Zukunftsinvestitionen in Humankapital“ darstellen, die sich später durch gesenkte Folgekosten und höhere gesellschaftliche Produktivität auszahlen. Im Hinblick auf immer wiederkehrende Kostendiskussionen erscheint es geboten, nicht nur den Erfolg und damit die Qualität von Hilfen nachzuweisen, sondern auch belegen zu können, dass sich diese in einem wirtschaftlich vertretbaren Rahmen abspielen (s. auch Halfar, 2005; Macsenaere & Paries, 2006; Kurz-Adam & Köhler, 2002). Es werden also dringend profunde Antworten auf den zunehmenden Kostendruck benötigt. Mittlerweile werden durchaus vielversprechende Ansätze beschrieben und in den fachlichen Diskurs eingebracht (s. Roos, 2005; Roos & Petermann, 2006). In Anlehnung daran treibt auch das Institut für Kinder- und Jugendhilfe in Mainz ernstzunehmende Modellprojekte voran.

Neben entwicklungspsychopathologischen Theorien (s. Petermann, 2002a) bildet die volkswirtschaftliche Humankapitaltheorie eine wichtige Grundlage der hierbei zum Einsatz kommenden Kosten-Nutzen-Analysen. Dabei handelt es sich um gängige Verfahren der Volkswirtschaftslehre, die insbesondere im Bereich der Gesundheitsökonomie zur Bewertung von Projekten und Maßnahmen eingesetzt werden und dort als „Lege artis“ gelten. Kosten-Nutzen-Analysen gehen von der Grundannahme aus, dass jedes Individuum unter Beachtung von Kosten- und Nutzenaspekten über seine Bildungs-, Gesundheits- und andere Aktivitäten „entscheidet“, die seine Fähigkeiten und Fertigkeiten beeinflussen und zum Aufbau von Humankapital führen. Unter Humankapital versteht man eine Vielzahl von Verhaltensweisen, die sowohl schädlichen als auch nützlichen Einfluss auf diese Fähigkeiten und Fertigkeiten haben: So hat etwa Suchtverhalten einen Einfluss auf die Gesundheit und infolge dessen auch auf die Arbeitsfähigkeit etc. (s. Becker, 1996). Durch den Erwerb neuer Fähigkeiten und Fertigkeiten entsteht Humankapital, das zu direkten und langfristigen ökonomischen Konsequenzen führt. Klassische Beispiele für „Investition in Humankapital“ sind alle Entscheidungen für bestimmte Schul- oder Berufsausbildungen. Dadurch entstehen aus ökonomischer Sicht zunächst allerdings erst einmal Kosten, die über die gesamte Lebensspanne betrachtet dann aber in aller Regel auch zu höheren Erträgen führen. Dies gilt übrigens gleichermaßen für das Individuum wie auch für das Gemeinwesen.

Abb. 64: Jugendhilfe als Investition in Humankapital

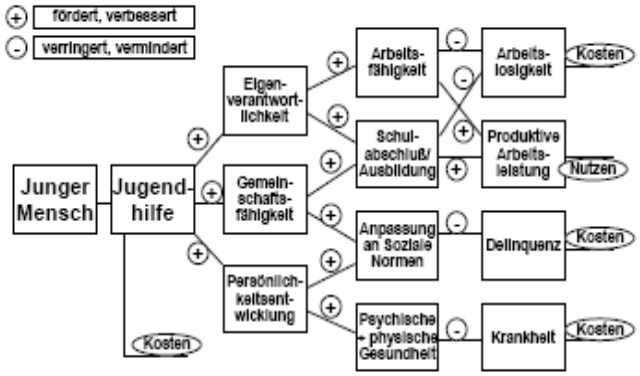


(nach Roos & Petermann, 2006)

IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

In Abbildung 64, welche die summierten Erträge und Kosten im Lebensverlauf eines Menschen darstellt, ist dies mit hypothetischen Werten skizziert: Im ersten Lebensabschnitt bis zum Eintritt ins Erwerbsleben sind zunächst Aufwendungen notwendig, eben die Investitionen ins Humankapital. Diesen stehen keine bzw. lediglich geringe Erträge gegenüber. Dies ändert sich mit dem Eintritt ins Erwerbsleben grundlegend: Bei einem günstigen Verlauf (quasi die „Bilderbuchkarriere“) werden bis ins Rentenalter hinein Ertragsüberschüsse erwirtschaftet, welche die früheren Aufwendungen deutlich übersteigen. Mit dem Übergang in das Rentenalter übersteigen die Aufwendungen wiederum die Erträge, die Werte bleiben aber insgesamt noch klar im positiven Bereich. Bei ungünstigen biografischen Verläufen, bei denen im Jugendalter trotz Bedarf keine Förderung (etwa durch Jugendhilfe) erfolgt ist, muss etwa durch längere Zeiten ohne Beschäftigung von einem deutlich geringeren Einkommen und einer niedrigeren Produktivität ausgegangen werden. Zwar entstehen in manchen Jahren möglicherweise trotzdem Ertragsüberschüsse, die Summenkurve verlässt insgesamt jedoch nie den negativen Bereich (aufgrund von Renten- und/oder Sozialhilfezahlungen verstärkt sich dies im Alter sogar noch). Jugendhilfe muss erreichen, dass sich dieser zu erwartende ungünstige Kurvenverlauf hin zu einem günstigen Verlauf bewegt. Bestenfalls ergibt sich eine um die Kosten der Jugendhilfe nach unten verschobene, sonst aber mit der Summenfunktion bei günstigem Verlauf identische Kurve. Wie Jugendhilfe hier auch in ökonomischer Hinsicht „wirken“ kann, wird durch die in Abbildung 65 dargestellte Modellbildung veranschaulicht. Hierbei ist des Weiteren zu beachten, dass insbesondere eine frühzeitige Förderung (Investition in Humankapital) die weitere Entwicklung positiv beeinflusst und damit die Ertragszeiten der Investitionen für die Gesellschaft und die betroffenen Individuen verlängert.

Abb. 65: Modell einer Kosten-Nutzen-Analyse für Jugendhilfemaßnahmen



(nach Roos & Petermann, 2006)

IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH | IKJ

Es dürfte leicht nachzuvollziehen sein, dass eine derart langfristig ausgelegte und in volkswirtschaftlicher Hinsicht komplexe Prognosemodellbildung im Rahmen der vorliegenden Evaluationsstudie nicht erarbeitet werden konnte. Es ist allerdings sehr wohl möglich, Indikatoren zu betrachten, mit deren Hilfe die langfristigen ökonomischen Auswirkungen zumindest ansatzweise geschätzt werden können. Wir können hierzu sowohl die unmittelbar anfallenden Kosten der Hilfen bestimmen als auch diese Kosten mit den am Ende des Untersuchungszeitraum beobachteten Nutzeneffekten bzw. Wirkungen der Hilfen vergleichen. Zudem liefert auch das Ausmaß an notwendigen Anschlusshilfen einen ungefähren Anhaltspunkt für die aktuellen Hilfeerfolge und die zukünftig zu erwartenden Kosten.

4.8.1 Kosten

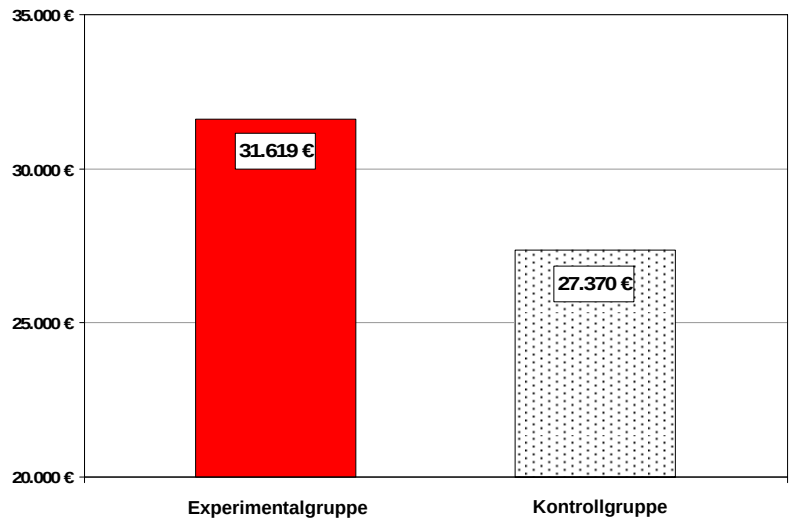
Bevor auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Hilfen eingegangen werden kann, ist es notwendig zunächst einen näheren Blick auf die Kostenseite zu werfen:

Die Bestimmung der einzelfallbezogenen Gesamtkosten der Hilfen erfolgte unter Einbeziehung von Tagessätzen, Betreuungspauschalen, Einzelfallkosten, Pflegegeldern, Fachleistungsstunden und Sonderleistungen. Dabei wurden alle Kosten aufsummiert, die bis zum Zeitpunkt der t3-Erhebung (s. Abschnitt 3.4.1) angefallen sind. Dies geschah unabhängig davon, ob die betreffenden Hilfeprozesse zu diesem Zeitpunkt bereits tatsächlich beendet waren oder nicht. Insgesamt muss darauf hingewiesen werden, dass oftmals die Qualität der erfassten Kostendaten nicht hinreichend war bzw. die notwendigen Angaben sogar gänzlich fehlten. Daher war es soweit möglich notwendig, die nicht plausiblen oder fehlenden Daten noch aufwendig nachzurecherchieren. Dabei wurde immer wieder deutlich, dass bei einigen Jugendämtern trotz des zunehmenden Kostendrucks eine unzureichende organisatorische Verknüpfung von „fachlicher“ und Wirtschaftlicher Jugendhilfe vorliegt, die sich darin aus-

drückt, dass die fallverantwortlichen Fachkräfte nur unter großen Anstrengungen auf die ja durchaus auch steuerungsrelevanten Kostendaten zugreifen können. Immerhin konnten im Zuge der beschriebenen Nacherhebung aber noch 104 Fälle aus der Experimentalgruppe und 95 Fälle aus der Kontrollgruppe für eine eingehendere Kostenanalyse herangezogen werden.

Die Ergebnisse fallen allerdings zunächst einmal ziemlich ernüchternd aus. Dies nicht nur wegen der absoluten Höhe von durchschnittlich knapp 27.000 Euro pro Hilfe zur Erziehung, sondern auch wegen der durchschnittlich um ca. 4.000 Euro höheren Kosten in der Experimentalgruppe (s. Abbildung 66). Der ebenfalls durchgeführte varianzanalytische Vergleich der Untersuchungsgruppen zeigt allerdings, dass dieser Unterschied statistisch nicht signifikant ist. Dies heißt natürlich nicht, dass er inhaltlich keine Bedeutung hat.

Abb. 66: Gesamtkosten



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

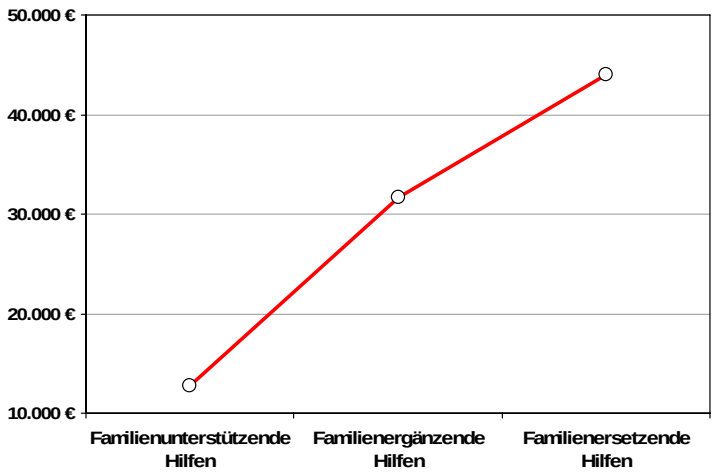
Auch bei Erweiterung der statistischen Modellbildung um den Faktor Hilfetyp ergeben sich keine speziellen nach Untersuchungsgruppe differenzierten Effekte. Die Zellbesetzungen veranschaulicht Tabelle 41.

Tabelle 41: Zellbesetzung nach Hilfetyp bei Analyse der Gesamtkosten

Hilfeart-Typus		*Anzahl*
Familienunterstützende Hilfen	*Experimentalgruppe*	48
	Kontrollgruppe	43
Familienergänzende Hilfen	*Experimentalgruppe*	23
	Kontrollgruppe	15
Familienersetzende Hilfen	*Experimentalgruppe*	32
	Kontrollgruppe	34

Es liegt allerdings ein hochsignifikanter Haupteffekt des Hilfetyps selbst vor ($p = 0.00$; s. Abbildung 67). Völlig erwartungsgemäß fallen die Gesamtkosten für familienersetzende Hilfen (im Schnitt ca. 44.000 Euro) deutlich höher aus als bei familienergänzenden (im Schnitt ca. 32.000 Euro) oder -unterstützenden Angeboten (im Schnitt ca. 13.000 Euro). Allen Paarvergleichen liegen signifikante Mittelwertsunterschiede zugrunde (jeweils $p < 0.02$). Die beschriebene Reihenfolge unterstreicht, dass der Hilfearttyp ein recht eindeutiger Indikator für die sich letztendlich auch in den Kosten niederschlagende „Intensität" der Hilfen ist.

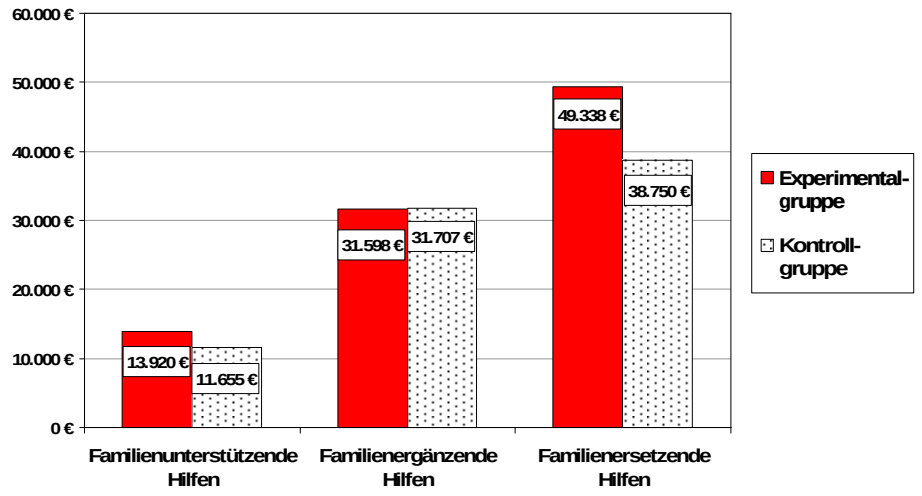
Abb. 67: Gesamtkosten – Haupteffekt des Hilfetyps



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Obwohl die statistischen Analysen weder einen signifikanten Haupteffekt der Untersuchungsgruppe noch eine Wechselwirkung zwischen Untersuchungsgruppe und dem Hilfetyp nahelegen, liefern doch die nach Hilfetyp aufgegliederten Nominalwerte der Kosten einen Anhaltspunkt dafür, worauf die eingangs beschriebene Kostendifferenz zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zurückzuführen ist (s. Abbildung 68). Bestehen auch augenscheinlich sowohl bei den familienunterstützenden als auch den familienergänzenden Hilfen noch keine größeren Kostendifferenzen, kann dies von den familienersetzenden Hilfen nicht behauptet werden: Scheinbar waren die Hilfen in der Experimentalgruppe zumindest nominell kostenintensiver. Eine weitergehende Analyse nach der konkreten Hilfeart zeigt, dass dies insbesondere für Hilfen nach § 34 SGB VIII (Heimerziehung bzw. betreute Wohnformen) zutrifft.

Abb. 68: Gesamtkosten nach Hilfetypen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH | IKJ

4.8.2 Nutzen-Kosten-Differenzen

Wie bereits dargelegt, war es aus studienökonomischen Erwägungen heraus nicht möglich, die Effizienz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen durch Entwicklung und Anwendung elaborierter volkswirtschaftlicher Prognosemodelle auch zeitlich langfristig vorherzusagen. Zur Effizienzbestimmung konnte allerdings die unter anderem durch die Zuhilfenahme von externen Gutachtern objektiv gemessene unmittelbare Gesamteffektivität (s. Abschnitt 4.5) mit den im vorangegangenen Abschnitt dargestellten Gesamtkosten der Hilfe in Beziehung gesetzt werden. Dabei handelt es sich in ökonomischen Termini dann aber nicht mehr um eine volkswirtschaftliche, sondern zunächst einmal um eine „betriebswirtschaftliche“ Betrachtung. Da weder langfristige Kosten- oder Nutzeneffekte einfließen, kann ferner lediglich von einer rudimentären Vorform einer tatsächlichen Kosten-Nutzen-Analyse gesprochen werden.

Rein rechnerisch wurden sogenannte Nutzen-Kosten-Differenzen gebildet: Hierbei wird jeweils die Höhe der Einzelfallkosten von den durch den Gesamteffektivitätswert veranschaulichten Wirkungen der Hilfen subtrahiert. Damit die Differenzen auch aussagekräftig sind, wurden vor deren Berechnung sowohl die Wirkungen als auch die Kosten durch eine Transformation in z-Werte (mit Mittelwert Null und Standardabweichung Eins) auf einheitliche und vergleichbare Skalenwerte transformiert. Formal gesehen entstehen hierbei ein relativer Wirkungsindex und ein relativer Kostenindex. Bezogen auf die vorliegende Untersuchungsstichprobe sind die Zahlenwerte der daraus resultierenden Nutzen-Kosten-Differenzen wie folgt zu interpretieren:

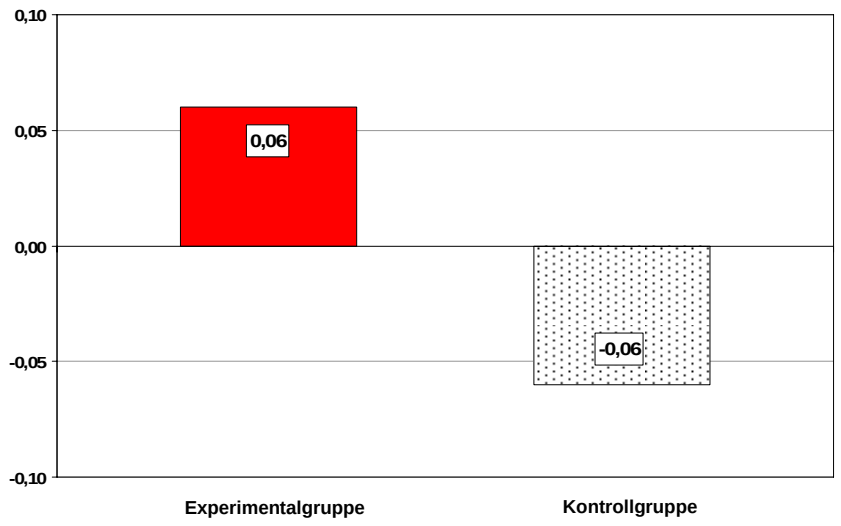
- Werte gleich Null: Durchschnittliche Wirksamkeit wird mit durchschnittlichen Kosten erreicht. Die Effizienz der Hilfen ist weder in positiver noch negativer Hinsicht auffällig, also auch nur mittelmäßig.
- Werte kleiner Null können mehrere Ursachen haben: bspw. durchschnittliche Wirksamkeit bei durchschnittlichen Kosten oder durchschnittliche Wirksamkeit bei überdurchschnittlichen Kosten. Die Effizienz der solchen Werten zugrunde liegenden Hilfeprozesse ist demnach niedrig. Ein Wert von „-1“ entspricht einer maximalen Abweichung „nach unten“ in der Höhe einer Standardabweichung bei Wirksamkeit oder Kosten.
- Bei Werten größer Null ist die Effizienz der Hilfen hoch. Die Ursachen hierfür können allerdings wiederum unterschiedlicher Natur sein: Beispielsweise wird entweder durchschnittliche Wirksamkeit bei unterdurchschnittlichen Kosten oder überdurchschnittliche Wirksamkeit bei durchschnittlichen Kosten erreicht. Ein Wert von „1“ entspricht einer maximalen Abweichung „nach oben“ in der Höhe einer Standardabweichung bei Wirksamkeit oder Kosten.

Das Vorliegen gleichermaßen gültiger Werte bei Kosten- und Wirksamkeitsdaten als Einschlusskriterium zur Bedingung gemacht, konnten 103 Experimental- und 92 Kontrollgruppenfälle bei den varianzanalytischen Prozeduren berücksichtigt werden.

In Abbildung 69 wird deutlich, dass die Gruppe, welche mit den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen gearbeitet hat, Nutzen-Kosten-Differenzen im positiven Bereich vorzuweisen hat, während dahingegen die Werte der Vergleichsgruppe im negativen Bereich angesiedelt sind. Dementsprechend ist hier zumindest nach augenscheinlicher Maßgabe darauf zu schließen, dass die Hilfeprozesse der Experimentalgruppe nicht nur effektiver sondern auch effizienter waren. Der dieser Beobachtung zugrunde liegende Mittelwertsunterschied ver-

passt allerdings die Kriterien für statistische Signifikanz und könnte dementsprechend möglicherweise auch zufällig zustande gekommen sein. Dass die Werte der Experimentalgruppe, bei höheren Gesamtkosten, nominal noch im positiven Bereich liegen, kann letztendlich nur auf die unverhältnismäßig höhere Effektivität zurückgeführt werden, die die eher ungünstigen Kostenwerte mehr als kompensieren kann.

Abb. 69: Nutzen-Kosten-Differenzen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Ein klareres und differenzierteres Bild ergibt sich unter Einbeziehung des Hilfetyps, also unter Berücksichtigung, ob es sich im Einzelfall um eine familienunterstützende, -ergänzende oder ersetzende Hilfe handelt (s. Abbildung 70). Die zugehörigen Zellbesetzungen sind in Tabelle 42 ausgewiesen.

Tabelle 42: Zellbesetzung nach Hilfetyp bei Analyse der Nutzen-Kosten-Differenzen

Hilfeart-Typus		*Anzahl*
Familienunterstützende Hilfen	*Experimentalgruppe*	48
	Kontrollgruppe	43
Familienergänzende Hilfen	*Experimentalgruppe*	23
	Kontrollgruppe	15
Familienersetzende Hilfen	*Experimentalgruppe*	32
	Kontrollgruppe	34

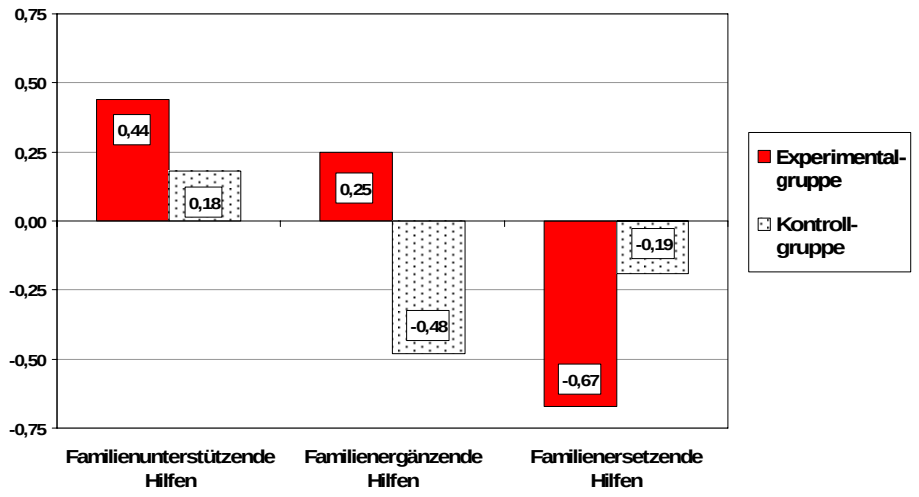
Die zweifaktorielle Varianzanalyse weist zunächst unabhängig von der Untersuchungsgruppe einen signifikanten Haupteffekt des Hilfetyps aus. Mithilfe von paarweisen Anschlusstests kann gezeigt werden, dass aufgrund dieses Haupteffekts eine allgemein bessere Nutzen-

Kosten-Differenz bei familienunterstützenden Hilfen im Vergleich zu familienersetzenden Hilfen vorliegt (p = 0.00). In Bezug auf die familienergänzenden Hilfen sind hingegen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede festzustellen. Dieser Befund ist in mehrfacher Hinsicht kommentierungswürdig:

Erstens muss aus rein fachlicher Sicht dringend darauf hingewiesen werden, dass höhere Nutzen-Kosten-Relationen längst noch kein profundes Argument für die grundsätzliche Bevorzugung der einen oder anderen Hilfeform sind und dementsprechend auch keine brauchbare Grundlage für die Hilfeentscheidung. Dass familienunterstützende Hilfen bei einer Nutzen-Kosten-Betrachtung gut abschneiden, muss primär vor dem Hintergrund der hier deutlich günstigeren Kostenstruktur gesehen werden. Um bei einer Kosten-Nutzen-Betrachtung ähnlich gut wie eine ambulante Hilfe abschneiden zu können, müsste eine hochschwellige Hilfe den ihr immanenten Kostennachteil durch eine im gleichen Maße höhere Effektivität kompensieren. Die Unsinnigkeit einer derartigen Forderung wird schon dadurch deutlich, dass etwa familienersetzende Hilfen ja gerade bei ungleich umfangreicheren Problemlagen- und Ressourcendefiziten zustande kommen und oftmals gerade die „logische“ Folge von gescheiterten niederschwelligeren Angeboten sind. Ein hilfeartübergreifender Vergleich von Effizienzkennwerten führt daher insgesamt zu wenig praktischem Erkenntnisgewinn. Würden im Extremfall bspw. nur noch familienunterstützende Hilfen eingesetzt (was faktisch natürlich eine völlig absurde Vorstellung ist), führte dies automatisch dazu, dass sich die Nutzen-Kosten-Relationen dieser Hilfen wiederum dramatisch verschlechterten, da es gerade in den komplexen Problemkonstellationen aller Voraussicht nach zu extrem negativen Verläufen kommen würde. Die eigentliche Frage, die man sich in diesem Zusammenhang stellen muss, lautet, wie die passenden, für die vorliegenden Bedarfe adäquaten Hilfen ausgewählt werden können. Dass die Diagnose-Tabellen hier möglicherweise einen Beitrag liefern können, haben wir bereits in Abschnitt 4.3 gesehen. Davon unabhängig kann es allerdings sehr sinnvoll sein, die Nutzen-Kosten-Relationen „innerhalb“ bestimmter Hilfearten oder -typen zu vergleichen. Dies wäre die Überleitung zum nächsten Aspekt:

Zweitens ist im vorliegenden Kontext nämlich auch der marginal signifikante Wechselwirkungseffekt zwischen Untersuchungsgruppe und dem Hilfetyp zu berücksichtigen, der nur knapp die 5%-Schwelle der statistischen Irrtumswahrscheinlichkeit verpasst (p = 0.06). Zwar wird rein formal betrachtet durch die tatsächliche Ausgestaltung dieser Interaktion die Interpretation des Haupteffekts der Hilfeart nicht eingeschränkt (s. Abbildung 71), es ergeben sich aber wichtige Hinweise auf die Wirkungsweise der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen innerhalb der verschiedenen Hilfetypen.

Abb. 70: Nutzen-Kosten-Differenzen nach Hilfetypen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

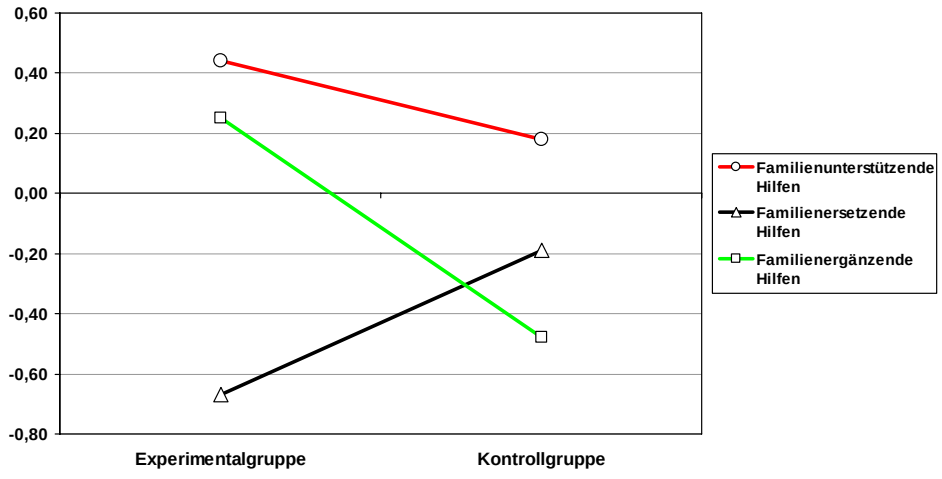
Hierbei können vor allem im Rahmen von familienunterstützenden und -ergänzenden Hilfen im Vergleich mit der Kontrollgruppe auffallend positivere Nutzen-Kosten-Effekte durch die Anwendung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen beobachtet werden. Ziehen wir hierbei die Befunde aus unserer im vorangegangenen Kapitel dargestellten Kostenanalyse und die Hilfetypbefunde zur Gesamteffektivität hinzu (s. Abschnitt 4.5.2), so ist zu konstatieren, dass die höhere Effizienz hier eindeutig auf eine höhere Wirksamkeit in der Experimentalgruppe zurückgeht, nicht aber auf eine unterschiedliche Kostenstruktur.

Genau das Gegenteil trifft leider für die familienersetzenden Hilfen zu (s. Abbildung 70). Die in der Experimentalgruppe insgesamt negativ ausfallende Nutzen-Kosten-Relation ist hierbei allerdings nicht auf unterschiedliche Wirksamkeiten, sondern auf kostenintensivere Hilfen zurückzuführen. In Anbetracht der zwischen den Untersuchungsgruppen beobachteten allgemeinen Vergleichbarkeit der Ausgangslagen (s. Abschnitt 3.9) ist dieser Befund nicht auf spezifische Unterschiede in der Adressatenstruktur zurückführbar und muss daher im Kontext der Diagnose-Tabellen diskutiert werden.

Der gegenläufige Wechselwirkungseffekt erklärt zudem, warum die Gruppenunterschiede bei einer „oberflächlichen“ Betrachtung der Gesamtstichprobe nicht klarer profiliert hervortreten.

Die beschriebenen Befunde lassen sich bei einem weitergehenden Analyseschritt entsprechend ihrer inhaltlichen Verortung im Hilfetyp in analoger Weise übrigens auch für die Hilfen nach den §§ 30, 31, 32 (jeweils höhere Nutzen-Kosten-Differenzen in der Experimentalgruppe) und 34 SGB VIII (höhere Nutzen-Kosten-Differenz in der Kontrollgruppe) beschreiben.

Abb. 71: Nutzen-Kosten-Differenz – Interaktionseffekt Untersuchungsgruppe x Hilfetyp

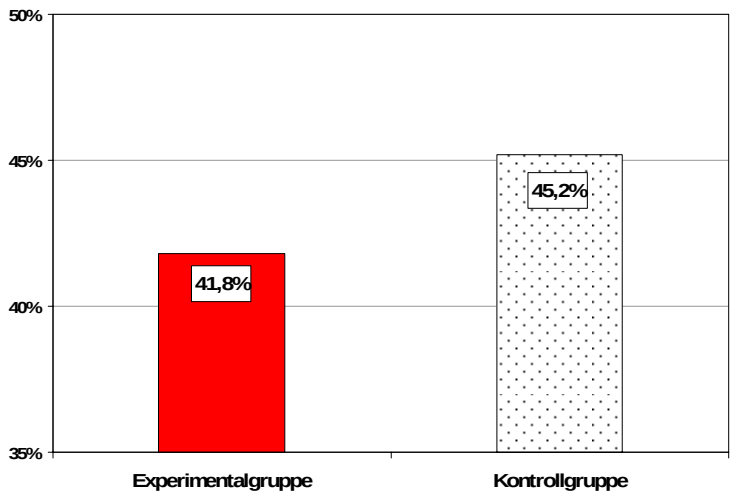


IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

4.8.3 Häufigkeit von Anschlusshilfen

Einen weiteren Hinweis auf die höhere Effizienz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen gibt unter anderem die tendenziell geringere Häufigkeit von Anschlusshilfen. In der Experimentalgruppe werden für 41,8% der beendeten Maßnahmen Anschlusshilfen geplant, in der Kontrollgruppe für 45,2% (s. Abbildung 72). Aus diesem Grund kann in der Experimentalgruppe auch langfristig mit geringeren Folgekosten gerechnet werden.

Abb. 72: Häufigkeit von Anschlusshilfen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Der Mittelwertsunterschied ist allerdings statistisch nicht signifikant. Dies mag daran liegen, dass bei der Untersuchung der vorliegenden Fragestellung nur mit einer stark reduzierten Stichprobe gearbeitet werden konnte. Auskünfte zu Anschlusshilfen können grundsätzlich nur eingeholt werden, wenn zum Zeitpunkt der t3-Befragung die Hilfe bereits beendet oder das Ende der Maßnahmen bereits absehbar ist und die Anschlussperspektiven geklärt sind. Da beide Kriterien im Rahmen des gewählten Untersuchungsdesigns nicht zutreffen mussten, verblieb ein n von 67 in der Experimental- und ein n von 62 in der Kontrollgruppe. Da bei derartigen Stichprobengrößen die Zellbesetzungen zweifaktorieller Modellbildungen zu stark „ausdünnen“ und die Ergebnisse dementsprechend keine hinreichende Gültigkeit mehr besitzen, wurde an dieser Stelle auf eine tiefer gehende Differenzierung nach Hilfetyp oder Hilfeart verzichtet.

4.8.4 Effizienz: Fazit

Die makroperspektivischen Wirkungen erzieherischer Hilfen – auch „outcome“ genannt – lassen sich an mehreren Indikatoren festmachen. So z.B. an den durch die Hilfe entstehenden Kosten, der Häufigkeit von notwendigen Anschlusshilfen oder an der volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Relation der Hilfen.

Der Blick auf die Kosten fällt zunächst ernüchternd aus. Nicht nur wegen der absoluten Höhe von durchschnittlich knapp 27.000 Euro pro Hilfe zur Erziehung, sondern auch wegen der nominell um ca. 4.000 Euro höheren Kosten in der Experimentalgruppe.

Vor allem durch die höhere Gesamteffektivität fällt eine relative Nutzen-Kosten-Differenz, bei der die erreichten Effekte den unmittelbar entstandenen Gesamtkosten der Hilfen gegenübergestellt werden, jedoch zugunsten der Experimentalgruppe aus. Die Unterschiede sind aber bezogen auf die Gesamtstichprobe statistisch nicht signifikant. Immerhin werden allerdings die höheren „ad hoc“-Kosten mehr als relativiert. Wesentlich deutlichere positive Nutzen-Kosten-Effekte zeigen sich aufgrund einer höheren Effektivität insbesondere bei den familienunterstützenden und familienergänzenden Hilfen. Bei familienersetzenden Hilfen liegen aufgrund der augenscheinlich höheren Kosten die Nutzen-Kosten-Differenzen im negativen Bereich.

Durch die alles in allem positive Nutzen-Kosten-Differenz kann bei dem Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen aller Wahrscheinlichkeit nach durchaus auch langfristig mit einer erhöhten Effizienz gerechnet werden. Da effektivere Hilfen gewählt werden, die weniger Anschlusshilfen notwendig machen, ist auch volkswirtschaftlich gesehen in den Bereichen Gesundheitswesen, Delinquenz und Arbeitslosigkeit mit niedrigeren Kosten zu rechnen, bei einer gleichzeitig qualifizierten Erwerbstätigkeit. Damit diese Prognosen auch eintreffen, muss allerdings die grundlegende Voraussetzung erfüllt sein, dass die im Zuge der Hilfen erreichten Effekte auch die entsprechende Nachhaltigkeit aufweisen. Leider war dies nicht unmittelbarer Gegenstand der vorliegenden Untersuchung, Befunde aus anderen Studien geben hier allerdings besten Anlass zum Optimismus: In der Jugendhilfe-Effekte-Studie (Schmidt et al., 2002) bspw. haben sich in einem 15-monatigen Katamnesezeitraum nach Hilfeende insbesondere beim jungen Menschen in über 70% der Fälle die beobachteten Hilfewirkungen in Bezug auf Defizite und Ressourcen als mindestens stabil erwiesen (60% bei den Sorgeberechtigten/Umfeld).

4.9 Einfluss der Wirkfaktoren Partizipation und Kooperation

In vielen Studien, die sich mit der Effektivität von erzieherischen Hilfen befasst haben, konnte wiederholt gezeigt werden, dass die Wirkungen bzw. Erfolge der Hilfen umso größer sind, je höher die Kooperationsbereitschaft der Hilfeadressaten ausfällt und je mehr diese als aktive „Koproduzenten“ an der Gestaltung ihrer Hilfe partizipieren können.

Da es sich hierbei um einen zentralen Wirkfaktor handelt, wurde der Einfluss der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen auf die Partizipation und Kooperation der wesentlichen Verfahrensbeteiligten im Rahmen einer eigenständigen Forschungshypothese untersucht.

Den entsprechenden Fragen wurde sehr differenziert mit einem aufwendigen Instrumentarium nachgegangen, mit dessen Hilfe unter anderem die Intervalleinschätzungen der Fachkräfte in den Jugendämtern zu drei Messzeitpunkten (Hilfebeginn, Hilfeverlauf und Hilfe- bzw. Studienabschluss) ermittelt werden konnten. Auf diese Weise konnten auch Unterschiede während des Hilfeprozesses abgebildet werden.

Zudem wurden auch direkte Befragungen der betroffenen jungen Menschen sowie ihrer Eltern bzw. Sorgeberechtigten mit anteilig standardisierten und offenen Fragebögen durchgeführt, die aus methodischen und studienökonomischen Gründen allerdings auf zwei Befragungszeitpunkte begrenzt waren (Hilfebeginn und Hilfe- bzw. Studienabschluss).

Mit besonderem Augenmerk auf die Bedarfsfeststellung und die Hilfeentscheidung wurde bei diesen Erhebungen – mit je nach Adressatengruppe unterschiedlich gelagerten Schwerpunkten – folgenden Leitfragen nachgegangen:

- Wie stark wird seitens der Jugendämter auf die Wünsche der Beteiligten eingegangen bzw. werden diese an der Gestaltung der Hilfe beteiligt?
- Werden die für den jungen Menschen bzw. die Familie vereinbarten Hilfeplanziele akzeptiert, d.h., wird auch aktiv an deren Erreichung mitgewirkt?
- Sind die Beteiligten mit der konkret ausgewählten erzieherischen Hilfe einverstanden bzw. zufrieden?
- Wird der Hilfebedarf auch von den Hilfeadressaten gesehen?
- Stimmen Hilfeadressaten und Fachkräfte in ihrer Problemsicht überein?
- Wie hat sich die Anwendung des diagnostischen Verfahrens auf Akzeptanz und Kooperationsbereitschaft ausgewirkt?

In den nachfolgenden Ergebnisdarstellungen wurden die Antworten zu diesen Fragen durch Codierung auf einer fünfstufigen Ratingskala quantifiziert und der besseren Anschaulichkeit wegen auf einen Wertebereich zwischen 0 und 100 transformiert. Ein Wert von 100 entspricht dabei einer sehr hohen bzw. positiven Ausprägung, 75 einer hohen, 50 einer mittleren, 25 einer niedrigen und 0 einer sehr niedrigen Ausprägung des jeweiligen Partizipations- und oder Kooperationsindikators.

4.9.1 Partizipation und Kooperation aus Sicht des Jugendamts

Die Untersuchung der Partizipation und Kooperation der Hilfeadressaten aus Sicht des Jugendamts lässt sich inhaltlich in zwei Themenblöcke gliedern, die getrennt voneinander betrachtet werden sollten. Ein Themenblock beschreibt die Kooperationsfragen aus einem allgemeinen und absoluten Blickwinkel, der andere befasst sich speziell mit der Anwendung des diagnostischen Verfahrens und den damit in Zusammenhang stehenden, von den Fachkräften geschätzten Folgen für die Zusammenarbeit mit den Hilfeadressaten. Hinsichtlich des diagnostischen Verfahrens wurden sowohl die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen (Experimentalgruppe) als auch die alternativen bzw. „althergebrachten" diagnostischen Verfahren der Kontrollgruppe berücksichtigt und später miteinander verglichen.

Wird zunächst die mittlere Ausprägung der globalen Kooperationsindikatoren für die Gesamtstichprobe betrachtet (s. Tabelle 43), so kann man sehen, dass aus Sicht der Fachkräfte in den Jugendämtern die Werte sowohl bezogen auf die jungen Menschen als auch auf deren Eltern bzw. Sorgeberechtigten in einem insgesamt hohen bis sehr hohen Bereich liegen. Dieses Niveau bleibt im Vergleich der drei Erhebungszeitpunkte, abgesehen von nicht außergewöhnlichen kleineren Schwankungen, konstant.

Tabelle 43: Globale Kooperationsindikatoren im Hilfeverlauf

Effekt-Dimensionen	***Erhebungszeitpunkt***		
	t1.2	*t2*	*t3*
	Mittelwert	*Mittelwert*	*Mittelwert*
Junger Mensch: Einverständnis mit Hilfewahl	76,1	81,9	79,7
Junger Mensch: Akzeptanz der Hilfeplanziele	70,7	76,6	72,9
Sorgeberechtigte: Einverständnis mit Hilfewahl	86,9	89,9	85,7
Sorgeberechtigte: Akzeptanz der Hilfeplanziele für die Familie	75,6	76,0	78,1
Sorgeberechtigte: Akzeptanz der Hilfeplanziele für den jungen Mensch	85,.8	86,0	84,3

Nur im Mittelbereich angesiedelt sind die Werte hingegen, wenn speziell nach dem Einfluss des diagnostischen Verfahrens gefragt wird (s. Tabelle 44). Lediglich in Bezug auf die Zufriedenheit der Sorgeberechtigten mit der Anwendung des diagnostischen Verfahrens streben die Indices, die wiederum eine recht hohe Konstanz über die drei Messzeitpunkte aufweisen, ansatzweise in den positiven Bereich. Diese Befunde erscheinen insgesamt wenig verwunderlich, da aus der „Natur der Sache" heraus die Anwendung eines diagnostischen Verfahrens letzten Endes nur einer von vielen prozessualen Bausteinen ist, der zu einer gelingenden Kooperation zwischen Fachkräften und Hilfeadressaten beitragen kann. Unter diesem Gesichtspunkt erscheint es sogar ziemlich erstaunlich, dass die Werte einerseits nicht noch niedriger ausfallen und andererseits im Hilfeprozess, und damit mit zunehmender zeitlicher Distanz zur Anwendung der Diagnostik, nicht noch deutlich „abbröckeln". Schließlich unterstreichen beide Aspekte auch nochmals eingehend die grundlegende Bedeutung, die

dem diagnostischen Prozess beigemessen werden kann (bzw., korrekter formuliert, hier von den Fachkräften beigemessen wird).

Tabelle 44: Spezielle Kooperationsindikatoren im Hilfeverlauf

Effekt-Dimensionen	***Erhebungszeitpunkt***		
	t1.2	*t2*	*t3*
	Mittelwert	*Mittelwert*	*Mittelwert*
Junger Mensch: Zufriedenheit mit der Anwendung des diagnostischen Verfahrens	54,5	51,7	55,5
Junger Mensch: Einfluss des diagnostischen Verfahrens auf die Kooperationsbereitschaft	44,2	44,3	46,3
Junger Mensch: Einfluss des diagnostischen Verfahrens auf die Akzeptanz der Hilfe	45,7	45,7	47,7
Sorgeberechtigte: Einfluss des diagnostischen Verfahrens auf die Akzeptanz der Hilfe	49,5	46,8	49,1
Sorgeberechtigte: Einfluss des diagnostischen Verfahrens auf die Kooperationsbereitschaft	46,9	46,4	49,2
Sorgeberechtigte: Zufriedenheit mit der Anwendung des diagnostischen Verfahrens	63,5	59,9	60,6

Besteht nun aber tatsächlich der eingangs beschriebene Zusammenhang mit der Effektivität der Hilfen, ist also die Kooperation der Hilfeadressaten wirklich ein zentraler Wirkfaktor? Dieser Frage wurde nachgegangen, indem die in Abschnitt 4.5 beschriebene Gesamteffektivität mit den Partizipations- bzw. Kooperationsindikatoren korreliert wurde. In Bezug auf die globale Kooperation (s. Tabelle 45) kann der „Wirkmechanismus“ auf diese Weise vollauf bestätigt werden. Bereits bei Beginn der Hilfe (Zeitpunkt t1.2) lassen sich signifikante positive Korrelationen mit den späteren Erfolgen der Hilfe nachweisen. Je mehr also bspw. die jungen Menschen oder Sorgeberechtigten mit der Hilfe einverstanden sind, die vereinbarten Ziele akzeptieren und aktiv an deren Bewerkstelligung mitarbeiten, desto größer ist am Ende der Maßnahmen auch das Ausmaß abgebauter Defizite oder geförderter Ressourcen. Unabhängig davon, dass wie gesehen das absolute Niveau der Kooperationsbereitschaft im Hilfeverlauf relativ konstant bleibt, nimmt deren Einfluss auf die Effekte im Hilfeverlauf merklich zu, insbesondere zwischen der Hilfebeginn und -abschlussphase. Das heißt also, dass es besonders wichtig ist, gegen Ende der Hilfen eine hohe „Koproduktivität“ der jungen Menschen und Sorgeberechtigten herzustellen. Die Interpretation wird durch die Höhe der Korrelationskoeffizienten nahegelegt, die zunächst in einem niedrigen, später dann in einem mittleren Bereich angesiedelt sind. Auch wenn diese Korrelationen absolut gesehen nicht hoch erscheinen mögen, ist zu bedenken, dass die Varianz der Effektivität zwar in starkem Maße, aber eben nicht alleine durch die Kooperation erklärt werden kann. Es spielen ferner natürlich noch weitere strukturelle und prozessuale Wirkfaktoren eine Rolle, die ebenfalls ihren Beitrag zum Gelingen der Hilfen leisten und auf die noch in Abschnitt 4.10 eingegangen wird.

Tabelle 45: Zusammenhänge zwischen globalen Kooperationsindikatoren und der Effektivität

Effekt-Dimensionen	***Erhebungszeitpunkt***		
	t1.2	*t2*	*t3*
	Korrelation mit Gesamteffektivität	*Korrelation mit Gesamteffektivität*	*Korrelation mit Gesamteffektivität*
Junger Mensch: Einverständnis mit der Hilfewahl	**0.13***	0.09	**0.35****
Junger Mensch: Akzeptanz der Hilfeplanziele	**0.14***	**0.18***	**0.29****
Sorgeberechtigte: Einverständnis mit der Hilfewahl	**0.16***	0.12	**0.21****
Sorgeberechtigte: Akzeptanz der Hilfeplanziele für die Familie	0.12	0.12	**0.20****
Sorgeberechtigte: Akzeptanz der Hilfeplanziele für den jungen Mensch	**0.16***	**0.17***	**0.17***

** Die Korrelation (nach Pearson) ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant
* Die Korrelation (nach Pearson) ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

Betrachtet man die Korrelationen des speziellen Einflusses der Anwendung der Diagnostik auf die Effekte, so ergibt sich ein etwas anderes Bild (s. Tabelle 46): Insgesamt liegen nur wenige und im Vergleich zu Tabelle 45 auch niedriger ausgeprägte Korrelationen zur Gesamteffektivität vor. Die Auswirkung des diagnostischen Verfahrens auf die Kooperation scheint demnach, obwohl die in Tabelle 44 ersichtlichen Einschätzungen der Fachkräfte möglicherweise etwas Gegenteiliges suggerieren könnten, eher keinen bzw. nur einen untergeordneten Einfluss auf die Hilfeerfolge zu haben. Dies gilt erstaunlicherweise besonders für den Zeitraum des Hilfebeginns und der Hilfeentscheidung, zu dem die Diagnostik eingesetzt wird: Hier ist keine einzige signifikante Korrelation festzustellen. Im späteren Verlauf spielt dann allerdings ansatzweise die Zufriedenheit der jungen Menschen und der Sorgeberechtigten eine Rolle.

Tabelle 46: Zusammenhänge zwischen speziellen Kooperationsindikatoren und der Effektivität

Effekt-Dimensionen	***Erhebungszeitpunkt***		
	t1.2	*t2*	*t3*
	Korrelation mit Gesamteffektivität	*Korrelation mit Gesamteffektivität*	*Korrelation mit Gesamteffektivität*
Junger Mensch: Zufriedenheit mit der Auswertung des diagnostischen Verfahrens	0.03	**0.23****	**0.19****
Junger Mensch: Einfluss des diagnostischen Verfahrens auf die Kooperationsbereitschaft	0.06	**0.17****	0.09
Junger Mensch: Einfluss des diagnostischen Verfahrens auf die Akzeptanz der Hilfe	0.01	0.13	0.04
Sorgeberechtigte: Einfluss des diagnostischen Verfahrens auf die Akzeptanz der Hilfe	0.06	0.09	0.08
Sorgeberechtigte: Einfluss des diagnostischen Verfahrens auf die Kooperationsbereitschaft	0.08	0.09	0.09
Sorgeberechtigte: Zufriedenheit mit der Anwendung des diagnostischen Verfahrens	0.02	0.14	**0.15***

** Die Korrelation (nach Pearson) ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant
* Die Korrelation (nach Pearson) ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

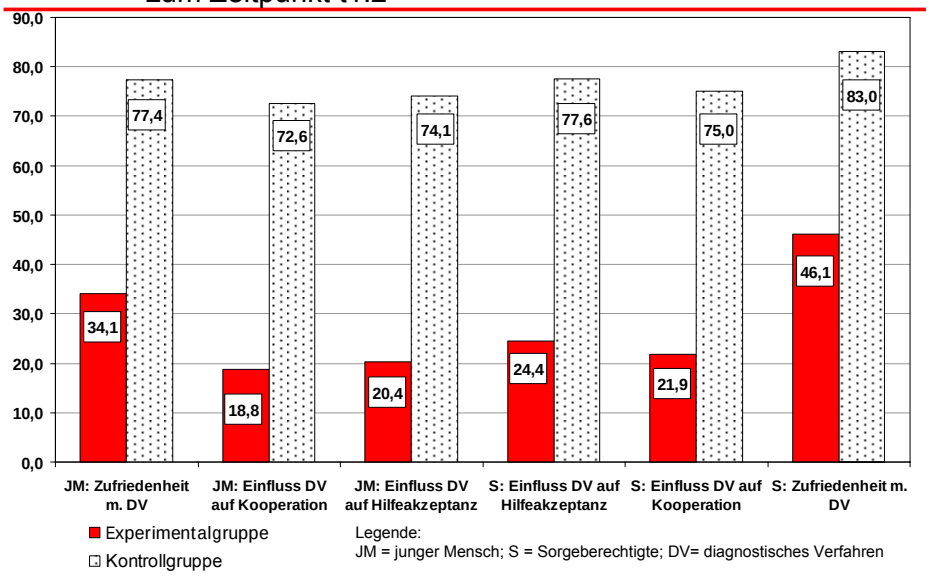
Bislang wurde ausschließlich auf die Gesamtstichprobe Bezug genommen. Welche Unterschiede ergeben sich nun, wenn die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen den diagnostischen Verfahrensweisen der Vergleichsgruppe gegenübergestellt werden?

In Bezug auf den Einfluss der Anwendung des diagnostischen Verfahrens vermitteln nicht nur Abbildung 73 bis Abbildung 75 ein deutliches Bild. Auch in statistischer Hinsicht zeigen t-Tests, dass die Werte der Indices in der Kontrollgruppe zu allen Zeitpunkten deutlich höher ausfallen als in der Experimentalgruppe (jeweils $p = 0.00$). Offensichtlich schneiden die Diagnose-Tabellen hierbei ausgesprochen negativ ab. Bei einer Einordnung dieses Befunds müssen allerdings mindestens zwei Sachverhalte berücksichtigt werden:

Zunächst sollte ins Gedächtnis gerufen werden, dass es sich um Einschätzungen der Fachkräfte in den Jugendämtern handelt. Wie bereits ausführlich beschrieben (s. Abschnitt 4.2), wird die Alltagstauglichkeit bzw. Praktikabilität der Tabellen in der hier evaluierten Form von diesen durchaus kritisch beurteilt. Es erscheint daher naheliegend und hat sich auch in den vielen persönlichen Gesprächen mit den Jugendämtern bestätigt, dass diese kritischen Haltungen hier auf die Bewertung des Einflusses des diagnostischen Verfahrens auf die Kooperationsbereitschaft „durchgeschlagen“ haben.

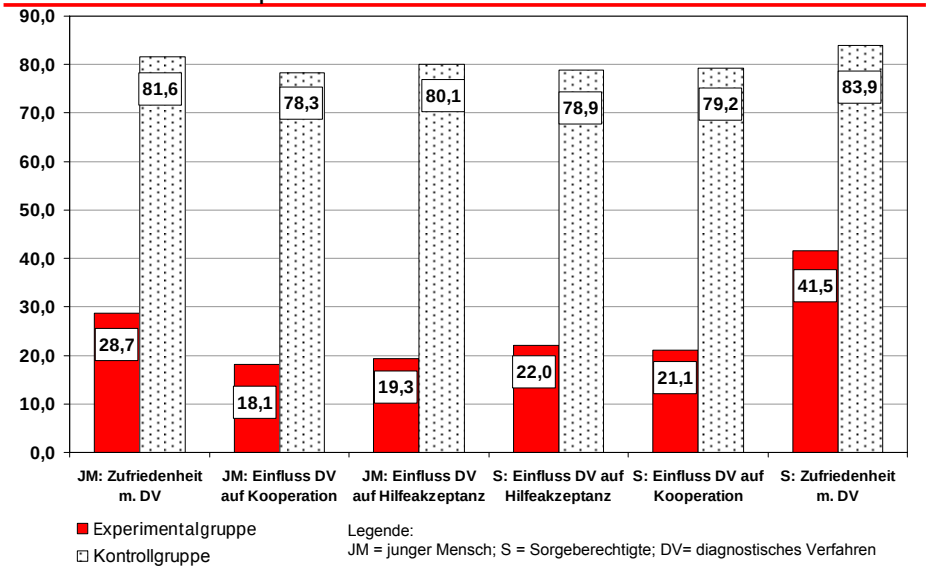
Des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass der Einfluss des diagnostischen Verfahrens im Hinblick auf die Effektivität der Hilfen eher keine bzw. nur eine untergeordnete Rolle spielt, was selbstverständlich auch damit in Zusammenhang stehen mag, dass die hier vorliegenden Einschätzungen nicht ganz objektiv zustande gekommen sind.

Abb. 73: Spezielle Kooperationsindices nach Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt t1.2



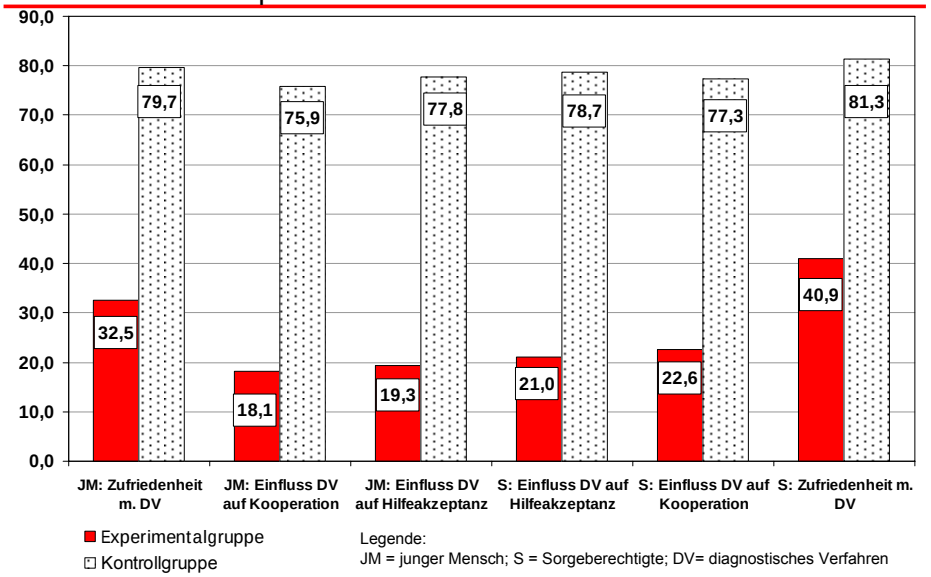
IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Abb. 74: Spezielle Kooperationsindices nach Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt t2



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH | IKJ

Abb. 75: Spezielle Kooperationsindices nach Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt t3



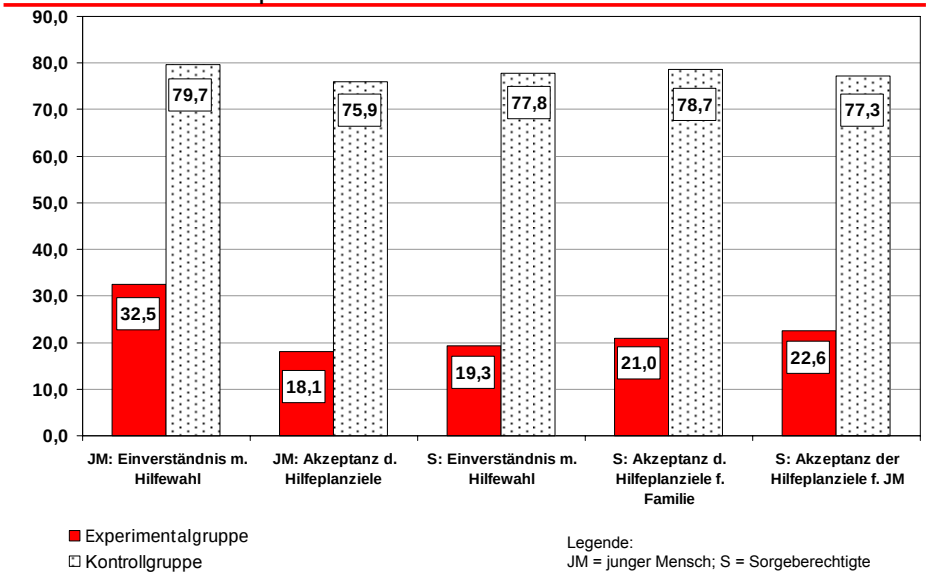
IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH | IKJ

Ein allem Anschein nach schon wesentlich „realitätsnäheres“ Bild ergibt sich daher, wenn nach allgemeinen Indikatoren der Partizipation bzw. Kooperation gefragt wird (s. Abbildung 76 bis Abbildung 78). Zwar fallen auch hier die Werte in der Kontrollgruppe tendenziell höher aus, die Unterschiede sind aber bei Weitem nicht mehr so extrem ausgeprägt.

Sind zum Zeitpunkt t1.2 noch einige Vergleiche statistisch bedeutsam (Einverständnis mit Hilfe sowie Akzeptanz der Hilfeplanziele durch den jungen Menschen und die Sorgeberechtigten; jeweils $p < 0.05$), so gleichen sich diese Mittelwertsunterschiede im Hilfeverlauf wieder deutlich an. Zum Zeitpunkt t2 ist nur der Unterschied in der Akzeptanz der Hilfeplanziele beim jungen Menschen signifikant ($p < 0.05$), zum Abschluss der Hilfe sind gar nur noch marginal signifikante Unterschiede bei der Hilfeplanzielakzeptanz durch den jungen Menschen und die Sorgeberechtigten zu beobachten ($p > 0.10$).

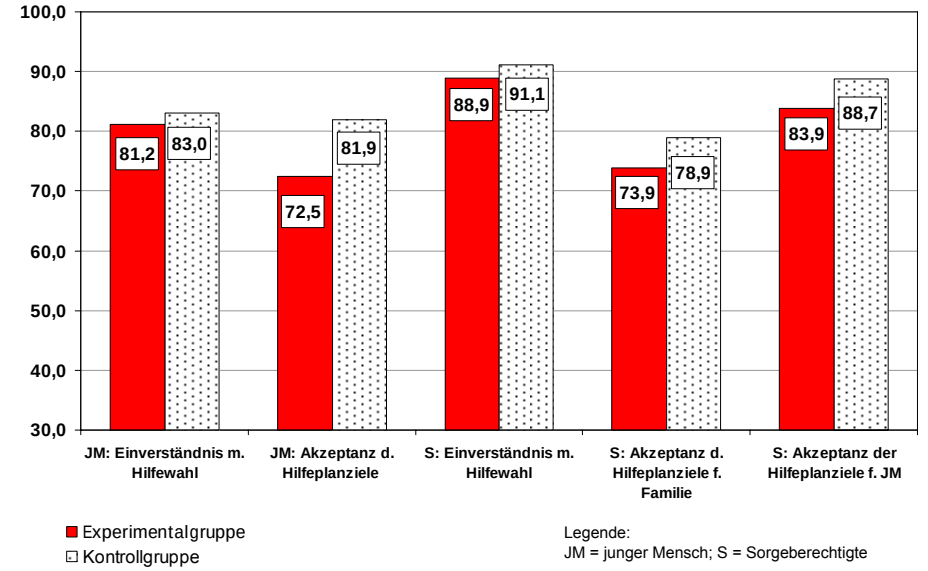
Alles in allem ist also bei den Hilfezeitpunkten, die im Hinblick auf die Effektivität besonders relevant sind, tendenziell eher von keinen durch den Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen bedingten Vor- oder Nachteilen bzgl. der Partizipation und Kooperation der Hilfeadressaten auszugehen. Dies ist mitunter auch ein Erklärungsansatz dafür, warum sich hier kein spürbar „schädlicher“ Einfluss auf die Effekte bemerkbar machen konnte. Nichtsdestoweniger müssen natürlich vor allem die bei frühen Hilfezeitpunkten negativ auffallenden Befunde hinsichtlich ihrer Ursachen weiter analysiert und für die Optimierung der Tabellen nutzbar gemacht werden.

Abb. 76: Globale Kooperationsindices nach Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt t1.2



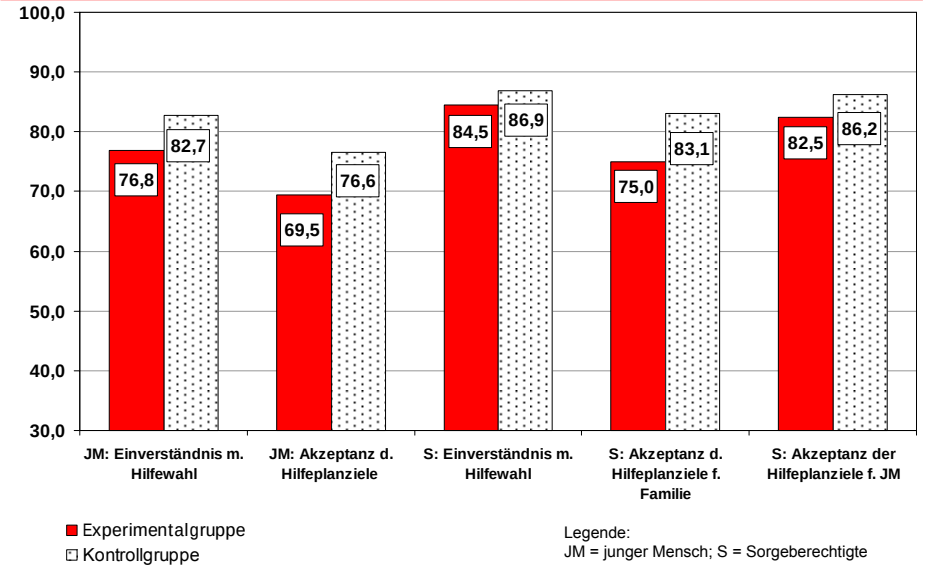
IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Abb. 77: Globale Kooperationsindices nach Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt t2



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Abb. 78: Globale Kooperationsindices nach Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt t3



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

4.9.2 Kooperation und Partizipation aus unmittelbarer Sicht der Hilfeadressaten

Liefert die direkte Befragung der jungen Menschen und ihrer Eltern bzw. Sorgeberechtigten eine abweichende Befundlage? Bevor diese Frage beantwortet wird, sei darauf hingewiesen, dass die Befragungen der jungen Menschen und ihrer Sorgeberechtigten natürlich so auf diese Zielgruppen zugeschnitten werden mussten, dass diese etwa durch die Verwendung von im jugendlichen Sprachgebrauch üblichen Redewendungen („ich fand das Jugendamt o.k.“, „ich sehe, dass meine Familie Hilfe braucht“ etc.) leicht nachvollziehbar wie auch in quantitativer Hinsicht nicht übermäßig „erschlagend“ waren, um einen ausreichenden Rücklauf erreichen zu können (zudem wurde auf einen dritten Erhebungszeitpunkt während der Hilfe verzichtet). Dementsprechend decken sich die im Folgenden beschriebenen Inhaltsbereiche nicht immer 1:1 mit der Befragung der ASD-Fachkräfte im Jugendamt. Insbesondere musste auf Fragen verzichtet werden, deren Beantwortung ein zu hohes fachspezifisches Abstraktionsvermögen verlangt. Daher wurde hier auf die Untersuchung der speziellen Auswirkung der Anwendung des diagnostischen Verfahrens verzichtet. Bei der zweiten Befragung am Ende der Maßnahmen wurden zudem keine Fragen gestellt, die aus Sicht der Hilfeadressaten inhaltlich eher mit der Hilfeentscheidung in Verbindung stehen (bspw. Einverständnis mit der Hilfe; Einsicht, dass Hilfe benötigt wird).

Auf die Gesamtstichprobe bezogen liegen sowohl bei den Kindern und Jugendlichen als auch bei ihren Eltern bzw. Sorgeberechtigten die Werte der Partizipations- und Kooperationsindikatoren bei beiden Messzeitpunkten (ähnlich wie auch aus Sicht des Jugendamts) im Mittel auf einem hohen Skalenniveau (s. Tabelle 47 und Tabelle 48). Die höchsten Werte werden hierbei in Bezug auf das Einverständnis mit der Hilfeentscheidung, die Zufriedenheit mit dem Jugendamt, die Beteiligung an der Hilfe (z.B. dass das Jugendamt auch auf Wünsche der Beteiligten eingegangen ist) und die Einsicht in die Notwendigkeit der Hilfe erreicht. Am niedrigsten liegen die Werte absolut gesehen hinsichtlich der Übereinstimmung mit der Problemwahrnehmung des Jugendamts. Besonders beim jungen Menschen verändern sich die Einschätzungen (zumindest aus statistischer Sicht) zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten kaum. Lediglich bei den Sorgeberechtigten sind im Hilfeprozess in einigen Bereichen auffällige Zuwächse zu verzeichnen. Dies betrifft neben der Zufriedenheit mit dem Jugendamt unter anderem die zunehmende Kongruenz der Problemwahrnehmungen sowie die wahrgenommene Beteiligung (speziell) des jungen Menschen an der Hilfe.

Tabelle 47: Kooperation im Hilfeverlauf aus Sicht des jungen Menschen

	Erhebungszeitpunkt	
	t1.2	*t3*
	Mittelwert	*Mittelwert*
Einsicht, dass Hilfe benötigt wird (bzgl. sich selbst)	77,3	-
Einsicht, dass Hilfe benötigt wird (bzgl. Familie)	68,3	-
Einverständnis mit Hilfe	84,1	-
Zufriedenheit mit dem Jugendamt	75,0	75,4
Analoge Problemsicht wie Jugendamt (bzgl. sich selbst)	64,2	60,5
Analoge Problemsicht wie Jugendamt (bzgl. Familie)	55,1	56,7
Beteiligung an der Hilfe (bzgl. sich selbst)	70,6	64,3
Beteiligung an der Hilfe (bzgl. Familie)	76,6	67,1

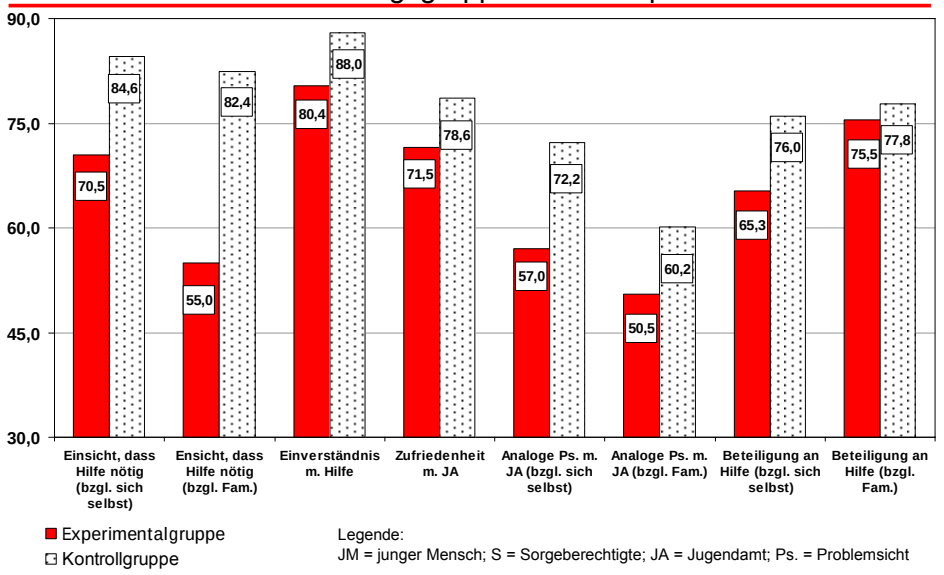
Tabelle 48: Kooperation im Hilfeverlauf aus Sicht der Sorgeberechtigten

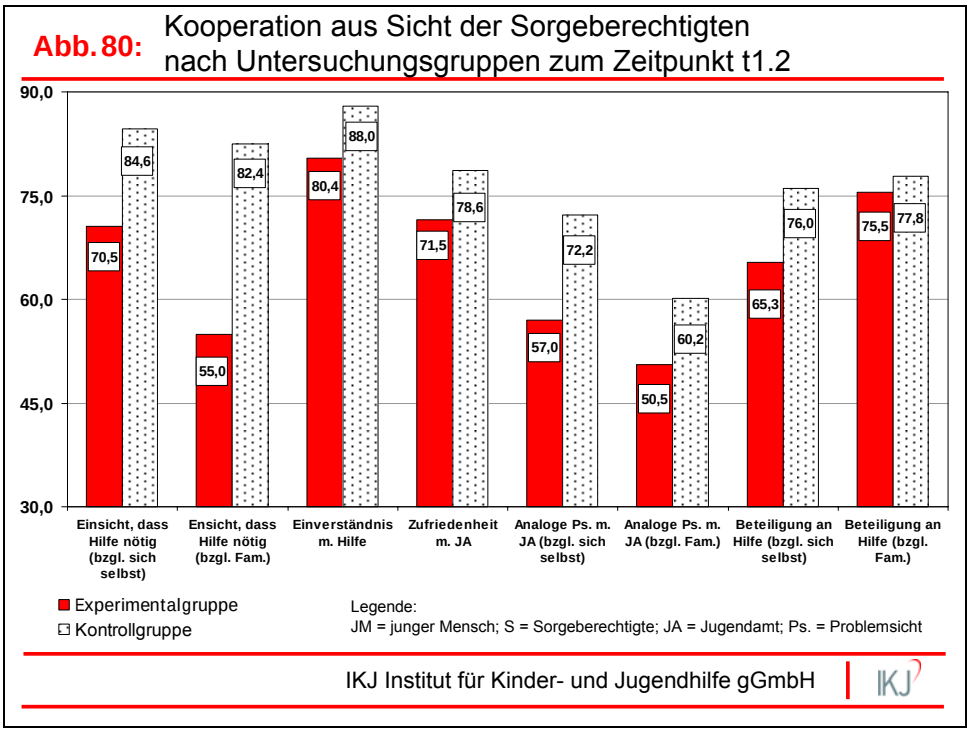
	Erhebungszeitpunkt	
	t1.2	*t3*
	Mittelwert	*Mittelwert*
Einsicht, dass Hilfe benötigt wird (bzgl. jungem Mensch)	77,3	-
Einsicht, dass Hilfe benötigt wird (bzgl. Familie)	68,3	-
Einverständnis mit Hilfe	84,1	-
Zufriedenheit mit dem Jugendamt	75,0	89,9
Analoge Problemsicht wie Jugendamt (bzgl. jungem Mensch)	64,2	82,6
Analoge Problemsicht wie Jugendamt (bzgl. Familie)	55,1	77,1
Beteiligung an der Hilfe (bzgl. jungem Mensch)	70,6	81,8
Beteiligung an der Hilfe (bzgl. Familie)	76,6	78,0

Wird nun anhand der Mittelwertsunterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe der Einfluss des angewandten diagnostischen Verfahrens zu den beiden Zeitpunkten abgebildet, so kommen wir auch bei den Einschätzungen der jungen Menschen und Sorgeberechtigten zu vergleichbaren Schlussfolgerungen wie bei der Analyse der Sichtweise der Jugendämter:

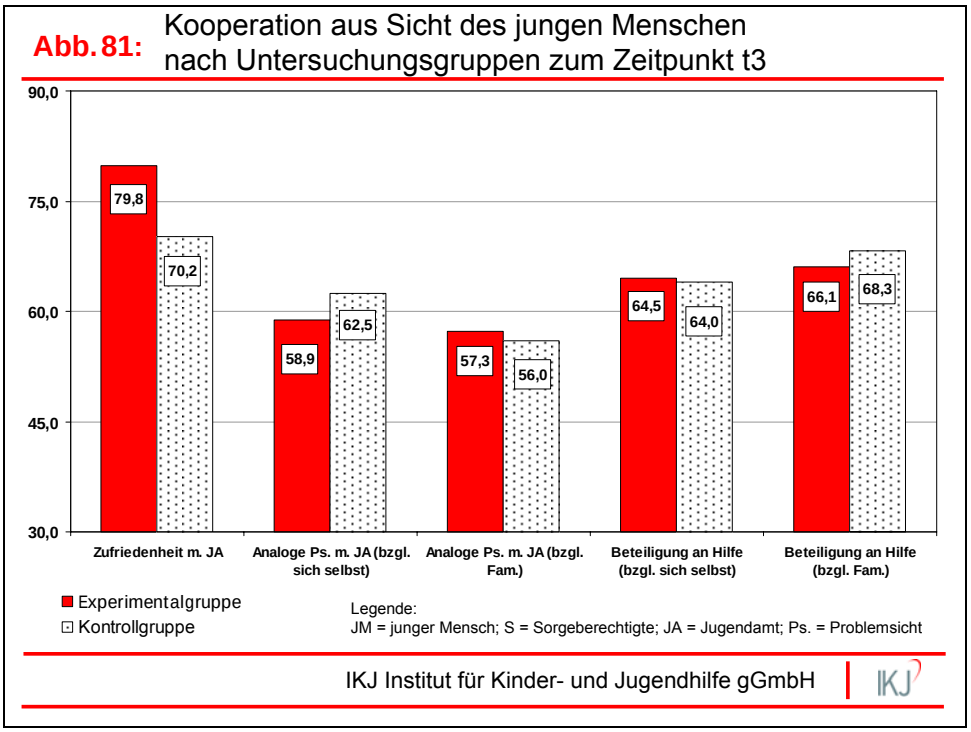
Zum Erhebungszeitpunkt t1.2 zeigen die t-Tests, mit deren Hilfe die Mittelwertsunterschiede auf statistische Signifikanz geprüft wurden, dass entweder keine Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen vorliegen oder aber in einigen Bereichen die Werte in der Kontrollgruppe sogar höher ausfallen (s. Abbildung 79 und Abbildung 80). Sowohl aus Sicht des jungen Menschen als auch der Sorgeberechtigten betrifft dies die Dimensionen „Einsicht in den Hilfebedarf (Kind und Familie)“, „auf den jungen Menschen bezogene analoge Problemsicht zum Jugendamt“ und „Beteiligung an der Hilfe“ (jeweils $p < 0.05$). Dieses Ergebnis relativiert die im vorangegangenen Abschnitt geäußerte Vermutung etwas, dass der vergleichbare Befund, der auch bei den ASD-Fachkräften festgestellt werden konnte, allein Spiegelbild von deren bzgl. der Diagnose-Tabellen abgegebenen negativen Praktikabilitätsbewertungen ist. Offensichtlich wird Ähnliches auch von den jungen Menschen und den Sorgeberechtigten wahrgenommen. Dies erhärtet die Indizien, dass die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen im Hinblick auf die Partizipation und Kooperation der Hilfeadressaten kritische Eigenschaften aufweisen. Da den ASD-Fachkräften in den betreffenden Prozessabläufen eine genuine Schlüsselposition zukommt, kann allerdings nicht abschließend geklärt werden, ob die ursprüngliche Annahme nicht doch zutreffend ist. Schließlich können sich die Vorbehalte gegen die Diagnose-Tabellen über die Prozesse im Ergebnis dann auch auf die Bewertungen der Hilfeadressaten ausgewirkt haben. Ferner ist ebenfalls zu bedenken, dass sich beide Untersuchungsgruppen trotz der Unterschiede absolut betrachtet in der Regel auf hohem Niveau bewegen.

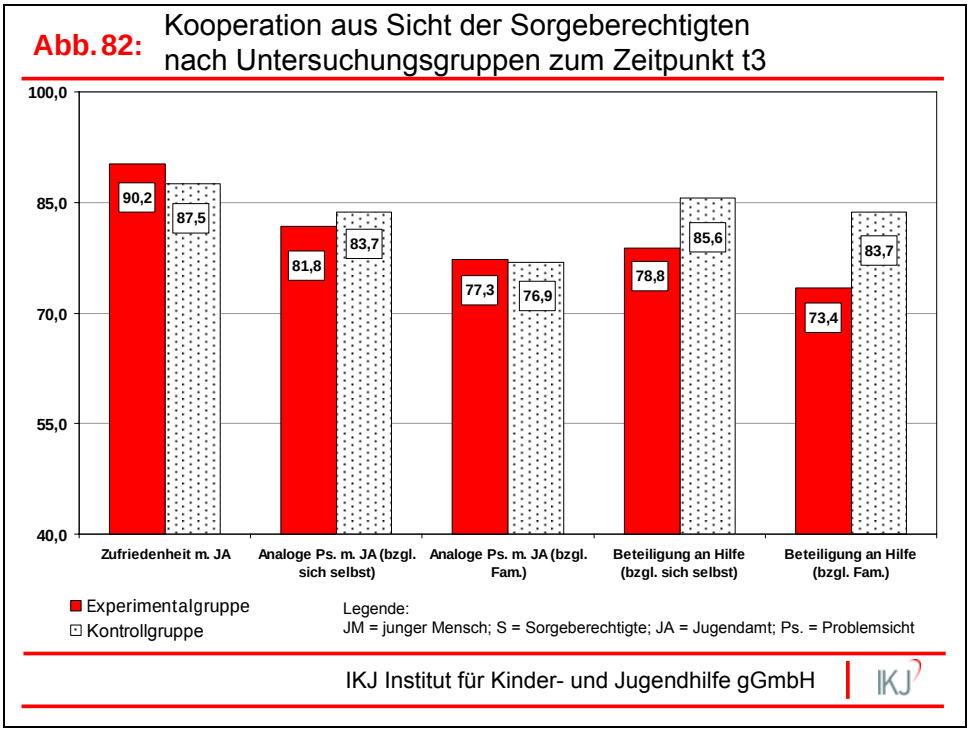
Abb. 79: Kooperation aus Sicht des jungen Menschen nach Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt t1.2





Wie gesehen nimmt im Hinblick auf die Effektivität der Hilfen die Bedeutung hoher Kooperationswerte im Hilfeverlauf deutlich zu. Analog zu den Beobachtungen bei den ASD-Fachkräften können bei Befragung der jungen Menschen und Sorgeberechtigten im Zeitintervall um das Hilfeende (Erhebungszeitpunkt t3) keine Unterschiede mehr festgestellt werden, die in statistischer Hinsicht signifikant sind (s. Abbildung 81 und Abbildung 82). Offensichtlich gleichen sich also die zunächst beobachteten Unterschiede im Hilfeprozess wieder an, sodass es infolgedessen nicht zu negativen Implikationen für den Hilfeerfolg kommen kann. Dieser Befund spricht zwar weder für noch gegen den Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen, trotzdem können insbesondere die über alle Untersuchungsebenen der Kooperation konsistent ungünstigen Ergebnisse bei t1.2 nicht völlig ignoriert werden; zumal auch die Nivellierung der Werte zum Zeitpunkt t3 nicht unmittelbar mit den Diagnose-Tabellen in Verbindung stehen muss, liegt doch deren Einsatz zu diesem Zeitpunkt zumeist schon erheblich in der Vergangenheit.





4.9.3 Partizipation und Kooperation: Fazit

Analog zu vielen anderen Studien kann auch bei der vorliegenden Untersuchung die zentrale Bedeutung der Partizipation und Kooperationsbereitschaft der Hilfeadressaten nachgewiesen werden. Je mehr es gelingt, eine Einsicht in den Bedarf der Hilfe und eine Akzeptanz der Hilfeplanziele zu vermitteln sowie eine aktive Beteiligung der jungen Menschen und ihrer Familien beispielsweise durch angemessene Berücksichtigung ihrer Wünsche zu erreichen,

desto besser sind die Erfolgsaussichten. Ferner kann gezeigt werden, dass der Einfluss der Kooperation auf die Effekte im Hilfeverlauf deutlich zunimmt, diese also mit voranschreitender Hilfe immer wichtiger wird. Sobald Experimental- und Kontrollgruppe einander gegenübergestellt werden, ergibt sich ein teilweise kritisches Bild, das sich in analoger Weise sowohl in den Einschätzungen der ASD-Fachkräfte als auch in der unmittelbaren Befragung der jungen Menschen und Sorgeberechtigten widerspiegelt. Zwar kann in beiden Untersuchungsgruppen eine insgesamt hohe Partizipation und Kooperation ermittelt werden, die Werte fallen aber vor allem zu frühen Zeitpunkten des Hilfeprozesses in der Kontrollgruppe in einigen Bereichen deutlich höher aus. Kritische Bereiche sind etwa die Akzeptanz der Hilfe und der Hilfepläne, die Einsicht in die Hilfenotwendigkeit sowie die Übereinstimmung in der Problemwahrnehmung mit dem Jugendamt. Gerade bzgl. der letztgenannten Aspekte kann also nicht grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass es hier im Zuge der Anwendung der Diagnose-Tabellen zu einer höheren Transparenz oder Nachvollziehbarkeit seitens der Beteiligten kommt. Zu späteren Zeitpunkten, speziell auch bei Beendigung der Hilfen, ist allerdings doch ein deutlicher Angleichungseffekt feststellbar, sodass keine Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen mehr messbar sind. Hier besteht dann allerdings auch schon eine entsprechende zeitliche Distanz zum Einsatz des jeweiligen diagnostischen Verfahrens, wodurch es schwierig wird, hier einen plausiblen Zusammenhang herzustellen. Davon abgesehen liegt in diesem Befund allerdings die Erklärung, warum es infolge des beschriebenen „Wirkungsmechanismus“ der Kooperation nicht zu negativen Auswirkungen auf die Effektivität gekommen ist. Obwohl also kein unmittelbar schädlicher Einfluss vorliegt, bleibt dennoch der „Wermutstropfen“, dass es verglichen mit den in der Kontrollgruppe praktizierten Methoden zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs mithilfe der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen nicht gleichermaßen frühzeitig gelungen ist, bei den wesentlichen Verfahrensbeteiligten eine ähnliche Nachvollziehbarkeit und Akzeptanz zu ermöglichen.

Bei der abschließenden Bewertung dieser Ergebnisse muss natürlich, neben dem absolut gesehen hohen Kooperationsniveau, berücksichtigt werden, dass auf der Ergebnisseite die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen trotzdem eine höhere Wirksamkeit bzw. Effektivität aufweisen (s. Abschnitt 4.5). Aufgrund des positiven Einflusses der Kooperation auf die Effekte ist es allerdings naheliegend zu vermuten, dass der nur tendenziell signifikante Effektivitätsunterschied bei der Gesamteffektivität möglicherweise wesentlich größer ausgefallen wäre, wenn es gelungen wäre, die Partizipation und Kooperation der Hilfeadressaten noch nachhaltiger zu steigern. Gerade deswegen handelt es sich hier um einen wichtigen Ansatzpunkt für die Optimierung des Verfahrens, der zeigt, dass an den Prozessstandards der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen noch weiter „gefeilt“ werden muss. Neben formalen Ablaufmerkmalen (Umfang der Fragen, logisch nachvollziehbare Leitung durch die Themenbereiche), die zur höheren Transparenz des Verfahrens beitragen können, muss hierbei unter anderem auch berücksichtigt werden, dass durch den Einsatz des diagnostischen Verfahrens der Beziehungsaufbau mit den Beteiligten nicht aus dem Blick gerät.

4.10 Sonstige Einflussfaktoren

Die Effektivität erzieherischer Hilfen kann natürlich nicht ausschließlich durch die Kooperationsbereitschaft der jungen Menschen und ihrer Familien oder die Anwendung bestimmter Methoden zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs, wie den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen, erklärt werden. Zwar kann anhand der bereits bis dato vorliegenden Befundlage durchaus belegt werden, dass hier beide Aspekte eine wichtige Rolle spielen, entsprechend des Qualitätsmodells von Donabedian (1980) müssen aber noch weitere potenzielle Einfluss- bzw. Wirkfaktoren in Betracht gezogen werden, die sowohl in den Strukturen der Jugendämter als auch in Prozessmerkmalen der Hilfe zu verorten sind (vgl. auch Abschnitt 3.3.1).

Da die Liste der Merkmale, die in eine derartige Betrachtung einbezogen werden können, je nach Ausprägung des forscherischen Interesses nahezu beliebig erweiterbar ist, war es notwendig, die nachfolgenden Ausführungen speziell auf diejenigen Variablen zu beschränken, die entweder allgemein von zentraler Bedeutung sind, also bereits in anderen Studien als wichtige Wirkfaktoren von Hilfen nachgewiesen wurden, oder aber solche, die sich besonders im Kontext der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen als aufschlussreich erwiesen haben.

Auf der Ebene der Strukturqualität waren dies neben allgemeinen regionalen Attributen der beteiligten Jugendämter auch spezielle Faktoren wie etwa die Berufserfahrung der Fachkräfte. Bezogen auf den Hilfeprozess wurden gerade mit Blick auf die Diagnose-Tabellen speziell die Grundlagen für den Hilfevorschlag und die Bedarfsstellung untersucht. Darüber hinaus zudem die implizit auf die Dauer der Hilfen abzielende Frage, ob die Maßnahmen am Ende des Untersuchungszeitraums bereits abgeschlossen waren oder noch andauerten. Sofern es sich um bereits beendete Hilfen handelte, wurde ebenfalls danach unterschieden, ob diese Beendigungen planmäßig oder außerplanmäßig (Stichwort Hilfeabbrüche) erfolgten. Abschließend wurden zentrale soziografische Merkmale der jungen Menschen wie das Geschlecht und das Alter bei Hilfebeginn in die Analysen einbezogen.

Wie bereits dargelegt, bestand dabei kein Anspruch auf Vollständigkeit. Sofern allerdings ein hier nicht erwähntes Merkmal grundsätzlich Gegenstand der Evaluation war (s. Abschnitt 3.4), ist davon auszugehen, dass dies im Kontext des vorliegenden Untersuchungsgegenstandes nicht von Relevanz war.

4.10.1 Allgemeine Strukturmerkmale der Jugendämter

An der Evaluation waren insgesamt elf Jugendämter beteiligt, die ihre Leistungen unter unterschiedlichen strukturell-regionalen Rahmenbedingungen erbringen. Überaus naheliegend ist dabei die Vermutung, dass regionalspezifische Charakteristika in der Bedarfsstruktur der Hilfeadressaten und den Quoten der erzieherischen Hilfen auch mit deren Effektivität in Zusammenhang stehen. Zur Abschätzung dieses Einflusses wurden die an der Evaluation beteiligten Jugendämter zunächst nach Stadt- und Kreisjugendämtern unterschieden. Da dies allerdings für sich genommen noch kein hinreichendes Kriterium für eine aussagekräftige regionale Klassifikation darstellt, wurde in einem weiteren Schritt, unter anderem auf der Grundlage von Einwohnerzahl, Bevölkerungsdichte und Mitarbeiterzahl, zudem eine Einteilung in „große“ und „kleine“ Jugendämter vorgenommen (als groben Richtwert für die Klassifikation als „großes“ Jugendamt kann eine Einwohnerzahl von 130.000 herangezogen werden; s. auch Abschnitt 3.7).

Die statistischen Vergleiche mithilfe von t- bzw. Chi-Quadrat-Tests weisen für die drei beteiligten Stadtjugendämter folgende statistisch bedeutsamen Unterschiede im Vergleich zu den Kreisjugendämtern nach:

- tendenziell höherer Anteil alleinerziehender Mütter (54% vs. 42%, $p = 0.10$)
- im Vorfeld der aktuellen Maßnahmen deutlich höhere Anzahl und Intensität vorangegangener Hilfen ($p = 0.00$)
- tendenziell höheres Alter der jungen Menschen bei Hilfebeginn (11,6 vs. 10,4 Jahre, $p = 0.10$)
- höherer Anteil von Erziehungsbeistandschaften nach § 30 SGB VIII (39% vs. 18%)
- niedrigerer Anteil von Hilfen nach § 34 SGB VIII (Heimerziehung und betreute Wohnformen, 20% im Bereich Stadt vs. 27% im Bereich Kreis)

Keine Unterschiede bestehen etwa in Bezug auf die Verteilung der Variablen Geschlecht oder Nationalität. Zudem können keine Unterschiede in Bezug auf die Gesamtausprägung der Problemlagen und Ressourcen festgestellt werden, welche die Ausgangslagen für die Hilfeprozesse bilden.

Ein geringfügig anderes Bild ergibt sich, wenn die Jugendämter entsprechend ihrer Größe einander gegenübergestellt werden. Die sechs als „groß“ klassifizierten Jugendämter weisen verglichen mit den fünf als „klein“ klassifizierten Jugendämtern folgende Eigenheiten auf:

- niedrigere Häufigkeit des Sorgerechts bei beiden leiblichen Elternteilen (58% vs. 71%, $p = 0.05$)
- tendenziell auch niedrigerer Anteil an Vormundschaften (2% vs. 8%, $p = 0.10$)
- analogerweise höheres „Eintrittsalter“ der jungen Menschen in die Hilfen (im Mittel 11,2 vs. 10,0 Jahre, $p = 0.01$)
- tendenziell höherer Anteil von Erziehungsbeistandschaften nach § 30 SGB VIII (24% vs. 18%) sowie von familienergänzenden Hilfen nach § 32 SGB VIII (Tagesgruppe, 22% vs. 12%)
- tendenziell niedrigerer Anteil an Sozialpädagogischen Familienhilfen nach § 31 SGB VIII (26% vs. 39%) sowie von familienersetzenden Hilfen (28% vs. 35%)

Wiederum liegen keine Unterschiede bei der Geschlechterverteilung oder der Nationalität vor, genauso wenig wie bei den ressourcenbezogenen Gesamtausgangslagen. Sind diese

Befunde noch näherungsweise mit der Gegenüberstellung der Stadt- und Kreisjugendämter vergleichbar, gibt es allerdings im Detail durchaus einige bemerkenswerte Unterschiede. So zeigt sich etwa hinsichtlich der Problemlagen bei den jungen Menschen tendenziell ein höherer Anteil chronischer Erkrankungen in den Jugendämtern mit großstädtischer Dichte (17% vs. 11%, p = 0.09).

Die Befunde belegen insgesamt die eingangs formulierte Annahme, dass auf regionale Strukturmerkmale zurückzuführende Unterschiede zwischen den Jugendämtern nachweisbar sind. Dies kann zwar theoretisch gesehen einen Einfluss auf die Effektivität der Hilfen haben, muss es aber nicht notwendigerweise. Tabelle 49 und Tabelle 50 geben hierüber Aufschluss: Sie zeigen die Ausprägungen von zentralen Ergebnisgrößen, auf die im Rahmen des vorliegenden Berichts bereits an früherer Stelle ausführlich eingegangen wurde, in Abhängigkeit von den Strukturmerkmalen.

Obwohl bspw. im Vergleich der Stadt- und Kreisjugendämter (s. Tabelle 49) ansatzweise augenscheinliche Ergebnisunterschiede vorhanden zu sein scheinen, kann dies durch die statistischen Signifikanztests nicht bestätigt werden. Lediglich bei den über den Hilfeverlauf gemittelten Zielerreichungsgraden sind die Werte der Kreisjugendämter signifikant höher (p = 0.01). Dies muss allerdings auch vor dem Hintergrund stark asymmetrischer Zellbesetzung sowie potenziell inhomogener Varianzen gesehen werden. Hinsichtlich der Jugendamtsgröße gibt es sogar gar keine statistisch signifikanten Unterschiede. Abgesehen davon liegen hier die Zahlenwerte ebenfalls absolut betrachtet viel dichter beisammen (s. Tabelle 50).

Tabelle 49: Zentrale Ergebnisgrößen in Abhängigkeit von der Verwaltungsregion

		Verwaltungsregion	
		Kreis-jugendamt	*Stadt-jugendamt*
Gesamteffektivität	*N*	171	45
	Mittelwert	21,0	17,4
Defizitabbau	*N*	171	45
	Mittelwert	18,5	14,7
Ressourcenförderung	*N*	165	45
	Mittelwert	20,2	18,0
Zielerreichung	*N*	161	44
	Mittelwert	28,5	21,7
Gesamterfolg aus Sicht des jungen Menschen	*N*	170	45
	Mittelwert	32,6	29,7
Gesamterfolg aus Sicht der Sorgeberechtigten	*N*	174	46
	Mittelwert	33,0	31,2
Relative Kosten-Nutzen-Differenz	*N*	152	43
	Mittelwert	0,0	-0,1
Notwendigkeit von Anschlusshilfen	*n*	100	29
	Prozent	41,0%	51,7%

n = Anzahl der untersuchten Hilfeverläufe mit gültigen Nennungen

Tabelle 50: Zentrale Ergebnisgrößen in Abhängigkeit von der Jugendamtsgröße

		Jugendamtsgröße	
		klein	*groß*
Gesamteffektivität	*n*	92	124
	Mittelwert	19,4	20,9
Defizitabbau	*n*	92	124
	Mittelwert	16,8	18,4
Ressourcenförderung	*n*	89	121
	Mittelwert	18,9	20,3
Zielerreichung	*n*	86	119
	Mittelwert	27,4	26,8
Gesamterfolg aus Sicht des jungen Menschen	*n*	91	124
	Mittelwert	31,7	32,3
Gesamterfolg aus Sicht der Sorgeberechtigten	*n*	93	127
	Mittelwert	31,6	33,3
Relative Kosten-Nutzen-Differenz	*n*	88	107
	Mittelwert	-0,1	0,1
Notwendigkeit von Anschlusshilfen	*n*	53	76
	Prozent	39,6%	46,1%

n = Anzahl der untersuchten Hilfeverläufe mit gültigen Nennungen

Bilanzierend betrachtet kann festgehalten werden, dass es keine bis sehr wenige Indizien gibt, die nahelegen würden, dass Strukturmerkmale der Regionen im vorliegenden Untersuchungskontext relevante Einflussfaktoren wären. Selbstverständlich kann diese Aussage für die an der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen beteiligten Jugendämter getroffen werden, bei denen es sich, wie bereits in Abschnitt 4.4 angedeutet, allem Anschein nach nicht unbedingt in jeder Hinsicht um eine bundesweit repräsentative Auswahl handelt. Da jedes beteiligte Jugendamt sowohl Experimental- als auch Kontrollgruppenfälle zur Evaluation beigesteuert hat, kann ferner aber auch nicht davon ausgegangen werden, dass es innerhalb dieser Stichprobe durch die im zwischenregionalen Vergleich durchaus vorhandenen Struktur- bzw. Bedarfsprofilunterschiede zu ergebnisverfälschenden Verzerrungseffekten gekommen ist (s. auch Abschnitt 3.9).

4.10.2 Spezielle Strukturmerkmale: Berufserfahrung

Neben den regionalen Merkmalen wurde im Rahmen der Evaluation eine detaillierte Bestandsaufnahme der Strukturqualität der beteiligten Jugendämter und Leistungserbringer vorgenommen. Dabei wurde unter anderem auf personelle Ressourcen, Prozessstandards, Besprechungskultur, Fort- und Weiterbildung, Qualitätsentwicklungsmaßnahmen sowie das Leistungsspektrum und die Qualität der zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten eingegangen. Speziell im Hinblick auf die Anwendung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen hat sich hier die Berufserfahrung der Fachkräfte im Allgemeinen Sozialen Dienst als bedeutsame Größe erwiesen.

Im Mittel lag die Beschäftigungsdauer der insgesamt 67 Fachkräfte, die an der einzelfallbezogenen Evaluation der Hilfeprozesse beteiligt waren, bei annähernd 10 Monaten (bei einer Standardabweichung von ca. 6 Monaten).

Insgesamt liegen einige empirische Indizien vor, die nachhaltig darauf hinweisen, dass gerade für Fachkräfte mit geringer Berufserfahrung der Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen besonders empfehlenswert zu sein scheint. Innerhalb der Experimentalgruppe bestehen signifikante positive Korrelationen zwischen der Berufserfahrung und Prozessmerkmalen, die speziell die Anwendung des diagnostischen Verfahrens charakterisieren (s. Tabelle 51). Konkret zeigt sich dies dadurch, dass im Rahmen des Einsatzes der Diagnose-Tabellen die ASD-Fachkräfte mit weniger Berufserfahrung sich im Vergleich zu ihren erfahrenen Kolleginnen und Kollegen schneller in das Verfahren einarbeiten, einen geringeren Gesamtzeitbedarf für die Diagnosegespräche haben und zudem insgesamt auch mit einer geringeren Anzahl an Gesprächen auskommen. Die Tabellen scheinen demnach den Berufsanfängern im Rahmen der Bedarfsfeststellung eine brauchbare Strukturierungshilfe zu geben. Dies wird gerade auch durch einen Blick auf die Kontrollgruppe verdeutlicht: Hier lassen sich in der Regel keine Zusammenhänge mit der Berufserfahrung beobachten. Tendenziell sind diese sogar eher negativ ausgeprägt. Beispielsweise führen Berufsanfänger hier tendenziell eher mehr Diagnosegespräche (s. Tabelle 51). Dies mag daran liegen, dass sie sich möglicherweise unsicher fühlen oder aber wichtige Informationen in den ersten Gesprächen außer Acht gelassen haben, die dann noch nachrecherchiert werden müssen. Es sei an dieser Stelle allerdings darauf hingewiesen, dass die hier dargelegten korrelativen Zusammenhänge immer auch anhand der absoluten Ausprägung der einzelnen Prozessmerkmale zwischen den Gruppen relativiert werden müssen (s. auch Abschnitt 4.2).

Tabelle 51: Korrelation zwischen Berufserfahrung und Anwendung des diagnostischen Verfahrens

	Untersuchungsgruppe	
	Experimentalgruppe	*Kontrollgruppe*
Einarbeitungszeit in das diagnostische Verfahren	**0.38****	0.11
Anzahl Diagnosegespräche (persönlich, telefonisch)	**0.24****	**-0,21**$^{+}$
Gesamtstundenaufwand für die Diagnosegespräche	**0.14**$^{+}$	-0.11

** Die Korrelation (nach Pearson) ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant
* Die Korrelation (nach Pearson) ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant
$^{+}$ Die Korrelation (nach Pearson) ist auf dem Niveau von 0,10 (2-seitig) signifikant

Hat die Berufserfahrung nun aber auch einen Einfluss auf die Effektivität der Hilfen? Obwohl es sich entsprechend der vorliegenden Befunde sicher nicht um einen zentralen Wirkfaktor mit hohem Einfluss handelt, ließen sich einige wenigstens der Tendenz nach signifikante Korrelationen zur Förderung von Ressourcen, zum Abbau von Defiziten oder zum Ausmaß der Zielerreichung ermitteln (s. Tabelle 52; die nominal „stärksten“ Zusammenhänge bestehen zum Abbau von Defiziten und zur Zielerreichung). Mit zunehmender Berufserfahrung steigt demnach die Wahrscheinlichkeit für höhere Effekte. Bemerkenswert ist, dass derartige Zusammenhänge nur in der Kontrollgruppe, nicht aber in der Experimentalgruppe beobachtet werden konnten (s. Tabelle 52). Daraus kann gefolgert werden, dass die durch den Ein-

satz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen möglichen Wirkungen von der Berufserfahrung unabhängig sind, oder anders ausgedrückt und auf den Punkt gebracht: Berufsanfänger können mithilfe dieses Instrumentariums genauso gute Ergebnisse erzielen wie die Kolleginnen und Kollegen mit größerem fachlichem Erfahrungsschatz.

Tabelle 52: Korrelation zwischen Berufserfahrung und zentralen Ergebnisgrößen

	Untersuchungsgruppe	
	Experimentalgruppe	*Kontrollgruppe*
Gesamteffektivität	0.07	**0.14**$^{+}$
Defizitabbau	0.04	**0.23***
Ressourcenförderung	0.09	**0.16**$^{+}$
Zielerreichung	-0.10	**0.21***

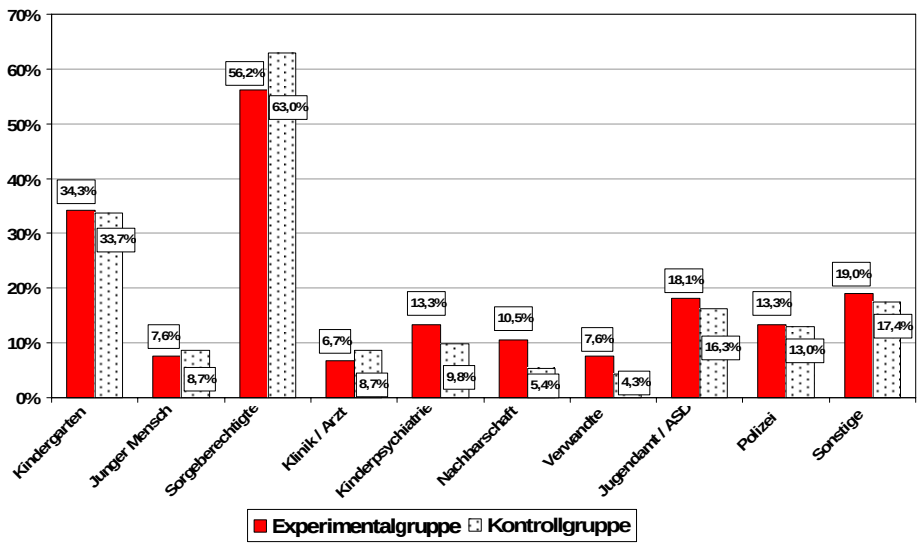
* Die Korrelation (nach Pearson) ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant
$^{+}$ Die Korrelation (nach Pearson) ist auf dem Niveau von 0,10 (2-seitig) signifikant

4.10.3 Prozessebene: Grundlage der Bedarfsfeststellung

Erwartungsgemäß hat die Anwendung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen nicht nur Implikationen auf struktureller Ebene, sondern macht sich auch prozessual bemerkbar. Da die Diagnostik zu einem sehr frühen Zeitpunkt des Hilfeprozesses ansetzt, lassen sich im Vergleich der Untersuchungsgruppen schon bei den Grundlagen der Bedarfsfeststellung und des Hilfevorschlags bedeutungsvolle Unterschiede feststellen.

Dies gilt freilich nicht für die Meldung des Hilfebedarfs, die ja überhaupt erst dazu führt, dass die Notwendigkeit einer diagnostischen Abklärung entsteht. Wie man aus Abbildung 83 ersehen kann, sind diesbezüglich kaum bzw. nur kleine Unterschiede in den Häufigkeitsverteilungen zwischen den Gruppen erkennbar. Die zur statistischen Absicherung dieser Aussage durchgeführten Chi-Quadrat-Tests legen ebenfalls keine überzufälligen Unterschiede nahe. Das heißt also, dass die Meldung des Hilfebedarfs in beiden Untersuchungsgruppen rein quantitativ gesehen durch vergleichbare Institutionen bzw. Personen erfolgt. Absolut gesehen erfolgt die Bedarfsanmeldung am häufigsten durch die Personensorgeberechtigten selbst, gefolgt von Schulen, Kindergärten oder ähnlichen Institutionen.

Abb. 83: Meldung des Hilfebedarfs



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

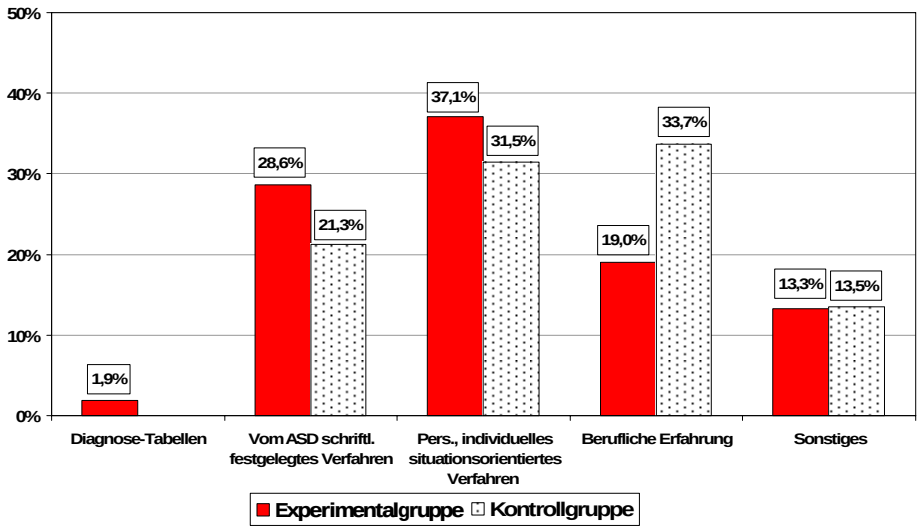
Deutliche Unterschiede zeigen sich aber dahingehend, welche Informationsquellen in die Bedarfsfeststellung einbezogen werden (s. Abbildung 83). Die statistischen Tests zeigen, dass die Gruppe, in der die Diagnose-Tabellen zum Einsatz gekommen sind, sich deutlich weniger auf mündliche Mitteilungen verlassen hat ($p < 0.05$). Insgesamt besteht allerdings auch eine geringere Notwendigkeit, auf Gutachten von dritter Seite (Ärzte, Psychologen etc.) zurückgreifen zu müssen ($p < 0.05$). Hier scheinen die Tabellen also in zweierlei Hinsicht „gewirkt“ und zu einer höheren Qualifizierung beigetragen zu haben: Einerseits wird in geringerem Umfang auf „mündliche Überlieferungen“ mit der diesen inhärenten geringeren Verlässlichkeit zurückgegriffen, andererseits scheint zudem das Vertrauen in die diagnostische Kompetenz der eigenen Profession gestärkt, da weniger „fachfremde“ Experten zu Rate gezogen werden. Kein Unterschied besteht hinsichtlich des Rückgriffs auf schriftliche Mitteilungen. Dabei ist allerdings bemerkenswert, dass in der Experimentalgruppe neben den „üblichen“ Anhaltspunkten in Form von mündlichen und schriftlichen Mitteilungen sowie Gutachten auch in stärkerem Umfang noch auf weitere darüber hinausgehende Quellen zurückgegriffen ($p < 0.01$), also bildlich gesprochen auch über den Tellerrand hinausgeschaut wird.

4.10.4 Prozessebene: Überwiegende Grundlage des Hilfevorschlags

Auch die Frage nach der fachlichen Grundlage, die überwiegend zur Hilfeentscheidung geführt hat, ist im Hinblick auf den Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen von Relevanz. Überraschenderweise geben auch in der Experimentalgruppe die zu dieser Frage interviewten Fachkräfte nur zu einem absolut gesehen sehr geringen Anteil an, dass ihre Hilfevorschläge vornehmlich auf der Grundlage der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen zustande gekommen sind (s. Abbildung 84). Überwiegend wird hier entweder darauf verwie-

sen, dass in Eigenregie entwickelte situationsorientierte Verfahren zu Rate gezogen wurden oder man sich letztendlich doch eher an einem vom ASD schriftlich festgelegten oder sonstigen Verfahren orientiert hat (diesbezüglich bestehen auch im Vergleich der Häufigkeitsverteilungen zwischen den Untersuchungsgruppen keine signifikanten Unterschiede). Nicht explizit weniger häufig wird insgesamt der Hilfevorschlag auch schlichtweg mit der beruflichen Erfahrung begründet. Speziell hierin unterscheidet sich aber die Gruppe, welche die Diagnose-Tabellen eingesetzt hat, von der Vergleichsgruppe: Allein die berufliche Erfahrung war in der Experimentalgruppe deutlich weniger oft maßgeblich als in der Kontrollgruppe (dies wird ebenfalls durch den in diesem Fall mit $p < 0.05$ signifikanten Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest belegt, s. auch Abbildung 84). Insofern macht sich der Einsatz der Diagnose-Tabellen in fachlicher Hinsicht also durchaus positiv bemerkbar. Der Effekt ist allerdings eher impliziter als expliziter Natur: Zwar wird sich beim Hilfevorschlag deutlich weniger auf eigene Eingaben und Intuitionen verlassen, den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen wird aber auch nicht unbedingt ein größeres „Vertrauen“ entgegengebracht. Dieses ist zumindest nicht derart ausgeprägt, dass es den Mut beflügeln könnte, die Anwendung der Tabellen als alleiniges Entscheidungskriterium heranzuziehen. In Anbetracht der bereits mehrfach beschriebenen Unzufriedenheit bzw. Skepsis der Anwender mit der hier evaluierten Fassung des Verfahrens (s. Abschnitt 4.2) erscheint dieser Befund letztendlich allerdings nicht wirklich verwunderlich. Möglicherweise müssen zudem noch konkretere Richt- bzw. Leitlinien formuliert werden, die den Anwendern der Diagnose-Tabellen dabei helfen, die Ergebnisse der Diagnostik in handlungsrelevante Konsequenzen umzumünzen.

Abb. 84: Überwiegende Grundlage der Hilfeentscheidung



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

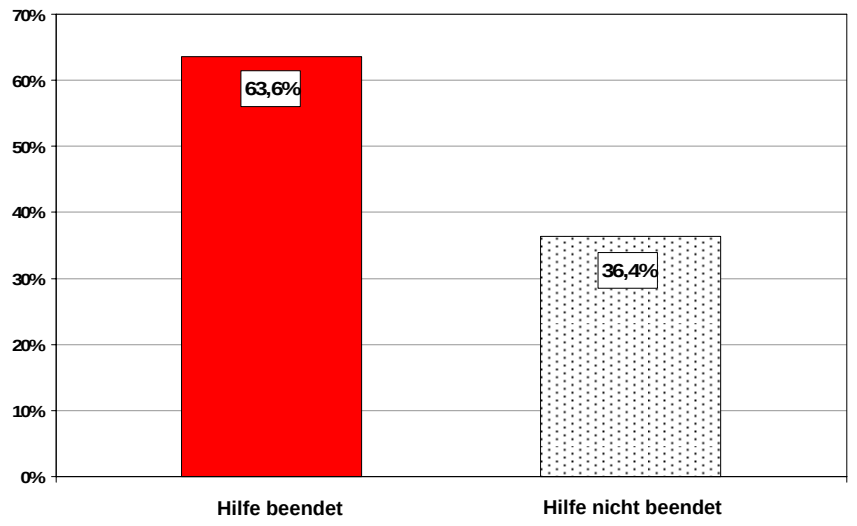
4.10.5 Prozessebene: Beendete vs. noch laufende Hilfeprozesse

Bei der Erforschung von in der Kinder- und Jugendhilfe maßgeblichen Einflussfaktoren konnte mehrfach belegt werden, dass eine positive Korrelation zwischen der Dauer der Maßnahmen und deren Erfolgschancen besteht. Das heißt, je länger Hilfen andauern, umso stärker können Defizite abgebaut und Ressourcen gefördert werden (s. etwa Bethmann-Hollweg & Herrmann, 2004). Dieser Einfluss ist zusammen mit der Art der Beendigung der Hilfen (s. Abschnitt 4.10.6) insgesamt sehr stark ausgeprägt und nimmt in den statistischen Modellen einen höheren Erklärungswert ein als bspw. die Durchführung bestimmter Interventionen.

Im Rahmen der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen kann eine Annäherung an potenzielle Effekte im Zusammenhang mit der Hilfedauer allerdings nur über einen „Umweg“ erfolgen, da aufgrund des prospektiv ausgerichteten Evaluationsdesigns in vielen Fällen die reale bzw. endgültige Hilfedauer gar nicht bestimmbar war. So konnte nur innerhalb des insgesamt 34-monatigen Erhebungszeitraums der Evaluation entsprechend den Evaluationsprämissen hilfebegleitend dokumentiert werden. War ein Hilfeprozess zum Ende des Erhebungszeitraums noch nicht abgeschlossen, bspw. bei einer über mehrere Jahre andauernden Heimerziehungsmaßnahme, war unabhängig davon zu diesem Zeitpunkt trotzdem die Abschlusserhebung fällig, mit der in diesen Fällen dann tatsächlich auch nur eine Prognose für den zu erwartenden Effekt bei Hilfeende vorliegt. Dabei handelt es sich allerdings um eine durchaus gute Prognose (s.u.). Werden die Hilfen nach dem sog. Prozessstatus differenziert betracht, also dahingehend, ob sie am Ende des Evaluationszeitraums bereits beendet waren oder noch andauerten, ergeben sich implizit auch Anknüpfungspunkte zur Hilfedauer, da in den bereits beendeten Maßnahmen unter anderem die kurzzeitigen oder früh abgebrochenen Hilfen enthalten sind, insgesamt also Hilfen mit vergleichsweise niedrigerer Dauer.

Betrachtet man die Gesamtstichprobe der Untersuchung, so zeigt sich, dass am Ende des Evaluationszeitraums ca. zwei Drittel der Hilfen beendet waren (s. Abbildung 85).

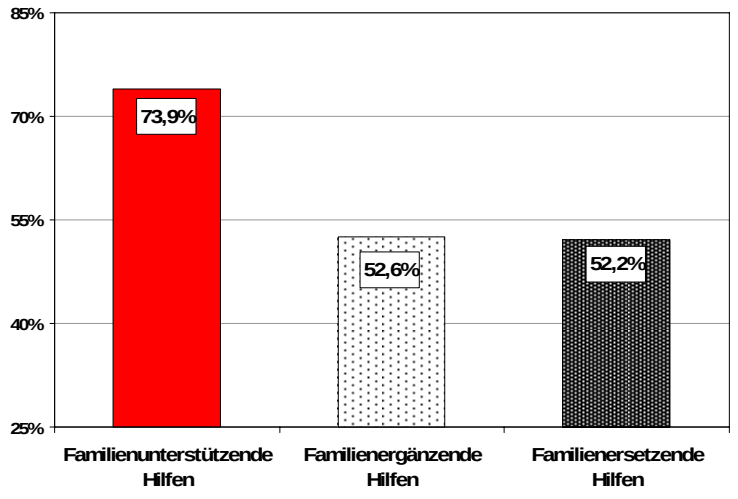
Abb. 85: Anteil beendeter und noch laufender Hilfen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Naturgemäß fällt dieser Anteil in den niederschwelligeren familienunterstützenden Angeboten deutlich höher aus als bei den familienergänzenden oder -ersetzenden Hilfen (s. Abbildung 86).

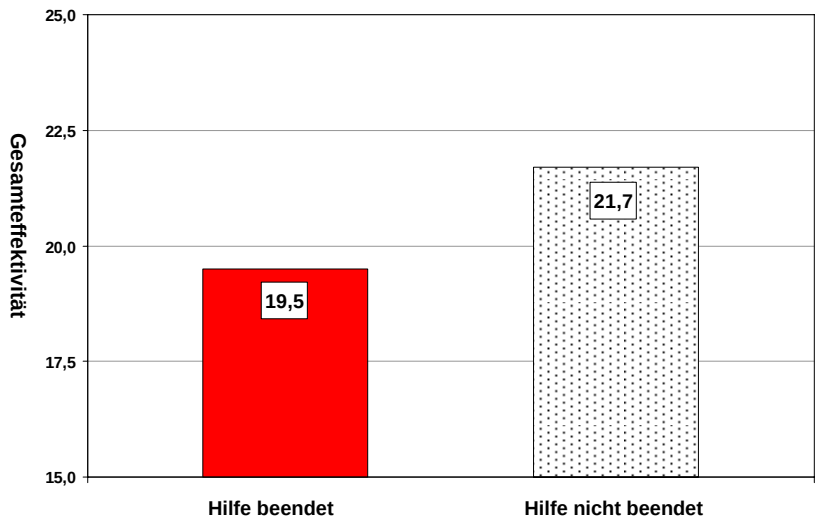
Abb. 86: Anteil beendeter Maßnahmen nach Hilfetyp



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

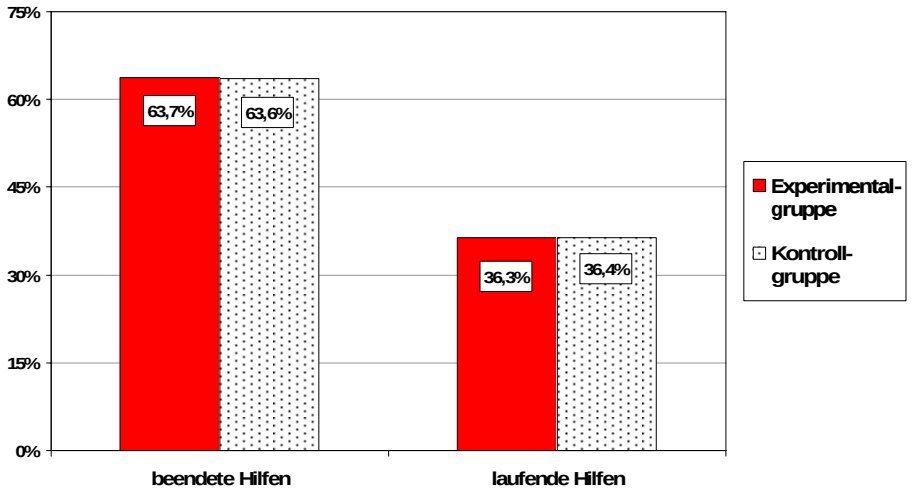
Im Hinblick auf den Hilfeerfolg fällt zwar die Gesamteffektivität bei den noch laufenden Hilfen mit einem Wert von +21,7 erwartungskonform etwas höher aus als bei den bereits beendeten Hilfen (s. Abbildung 87), der Mittelwertsunterschied ist allerdings statistisch nicht signifikant. Zudem sind die Anteile beendeter und noch laufender Hilfen auch in den einzelnen Untersuchungsgruppen gleichverteilt (s. Abbildung 88). Demzufolge kann der im Rahmen der vorliegenden Untersuchung herangezogene Faktor Prozessstatus im vorliegenden Untersuchungskontext nicht als wesentliche Einflussgröße ausgemacht werden. Dies liegt wohl vor allem daran, dass diese Variable die Varianz der hier nicht in verwertbarer Form vorliegenden Hilfedauer nur sehr eingeschränkt wiedergeben kann.

Abb. 87: Gesamteffektivität nach Prozessstatus



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

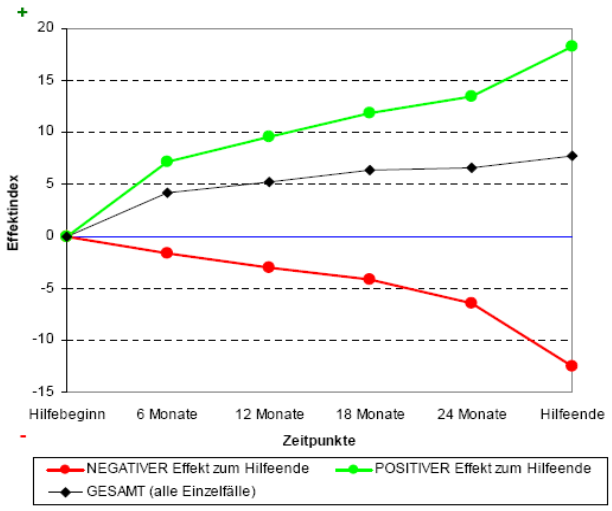
Abb. 88: Beendete und noch laufende Hilfen nach Untersuchungsgruppe



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Nichtsdestoweniger bleibt abschließend gerade im Hinblick auf das Drittel der Fälle, die nicht beendet waren, noch die Frage zu klären, ob die zum Ende des Untersuchungszeitraums gemessene Effektivität ein tauglicher Schätzwert für den Hilfeerfolg zum tatsächlichen Hilfeende ist. Die Klärung dieses Sachverhalts wird durch einen Blick auf Abbildung 89 erleichtert. Hier wurde der Hilfeverlauf von mit dem bundesweiten EVAS-Verfahren (s. auch Abschnitt 4.4) dokumentierten Hilfen, die eine vergleichbare Hilfedauer von mehr als 24 Monaten aufweisen, dahingehend verglichen, wie sich die Hilfen entwickelt haben, wenn diese am Ende tatsächlich erfolgreich waren (also ein positiver Effekt vorliegt) im Verhältnis dazu, wenn sie nicht erfolgreich waren (also ein negativer Effekt vorliegt). Aus der Abbildung kann man ersehen, dass sich bereits zu sehr frühen Hilfezeitpunkten deutliche Unterschiede zwischen den positiven und negativen Verläufen abzeichnen, sodass anhand der hier vorliegenden Werte bereits mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den weiteren Fortgang geschlossen werden kann (s. auch Arnold & Hermann, 2007).

Abb. 89: EVAS-Effektverlauf erfolgreicher und nicht erfolgreicher Hilfen



(nach Arnold & Herrmann, 2007)

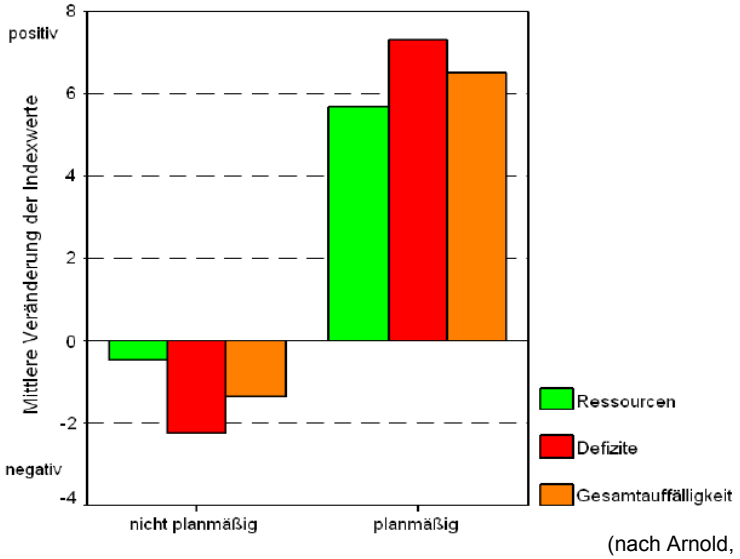
IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Übertragen auf den die 24 Monate-Grenze deutlich übersteigenden Erhebungszeitraum der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen kann entsprechend mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die bei noch nicht beendeten Hilfen beobachteten Effekte am Ende des Untersuchungszeitraums mit recht hoher Sicherheit zumindest stabil bleiben. Da die Kurve der positiv verlaufenden Fälle in Abbildung 89 zudem mit fortschreitender Dauer einen kontinuierlichen Anstieg der Werte nahelegt, handelt es sich bei den im Rahmen von EST! bei den noch laufenden Hilfen gemessenen Effekten sogar eher um konservative Schätzungen, die die tatsächlichen Werte zum Hilfeende eher unter- als überschätzen. Somit ist eine Verfälschung der Ergebnisse aufgrund des Prozessstatus nahezu ausgeschlossen.

4.10.6 Prozessebene: Art der Beendigung der Hilfen

Ein weiteres wichtiges Prozessmerkmal, gewissermaßen handelt es sich um eine „Binnendifferenzierung“ der im Prozessstatus als beendet typologisierten Hilfen, ist die Art und Weise, wie die Hilfeprozesse beendet wurden. Die Beendigung kann entweder planmäßig entsprechend den im Hilfeplan vereinbarten Ziele bzw. bei vorzeitigem Hilfeerfolg erfolgen oder es kommt aufgrund verschiedenartiger Ursachen zu einem vorzeitigen Abbruch, bspw. weil der junge Mensch sich einer Hilfe durch Weglaufen entzogen hat. Die Art der Beendigung hat sich als so bedeutsam erwiesen, dass nur bei planmäßiger Hilfebeendigung quasi mit Gewähr von positiven Effekten gesprochen werden kann (s. Abbildung 90). Nicht planmäßig beendete Hilfen sind in den meisten Fällen eher als „wirkungslos“ zu charakterisieren, teilweise sogar als kontraproduktiv.

Abb. 90: EVAS-Effekte entsprechend der Art der Beendigung

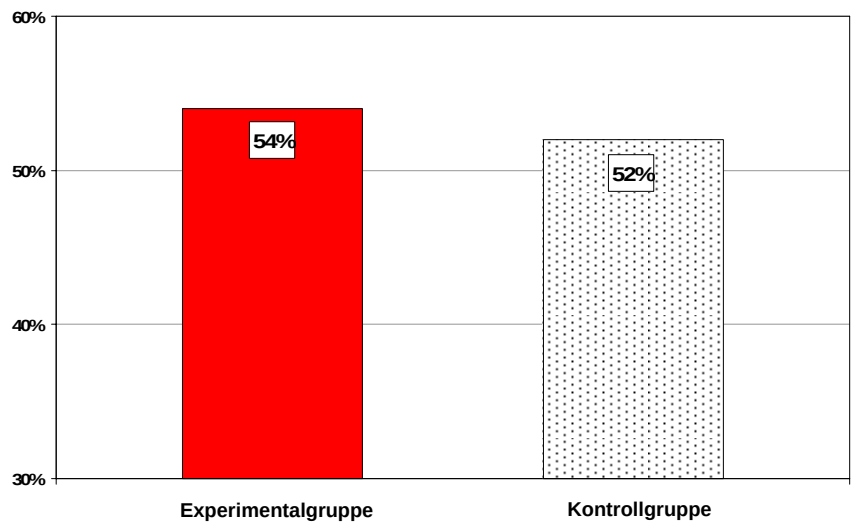


(nach Arnold, 2007)

IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

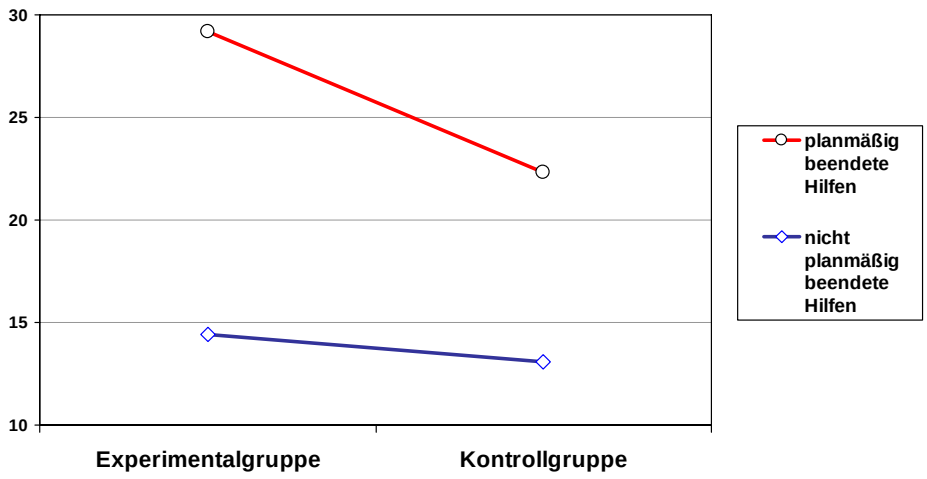
Zwar liegen in der EST!-Stichprobe keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen hinsichtlich des Anteils von Hilfen mit nicht planmäßiger Beendigung vor (ca. 54% in der Experimentalgruppe und ca. 52% in der Kontrollgruppe, s. Abbildung 91), wird aber zusätzlich noch die Gesamteffektivität mit in die Betrachtung einbezogen, so liegt neben dem hochsignifikanten Haupteffekt der Art der Beendigung ($p = 0.00$) auch noch ein zumindest marginal signifikanter Haupteffekt der Untersuchungsgruppe vor ($p = 0.07$). Das heißt, die Gesamteffektivität fällt einerseits bei planmäßig beendeten Hilfen deutlich höher aus als bei nicht planmäßig beendeten Hilfen, andererseits sind aber in beiden Fällen auch die Effekte in der Experimentalgruppe tendenziell höher, also speziell auch bei nicht planmäßiger Beendigung der Hilfen (s. Abbildung 92).

Abb. 91: Anteil nicht planmäßig beendeter Hilfen nach Untersuchungsgruppe



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Abb. 92: Art der Beendigung und Gesamteffektivität nach Untersuchungsgruppen

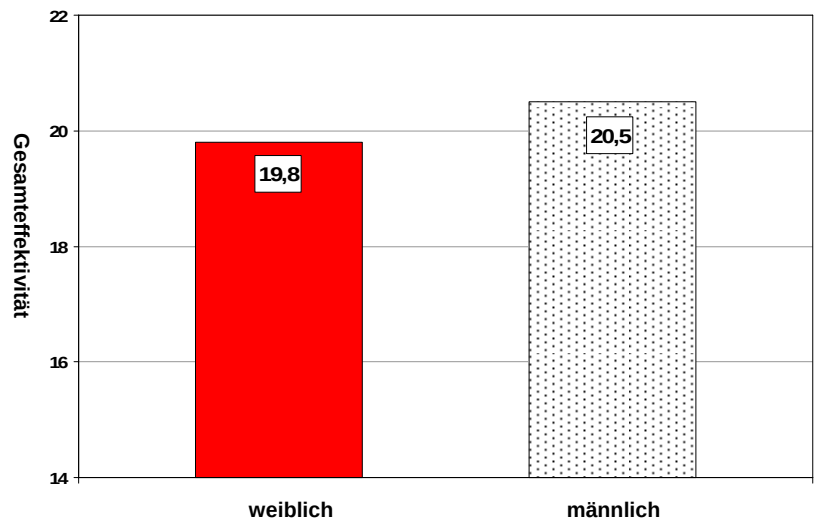


IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

4.10.7 Geschlecht der jungen Menschen

Neben den Struktur- und Prozessmerkmalen können mitunter auch zentrale soziografische Merkmale wie Alter oder Geschlecht mit der Effektivität von Hilfen in Zusammenhang stehen. Für die Variable Geschlecht ist dies anhand der vorliegenden Daten allerdings nicht festzustellen. Wie bereits in Abschnitt 3.9 gesehen sind rein quantitativ sowohl die Experimental- als auch die Kontrollgruppenfälle hinsichtlich der innerhalb dieser Gruppen vorliegenden Geschlechtsverteilung miteinander vergleichbar. Auch im Hinblick auf die Gesamteffektivität sind keine im statistischen Sinne signifikanten Unterschiede lokalisierbar (s. Abbildung 93). Dies ändert sich auch nicht, wenn noch weiter nach dem Faktor Untersuchungsgruppe abgestuft geprüft wird.

Abb. 93: Gesamteffektivität nach Geschlecht



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

4.10.8 Alter der jungen Menschen bei Hilfebeginn

Bezogen auf das Alter der jungen Menschen bei Beginn der Hilfe haben einige Studien gezeigt, dass ein möglichst frühzeitiger Beginn die Wahrscheinlichkeit für spätere Hilfeerfolge deutlich erhöhen kann. Im Rahmen der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen konnte dieser Befund allerdings nicht repliziert werden. Weder bezogen auf die Gesamtstichprobe noch auf Kontroll- oder Experimentalgruppe liegen signifikante Korrelationen zwischen der Gesamteffektivität und dem Alter vor.

4.10.9 Sonstige Einflussfaktoren: Fazit

Neben der Partizipation und Kooperation der Hilfeadressaten wurden im Zuge des Evaluationsprozesses eine Reihe weiterer potenzieller Einflussfaktoren auf Struktur- und Prozessebene mit besonderem Augenmerk bezüglich ihrer Relevanz für den Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen untersucht.

Hierbei haben sich die Diagnose-Tabellen strukturell betrachtet insbesondere für Berufseinsteiger bzw. Fachkräfte mit geringer Berufserfahrung als geeignet und empfehlenswert erwiesen. Im Vergleich zu ihren erfahrenen Kollegen arbeiten sie sich schneller in das Instrumentarium ein, weisen einen reduzierten Zeitbedarf für die Diagnosegespräche auf und kommen zudem insgesamt auch mit einer geringeren Anzahl an Gesprächen aus. Für die Gruppe der weniger erfahrenen Fachkräfte scheinen die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen demnach eine Strukturierungshilfe darzustellen. Obwohl es sich bei der Berufserfahrung im Hinblick auf die Effektivität der Hilfen insgesamt nicht um einen zentralen Wirkfaktor mit hohem Einfluss handelt, ließen sich doch einige wenigstens der Tendenz nach signifikante Korrelationen zur Förderung von Ressourcen, zum Abbau von Defiziten oder zum Ausmaß der Zielerreichung ermitteln. Mit zunehmender Berufserfahrung steigt dabei die Wahrscheinlichkeit für höhere Effekte. Bemerkenswert ist, dass derartige Zusammenhänge nur in der Kontrollgruppe, nicht aber in der Experimentalgruppe beobachtet werden konnten. Auf den Punkt gebracht: Berufsanfänger können mithilfe der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen genauso gute Ergebnisse erzielen wie die Kollegen mit größerem fachlichen Erfahrungsschatz.

Auf der Prozessebene konnte hinsichtlich der Bedarfsfeststellung gezeigt werden, dass die Fachkräfte, die mit den Diagnose-Tabellen arbeiten, zum einen weniger auf externe Gutachten zurückgreifen und dementsprechend also stärker auf ihr eigenes mit den Tabellen erarbeitetes diagnostisches „Know-how“ vertrauen. Des Weiteren kommt weniger zuverlässigen Informationsquellen, wie mündlichen Mitteilungen, ein geringerer Stellenwert zu. Zudem wird durch die Einbeziehung einer größeren Bandbreite von Informationsquellen sozusagen stärker über den Tellerrand hinausgeblickt.

In eine ähnliche Richtung geht ebenfalls der Befund, dass in der Experimentalgruppe ein deutlich geringerer Anteil von Fällen zu verzeichnen ist, bei denen der Hilfevorschlag überwiegend oder ausschließlich mit beruflicher Erfahrung begründet wurde.

Als im vorliegenden Untersuchungskontext weniger relevant haben sich soziografische Merkmale der jungen Menschen wie Alter und Geschlecht, der Prozessstatus, die Art der Beendigung von Hilfen oder regionale Strukturmerkmale der beteiligten Jugendämter erwiesen. Hinsichtlich „weicherer“ Einflussfaktoren wie etwa den subjektiven Einschätzungen der Jugendamtsfachkräfte zur Zuverlässigkeit und Nützlichkeit des von ihnen jeweils eingesetzten Verfahrens zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs konnten keine signifikanten Korrelationen zur Effektivität ermittelt werden. Es handelt sich folglich nicht um relevante Einflussfaktoren.

4.11 Welche Hypothesen werden bestätigt?

Die nachfolgende Tabelle 53 ermöglicht einen kursorischen Überblick über die zentralen, an den Hypothesen ausgerichteten Untersuchungsergebnisse.

Tabelle 53: Nach Hypothesen gegliederter Überblick über die Evaluationsergebnisse

Hypothese	***Inhaltsbeschreibung in Bezug auf die Diagnose-Tabellen***	***Befund***
H 1a	Erschöpfende Beschreibung der Ressourcen und Risiken	**+**
H 1b	Reliabilität und Validität	**++**
H 2	Bedarfsgerechtere Ausschöpfung des HzE-Leistungskatalogs	**+**
H 3	Nachvollziehbarkeit, Akzeptanz, Partizipation, Kooperation	**-**
H 4	Effektivität	**+**
H 5	Effizienz	**+**

++ positiv; + tendenziell positiv; - tendenziell negativ

5 Folgerungen und Ausblick

5.1 Konsequenzen für Hilfeplanung und Praxis

In der Untersuchung wurde eine erhebliche Divergenz zwischen den Hilfeplanverfahren der beteiligten Jugendämter sowie den intendierten Hilfearten deutlich. Aufgrund dieser strukturellen Vielfalt wird es erforderlich sein, den Einsatz der Diagnose-Tabellen individuell angepasst an das jeweilige Verfahren des Jugendamts zu definieren. Je nachdem, zu welchem Zeitpunkt die Fälle an spezialisierte Fachdienste der Jugendämter weitergeleitet werden, muss geklärt werden, ob die Diagnose-Tabellen auch von diesen Fachdiensten anzuwenden sind. Werden die Tabellen eingesetzt, muss es möglich sein, nach einer entsprechenden Bewertung des erzieherischen Bedarfs den Fall auch wieder an die Bezirkssozialarbeit abgeben zu können. Grundsätzlich gilt, dass die Diagnose-Tabellen *vor* der Hilfeentscheidung eingesetzt werden sollen.

Während des Projektverlaufs hat sich, beschleunigt durch die aktuelle öffentliche Diskussion, immer stärker abgezeichnet, dass die Diagnose-Tabellen mit dem Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII) verknüpft werden müssen. Dies bedeutet, dass die Feststellung der Kindeswohlgefährdung noch *vor* der Anwendung der Tabellen liegen muss. Um nicht zwei inhaltlich voneinander getrennte Verfahren anwenden zu müssen, sollten die Fragestellungen zur Kindeswohlgefährdung und die Diagnose-Tabellen gegenseitig angepasst werden. Idealerweise bauen die Diagnose-Tabellen inhaltlich auf die Fragestellungen zur Kindeswohlgefährdung auf und implizieren damit auch die Reihenfolge der Anwendung.

Die Diagnose-Tabellen sollen mit den Sorgeberechtigten und den jungen Menschen, dem Alter angepasst, besprochen werden. In welcher Form dies geschehen kann, ist von der jeweiligen Situation der Familie abhängig. Entscheidend ist, dass durch diese Kommunikation die weiteren Schritte des Hilfeprozesses vorbereitet und positiv beeinflusst werden können. Es hat sich durch die Untersuchung gezeigt, dass die Problemlagen der Familie von den erwachsenen Mitgliedern nicht ausreichend wahrgenommen werden und diese damit auch eher veränderungsresistent sind. Durch die Kommunikation wird die Transparenz erhöht und damit die Möglichkeit geboten, die Entscheidung für eine bestimmte Hilfe und in der Folge auch die Hilfeplanung besser mit den Beteiligten abzustimmen.

Eine präzisere, transparente Feststellung des erzieherischen Bedarfs erleichtert nach der Hilfeentscheidung auch die Hilfeplanung. Die Formulierung der Ziele im Hilfeplan solle direkt aus der Bedarfsfeststellung abgeleitet werden können. Entsprechende Hilfen für diesen Verfahrensschritt müssen entwickelt werden. Für jedes Jugendamt ist es von entscheidender Bedeutung, seinen Verfahrensweg des Hilfeprozesses und der Hilfeplanung dahingehend zu qualifizieren, dass die Feststellung des erzieherischen Bedarfs durch die Anwendung der Diagnose-Tabellen zum festen Bestandteil der Arbeit wird.

Immer noch übt in der Regel die Berufserfahrung der Fachkräfte in den Jugendämtern einen erheblichen Einfluss auf die Entscheidungen für eine Hilfeart aus. Die Berufserfahrung ist sicherlich ein wichtiges und *nicht* strittiges Kriterium, doch bedarf es weiterer nachvollziehbarer, überprüfbarer und damit standardisierter Entscheidungskriterien für die Auswahl einer Hilfe. Wie die Ergebnisse zeigen, kann die Anwendung der Diagnose-Tabellen diesen Qualifizierungsschub bieten. Damit werden Entscheidungen etwas unabhängiger von der Berufserfahrung. Insbesondere junge Fachkräfte können hiervon profitieren.

Es kommt nicht nur darauf an, dass die einzelne Fachkraft im Jugendamt die Tabellen nach individuellen Vorstellungen einsetzt, sondern das gesamte Hilfeverfahren muss – wie oben beschrieben – für alle Mitarbeiter verbindlich entsprechend angepasst werden. Daraus erwächst die Notwendigkeit, dass der Einsatz der Diagnose-Tabellen zu inhaltlichen und formalen Umstrukturierungen des Hilfeverfahrens führt und damit zu einer Leitungsaufgabe wird. Nur wenn die Leitungsebenen hinter dem Einsatz der Diagnose-Tabellen stehen, kann der damit verbundene Qualifizierungsprozess innerhalb des Jugendamts gelingen. Wie bei allen Veränderungsprozessen ist auch hier mit Widerstand zu rechnen, der nur aufgefangen werden kann, indem alle Fachkräfte aktiv in den Prozess einbezogen und dafür auch entsprechende Zeitkontingente berücksichtigt werden. Ohne die Wahrnehmung der Leitungsverantwortung und ohne die Steuerung des Veränderungsprozesses ist die Qualifizierung der Feststellung des erzieherischen Bedarfs mithilfe der Diagnose-Tabellen nicht denkbar.

Die Ergebnisse zur Eignung der gewählten Hilfen – auch Zuweisungsqualität oder Indikation genannt – sind brisant. Schließlich beeinflusst die korrekte Beantwortung der Frage „Welche Hilfe ist die richtige?“ ganz entscheidend den Erfolg bzw. Misserfolg der nachfolgenden Hilfe. Daher sollten nicht nur die vorliegenden Ergebnisse zur Indikation (s. Abschnitt 4.3), sondern auch daraus resultierende Empfehlungen für verbesserte Hilfeentscheidungen von der Praxis wahrgenommen werden. Für eine wirksame Jugendhilfe muss es Ziel sein, den Anteil der geeigneten Hilfen zu erhöhen und gleichzeitig den Anteil der nicht tauglichen Hilfen erheblich zu reduzieren. Zurzeit sind nämlich immerhin mehr als 28% der Hilfen kontraindiziert und in jeder zweiten Hilfeentscheidung wird nicht auf die tauglichste Hilfeart zurückgegriffen. Durch den Einsatz der Diagnose-Tabellen ist es in einem ersten Schritt gelungen, die Zuweisungsqualität etwas zu erhöhen. Eine weitere Möglichkeit stellt die Nutzung des in Abschnitt 4.3.2 beschriebenen Prognosemodells dar. Damit wird die Eignung der infrage kommenden Hilfearten auf der Grundlage der Ausgangssituation bestimmt und der ASD-Fachkraft zur Verfügung gestellt. Eine Reflexion dieses vorliegenden Hinweises zur Tauglichkeit der Hilfearten (wie z.B. in Tabelle 31 und 32 dargestellt) kann helfen, die zum Teil exorbitant hohen Werte von nicht tauglichen Hilfen (z.B. 58% Kontraindikationen beim Erziehungsbeistand) zu reduzieren. Dieses bisher von der Praxis nicht genutzte Vorgehen ist dem Einsatz einer Positiv- bzw. Negativliste (Liste mit Merkmalen der Ausgangssituation, die sich für eine bestimmte Hilfeart als geeignet bzw. ungeeignet erwiesen haben) überlegen: Die Prognosemodelle sind in der Lage, das multivariate Wirkungsgefüge der Kinder- und Jugendhilfe abzubilden und differenzierte Vorhersagen zum (Miss-)Erfolg sämtlicher relevanter Hilfearten zu treffen.

5.2 Konsequenzen für Ausbildung und Fortbildung

Das ZBFS verfügt über ein umfangreiches Fortbildungsangebot für die Fachkräfte in Jugendämtern. Dieses Fortbildungsangebot sollte zukünftig verstärkt das innovative Thema der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen aufgreifen und damit den Einsatz der revidierten Fassung der Tabellen in der Praxis vorbereiten und begleiten.

Die Fortbildungen sollten zum einen den Leitungskräften, die die Steuerungsverantwortung für den Bereich der Hilfen zur Erziehung innehaben, angeboten werden und zum anderen den fallverantwortlichen Fachkräften. Denkbar wäre, für beide Zielgruppen entweder separate oder gemeinsame Angebote auszuschreiben. Bei einer Ausschreibung nur für die Leitungskräfte ist insbesondere darauf zu achten, dass die Steuerungsverantwortung für den Qualifizierungsprozess und die erforderlichen Anpassungen des Hilfeverfahrens im Mittelpunkt stehen. Wenn beide Zielgruppen für ein Fortbildungsangebot angesprochen werden, ist zu empfehlen, dass aus *einem* Jugendamt sowohl Leitungskräfte als auch die fallverantwortlichen Fachkräfte teilnehmen. Grundsätzlich wären auch aufeinander aufbauende Fortbildungen und Teamfortbildungen zu diesem Thema sinnvoll. Wichtig ist, dass alle entsprechenden Fortbildungsangebote einen hohen Praxisbezug haben und die Umsetzung des Qualifizierungsprozesses in den Jugendämtern gezielt verfolgt wird.

Zu empfehlen ist auch, dass die Diagnose-Tabellen selbst in die Lehrangebote der Fachhochschulen finden und sie unter die gängigen zu vermittelnden Diagnoseverfahren eingereiht werden. Ebenso sollte die Evaluation mit ihren für die sozialpädagogische Forschung innovativen Methoden (z.B. prospektives Kontrollgruppendesign) und Ergebnissen, wie zu der testtheoretischen Güte, der Indikation, den unterschiedlichen Wirkungsdimensionen und der Kosten-Nutzen-Relation, für die Lehre genutzt werden. Die Sinnhaftigkeit dieser Empfehlung zeigt sich beispielsweise an der Diskrepanz zwischen der hohen testtheoretischen Güte und der deutlich geringeren subjektiv empfundenen Güte der Diagnose-Tabellen. Die sozialpädagogische Profession hat offensichtlich die Fähigkeit, mit diesem diagnostischen Instrumentarium qualifiziert und nutzbringend umzugehen, nicht aber die Überzeugung und Bereitschaft dazu. Insgesamt sollte die Ausbildung der Fachkräfte im Feld der Sozialen Arbeit in diesem Zusammenhang das Arbeitsfeld des Jugendamts stärker berücksichtigen und auch neuen Methoden aufgeschlossen sein und damit ihren Beitrag zur Qualifizierung leisten. Um dieses Ziel zu erreichen, könnten gezielte Informationsveranstaltungen für die Lehrenden angeboten und Publikationen verbreitet werden.

5.3 Konsequenzen für die Forschung in der Kinder- und Jugendhilfe

Aus den vielfältigen Erfahrungen dieser fünfjährigen Studie lassen sich einige Empfehlungen für zukünftige wirkungsorientierte Evaluationen in der Kinder- und Jugendhilfe formulieren:

Kontrollgruppendesign: Bewährt hat sich das in der Jugendhilfeforschung außergewöhnliche quasiexperimentelle Kontrollgruppendesign. Es ist zwar mit erheblichen „Risiken" für den Auftraggeber einer Studie verbunden, da im Gegensatz zu den üblichen Ein-Gruppen-Designs nur der hypothesenkonforme Unterschied zur Kontrollgruppe zählt. So ist es möglich, dass trotz hoher absoluter Effektivitätswerte in der Experimentalgruppe der Vergleich zur Kontrollgruppe keinen oder gar einen negativen Unterschied ergibt. Ein entsprechend „mutiger" Auftraggeber erhält damit aber Ergebnisse, die auch tatsächlich (im Rahmen des angegebenen Wahrscheinlichkeitsniveaus) auf den Einfluss des Untersuchungsgegenstandes zurückzuführen sind. Unter diesem Blickwinkel betrachtet, ist der Nutzen der bisher in der Jugendhilfeforschung dominierenden Ein-Gruppen-Pläne zumindest erheblich begrenzt. Ein Kontroll- bzw. Vergleichsgruppendesign kann dagegen transparent die Unterschiede der untersuchten Gruppen aufzeigen.

Prospektives Längsschnittdesign: Um mit einer Evaluation die Wirkungen einer Intervention und damit Veränderungen zuverlässig abbilden zu können, ist ein Längsschnittdesign eine unverzichtbare Voraussetzung. Ein Prä-Post-Design mit zwei Erhebungszeitpunkten zu Beginn und am Ende der Hilfe stellt das Minimum für eine Wirkungsbestimmung dar. Falls die Ergebnisse der Evaluation auch zur Steuerung verwendet werden sollen, müssen weitere Erhebungszeitpunkte – im Idealfall abgestimmt mit der Hilfeplanung – implementiert werden, die in der Regel auch zu einer höheren Reliabilität führen. Trotz des höheren Aufwandes hat sich das hilfebegleitende „prospektive" Vorgehen als empfehlenswert erwiesen, da es zu vollständigeren und erheblich zuverlässigeren Daten führt als rückblickende (retrospektive) Erhebungen. Ein Risiko des empfohlenen prospektiven Designs soll nicht unerwähnt bleiben: Nicht immer lässt sich in der Praxisforschung ein gewählter Untersuchungsplan vollständig aufrechterhalten: So war es EST! nicht möglich, sämtliche acht HzE-Hilfearten in gleicher Verteilung zu erfassen. Prospektive Praxisforschung setzt im Vergleich zur Laborforschung damit auch immer eine erhöhte Flexibilität voraus.

Zweifaktorielles Untersuchungsdesign: Neben der Differenzierung in Kontroll- und Experimentalgruppe (einfaktorieller Untersuchungsplan) ist eine zusätzliche Berücksichtigung der Hilfearten bzw. Hilfetypen im Untersuchungsdesign sinnvoll. Mit diesem zweifaktoriellen Herangehen, das sich in der vorliegenden Studie bewährt hat, können zusätzlich teststatistische Aussagen zu den untersuchten Hilfearten und vor allem zur Interaktion zwischen beiden Faktoren getroffen werden. So zeigt sich beispielsweise in Abschnitt 4.5, dass sich die Effektivitätsvorteile der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen nicht über das gesamte HzE-Spektrum erstrecken. Allerdings muss vermerkt werden, dass eine solche zweifaktorielle Untersuchungsplanung erheblich aufwendiger ist. In der Regel erhöht sich die Gesamtstichprobengröße um ein Mehrfaches.

Erfassung der intendierten Wirkungen und Nebenwirkungen: Bei einer flüchtigen Untersuchungsplanung scheint es völlig ausreichend zu sein, die beabsichtigten, intendierten Wirkungen einer Hilfe zu erfassen. Diese Wirkungen zu erreichen ist ja schließlich das Ziel der Hilfen. Und dennoch greift eine solche Untersuchungsplanung viel zu kurz, da jede Hilfe nicht nur die beabsichtigten Wirkungen erzielt, sondern in der Regel auch viele Nebenwir-

kungen, die erheblichen Einfluss auf den Erfolg und Misserfolg der Intervention haben. Eine auf die intendierten Wirkungen beschränkte Evaluation kann beispielsweise zu dem Schluss kommen, dass eine Hilfe höchst erfolgreich war, da sämtliche Ziele, wie etwa die Reduzierung von sozialer Unsicherheit erreicht wurden. Falls auch die nicht intendierten Wirkungen dieser Hilfe untersucht worden wären, hätte sich in diesem Beispiel ein differenziertes Bild ergeben: Ein delinquentes Verhalten, das sich jenseits der Hilfeplanziele neu entwickelt hätte, würde miterfasst werden und die Bewertung des Hilfeerfolges relativieren. Um zu einer validen Beurteilung der Wirkungen einer Intervention zu gelangen, ist somit die Erfassung der intendierten wie auch der nicht intendierten Wirkungen unabdingbar.

Operationalisierung von „Wirkungen": Durch den gewählten breiten Ansatz der Studie, die die verschiedenen Wirkungsfacetten und Wirkfaktoren berücksichtigte, konnte in Abschnitt 4 ein differenziertes und wenig pauschales Befundmuster gewonnen werden. Es sollten daher auch in zukünftigen Studien die unterschiedlichen Wirkungsdimensionen erfasst werden: von der objektiven Effektivität (effect) über die subjektive Sichtweise der Beteiligten (impact) bis hin zu den gesellschaftlichen Auswirkungen (outcome). Dazu ist es notwendig – wenn auch aufwendig – sämtliche Beteiligten mit in die Untersuchung einzubeziehen. Nach den Erfahrungen der vorliegenden Studie sollte geprüft werden, ob die Adressatenbefragung zu einem oder mehreren Zeitpunkt durchgeführt wird. Bei mehreren Erhebungszeitpunkten ist grundsätzlich mit einem teils erheblichen drop-out zu rechnen. Zur Bestimmung der Zufriedenheit kann daher eine Beschränkung auf eine Befragung zum Ende der Hilfe durchaus Sinn machen. Zur Bestimmung der Effektivität reicht eine Bestimmung der Zielerreichung nicht aus – sie sollte ergänzt werden durch Veränderungsmessungen, die Ressourcen und Defizite gleichermaßen berücksichtigen. Um Hinweise auf Wirkfaktoren zu erhalten, müssen bei einer Evaluation auch sämtliche ergebnisrelevanten Einflussfaktoren erfasst werden, wie z.B. strukturale und prozessuale Aspekte und zentrale Adressatenmerkmale. Trotz der hohen Übereinstimmung der Jugendamts- und Leistungserbringersicht hat sich der Einsatz des externen Datencontrollings bewährt. Mit diesem – allerdings aufwendigen – Verfahren können systematische Fehleinschätzungen, seien sie bewusst aus sozialer Erwünschtheit oder unbeabsichtigt zustande gekommen, aufgedeckt werden. Die Gültigkeit der ermittelten Effektivitätskennwerte kann auf diese Weise deutlich gesteigert werden.

5.4 Empfehlungen für die Optimierung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen

Mit den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen hat das ZBFS ein Instrumentarium der Bedarfsfeststellung in Ausführung des § 27 SGB VIII vorgelegt. Es erlaubt, Risiken und Ressourcen der Erziehung und Entwicklung eines jungen Menschen systematisch zu beschreiben. Die gleichgewichtete Berücksichtigung der Ressourcen ist sinnvoll, da zwar die Notwendigkeit einer Hilfe stark durch die Risiken und Defizite geprägt wird, die Ausgestaltung der Hilfe aber durch die vorliegenden Ressourcen geformt werden sollte. Dies wird durch Ergebnisse aus der aktuellen Wirkungsforschung gestützt, die belegen, dass eine ausschließlich defizitorientierte Hilfeplanung zu einer geringeren Effektivität der Hilfe führt. Die durch den Einsatz der Diagnose-Tabellen erfolgende Benennung der beobachtbaren Risiko- und Ressourcen-Merkmale führt zur differenzierten Feststellung des notwendigen erzieherischen Bedarfs gemäß § 27 SGB VIII. Aus der genauen Benennung des erzieherischen Bedarfs leiten sich der Hilfeplan und dessen ergebnisorientierte Steuerung ab.

Die Qualifizierung dieses Verfahrens trägt zur Vermeidung von Fehleinschätzungen mit der Folge der Gewährung einer nicht geeigneten Hilfe sowie zur Ermöglichung eines enggeführten Hilfeplanverfahrens bei, was nicht nur zu mehr Sachgerechtigkeit, sondern auch zu mehr Kostengerechtigkeit führt. Es macht das ganze Verfahren für alle Beteiligten durchschaubarer und eröffnet den jungen Menschen und ihren Familien nachvollziehbare Möglichkeiten der Beteiligung an den sie betreffenden Entscheidungsprozessen. Insbesondere soll das vorgeschlagene Instrumentarium dazu beitragen, die im SGB VIII festgelegten Leistungsansprüche rechtlich, fachlich und gegebenenfalls auch verwaltungsgerichtlich überprüfbar zu begründen.

Folgende Empfehlungen ergeben sich für eine optimierte Fassung der Diagnose-Tabellen:

Zum Aufbau und Inhalt:

- Der Feststellung des erzieherischen Bedarfs sollte eine Feststellung der Kindeswohlgefährdung vorangestellt werden. Diese Tabelle sollte ausschließlich Risikomerkmale beinhalten, die in der darauffolgenden Tabelle zum erzieherischen Bedarf aufgegriffen und vertieft werden können.
- Die Tabellen zum erzieherischen Bedarf sollten sowohl Risikomerkmale als auch Ressourcen beinhalten; wobei keine Notwendigkeit besteht, jedem Risiko auch eine Ressource gegenüberzustellen. Dies sollte von den jeweiligen Inhalten abhängig gemacht werden.
- Familiengeschichtliche, biografische und anamnestische Informationen sollten ergänzend aufgenommen werden.
- Die Tabellen sollten so komprimiert werden, dass sie leichter und effektiver zu handhaben sind. Dazu zählt, dass die Items mit einem inhaltlich begründeten Filter versehen sind. So müssen z.B. Fragen zum Migrationshintergrund entfallen, wenn keiner existiert, oder bei einem Kleinkind Items, die sich auf die Schule und Berufsausbildung beziehen.

- Die Auffächerung oder Untergliederung der Items sollte drei Stufen nicht überschreiten, da sonst schnell der Überblick verloren geht. Alles Weitere können zusätzliche Erläuterungen sein.
- Es sollten offene Textfelder zu den Items angeboten werden, um optional ergänzende Informationen oder Erläuterungen anzufügen, so z.B. zu der Herkunft bzw. den Quellen der jeweiligen Einschätzung.
- Ebenso sollte itemübergreifend für die fallverantwortliche Fachkraft in einem offenen Feld die Möglichkeit zur Dokumentation der zugrunde liegenden Prozesse und zu einem Resümee gegeben werden.
- Zusätzlich könnten Datumsfelder eingefügt werden, um den Bearbeitungsstand festzuhalten.

Zur Handhabung:

- Die Items sollten zum Ankreuzen gedacht sein. Viele Praktiker empfahlen auch eine graduelle Abstufung der Merkmalsausprägungen bzw. eine Skalierung. Dem zusätzlichen Nutzen einer Skalierung steht allerdings ein höherer Bearbeitungsumfang entgegen.
- Es sollte die Möglichkeit geschaffen werden, als Textbausteine formulierte Merkmale in den Fließtext eines „anspruchsbegründeten Vermerks“ aufzunehmen bzw. die angeklickten Merkmale in das entsprechende Dokument zu exportieren.
- Notwendig ist eine Hilfestellung zur Auswertung der Tabellen und damit auch eine Verknüpfung mit Entscheidungshilfen für die Auswahl der notwendigen und geeigneten Hilfeart (Indikation), ohne diese automatisieren zu wollen. Dazu eignen sich die in Abschnitt 3.4.3 beschriebenen Prognosemodelle, die das multivariate Wirkungsgefüge der Hilfen zur Erziehung berücksichtigen und die Tauglichkeit der infrage kommenden Hilfen differenziert abbilden.
- Sinnvoll ist auch die Verknüpfung zu einer hypothesengeleiteten (operationalen) Formulierung von Hilfeplanzielen.

Die Anforderungen an die Handhabung sind z.T. nur in einer EDV-Fassung umsetzbar.

Zur Implementierung:

- Damit die Diagnose-Tabellen zu einem Standardverfahren in der Sozialarbeit des Jugendamts werden, ist es erforderlich, dass sie in das jeweilige Hilfeverfahren integriert werden.
- Dafür müssen die Abläufe und das Formularwesen innerhalb der Verwaltung angepasst werden.
- Die Akzeptanz bei den fallverantwortlichen Fachkräften gelingt nur, wenn die optimierte Fassung der Tabellen in der Handhabung den Ablauf des Hilfeprozesses ersichtlich unterstützt. Auch wenn dies gelingt, ist bei einer Implementierung Widerstand seitens mancher ASD-Fachkräfte nicht auszuschließen – gemäß der alten Weisheit der Organisationsentwicklung: „Wenn die Winde des Wandels wehen, bauen die einen Brücken und die anderen Mauern …“

- Die Implementierung der Diagnose-Tabellen muss als Steuerungsaufgabe der Leitungskräfte gesehen und umgesetzt werden.
- Das Partizipations- und Akzeptanzdefizit bei den Personensorgeberechtigten muss in den Blick genommen und reduziert werden (dieser negative Effekte zeigt sich nicht bei den jungen Menschen). Die Tabellen erwiesen sich zwar trotzdem als wirksam; mit einer höheren Partizipation, die für eine höhere Kooperation(sbereitschaft) und Prozesszufriedenheit genutzt würde, wären allerdings noch ausgeprägtere Wirkungen zu erwarten. Insgesamt scheinen die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen systemische und familienstrukturelle Aspekte noch nicht hinreichend differenziert abgebildet zu haben, um auch hier adäquate und von den Beteiligten erkennbare Erfolge erzielen zu können. Hier kann sich eine Koppelung an die „Jugendhilfeberichterstattung in Bayern (JUBB)“ als sinnvoll erweisen, die Familienstrukturen stärker berücksichtigt (s. ZBFS, 2006, 2007, 2008).

Der Implementierungsprozess sollte durch entsprechende Begleitung im Jugendamt und durch externe Fortbildung unterstützt werden.

5.5 Die zukünftigen Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen

Die vom ZBFS in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre in enger Zusammenarbeit mit erfahrenen Fachkräften der Bezirkssozialarbeit entwickelten und 2001 erstmalig herausgegebenen Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen haben von Anfang an dazu beigetragen, die Bemühungen um eine diagnosebezogene Steuerung in der einzelfallbezogenen Erziehungshilfe zu beleben und voranzubringen. Der Prozess ist längst nicht zu Ende. Die Profession der Sozialpädagogik/Sozialarbeit ringt nach wie vor um überzeugende, konsensuelle, darstellbare und durchsetzungsfähige Standards. Ohne Zweifel ist aber ein guter Weg beschritten, der ein Mehr an Transparenz und Leistungsgerechtigkeit verspricht. Insbesondere das öffentliche Entsetzen über die Fälle von Kindervernachlässigung und Kindstötung und die damit verbundenen dringlichen Herausforderungen im Kinderschutz haben die über den langen Zeitraum von fünf Jahren angelegte und zu einem erfolgreichen Ende gebrachte empirische Evaluation eingeholt und da und dort auch überholt. Plötzlich ging es nicht mehr (prioritär) um die Eröffnung eines begründeten (und nicht so leicht vom Tisch zu wischenden) Zugangs zu öffentlichen Hilfen für leistungsberechtigte Bürger, sondern zuerst und vor allem um die Aufdeckung und Ahndung von Tatbeständen einer flagranten Kindeswohlgefährdung. So nimmt es nicht Wunder, dass der gegenwärtige Sachstand der revidierten Fassung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen wesentlich mitgeprägt ist vom Schutzauftrag des Jugendamts bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls.

Im Folgenden werden wesentliche „optimierungsrelevante“ Evaluationserkenntnisse nochmals rekapituliert und sodann Ergebnisse der Revision der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen zusammenfassend dargestellt.

5.6 Kritikpunkte und Lösungsvorschläge

Obwohl eine Standardisierung der Bedarfsfeststellung von allen beteiligten Fachkräften grundsätzlich für gutgeheißen wird und die teststatistisch erhobenen Gütekriterien des seinerzeit vorgelegten Instrumentariums (in Sonderheit Reliabilität und Validität) empirisch unter Beweis gestellt werden konnten, bleiben Bedenken und Begehrlichkeiten, die ernst zu nehmen sind und soweit vertretbar und konkordant eingehen in die revidierte Fassung.

5.6.1 Praktikabilität

Die ursprünglich auf ca. 60 DIN A4-Seiten beschriebenen insgesamt 664 Items waren in der Printversion nur schwer handhabbar. Die Anwender fühlten sich zum Teil überfordert, „genervt“, verloren den Überblick. Vieles wiederholte sich oder traf auf den vorliegenden Fall aus Plausibilitätsgründen überhaupt nicht zu. Anderes, insbesondere anamnestische Daten wurden vermisst. Das Fehlen einer profunden Einführung in das Instrumentarium und eine zielführende Schulung in der Anwendung der Tabellen verschärften dieses Problem. Kurzum, die Botschaft war, das Inventar müsse kürzer, übersichtlicher, eindeutiger und nutzbarer werden. Dieser Rückmeldung trägt die revidierte Fassung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen nunmehr in Form einer (in der Printversion immer nur näherungsweise darzustellender) „Baumstruktur“ (vom Allgemeinen sukzessive zum Konkretisierenden und Exemplifizierenden) Rechnung. Knapp skizziert folgt diese Baumstruktur folgender sequenziellen Logik:

1. Für die Fachkraft des Jugendamts stellen sich im Kontakt mit dem Bürger, aus welchem Anlass dieser auch immer erfolgt, fokussiert zunächst wesentliche *zwei Fragen*:
   - Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls vor?
   - Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Hilfe zur Erziehung vor?

2. In der nächsten Stufe der Sachverhaltsermittlung erweitern sich diese zwei auf *vier Fragen*:
   - Kindeswohlgefährdung?
     - Liegt es an der Grundversorgung des Kindes?
     - Liegt es an der Situation der Familie?

   - Erziehungshilfebedarf?
     - Vom Kindeswohl aus betrachtet?
     - Von der Erziehungssituation aus gesehen?

3. Im nächsten Schritt der Sozialpädagogischen Diagnose hat die Fachkraft die Aufgabe, *zwanzig Fragen* nachzugehen, dazu an dieser Stelle zwei Beispiele:

   Erstes Beispiel:

   - Kindeswohlgefährdung?
     - Situation der Familie?
       6.) Wirtschaftliche Situation?
       7.) Wohnverhältnisse?
       8.) Gesundheit der Eltern?
       9.) Erziehungsverhalten der Eltern?
       10.) Mitwirkung der Personensorgeberechtigten?

   Zweites Beispiel:

   - Erziehungshilfebedarf?
     - Vom Kindeswohl aus betrachtet?
       11.) Körperliche Gesundheit?
       12.) Seelisches Wohlbefinden?
       13.) Sozialverhalten?
       14.) Leistungsbereich?
       15.) Selbstständigkeit?

4. Sodann erweitert und vertieft sich – stets natürlich entlang der hypothesengeleiteten Erkenntnis- und Gesprächsführungsstrategie der fallführenden Fachkraft – der Fächerkanon auf *80 Fragen*. Und spätestens hier kommt die nach dem vorliegenden Grundkonzept unumstößliche und aus verschiedenen Gründen auch wirkungsrelevante Gegenüberstellung bzw. Bilanzierung von Risiken und Ressourcen, von pathogenen Merkmalen und Schutzfaktoren ins Spiel. Ein jedes der bisher aufgerufenen zwanzig Merkmale wird anhand von jeweils zwei Risiko- und zwei Schutzfaktoren weiter entfaltet, wie folgende Beispiele zeigen:

   - Kindeswohlgefährdung?
     - Grundversorgung des Kindes?
       1. Medizinische Versorgung
       1.1. Sichtbare Verletzungen des Kindes sind nicht plausibel erklärbar.
       1.2. Ärztliche Untersuchungen und Behandlungen werden nur lückenhaft wahrgenommen.
       1.3. Krankenversicherungsschutz, ärztliche Diagnose und Behandlung sind sichergestellt.
       1.4. Der Schutz des Kindes vor Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung ist ausreichend.

   - Erziehungshilfebedarf?
     - Vom Kindeswohl aus betrachtet?
       14. Leistungsbereich
       14.1. Die Schwächen des jungen Menschen im Leistungsbereich sind offensichtlich.
       14.2. In Kita, Schule, Ausbildungs-, Arbeitsstelle gibt es Konflikte.

14.3. Der junge Mensch zeichnet sich durch besondere Fähigkeiten und Leistungen aus.
14.4. Die Chancen der Betreuung, Erziehung, schulischen oder beruflichen Bildung werden genutzt.

5. Bis hierher folgt die „Baumstruktur“ also dem Wunsch nach überschaubaren Strukturen. Die Fachkraft stellt (sich und anderen) zunächst zwei, dann vier, dann zwanzig, schließlich achtzig Fragen. Erkenntnisse aus anderen Forschungszusammenhängen legen nahe, dass die Kapazität einer aktuellen Informationsverarbeitung auch kaum mehr zulässt. Und doch ist es in der komplexen sozialen Wirklichkeit der Hilfebedarfsfeststellung bzw. Gefährdungseinschätzung von Belang, da und dort weiter zu konkretisieren und zu exemplifizieren, gerade auch im Hinblick auf alters- und bedarfsgerechte Entscheidungen und Handlungsstrategien zugunsten der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

   Deshalb ist der letztgenannte „Vorschlag der achtzig Fragen“ als offenes, nicht abgeschlossenes und „lernendes“ System hinterlegt mit einer Reihe von, soweit sinnvoll und möglich, Konkretisierungen und altersspezifischen Exemplifizierungen (Beispiele siehe Anhang C).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass, soweit das in einem schriftlichen Instrumentarium eben möglich ist, der Forderung nach einer besseren Handhabbarkeit mit der vorliegenden Fassung Rechnung getragen wird.

5.6.2 Inhalte

Die ursprünglich dichotome Struktur, Erleben und Handeln des jungen Menschen einerseits, Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen andererseits, wurde aufgegeben zugunsten einer stärkeren Verzahnung der Merkmale und Merkmalsbereiche. Es trifft zwar nach wie vor zu, dass Schutz- oder Hilfebedarf zuallererst vom Kind oder Jugendlichen aus „zu denken“ sind. In der Anwendung zeigte sich jedoch, dass die beiden Teile etwas unvermittelt nebeneinander standen und die Wechselbeziehungen zwischen „Verhalten“ und „Verhältnissen“ nicht so relational und synergetisch in den Blick genommen werden konnten, wie man sich das wünschen würde. So korrespondieren zum Beispiel Regelverstöße des jungen Menschen nicht selten mit der Art und Weise, wie es seinen erwachsenen Bezugspersonen gelingt, die Wertschätzung von Normen und Grenzen vorzuleben und im Rahmen einer Struktur gebenden Erziehung auch durchzusetzen.

Verworfen wird in der revidierten Fassung eine spiegelbildliche Gegenüberstellung von Risiko- und Schutzfaktoren, da hier quantitativ und qualitativ wohl unterschiedliche Strategien am Zuge sind. So können zum Beispiel riskante Familienkonstellationen oder ein gestörtes Familienklima aufgefangen werden durch klare Regelungen der elterlichen Sorge- und Umgangsrechte, dem muss aber nicht so sein. Grundsätzlich soll nach wie vor nicht der Anschein erweckt werden, als gäbe es eindeutige kausale Bezüge. So wird in der optimierten Fassung auch weiterhin einer graduellen Abstufung von Merkmalsausprägungen bzw. einer Skalierung der Merkmale eine Absage erteilt, ohne in Abrede zu stellen, dass quantitative

Aspekte in der sozialpädagogischen Diagnostik eine Rolle spielen. Im Ergebnis muss die verantwortliche Fachkraft (nach eingehender Prüfung und Beratung, versteht sich) immer auch eine Entscheidung dahingehend treffen, ob die Relevanz des jeweils fokussierten Merkmals im Sinne der entscheidungs- und handlungsleitenden Maßgaben zutrifft oder nicht zutrifft. Bisherige Versuche, durch additive oder enumerative Routinen quasi automatisch zu fachlichen bzw. leistungsrechtlichen Beurteilungen eines Sachverhalts zu gelangen, sind gescheitert und wiegen überdies in einer trügerischen Sicherheit. Auch in quantitativer Hinsicht können die letztlich immer qualitative Entscheidung und die Verantwortung dafür nicht suspendiert werden.

Was allerdings künftig auf Rat nahezu aller Projektbeteiligten vorgesehen ist, sind offene Textfelder auf der Ebene der Konkretisierungen und (alterspezifischen) Exemplifizierungen, um Ergänzungen vornehmen zu können und das je eigene Denken nicht zu behindern.

Jedes einzelne der ursprünglich 664 Items wurde auf der Grundlage der teststatistischen Berechnungsergebnisse und der qualitativen Rückmeldungen der Nutzerinnen und Nutzer durchgesehen (vgl. dazu ausführlich die Abschnitte 4.1.1 und 4.1.2). Einige Items wurden daraufhin gestrichen, andere umformuliert, verschoben, zusammengefasst oder auch beibehalten, weil übergeordnete fachliche Gesichtspunkte den Ausschlag gaben.

So müssen Fragen etwa nach „unbekanntem Aufenthalt“ oder „sexueller Ausbeutung“ evident in einem Diagnosemanual enthalten sein, auch wenn (glücklicherweise) diese Merkmale im Rahmen der Studie von keiner Fachkraft mit „trifft zu“ beantwortet werden mussten.

Die ursprünglich zehn Skalen der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen (Körper, Seele, Leistung, Soziales, Autonomie, Familiensituation, Grundversorgung, Erziehung, Entwicklungsförderung und Integration) wurden, nachdem vor allem in den Bereichen Autonomiedefizite beim jungen Menschen, Risiken in der Familiensituation und in der Integration der Familie auch teststatistisch bedeutsame Bedenken geäußert worden waren, neu gruppiert und gestrafft.

Insbesondere im Hinblick auf die Familiensituation waren anamnestische Daten vermisst worden, die nunmehr stärker Eingang finden nicht zuletzt in der Skala „Lebensgeschichte“. Allerdings hat die Erhebung dieser Daten immer in der Optik ihres gegenwärtigen Belangs für die zu treffenden Entscheidungen über die Hilfe(art) und mögliche Zukunftsperspektiven im Rahmen der Hilfeplanung zu erfolgen und nicht aus „archäologischen“ Motiven. Es ist bedenklich, wie oft selbst Profis Anamnese (Vorgeschichte oder, medizinisch, *Krankheitsgeschichte*) und Diagnose (die Erkennung und Benennung *gegenwärtig beobachtbarer und relevanter Anhaltspunkte*, die einen Hilfebedarf begründen) durcheinanderbringen.

Der ursprüngliche Grundsatz, sich in der sozialpädagogischen Diagnostik ausschließlich auf aktuell beobachtbare und umschreibbare Merkmale zu beschränken, musste in diesem Zusammenhang ein Stück weit relativiert werden. Gleichwohl bleibt die Grundkonzeption auch in der jetzigen Fassung mehr den verhaltensmodifikatorischen Denkgebäuden als den systemischen, psychoanalytischen verpflichtet. In diesem Zusammenhang ist es auch von Bedeutung, von wertenden Aussagen und Formulierungen so lange Abstand zu nehmen, als diese nicht durch empirisch beobachtbare Sachverhalte belegt werden können. Es geht darum, *wie* etwas in Zukunft besser werden könnte, nicht so sehr darum, *warum* es schlecht geworden ist (eine durchaus optimistische Handlungsperspektive der Kinder- und Jugendhilfe, dem der hier bewusst gewählte pragmatische Eklektizismus gut zu Gesicht steht).

5.6.3 Darstellungsformen

Die ursprüngliche Überlegung, durch das Ankreuzen von Merkmalen ein „trifft zu“ zu dokumentieren, wird, wohlwissend, dass eine jedwede Entscheidung auf der Basis letztendlich unzureichender Informationen getroffen werden muss und Unwägbarkeiten und Inkonsistenzen situativer Befunde nicht auszuschließen sind, beibehalten. Kurzum, die *achtzig Fragen* sind „gesetzt“ und also in jedem Fall „abzuarbeiten“.

Wird diese Möglichkeit auf der Stufe der Konkretisierung ebenfalls eingeräumt, erscheint „das Ankreuzen“ auf der Ebene der Konkretisierungen und der (altersspezifischen) Beispiele als nicht immer zwingend, zumal spätestens hier das Instrumentarium als „lernendes System“ ergänzende Informationen nicht nur zulassen sollte, sondern auch einfordern. Das Diagnose-System soll sich um der Handhabbarkeit willen auch nicht im Konkretistischen verlieren. Das Tableau der „Merkmalscluster“, die den Hilfebedarf und die folgende Entscheidung über die Hilfeart begründen, mag von Kommune zu Kommune, von Fall zu Fall, von Fachkraft zu Fachkraft unterschiedlich sein. Wir wissen ja, dass die „Zuweisungskulturen“ nicht nur und stets den Pfaden fachlich-rationaler Logik folgen. Aber mit dieser Verschränkung von „geschlossenen“ und „offenen“ Bedarfsfeststellungen scheint ein guter Kompromiss gefunden zu sein zwischen der „auffächernden“ empathisch-intuitiven Logik des „umfassenden Fallverstehens“ und der „trichterförmigen“ objektivierenden und ergebnisbezogenen Diagnose als rechtlich und fachlich unabdingbarer Feststellung der Leistungsvoraussetzungen.

Viele Rückmeldungen bezogen sich auf den Wunsch nach einer Personalisierung der Feststellung der Bedarfsmerkmale. Verständlich ist, dass es einen Unterschied machen kann, ob die Mutter oder der Vater eine schwierige Kindheit hatte, die bis heute durchschlägt. Schön wäre es auch, nicht ständig den oder die Personensorgeberechtigte, das Kind, den oder die Jugendliche oder schlechthin den jungen Menschen benennen zu müssen. Im Zeitalter der EDV wäre es ja auch ein Leichtes, Katharina-Anna oder Moritz, um die es schließlich geht, nur einmal beim Namen nennen zu müssen, desgleichen Vater Maier, Mutter Müller oder Tante Huber. So bestrickend diese Idee und so berechtigt diese Forderung ist, in der Printversion der revidierten Diagnose-Tabellen lässt sie sich so noch nicht komfortabel verwirklichen.

Hier ist auf die Entwicklung einer geeigneten elektronischen Software zu hoffen, die dies zulässt. Dies gilt auch für die Möglichkeit, knappe Bedarfsfeststellungen als Textbausteine in leistungsanspruchsbegründende Vermerke, Hilfepläne oder anderweitige Dokumentationen zu exportieren. Deshalb wird in der optimierten Fassung nach wie vor versucht, (beobachtbare, umschriebene und durch Beispiele beobacht- und belegbare!) bedarfsbegründende Feststellungen so zu formulieren, dass sie im mündlichen Sachvortrag im Team und in der schriftlichen Dokumentation nicht noch einmal neu formuliert werden müssen.

Wo wir aus besten Motiven mit der Vorlage der Tabellen einen Beitrag zur Arbeitserleichterung leisten wollten, hat uns die Aussage der Fachkraft in einem Jugendamt doch betroffen: „Da habe ich mit einigem Aufwand die Diagnose-Tabellen ausgefüllt, dann zusätzlich noch die Evaluationsbögen des IKJ und dann stand das Fachkräfteteam bevor und ich musste nochmals auf einem weißen Blatt Papier meine Sicht der Dinge mit meinem Vorschlag für eine Entscheidung in einem Fließtext zusammenfassen.“

Genau dieser Aufwand sollte und kann durch eine zielführende Anwendung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen vermieden werden.

5.6.4 Weitere Perspektiven

Es ist mehrfach betont worden, dass die Durchsetzbarkeit der revidierten Fassung des Instrumentariums der Sozialpädagogischen Diagnose mit deren Nutzerfreundlichkeit korrespondiert. Wesentlich könnte dazu beitragen, die Tabellen kompatibel bzw. anschlussfähig zu machen im Hinblick auf bereits bestehende oder noch zu entwickelnde Programme zur elektronisch gestützten Fallsteuerung in der Bezirkssozialarbeit. Dies würde auch Wiederholungen vermeiden helfen, Selektionsmöglichkeiten, Verknüpfungen, Weichenstellungen und Hinterlegungen zulassen bzw. fördern, die von der Fachbasis angemahnt worden sind. Die Tiefe der Bedarfsfeststellung läge dann im Ermessen der fallführenden Fachkraft.

Notwendig ist auch die Verknüpfung des Instruments mit weiteren Aufgaben der Prozessgestaltung und Organisationsentwicklung: die Verknüpfung zu einer hypothesengeleiteten (möglichst operationalen) Formulierung und Vereinbarung von *Zielsetzungen* und sodann eine Verknüpfung mit Entscheidungshilfen für die Auswahl und Erbringung der notwendigen und geeigneten *Hilfeart* (Indikation), wobei allen klar ist, dass es eine Entscheidung „auf Knopfdruck“ nicht geben kann und geben soll.

Die sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen sind schließlich an der richtigen Stelle in das vom ZBFS seit 1991 vorgeschlagene und mehrfach revidierte und aktualisierte *Hilfeplanverfahren* „einzupflegen“, wo neben der Quellenangabe der Bedarfsfeststellung auch die Dokumentation der daraus resultierenden Zielstellung strukturell eingefordert wird (vgl. ZBFS, 2008).

Sodann wird die mit dem KICK von 2005 geänderte Struktur der Kinder- und Jugendhilfestatistik gemäß §§ 98 ff. SGB VIII (insbesondere § 99 Erhebungsmerkmale) verstärkte Beachtung finden müssen, um Doppelerhebungen und Mehrarbeit vermeiden zu helfen. Die bislang auf subgesetzlicher Ebene nicht zuletzt im Kontext der im Aufbau begriffenen *Jugendhilfeberichterstattung* empfohlenen und geforderten Kategorisierungen können und sollen mit den hier vorgelegten Bedarfsmerkmalen verknüpft werden.

Ferner steht die evaluative und empirische Verknüpfung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen mit der um sich greifenden Wirkungsforschung an. Vereinbarungen oder auch Festlegungen in Bezug auf Kriterien der Messung des Grads der *Zielerreichung* können dazu beitragen, den neuerdings des Öfteren angeführten „Wohlfühl-Parametern“ und volkswirtschaftlichen Spekulationen härtere Fakten bezüglich der Effektivität von Hilfeleistungen beizugeben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Revision der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen eine Optimierung der ursprünglichen Version darstellt, die empirisch in statistischer und qualitativer Hinsicht gut begründet ist. Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe, so faktisch und unverzichtbar sie ist, wird immer das Projekt lernender Organisationen mit ergebnisoffenem Ausgang sein. Und doch war und ist und bleibt es unverzichtbar, neben strategischen auch operative Meilensteine zu setzen, um die Sozialpädagogik/Sozialarbeit

als Leitprofession in der Ausführung des SGB VIII nachhaltig zu unterstützen und weiter voranzubringen.

Die vom ZBFS in nunmehr optimierter Fassung vorgelegten sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen sind geeignet, die Risiken und Ressourcen im Leben des jungen Menschen und im Hinblick auf die Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen erschöpfend zu beschreiben, um zu einer abschließenden, nachvollziehbaren und kommunizierbaren Begründung des Leistungsanspruchs auf Hilfe zur Erziehung zu gelangen. Sie führen zu einer Differenzierung und Konkretisierung des Hilfeplans auch im Hinblick auf die Vereinbarung von Zielstellungen und Entscheidungen über die notwendige und geeignete Art der Hilfe sowie deren Überprüfbarkeit. Falsche, das heißt wirkungslose oder gar schädliche Hilfeentscheidungen werden vermieden. Die Kooperation aller an der Hilfe Beteiligten wird verbessert. Durch die Unterstützung eines optimierten Hilfeplanverfahrens kann auch eine bessere Kosten-Nutzen-Relation erzielt werden. Schließlich erlaubt die kontinuierliche Aggregation der kasuistischen Daten (insbesondere der Merkmalscluster in der Bedarfsfeststellung) im Evaluationskontext eine empirische Erfahrungsbildung über Anspruchsgrundlagen, Indikations- und Zielstellungen sowie den Verlauf von Entscheidungsprozessen vor Ort, die auch der Jugendhilfeplanung zugutekommt.

5.7 Die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen in der Chronologie des Hilfeplanverfahrens

Wenn der Hilfeplan Grundlage für eine Reihe wichtiger Entscheidungen auch rechtlicher Art ist, muss überprüfbar sein, ob richtig oder korrekt gehandelt worden ist. Deshalb muss der Hilfeplan als Ergebnis pflichtgemäßen fachlichen Ermessens des Jugendhilfeträgers auch unter zeitlichen Perspektiven nachvollziehbar sein. Dabei spielen fallbezogene Zeitintervalle, Fristen und Prüftermine eine Rolle als quantitative Parameter zielorientierten Handelns.

Im Case-Management (vgl. Löcherbach et al., 2003; Wendt & Löcherbach, 2006; Otto, 2007) werden daher im Wesentlichen fünf Phasen unterschieden, die das folgende Ablaufschema beschreibt. Im Englischen spricht man von „Intake“, „Assessment“, „Planning“, „Monitoring“ und „Evaluation“. Es ermöglicht einen Überblick über die Chronologie der Hilfeplanung und erlaubt den Fachkräften insbesondere der Bezirkssozialarbeit eine Orientierung darüber, wo sie sich im Hilfeplanverfahren aktuell befinden:

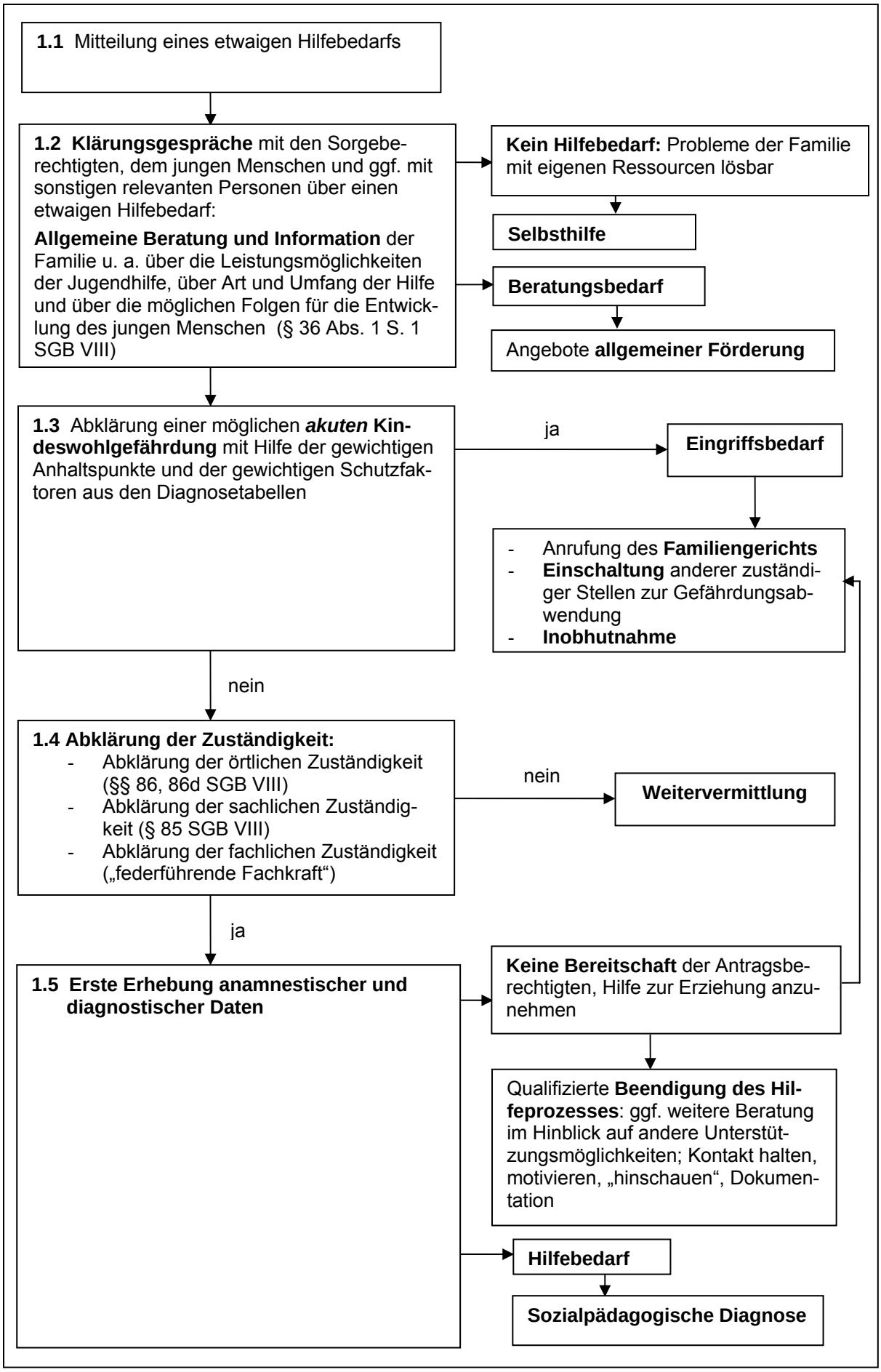
1. Erstkontakt / Vorfeldabklärung des Anliegens und der Zuständigkeit (Intake)
2. Einschätzung der Lebenssituation / Bedarfsklärung insbesondere im Hinblick auf den Beratungs-, Leistungs- oder Interventionsbedarf (Assessment)
3. Entscheidung über erforderliche Hilfeleistungen / Hilfeplanung, deren Vermittlung (Planning)
4. Leistungserbringung / Steuerung insbesondere fortlaufende Überprüfung von Fortgang und Wirkung (Monitoring)
5. Beurteilung und Dokumentation von Wirkung und Erfolg der Hilfeleistung auch im Hinblick auf prognosewirksame Erfahrungsbildung (Evaluation)

Phase 1: Information und Beratung

Dem Hilfeplanverfahren geht grundsätzlich ein Beratungsprozess voraus, in dessen Rahmen gemäß § 36 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII hinsichtlich möglicher Folgen für die Entwicklung des jungen Menschen Personensorgeberechtigte, Kinder oder Jugendliche aufzuklären sind, und zwar vor ihrer Entscheidung über die Inanspruchnahme einer Hilfe (und vor einer notwendigen Änderung von Art und Umfang der Hilfe). Bezüglich der Kontaktaufnahme gibt es mehrere Möglichkeiten: In der Regel ist davon auszugehen, dass Fachkräfte der Bezirkssozialarbeit kontinuierlichen Kontakt zu Kindern, Jugendlichen und deren Personensorgeberechtigten haben, oft schon seit längerer Zeit. Sie fungieren als Vermittler, als eine Art „Verteilerkopf“, informieren über mögliche Angebote und Hilfen im Leistungskatalog der Jugendhilfe im Rahmen zum Beispiel von Hausbesuchen. Voraussetzung ist, dass die Bezirkssozialarbeit über (auch spezifisch örtliche) Informationen über Leistungsangebote, Leistungsprofile und aktuelle Einsatzmöglichkeiten von Hilfen verfügt, hier insbesondere über längerfristige Hilfen gemäß §§ 27ff. SGB VIII. Wichtig ist dabei, dass zwischen den Fachkräften in den Hilfearten und denen der Bezirkssozialarbeit in der Kommune Kontakt und Kommunikation auf der Basis wechselseitiger Kenntnis der Aufgabenstrukturen und unterschiedlichen Leistungsprofile besteht.

Es kann aber auch sein, dass sich Eltern, Kinder oder Jugendliche selbst an das Jugendamt, einen Dienst oder eine Einrichtung in freier Trägerschaft wenden und um Hilfe bitten oder aber eine Fachkraft, eine Stelle oder eine sonstige Bezugsperson im sozialen Umfeld von sich aus zu der Überzeugung gelangt, dass Hilfe womöglich längerfristig notwendig ist, andernfalls vielleicht sogar weitergehende Schritte folgen müssen. Für alle Kontaktpersonen ist es wünschenswert, dass sie im Vorfeld der Hilfe inhaltlich und verfahrensbezogen die Leistungen der Jugendhilfe nicht nur kennen, sondern auch an die Betroffenen herantragen können. Diese Phase endet mit der Bedarfsfeststellung durch die fallzuständige Fachkraft, die sie in geeigneter Weise in das Fachkräfteteam einbringt.

Ganz am Anfang des Informations- und Beratungskontaktes muss auch die Abklärung einer möglichen akuten Kindeswohlgefährdung stehen, zunächst unabhängig davon, wie der Kontakt zustande kam. Die Klärung der örtlichen und sachlichen Zuständigkeit (grundsätzlich und amtsintern) steht ebenso an. Schließlich werden erste anamnestische und diagnostische Daten erhoben.


1.1 Mitteilung eines etwaigen Hilfebedarfs
1.2 Klärungsgespräche mit den Sorgeberechtigten, dem jungen Menschen und ggf. mit sonstigen relevanten Personen über einen etwaigen Hilfebedarf:
Allgemeine Beratung und Information der Familie u. a. über die Leistungsmöglichkeiten der Jugendhilfe, über Art und Umfang der Hilfe und über die möglichen Folgen für die Entwicklung des jungen Menschen (§ 36 Abs. 1 S. 1 SGB VIII)
Kein Hilfebedarf: Probleme der Familie mit eigenen Ressourcen lösbar
Selbsthilfe
Beratungsbedarf
Angebote allgemeiner Förderung
1.3 Abklärung einer möglichen akuten Kindeswohlgefährdung mit Hilfe der gewichtigen Anhaltspunkte und der gewichtigen Schutzfaktoren aus den Diagnosetabellen
ja
Eingriffsbedarf
- Anrufung des Familiengerichts
- Einschaltung anderer zuständiger Stellen zur Gefährdungsabwendung
- Inobhutnahme
nein
1.4 Abklärung der Zuständigkeit:
- Abklärung der örtlichen Zuständigkeit (§§ 86, 86d SGB VIII)
- Abklärung der sachlichen Zuständigkeit (§ 85 SGB VIII)
- Abklärung der fachlichen Zuständigkeit („federführende Fachkraft“)
nein
Weitervermittlung
ja
1.5 Erste Erhebung anamnestischer und diagnostischer Daten
Keine Bereitschaft der Antragsberechtigten, Hilfe zur Erziehung anzunehmen
Qualifizierte Beendigung des Hilfeprozesses: ggf. weitere Beratung im Hinblick auf andere Unterstützungsmöglichkeiten; Kontakt halten, motivieren, „hinschauen“, Dokumentation
Hilfebedarf
Sozialpädagogische Diagnose

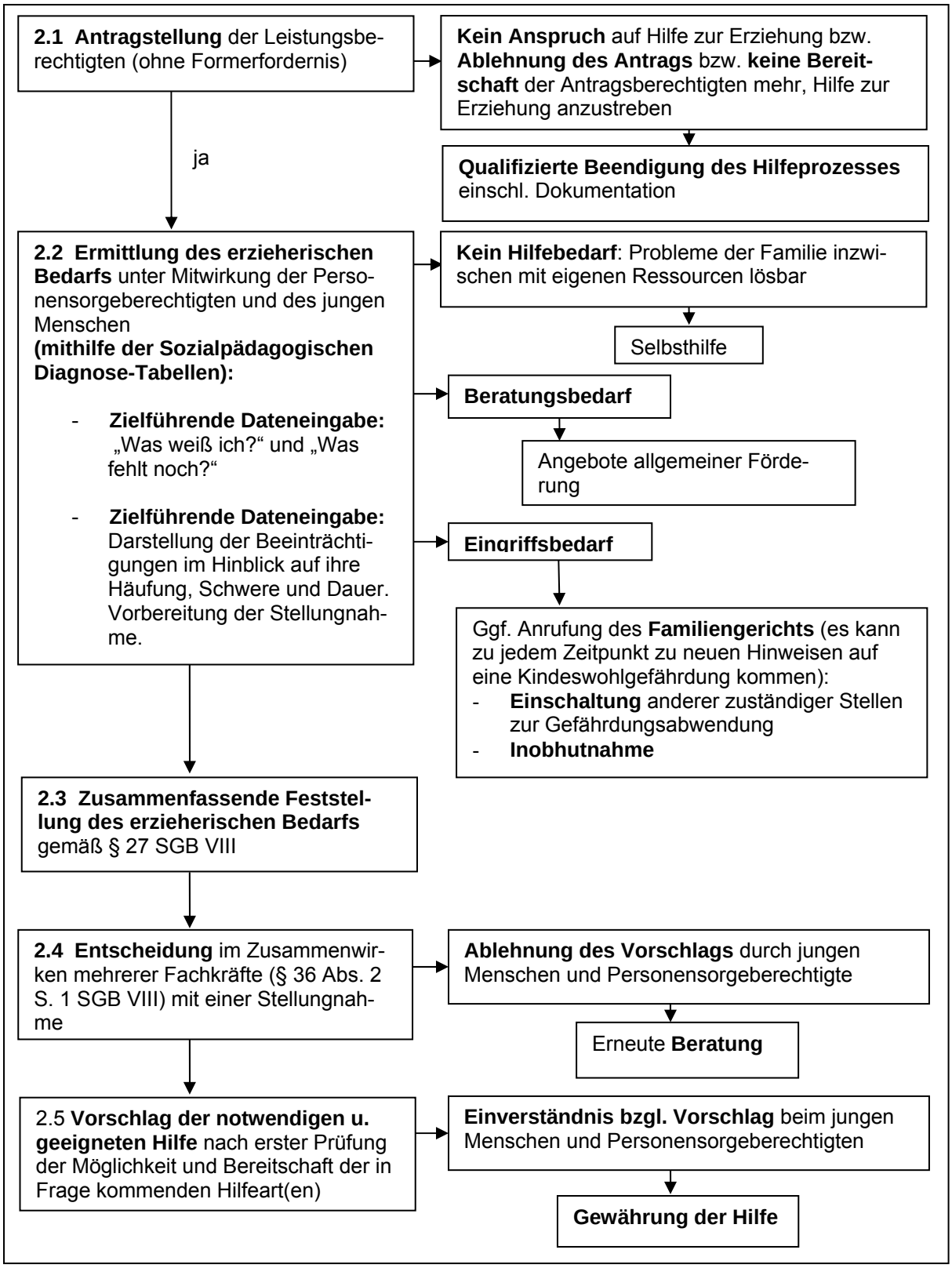
Phase 2: Sozialpädagogische Diagnose

Kommt die fallzuständige Fachkraft zu der Einschätzung, dass längerfristige Hilfe notwendig werden könnte, obliegt es ihr, im Zusammenwirken mit anderen Fachkräften (dies können je nach Fallgestaltung und dienstlicher Entscheidungsstruktur sein: Kolleginnen und Kollegen auf Sachbearbeiterebene, Vorgesetzte, besondere bzw. Spezialdienste im Jugendamt einschließlich Wirtschaftliche Jugendhilfe und Adoptionsstelle) zu beraten, welches Leistungsangebot der betroffenen Familie bzw. dem Leistungsberechtigten unterbreitet werden kann.

Voraussetzung ist dabei (neben der Prüfung der förmlichen Leistungsvoraussetzungen) zunächst eine möglichst wert- und interpretationsfreie, gleichwohl dichte und präzise Beschreibung der Ausgangssituation, aufgrund derer die Erörterung der Notwendigkeit, Möglichkeit und Eignung von Hilfen unter Einschluss der Vorstellungen (und Befürchtungen) des Kindes oder Jugendlichen und seiner Angehörigen vorgenommen werden können. Dazu wurde das Instrument der Sozialpädagogischen Diagnose im ZBFS in Zusammenarbeit mit der Praxis entwickelt und im Rahmen des vorliegenden Projektes wissenschaftlich evaluiert. Das Instrument umfasst insgesamt 80 Kategorien, anhand derer die für die Diagnose relevante Lebenswelt der Kinder, Jugendlichen, Eltern und das soziale Umfeld mit ihren Risiken und Ressourcen befragt und abgebildet werden kann. Damit liegt eine wesentliche Grundlage für eine effektive Prozesssteuerung im Hilfeplanverfahren vor, die eine Systematisierung fachlicher Standards, Transparenz und Intersubjektivität ermöglicht.

Die Checklisten helfen, nichts Wichtiges zu vergessen und die gegenwärtige Bedarfssituation zusammenfassend zu überblicken und zu dokumentieren. So können sie der fachlichen Selbstkontrolle dienen und dem Dialog mit den Leistungsberechtigten, Kollegen und Vorgesetzten und nicht zuletzt auch der Organisationseinheit, die für die Kosten zuständig ist, sowie den Stellen, Diensten und Fachkräften, die die notwendige und geeignete Leistung möglichst zeit- und zielgerichtet erbringen.

Selbstverständlich umfasst sozialpädagogische Diagnostik mehr als die vom ZBFS vorgeschlagenen Diagnose-Tabellen. Eine zielführende Verständigung zwischen den maßgeblichen Verfahrensbeteiligten wird immer auch intuitive und diskursive Erfahrungen enthalten, die nicht ohne weiteres in Checklisten zu fassen sind. Und doch muss am Ende dieses Erfahrungsschrittes eine knappe „Zusammenfassende Feststellung des erzieherischen Bedarfs“ als Grundlage für die Entscheidung für die notwendige und geeignete Hilfe im Zusammenwirken der Fachkräfte stehen. Stimmen die Leistungsadressaten und die angefragten Leistungserbringer zu, entfaltet der Vorschlag Wirkungskraft und die Hilfeplanung im engeren Sinn kann beginnen. Die Problemanalyse im Fachkräfteteam, an deren Ende ein Entscheidungsvorschlag im Hinblick auf die notwendige und geeignete Hilfeart steht, soll nicht nur defizitäre oder problematische Entwicklungen berücksichtigen, sondern gleichermaßen Ressourcen und perspektivische Potenziale, wie z.B. tragfähige und verlässliche Beziehungen im sozialen Nahraum, die negative Erfahrungen und Handlungsmuster ausgleichen könnten.


2.1 Antragstellung der Leistungsberechtigten (ohne Formerfordernis)
Kein Anspruch auf Hilfe zur Erziehung bzw. Ablehnung des Antrags bzw. keine Bereitschaft der Antragsberechtigten mehr, Hilfe zur Erziehung anzustreben
ja
Qualifizierte Beendigung des Hilfeprozesses einschl. Dokumentation
2.2 Ermittlung des erzieherischen Bedarfs unter Mitwirkung der Personensorgeberechtigten und des jungen Menschen (mithilfe der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen):
- Zielführende Dateneingabe: „Was weiß ich?“ und „Was fehlt noch?“
- Zielführende Dateneingabe: Darstellung der Beeinträchtigungen im Hinblick auf ihre Häufung, Schwere und Dauer. Vorbereitung der Stellungnahme.
Kein Hilfebedarf: Probleme der Familie inzwischen mit eigenen Ressourcen lösbar
Selbsthilfe
Beratungsbedarf
Angebote allgemeiner Förderung
Eingriffsbedarf
Ggf. Anrufung des Familiengerichts (es kann zu jedem Zeitpunkt zu neuen Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung kommen):
- Einschaltung anderer zuständiger Stellen zur Gefährdungsabwendung
- Inobhutnahme
2.3 Zusammenfassende Feststellung des erzieherischen Bedarfs gemäß § 27 SGB VIII
2.4 Entscheidung im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte (§ 36 Abs. 2 S. 1 SGB VIII) mit einer Stellungnahme
Ablehnung des Vorschlags durch jungen Menschen und Personensorgeberechtigte
Erneute Beratung
2.5 Vorschlag der notwendigen u. geeigneten Hilfe nach erster Prüfung der Möglichkeit und Bereitschaft der in Frage kommenden Hilfeart(en)
Einverständnis bzgl. Vorschlag beim jungen Menschen und Personensorgeberechtigten
Gewährung der Hilfe

Phase 3: Hilfeplan

Nach der Entscheidung über die im Einzelfall angezeigte Hilfeart wird also den Leistungsbetroffenen ein Angebot unterbreitet, wobei natürlich neben der Sachgerechtigkeit auch das Kriterium der Kostengerechtigkeit und insbesondere das der tatsächlichen örtlichen, regionalen oder auch überregionalen Verfügbarkeit eine Rolle spielen werden. Der Hilfeplan im engeren verfahrensrechtlichen Sinne beginnt sodann mit der Antragstellung durch den oder die Leistungsberechtigten auf der Grundlage des unterbreiteten Leistungsangebots. Nach § 36 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII sind es die Hilfesuchenden, die ihre Entscheidung treffen. Es gibt keine verfahrensrechtliche Möglichkeit, jugendhilferechtliche Individualleistungen von Amts wegen zu gewähren. Sie sind von einem Antrag abhängig. Eine besondere Form ist für die Antragstellung nicht vorgeschrieben, sie kann also auch mündlich wirksam erfolgen. Dem Antragsteller muss aber bewusst sein bzw. bewusst gemacht werden, was sein Antrag bewirkt. Kinder und Jugendliche haben zwar das Recht, sich in allen Angelegenheiten der Erziehung und Entwicklung an das Jugendamt zu wenden (§ 8 Abs. 2 SGB VIII), ein eigenes Antragsrecht auf Sozialleistungen hat aber nur, wer das fünfzehnte Lebensjahr vollendet hat (§ 36 Abs. 1 SGB I).
Nun erfolgt die Aufstellung des Hilfeplans, wobei die Komponenten „Situation“, „Bedarf“ und „Hilfeart“ bereits weitgehend festgelegt sind, aber nochmals im Sinne eines Kontrakts festgehalten, bestätigt und weiter ausdifferenziert werden. Die Aufstellung des Hilfeplans einschließlich der Festlegungen zur Ausgestaltung der Hilfe, z.B. die Auswahl der Pflegestelle oder Einrichtung, geschieht in Kooperation mit den Klienten und mit den zuständigen Fachkräften derjenigen Hilfeart, die infrage kommt. Spätestens an dieser Stelle sind auch Vereinbarungen bzw. Feststellungen zu treffen, die die „perspektivischen Optionen“ des betroffenen Kindes oder Jugendlichen angehen: Verbleib in der Familie, Rückkehr innerhalb eines vertretbaren Zeitraums, außerfamiliäre Lebensperspektive einschließlich Adoption. Sicher ist es nicht einfach, hier Sachverhalte festzuschreiben, die die Leistungsbetroffenen in einer ohnehin kritischen Situation belasten. Aber verbindliche Vereinbarungen über Art, Ort, Zeitpunkt, Dauer und andere Festlegungen der Hilfeleistung sowie die gebotene Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten sind unentbehrlich. Auf der Grundlage des vereinbarten Hilfeplans erlässt das Jugendamt einen rechtsmittelfähigen Leistungsbescheid und ggf. einen Kostenbescheid, der dem Antragsteller bzw. den Antragstellern in einem angemessenen Zeitraum zugestellt wird. Soweit noch nicht erfolgt, ergeht jetzt auch eine förmliche Erklärung zur Kostenübernahme gegenüber der leistungserbringenden Stelle.

3.1 Hilfeplangespräche zur vorgeschlagenen Hilfe und den Hilfeplanzielen:
- Adoptionsmöglichkeit prüfen: (§ 36 Abs. 1 S. 2 SGB VIII)
- Abklärung einer eventuellen Kostenbeteiligung der Hilfesuchenden (§§ 91, 93 SGB VIII)

↓

3.2 Erstellung des Hilfeplans (§ 36 Abs. 2 SGB VIII):
- gemeinsam mit den Sorgeberechtigten und dem jungen Menschen
- sowie in Absprache mit den zuständigen Fachkräften derjenigen Hilfeart, die in Frage kommt

↓

3.3 Konsultation des in Aussicht genommenen **Leistungserbringers** (Information, ggf. Kostenzusage)

↓

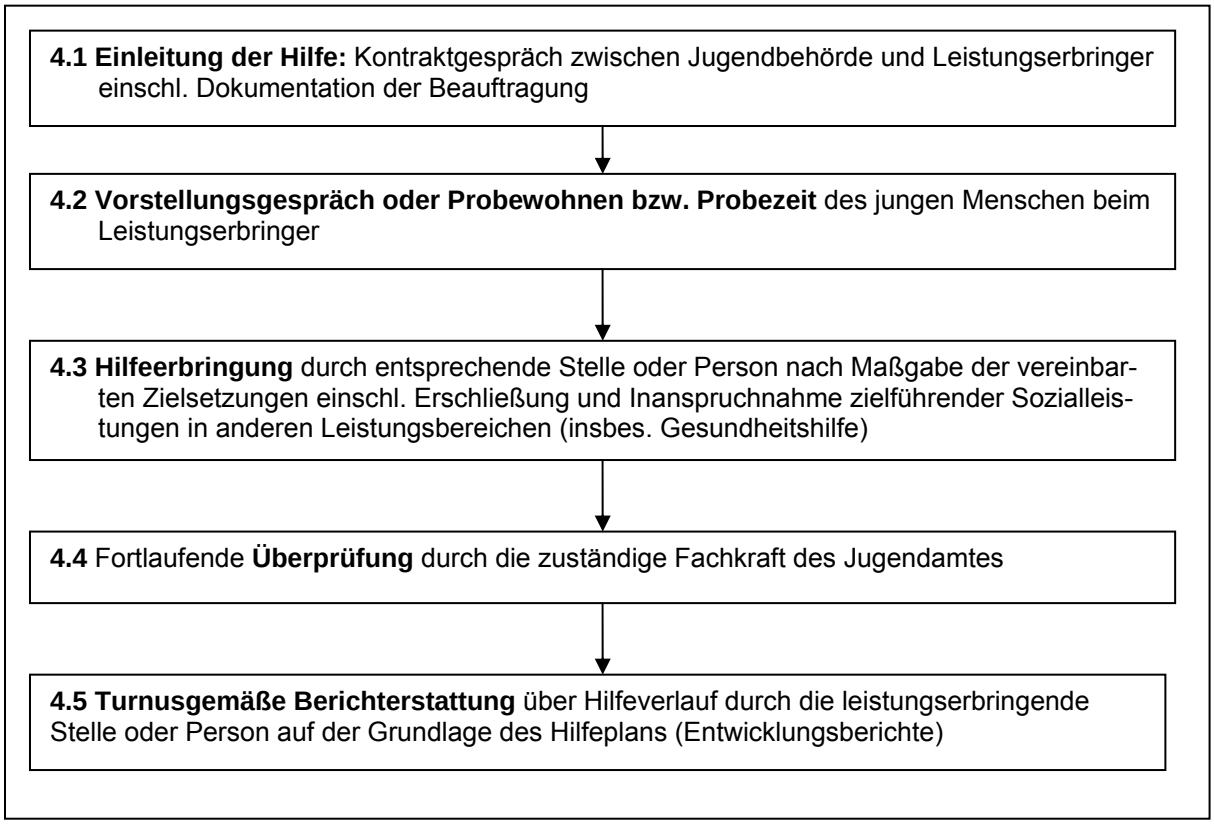
3.4 Gewährung der Hilfe / Entscheidung über Antrag (Entscheidung durch die sozialpädagogisch zuständige Organisationseinheit mit Bindung für die Abteilung Wirtschaftliche Jugendhilfe)

↓

3.5 Leistungsbescheid
- Bekanntgabe der Entscheidung durch Bescheid an den / die Leistungsberechtigten
- Kostenübernahmeerklärung gegenüber der leistungserbringenden Stelle

Phase 4: Erbringung der Hilfe

Zur erfolgreichen Realisierung der Hilfe müssen der junge Mensch, seine Personensorgeberechtigten, die Fachkräfte der notwendigen und geeigneten Hilfeart sowie das letztverantwortliche Jugendamt gemeinsam beitragen. Dabei ist der notwendige Informationsfluss zwischen allen Beteiligten zu gewährleisten. Zur Umsetzung des Hilfeplans gehört die Realisierung der Vereinbarungen und Festlegungen bezüglich der Ausgestaltung in zeitlicher, örtlicher, personeller und pädagogischer Hinsicht. Neben dem Hilfeplan gibt es zumindest in Diensten und Einrichtungen spezielle Erziehungs-, Entwicklungs-, Behandlungs- und Therapiepläne, an deren Aufstellung und Vollzug die Leistungsbetroffenen ebenso mitwirken sollen, ohne dass dabei zwischen allen Beteiligten immer Einvernehmen erzielt werden kann. Es gilt sicherzustellen, dass Besuchskontakte, getroffene Vereinbarungen zur Ausübung der Personensorge, ergänzende, flankierende oder zusätzliche Leistungen (etwa die Erschließung und Inanspruchnahme von Leistungen in anderen Bereichen wie z.B. Schule, Arbeitsförderung, Gesundheitshilfe) im Rahmen vereinbarter Fristen erbracht und von der Wirkung her zu Bedarf und Zielsetzungen in Beziehung gesetzt werden. Zuständig für dieses Monitoring während des Hilfeverlaufs ist die fallführende Fachkraft des Jugendamts auf der Grundlage der Vereinbarungen und Festlegungen im Hilfeplan. Darauf muss sich auch die turnusmäßige Berichterstattung des Leistungserbringers beziehen.



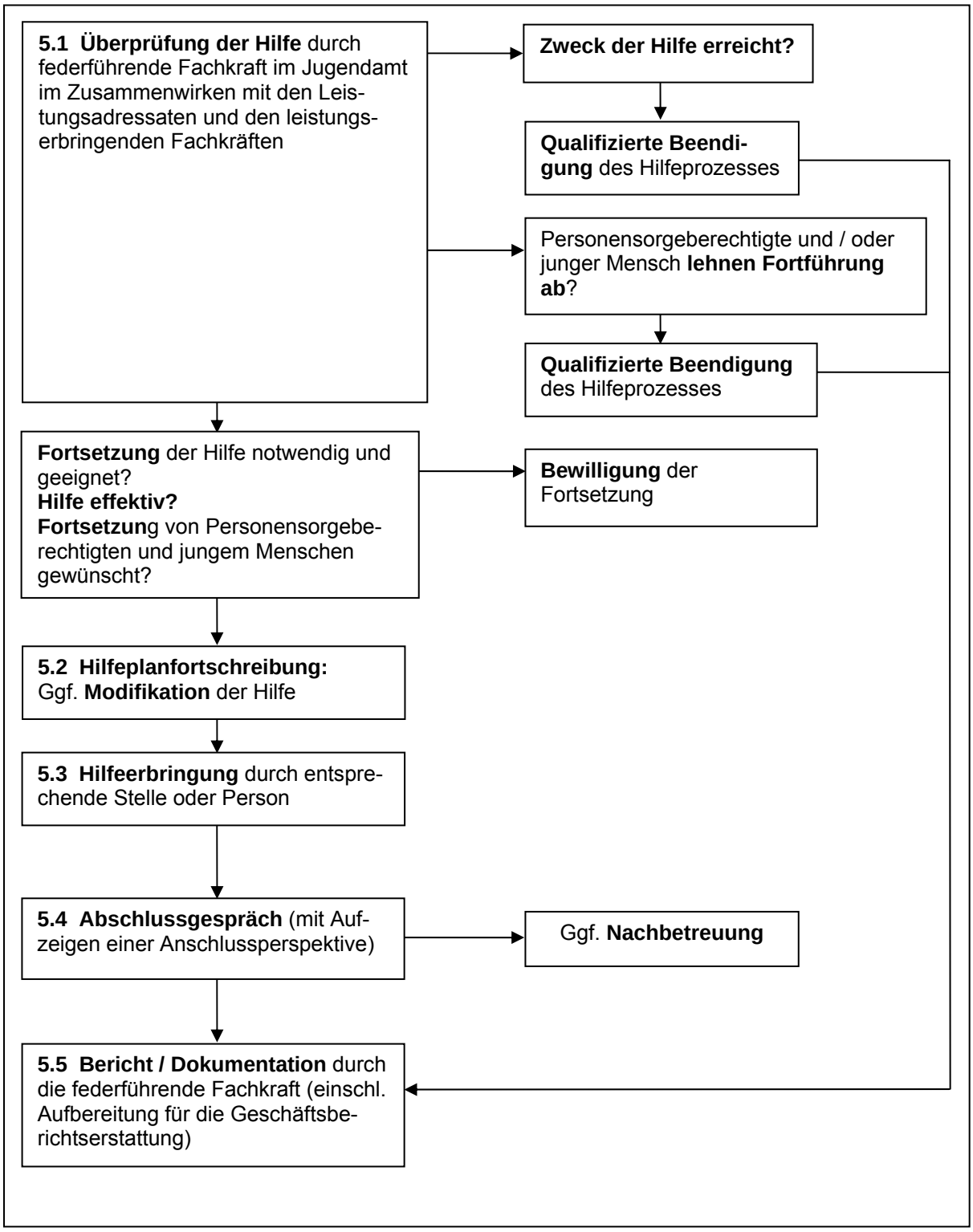
Phase 5: Hilfeplanfortschreibung

Die Form der Überprüfung eines Hilfeplans ist im SGB VIII nicht näher beschrieben. Im günstigen Fall wird ein Hilfeplangespräch zwischen der Familie, den verantwortlichen pädagogischen Bezugspersonen (eines Dienstes, einer Einrichtung, der Pflegefamilie) und der fallführenden Fachkraft des Jugendamts stattfinden. Die Ergebnisse der Überprüfung müssen gut protokolliert und als Fortschreibung des Hilfeplans verarbeitet werden. Wichtig ist, dass je nach Organisationsstruktur die Wirtschaftliche Hilfe vom Ergebnis verständigt wird; günstigenfalls ist sie auch daran beteiligt.

Da die Überprüfung laufender Hilfen, die im Regelfall alle sechs Monate stattfinden soll, einen nicht unerheblichen Aufwand an Personal und Zeit erfordert, sind die entsprechenden personellen Voraussetzungen sicherzustellen. Gegebenenfalls müssen auch andere Formen der Überprüfung und Fortschreibung des Hilfeplans entwickelt werden. So werden auch die schriftlichen Entwicklungsberichte weiterhin erforderlich sein. „Solche Berichte sind weder obsolet noch illegitim noch illegal. Entwicklungsberichte sind vielmehr notwendig, um dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Feststellung zu ermöglichen, ob die Voraussetzungen der Hilfe zur Erziehung (noch) vorliegen. Die einschlägigen Tatsachen hat der Hilfeempfänger selbst oder mit seiner Einwilligung ein Dritter im Rahmen der Mitwirkungspflicht nach § 60 Abs. 1 SGB I mitzuteilen. Diese Datenerhebung entspricht den Anforderungen aus § 62 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VIII. Selbst ohne Mitwirkung der Betroffenen wäre die Datenerhebung gemäß § 62 Abs. 2 Nr. 2a SGB VIII möglich“ (Kunkel, 1995, S. 457; Radewagen, 2007; kritisch dazu s.a. Hillmeier, 2007). Es empfiehlt sich bereits im Vorfeld der Leistungserbringung dem Grunde nach und im Einzelfall zwischen öffentlicher und freier Jugendhilfe Datenschutzfragen vertraglich zu regeln.

Immer mit Bezug auf die ursprünglich vereinbarten Zielstellungen und Festlegungen wird die Hilfe gegebenenfalls modifiziert und auf der neuen Grundlage fortgesetzt. Auch eine Änderung der Hilfeart kann in Betracht gezogen werden.

Die Beendigung der Hilfe soll als bewusstes Ereignis für alle Beteiligten dokumentiert werden. Wenn Hilfen eingestellt oder abgebrochen werden (müssen), so ist es von Bedeutung, möglichst mit den Beteiligten zusammen auch über die Beendigungsgründe eine Bilanz zu ziehen. Misserfolge sollen im Zeitalter der neuen „Fehlerkultur“ nicht zu Rat- und Mutlosigkeit führen, sondern zur Veränderung der Umstände, die dazu geführt haben.


5.1 Überprüfung der Hilfe durch federführende Fachkraft im Jugendamt im Zusammenwirken mit den Leistungsadressaten und den leistungserbringenden Fachkräften
Zweck der Hilfe erreicht?
Qualifizierte Beendigung des Hilfeprozesses
Personensorgeberechtigte und / oder junger Mensch lehnen Fortführung ab?
Qualifizierte Beendigung des Hilfeprozesses
Fortsetzung der Hilfe notwendig und geeignet?
Hilfe effektiv?
Fortsetzung von Personensorgeberechtigten und jungem Menschen gewünscht?
Bewilligung der Fortsetzung
5.2 Hilfeplanfortschreibung:
Ggf. Modifikation der Hilfe
5.3 Hilfeerbringung durch entsprechende Stelle oder Person
5.4 Abschlussgespräch (mit Aufzeigen einer Anschlussperspektive)
Ggf. Nachbetreuung
5.5 Bericht / Dokumentation durch die federführende Fachkraft (einschl. Aufbereitung für die Geschäftsberichtserstattung)

6 Zusammenfassung

Das ZBFS veröffentlichte 2001 mit den „Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen“ eine Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs im Bereich der Hilfen zur Erziehung. Sie sollen ein Standardverfahren für die Eingangsdiagnose im Jugendamt darstellen und eine effektive und differenzierte Feststellung des individuellen Hilfebedarfs bei Kindern und Jugendlichen ermöglichen. Es wird erwartet, dass dieses Verfahren die Hilfeplanung für alle Beteiligten transparenter gestaltet und in der Folge durch die Hilfen eine höhere Effektivität und Effizienz erreicht wird. Mit der 2003 begonnenen Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen (EST!) sollten diese und weitere Erwartungen an das Diagnoseverfahren auf ihre Bewährung im Praxiseinsatz geprüft werden. Die vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen finanzierte und unterstützte Evaluation wurde als prospektive Kontrollgruppenstudie mit einer Laufzeit von fünf Jahren konzipiert. Mit diesem anspruchsvollen und in der Jugendhilfeforschung bisher kaum eingesetzten Design war es möglich, den Praxiseinsatz der Tabellen in elf bayerischen Jugendämtern und die daraus resultierenden Hilfen zu überprüfen und mit einer Kontrollgruppe, die die Tabellen nicht einsetzte, zu vergleichen.

Dabei erwiesen sich die Tabellen im Rahmen einer testtheoretischen Analyse als hoch reliables (zuverlässiges) und valides (gültiges) Diagnoseverfahren, das die Risiken und Ressourcen der Bereiche „Erleben und Handeln des jungen Menschen“ und „Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen des jungen Menschen“ umfassend beschreibt. Allerdings führte die getestete EDV-Fassung, in der sämtliche 664 Items beantwortet werden mussten, zu einem Mehraufwand von einer Stunde. Für die Gruppe der weniger erfahrenen ASD-Fachkräfte stellen die Tabellen aber eine Strukturierungshilfe dar. Aus Sicht der ASD-Mitarbeiter werden die Tabellen als weniger zuverlässig und nützlich als die alternativ eingesetzten Verfahren wahrgenommen. Diese subjektive Einschätzung steht aber in keinem Zusammenhang zu den tatsächlich festgestellten Wirkungen. Mit dem Einsatz der Diagnose-Tabellen wird eine tendenziell höhere Zuweisungsqualität erreicht: In 74% der Fälle gelingt es, die geeignete Hilfeart zu wählen (Kontrollgruppe 69%).

Neben diesen Ergebnissen zur Nutzung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen im Jugendamt erfasste die prospektive Evaluation auch die Auswirkungen auf den Verlauf der ausgewählten Hilfen. Der Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen führt tendenziell zu effektiveren Hilfen. Dies wird durch eine signifikant erfolgreichere Reduzierung der Defizite erreicht. Berufsanfängern gelingt es mit dem Einsatz der Tabellen das Effektivitätsniveau ihrer erfahrenen Kollegen zu erreichen. Die subjektive Zufriedenheit der beteiligten jungen Menschen und Familien fällt dagegen uneinheitlich und ihre Partizipation und Kooperation geringer aus. Die Anwendung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen hat teurere, aber auch nachweislich effektivere Hilfen zur Folge, sodass eine tendenziell höhere Effizienz der Hilfen erreicht wird. Zudem werden weniger Anschlusshilfen notwendig, was langfristig eine bessere volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Relation begünstigt.

Mit den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen hat das ZBFS - Bayerisches Landesjugendamt ein Instrumentarium der Bedarfsfeststellung vorgelegt, das Risiken und Ressourcen der Entwicklung und Erziehung eines jungen Menschen systematisch beschreibt und sie für die Hilfeplanung sowie für effektivere und effizientere Hilfen nutzbar macht. Für den zukünftigen Einsatz sind aus der Evaluation eine Reihe von Empfehlungen abzuleiten. Eine Feststellung der Kindeswohlgefährdung sollte vorangestellt werden und das Instrumentarium ist un-

ter Berücksichtigung der testtheoretischen Ergebnisse zu komprimieren, um einen effizienteren Einsatz zu ermöglichen. Wenn es darüber hinaus gelingt, die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen strukturell im Jugendamt zu verankern und in den Hilfeprozess zu integrieren, können sie als ein effektives Standardverfahren zur weiteren Qualifizierung der Sozialarbeit beitragen.

Literatur

Ader, S., Schrapper, C. & Thiesmeier, M. (2001). Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster: Votum.

Adams, D., Appel, A., Herrmann, T., Macsenaere, M., Paries, G. & Zinkl. K. (2004). EVAS-Handbuch (1. Aufl.). Mainz: Institut für Kinder- und Jugendhilfe.

Albus, S., Greschke, H., Klingler, B., Messmer, H., Micheel, H.-G., Otto, H.-U., Polutta, A. (2008). Zwischenbericht des Evaluationsträgers. In ISA Planung und Entwicklung GmbH (Hrsg.), Wirkungsorientierte Jugendhilfe (Band 6, S. 58-135). Münster: ISA.

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen Normen; bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim (2. Aufl.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2000). Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL / 1½–5). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Arnold, J. (2006). Fachtagung „Verstummte Schreie“ – Konfliktlagen und Bedürfnisse von Mädchen in der Jugendhilfe: Geschlechtsspezifische Effekte erzieherischer Hilfen. [Internet: http://www.ikj-mainz.de].

Arnold, J. (2007). Effekte erzieherischer Hilfen – Ausgewählte Befunde aus EVAS. In T. Hermsen & M. Macsenaere (Hrsg.), Wirkungsforschung in der Kinder- und Jugendhilfe (Schriftenreihe der KFH-Mainz, Bd. 2, S. 189-212). St. Ottilien: EOS-Verlag.

Arnold, J. & Herrmann, T. (2007). EVAS-Highlights 2007-1. Mainz: Institut für Kinder- und Jugendhilfe.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2006). Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung (11. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.

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

Becker, G. (1996). Familie, Gesellschaft und Politik. Baden-Baden: Nomos.

Becker, P. N. (1999). „Welche Qualität haben Hilfepläne?“ Bundesweite Strukturanalyse und Konzeption eines Handlungsleitfadens. Frankfurt: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.

Becker, P. N. & Petermann, F. (1997). Diagnostik und Indikation im Rahmen der Hilfeplanerstellung. Jugendwohl, 78, 257-268.

Bethmann-Hollweg, A. v. & Herrmann, T. (2004). EVAS-Highlights 2/2003. Mainz: Institut für Kinder- und Jugendhilfe.

Bortz, J. (2005). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler (6., vollst. überarb. und aktualisierte Aufl.). Berlin: Springer.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4. Aufl.). Berlin: Springer.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e. V. (Hrsg.) (2002). Fallverstehen und Diagnostik bei Kindesvernachlässigung. Köln: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] (Hrsg.) (2000). Kinder- und Jugendhilfe. Achtes Buch Sozialgesetzbuch (10. Aufl.). Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Deutsche Gesellschaft für Evaluation[DeGEval] (Hrsg.) (2002). Standards für Evaluation. Köln: Geschäftsstelle DeGEval.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2007). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (3. überarb. Auflage). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Deutscher Städtetag (Hrsg.) (2003). Empfehlungen zur Festlegung fachlicher Verfahrensstandards in den Jugendämtern bei akut schwerwiegender Gefährdung des Kindswohls. Das Jugendamt, 5.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.) (2005). Die Sozialpädagogische Diagnose im Kommunalen Sozialdienst. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.

Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment and monitoring (Vol. 1). Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.

Döpfner, M. & Esser, G. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie. Kindheit und Entwicklung, 13 (2), 59-63.

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002). Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Psychologische Rundschau, 53, 184-193.

Freese, W. & Kisse, M. (1990). Zur Indikationsfrage in der Jugendhilfe: Die psychosoziale Diagnose. Psychologie und Gesellschaftskritik, 53 (14), 23-42.

Frey, F. (2008). Chancen und Grenzen von Wirkungsorientierung in den Hilfen zur Erziehung. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag und VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Frick, J. R. & Grabka, M. M. (2003). Missing income data in the German SOEP: Incidience, Imputation and its impact on the income distribution (DIW Discussion Paper No. 376). Berlin: DIW.

Frohburg, I. (2006). Zum Postulat der störungsspezifischen Indikation. Psychotherapeutenjournal, 2, 130-139.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

Halfar, B. (2005). Welche Wirkung produziert Jugendarbeit mit weniger Geld? Evangelische Jugendhilfe, 82 (2), 132-134.

Harnach-Beck, V. (1995). Psychosoziale Diagnostik bei Hilfen zur Erziehung. Zentralblatt für Jugendrecht, 82, 484-491.

Harnach-Beck, V. (1998). Diagnostische Erfordernisse bei der Entscheidungsvorbereitung für Hilfen zur Erziehung nach §§ 27ff. SGB VIII. Ein Beitrag zu Fragen der Qualitätsentwicklung in der Jugendhilfe. Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen, 39, 17-37.

Harnach-Beck, V. (1999). Ohne Prozessqualität keine Ergebnisqualität. Sorgfältige Diagnostik als Voraussetzung für erfolgreiche Hilfe zur Erziehung. In F. Peters (Hrsg.), Diagnosen – Gutachten – hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung (S. 27-48). Frankfurt am Main: IGfH.

Harnach-Beck, V. (2003). Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Grundlagen und Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme (4. Aufl.). Weinheim: Juventa.

Heiner, M. (2004). Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Gelsenkirchen: Verlag Soziale Theorie und Praxis.

Heiner, M. (2005). Diagnostik: psychosoziale. In H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.), Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik (2. Aufl). Neuwied: Luchterhand.

Hermsen, T. & Macsenaere, M. (2007). Wirkungsforschung in der Kinder- und Jugendhilfe (Schriftenreihe der KFH-Mainz, Bd. 2). St. Ottilien: EOS-Verlag.

Hermann, T., Arnold, J., Braun, P., Kloibhofer, O., Heine, K., Baulig, S., Sebastian, E. & Macsenaere, M. (2007). Hilfeartübergreifender EVAS-Datenbericht 2006 (Teil A – Stichprobenbeschreibung). Mainz: Institut für Kinder- und Jugendhilfe.

Hillmeier, H. (1998). Wohl und Wehe des Kindes. Zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs gemäß § 27 SGB VIII. BLJA MittBl., 5, 1-7.

Hillmeier, H. (2002). Sozialpädagogische Diagnostik als Beitrag zu Qualitätsentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe. In Dokumentation des Kinderschutzbundes Bayern der Fachtagung „Kinder sind gewaltfrei zu erziehen“.

Hillmeier, H., Huber, G. & Pschibl, K. (2004). EST – Evaluationsprojekt Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen. Unsere Jugend, 2, S. 50-59.

Hillmeier, H., Scherer, S. & Vietzke, B. (2005). Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen des Bayerischen Landesjugendamtes. In Verein für Kommunalwissenschaften (Hrsg.), Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Vom Fallverstehen zur richtigen Hilfe. Berlin: Verein für Kommunalwissenschaften.

Hinte, W. (1994). Sozialarbeiterische Fachlichkeit: Was „kann“ die Profession? Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 9, 327-333.

Jacob, A. & Wahlen, K. (2006). Das Multiaxiale Diagnosesystem Jugendhilfe (MAD-J). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Johnson, W. (1996). Using Risk Assessment in the Evaluation of Public Agency Child Protective Services. In T. Tatara (Hrsg.), Ninth National Roundtable on CPS Risk Assessment. Summary of Highlights (S. 3-22). Washington: APWA.

Jordan, E., Nüsken, D. & Frese, D. (2008). Zwischenbericht der Regiestelle zur Durchführung des Modellprogramms. In ISA Planung und Entwicklung GmbH (Hrsg.), Wirkungsorientierte Jugendhilfe (Band 6, S. 7-57). Münster: ISA.

Jordan, E. & Sengling, D. (1988). Jugendhilfe. Einführung in Geschichte und Handlungsfelder, Organisationsformen und gesellschaftliche Problemlagen. Weinheim, München: Juventa.

Kascha, P. (2003). Ist die „Sozialpädagogische Diagnose“ für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe geeignet? Pädagogischer Rundbrief, 53 (1), 10-16.

Kurz-Adam, M. & Köhler, M. (2002). Umbau statt Ausbau. Die sozialräumliche Reform der Erziehungshilfen in München. Sozialmagazin, 5, 24-32.

Lambach, R. (2003). Messung von Ergebnisqualität. In Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e. V. (Hrsg.), Qualitätsentwicklung und Qualitätswettbewerb (Schriftenreihe/Dokumentation 2, S. 95-103). München: Sozialpädagogisches Institut .

Landesjugendamt Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2003). Verbesserte Zielorientierung im Bereich „Hilfen zur Erziehung“. Münster: Landesjugendamt Westfalen-Lippe.

Lienert, G. A. & Raatz, U. (1998). Testaufbau und Testanalyse (6. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.

Löcherbach, P., Klug, W., Remmel-Fassbender, R. & Wendt, W.R. (2005): Case Management: Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. München: Reinhardt.

Macsenaere, M. (2007). Verfahren zur Wirkungsmessung in den erzieherischen Hilfen: Jugendhilfe-Effekte-Studie. In ISA Planung und Entwicklung GmbH (Hrsg.), Wirkungsorientierte Jugendhilfe (Band 1, S. 25-31). Münster: ISA.

Macsenaere, M. & Knab, E. (2004). EVAS – Eine Einführung. Freiburg: Lambertus.

Macsenaere, M. & Paries, G. (2006). Wirkungsorientierte Steuerung im Dialog: Mehr Einblick, Übersicht und Effizienz im Bereich der Hilfen zur Erziehung. Das Jugendamt, 79 (3), 113-119.

Marcus, A., Blanz, B., Esser, G., Niemeyer, J. & Schmidt, M. H. (1993). Beurteilung des Funktionsniveaus bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen. Kindheit und Entwicklung, 2, 166-172.

McDonald T. & Marks J. (1991). A Review of Risk Factors Assessed in Child Protective Services. Social Service Review, 65, 112-132.

Merchel, J. (1999). Zwischen „Diagnose“ und „Aushandlung“. Zum Verständnis des Charakters von Hilfeplanung in der Erziehungshilfe. In F. Peters (Hrsg.), Diagnosen – Gutachten – hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung (S. 73-96). Frankfurt am Main: IGfH.

Merchel, J. (2003). „Diagnose“ im Hilfeplanverfahren: Anforderungen und Problemstellungen. Neue Praxis, 33 (6), 527-542.

Mollenhauer, K. & Uhlendorff, U. (2000). Sozialpädagogische Diagnosen. Teil 2. Selbstdeutungen verhaltensschwieriger Jugendlicher als empirische Grundlage für Erziehungspläne (2. Aufl.). Weinheim: Juventa.

Mollenhauer, K. & Uhlendorff, U. (2004). Sozialpädagogische Diagnosen. Teil 1. Über Jugendliche in schwierigen Lebenslagen (4. Aufl.). Weinheim: Juventa.

Münder, J. et al. (2006). Frankfurter Kommentar zum SGB VIII. Weinheim: Juventa.

Münder, J., Mutke, B. & Schone, R. (1998). Quantitative und qualitative Aspekte der Sicherung des Kindeswohls zwischen Jugendhilfe und Justiz. Recht der Jugend und des Bildungswesens, 2, 195-205.

Murphy, K. R. & Davidshofer, C. O. (2005). Psychological Testing. Principles and Applications (6th Ed.). Upper Sattle River, NJ: Prentice Hall.

Paries, G. (2004). Sozialpädagogische Diagnose – Ein Instrument zur Qualifizierung der Sozialarbeit. Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen des Bayerischen Landesjugendamtes und dessen Evaluation im Projekt EST! in Kooperation mit dem Institut für Kinder- und Jugendhilfe, Mainz. Evangelische Jugendhilfe, 81 (3), 180.

Petermann, F. (2002a). Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie (5. korr. Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F. (2002b). Die Jugendhilfe-Effekte-Studie – Hintergründe und Einordnung. In M. Schmidt, K. Schneider, E. Hohm, A. Pickartz, M. Macsenaere, F. Petermann, P. Flosdorf, H. Hölzl & E. Knab (Hrsg.), Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe (S. 49-69). Stuttgart: Kohlhammer.

Petermann, F. (2002c). Bedeutung von Diagnose und Indikationsstellung im Prozess der Hilfeplanung. In Fröhlich-Gildhoff, K. (Hrsg.), Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Entscheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess (S. 17-32). Weinheim: Juventa.

Peters, F. (Hrsg.) (2002). Diagnosen – Gutachten – hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung (2. Aufl.). Frankfurt am Main: IGfH.

Pickartz, A. & Schneider, K. (2002). Indikation und Prognose. In M. Schmidt, K. Schneider, E. Hohm, A. Pickartz, M. Macsenaere, F. Petermann, P. Flosdorf, H. Hölzl & E. Knab (Hrsg.), Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe (S. 469-529). Stuttgart: Kohlhammer.

Rauschenbach, T., Ortmann, F. & Karsten, M.-E. (2000). Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit (2. Aufl.). Weinheim: Juventa.

Remschmidt, H. & Schmidt, M. (1994). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Huber Verlag.

Roos, K. (2005). Kosten-Nutzen-Analyse von Jugendhilfemaßnahmen. In F. Petermann (Hrsg.), Studien zur Jugend- und Familienforschung (Band 23). Frankfurt: Lang.

Roos, K. & Petermann, F. (2006): Kosten-Nutzen-Analyse der Heimerziehung. Kindheit und Entwicklung, 15 (1), 58-67.

Sauter, R. (1996). Eine Sozialleistung ist keine Ware: Über Irrungen und Wirrungen von Produktbeschreibungen und über die Möglichkeit, (Sozial-)Recht und (Sozial-)Management dennoch zusammenzubringen. München: Bayerisches Landesjugendamt.

Sauter, R. (2006). Kindeswohlgefährdung: Zur Verantwortungsgemeinschaft zwischen Familiengericht und Jugendamt in der Ausübung des Wächteramts der staatlichen Gemeinschaft über die elterliche Erziehungsverantwortung; Dokumentation der Fachtagung für Familienrichter und leitende Fachkräfte in Jugendämtern vom 8. bis 10. Februar 2006 in Fischbachau. München: Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bayerisches Landesjugendamt.

Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR (Textrevision). Göttingen: Hogrefe.

Schrapper, C. (2003a). „... dem eigenen Urteil trauen?!“ Erfahrungen und Positionen zur sozialpädagogischen Diagnostik. Widersprüche, 23 (88), 41-45.

Schrapper, C. (2003b). Sozialpädagogische Diagnostik – Anforderungen, Konzepte, Bausteine. Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe – ZJJ, 4, 336.

Schrapper, C. (2004). Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. Weinheim: Juventa.

Schreiber, W. (2003). Sozialpädagogische Diagnose und Intervention. Ansätze in der Arbeit mit psychosozial geschädigter Klientel. Neue Praxis, 33 (6), 515-526.

Schröder, J. W. (2002). Wirkungen – was ist das und wie können sie „vereinbarungstauglich“ gemacht werden? In J. W. Schröder (Hrsg.), Wirkungsorientierte Gestaltung von Qualitätsentwicklungs- Leistungs- und Entgeltvereinbarungen nach §78a ff. (Expertengespräch, Dokumentation). Bonn: Dr. Jan Schröder Beratungsgesellschaft mbH.

Schröder, J. W. & Kettiger, D. (2001). Wirkungsorientierte Steuerung in der sozialen Arbeit. Ergebnisse einer internationalen Recherche in den USA, den Niederlanden und der Schweiz. In BMFSFJ (Hrsg.) Wirkungsorientierte Steuerung in der sozialen Arbeit (Band 229). Stuttgart: Kohlhammer.

Schrödter, M. (2003). Zur Unhintergehbarkeit von Diagnose. Klassifikation in der Sozialen Arbeit. Widersprüche, 23 (6), 85-100.

Schmidt, M., Schneider, K., Hohm, E., Pickartz, A., Macsenaere, M., Petermann, F., Flosdorf, P., Hölzl, H. & Knab, E. (Hrsg.) (2002). Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe. Stuttgart: Kohlhammer.

Schuler, H. (2006). Lehrbuch der Personalpsychologie (2. überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Sedlmeier, P. (1996). Jenseits des Signifikanztest-Rituals: Ergänzungen und Alternativen. Methods of Psychological Research – online, 1
[Internet: http://www.dgps.de/fachgruppen/methoden/mpr-online/].

Seidenstücker, G. (1999). Indikation und Entscheidung. In R. S. Jäger & F. Petermann (Hrsg.), Psychologische Diagnostik (4. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe 2006. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Staub-Bernasconi, S. (2003). Diagnostizieren tun wir alle – nur nennen wir es anders. Widersprüche, 23 (6), 33-40.

Textor, M. (1995). Praxis der Kinder- und Jugendhilfe – Handbuch für die sozialpädagogische Anwendung des KJHG. Weinheim: Beltz.

Uhlendorff, U. (1994). Systematische Ansatzpunkte einer sozialpädagogischen Diagnose und Beispiele von Lebenswelten sozial benachteiligter Jugendlicher. In H. G. Homfeld, H. A. Ries & B. Steinmetz (Hrsg.), Benachteiligte Jugendliche in Europa (S. 181-193). Opladen: Leske + Budrich.

Uhlendorff, U. (1997). Sozialpädagogisch-hermeneutische Diagnosen und Hilfeplanung. In Jakob, G./v. Wensierski, H.-J. (Hrsg.), Rekonstruktive Sozialpädagogik – Konzepte und Methoden sozialpädagogischen Verstehens in Forschung und Praxis (S. 255-269). Weinheim: Juventa.

Uhlendorff, U. (2001). Sozialpädagogische Diagnosen III – Ein sozialpädagogisch-hermeneutisches Diagnoseverfahren für die Hilfeplanung. Weinheim: Juventa.

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

Uhlendorff, U. (2003a). Sozialpädagogische Diagnosen familiärer Notlagen und Hilfekonzepte (Beiträge). Familien in der Jugendhilfe. Sozialmagazin, 28 (2), 61-62.

Uhlendorff, U. (2003b). Sozialpädagogische Familiendiagnose: Methode und Forschungsperspektiven. Jugendhilfe, 41 (5), 229-235.

Uhlendorff, U. (2004a). Der Fall Kühl: Sozialpädagogische Familiendiagnose und Hilfeplanung. Unsere Jugend, 56 (2), 60-70.

Uhlendorff, U. (2004b). Familien in der Jugendhilfe. Sozialpädagogische Diagnosen familiärer Notlagen und Hilfekonzepte. Sozialmagazin, 29 (2), 61-62.

Uhlendorff, U., Cinkl, S. (2003). Sozialpädagogik, Professionalität und Diagnostik. Ein Erfahrungsbericht. Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe, 14 (4),343-350.

Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (1995). Kinder-DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes und Jugendalter. Berlin: Springer.

Urban, U. (2004). Professionelles Handeln zwischen Hilfe und Kontrolle. Sozialpädagogische Entscheidungsfindung in der Hilfeplanung. Weinheim: Juventa.

Verein für Kommunalwissenschaften (2005). Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe – Vom Fallverstehen zur richtigen Hilfe. Berlin: Verein für Kommunalwissenschaften.

Wendt, W.R. & Löcherbach, P. (Hg.) (2006): Case Management in der Entwicklung - Stand und Perspektiven in der Praxis. München: Economics.

Wiesner, Reinhard (2003). Der Kostendruck frisst die Qualität auf. Neue Caritas, 104 (19), 10-15.

Wirtz, M. (2004). Über das Problem fehlender Werte: Wie der Einfluss fehlender Informationen auf Analyseergebnisse entdeckt und reduziert werden kann. Rehabilitation, 43, 109-115

Wottawa, H. & Thierau, H. (2003). Lehrbuch Evaluation (3. korr. Aufl.). Bern: Huber.

Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt (Hrsg.) (2006). Jahresbericht des Bayerischen Landesjugendamts im Zentrum Bayern Familie und Soziales 2005. Schwerpunktthema: JUBB – Jugendhilfeberichterstattung in Bayern, Qualifizierung der Planungs- und Steuerungsaufgaben des Jugendamts (S. 7-22). München: Bayerisches Landesjugendamt.

Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt (Hrsg.) (2007). Jahresbericht des Bayerischen Landesjugendamts im Zentrum Bayern Familie und Soziales 2006. Schwerpunktthema: Demografische und sozialstrukturelle Grundlagen der Jugendhilfe in Bayern (S. 7-31). München: Bayerisches Landesjugendamt.

Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt (Hrsg.) (2008). Jahresbericht des Bayerischen Landesjugendamts im Zentrum Bayern Familie und Soziales 2007. Schwerpunktthema: JUBB – Jugendhilfeberichterstattung in Bayern – Entwicklungen und erste Ergebnisse (S. 7-24). München: Bayerisches Landesjugendamt.

Weiterführende Literatur

Ader, S. (2006). Was leitet den Blick? – Wahrnehmung, Deutung und Intervention in der Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.

Ader, S. & Schrapper, C. (2002). Fallverstehen und Deutungsprozesse in der sozialpädagogischen Praxis der Jugendhilfe. In J. Henkel, M. Schnapka & C. Schrapper (Hrsg.), Was tun mit schwierigen Kindern? Sozialpädagogisches Verstehen und Handeln in der Jugendhilfe. Münster: Votum.

Ader, S. & Thiesmeier, M. (2002). Kollegiales Fallverstehen und Fallkonsultationen als Instrumente sozialpädagogischer Analyse und Deutung. In J. Henkel, M. Schnapka & C. Schrapper (Hrsg.), Was tun mit schwierigen Kindern? Sozialpädagogisches Verstehen und Handeln in der Jugendhilfe. Münster: Votum.

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

Ainsworth, M. D. S. (1977). Skalen zur Erfassung mütterlichen Verhaltens von Mary D.S. Ainsworth. Feinfühligkeit versus Unempfindlichkeit gegenüber Signalen des Babys. In Grossmann, K. E. (Hrsg.), Entwicklung der Lernfähigkeit (S. 96-108). München: Kindler.

Ames, A. & Bürger, U. (1997). Ursachen der unterschiedlichen Inanspruchnahme von Heimerziehung. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins, 2, 373-379.

Andrews, D. A. (1995). The psychology of criminal conduct and effective treatment. In McGuire, J. (Ed.), What works: Reducing reoffending. Guidelines from research and practice (S. 35-62). Chichester: Wiley.

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (Hrsg.) (1998). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim (2. Aufl.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (Hrsg.) (1998). Fragebogen für junge Erwachsene (YASR). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Arnold, K. H. & Kretschmann, R. (2002). Förderdiagnostik, Förderplan und Förderkontrakt: Von der Eingangsdiagnose zu Förderungs- und Fortschreibungsdiagnosen. Zeitschrift für Heilpädagogik, 53 (7), 266-271.

Ayres, J. (1984). Bausteine der kindlichen Entwicklung. Heidelberg: Springer.

Baird, C., Wagner, D. & Neuenfeldt, D. (1993). Actuarial risk assessment and case managment in child protective services. In T. Tatara (Ed.), Sixth National Roundtable on CPS Risk Assessment. Summary of Highlights (S. 152-168). Washinton: APWA.

Baumrind, D. (1989). Rearing competent children. In W. Damon (Ed.), Child development today and tomorrow (S. 349-378). San Francisco: Jossey-Bass.

Beck, U. (2001). Risikogesellschaft – Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Becker, W. (2001). Hilfeplanung – Dienstleistung in der öffentlichen Jugendhilfe. Hannover: AFET.

Beelmann A., Pfingsten, U. & Lösel, F. (1994). The effects of training social competence in children: A meta-analysis of recent evaluation studies. Journal of Clinical Child Psychology, 13, 260-271.

Beelmann, A. (1999). Training sozialer Problemlösefertigkeiten im Kindergarten als Delinquenzprävention: Stand der Forschung und Evaluation eines deutschsprachigen Programms. Vortrag auf der 8. Arbeitstagung der Fachgruppe Rechtspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. Nürnberg.

Beelmann, A. (2001). Prognose und Prävention von sozialen Fehlentwicklungen im Kindes- und Jugendalter. In Bayerisches Landesjugendamt (Hrsg.), Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. München: Bayerisches Landesjugendamt.

Bender, D. & Lösel, F. (1997). Risiko- und Schutzfaktoren in der Genese und der Bewältigung von Misshandlung und Vernachlässigung. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung (S. 35-53). Stuttgart: Schattauer.

Bergh, P. M. van den, Knorth, E. J., Tausenfreund, T. & Klomp, M. (2004). Grundlagen der psychosozialen Diagnostik in der niederländischen Kinder- und Jugendhilfe: Entwicklungen und Aufgaben. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 53 (9), 637-651.

Biestek, F. (1970). Wesen und Grundsätze der helfenden Beziehung in der sozialen Einzelfallhilfe. Freiburg: Lambertus.

Bird, R.H. (1996). Epidemiology of childhood disorders in cross-cultural context. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, 35-49.

Böhnisch, Lothar (2003). Die Tücke des Subjekts. Widersprüche, 23 (6), 47-52.

Brachet, Inge (2003). Plädoyer für eine methodenübergreifende Ausbildung in sonderpädagogischer Diagnostik. Sonderpädagogik, 23 (4), 223-234.

Brack, R. & Geiser, K. (1996). Aktenführung in der Sozialarbeit – Neue Perspektiven für die klientbezogene Dokumentation als Beitrag zur Qualitätssicherung. Bern, Stuttgart, Wien: Wohlfahrtsweg für Baden-Württemberg.

Bringewat, P. (1997). Tod eines Kindes. Soziale Arbeit und strafrechtliche Risiken. Baden-Baden: Nomos Verlags-Gesellschaft.

Budde, W., Früchtel, F. & Loferer, A. (2004). Ressourcencheck. Ein strukturiertes Gespräch über Stärken und was daraus zu machen ist. Sozialmagazin, 29 (6), 14-22.

Budde, W., Früchtel, F. & Loferer, A. (2004). Der Ressourcencheck in der Anwendung. Ein Fallbeispiel. Sozialmagazin, 29 (6), 23-26.

Bundeskriminalamt (Hrsg.) (1998). Polizeiliche Kriminalstatistik 1997. Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1994). Neunter Jugendbericht. Bericht über die Situation der Kinder und Jugendlichen und die Entwicklung der Jugendhilfe in den neuen Bundesländern. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1998). Zehnter Kinder- und Jugendbericht. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1990). Achter Jugendbericht. Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Bürger, U. (1999). Vollzeitpflege und Heimerziehung – Zurückliegende Entwicklungen und Perspektiven im Feld stationärer Erziehungshilfen. ZfJ, 6, 209.

Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36, 113-114.

Cobus-Schwertner, I. (1992). Erziehungskonferenzen, Hilfepläne, erweiterte Zusammenarbeit mit den Eltern: Neue Möglichkeiten für Kinder, Jugendliche und Erzieherinnen oder Reaktivierung des alten Streits um Indikation und Diagnose?. In F. Peters & W. Trede (Hrsg.), Strategien gegen Ausgrenzung. (S. 407-428).
Frankfurt am Main: IGfH.

Coester, M. (1991). Die Bedeutung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) für das Familienrecht. FamRZ, 253, 260.

Cremer-Schäfer, H. (2003). Wie der Name einer Sache unser Verhalten bestimmt. Eine Erinnerung an Wissen über Diagnostik. Widersprüche, 23 (6), 53-60.

Dewe, B., Ferchhoff, W., Scherr, A. & Stüwe, G. (1995). Professionelles soziales Handeln. Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis (2. Aufl.).
Weinheim: Juventa.

Dishion, T. J. & Patterson, S. G (1996). Preventive parenting with love, encouragement & limits. The preschool years. Eugene: Castalia.

Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (1997). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). Weinheim: Beltz PVU.

Dornes, M. (1997). Vernachlässigung und Misshandlung aus der Sicht der Bindungstheorie. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung (S. 65-78.). Stuttgart: Schattauer.

Fegert, Jörg (1994). Was ist seelische Behinderung? Münster: Votum.

Feldmann, G., Hillmeier, H. & Lichtinger, M. (1997). Jugendhilfe und Wächteramt.
BLJA MittBl., 4, 1-7.

Fendrich, S., Lange, J., Witte, M. D. (2004). Umgang mit Ungewissheit in der Jugendhilfe. Bericht über die 4. Marienfelder Gespräche. Neue Praxis, 34 (3), 312-315.

Ferchhoff, W. (1993). Was wissen und können Sozialpädagogen? Neue professionstheoretische Überlegungen zum Theorie-Praxis-Verhältnis in der Sozialpädagogik. Pädagogische Rundschau, 6, 705-719.

Ferchhoff, W., Kurtz, T. (1998). Professionalisierungstendenzen der Sozialen Arbeit in der Moderne. Neue Praxis, 1, 12-26.

Fröhlich-Gildhoff, K. (2002). Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Entscheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. Weinheim: Juventa.

Funsch, Karin (2003). Die Bedeutung der Verhaltensanalyse bei der Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs im Bereich der Erziehungshilfe. Behindertenpädagogik, 42 (1/2), 43-53.

Gelles, R.J. (1996). The Book of David. How Preserving Families Can Cost Children's Lives. New York: Basic Books.

Gerlach, F. (1998). Das jugendhilferechtliche Hilfeplanverfahren als Modell kooperativer Entscheidungsfindung und seine Umsetzung in der behördlichen Praxis – Beurteilungsspielraum und verwaltungsgerichtliche Kontrolle jugendrechtlicher Entscheidungen. Zentralblatt für Jugendrecht, 4, 134-141.

Gode, B. (2004). Auf der Suche nach der bestmöglichen Hilfe für das Kind und seine Familie Pädagogisch-therapeutische Diagnostik im Ambulanten Dienst (AD). Evangelische Jugendhilfe, 3.

Goldstein, J., Freud, A., Solnit, A. J. & Goldstein, S. (1988) Das Wohl des Kindes. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Götz, D. (2003). Systemisch-lösungsorientierte Diagnostik in der stationären Jugendhilfe. Jugendhilfe, 41 (5), 245-251.

Hammond, K. R. (1996). Human Judgement and Social Policy. Irreducibal Uncertainty, Inevitable Error, Unavoidable Injustice. Oxford: Oxford University Press.

Hanft, S. (2004). Zur Diagnose/Diagnostik in der Sozialen Arbeit oder: Zur Inflation der Ratlosigkeit. Forum Sozial, 3, 15-17.

Hansen, E. (2005). Das Case/Care Management. Anmerkungen zu einer importierten Methode. Neue Praxis, 35 (2), 107-125.

Hartung, J. (1997). Psychologische Begutachtung im Kontext der Gefährdung des Kindeswohls als Intervention. Forum Erziehungshilfen, 1, 19-22.

Haustein, S., Nußbeck, S., Iskenius-Emmler, H. (2003). Zur Problematik der Kooperation von Lehrkräften an Sonderschulen und allgemeinen Schulen bei der Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs. Heilpädagogische Forschung, 29 (2), 51-60.

Hellbrügge, T., Kohler, G. J. & Egelkraut, H. D. (1994). Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik. Göttingen: Testzentrale.

Henes, H. & Trede, W. (2004). Dokumentation pädagogischer Arbeit. Grundlagen und Methoden für die Praxis der Erziehungshilfen. Frankfurt am Main: IGfH.

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

Hering, A. & Beelmann, A. (1999). Delinquenzprävention bei Risikokindern: Evaluation einer kombinierten Längsschnitt- und Interventionssstudie. Vortrag auf der 8. Arbeitstagung der Fachgruppe Rechtspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. Nürnberg.

Herrmann, B. (2000). Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung. Frühe Kindheit, 3 (4), 24-27.

Hildenbrand, B. (2004). Fallrekonstruktive Familienforschung und Familientherapie: Die Sequenzanalyse in der Genogrammarbeit. Familiendynamik, 29 (3), 257-287.

Hollenweger, J. (2003). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und ihre Bedeutung für Bildungssysteme (Teil II). Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik, 11, 40-46.

Holm-Hadulla, R. M. (1997). Die psychotherapeutische Kunst. Hermeneutik als Basis therapeutischen Handelns. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Höpfner, N., Jöbgen, M. & Becker, R. (1999). Zur Methodisierbarkeit von Hilfe oder: Braucht die Soziale Arbeit Diagnosen? In F. Peters (Hrsg.), Diagnosen, Gutachten, hermeneutisches Fallverstehen. Frankfurt am Main: IGfH.

Höpfner, N., Jöbgen, M. (2004). Diagnostik in der Jugendhilfe: Szenen einer schwierigen Ehe. Unsere Jugend, 2, 71-83.

Horst, K. (2005). Entwicklung der internen Fachdienste in der Jugendhilfe und deren Perspektiven. Evangelische Jugendhilfe, 1, 28-419.

Ihle, W. & Mattejat, F. (2005). Familienorientierte Diagnostik und Intervention bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Kindheit und Entwicklung, 14 (1), 1-2.

Jakob, G. (1999). Fallverstehen und Deutungsprozesse in der sozialpädagogischen Praxis. In F. Peters (Hrsg.), Diagnosen – Gutachten – hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung (S. 99-120). Frankfurt am Main: IGfH.

Jakobs, S. & Röh, D. (2005). Soziale Diagnose und Dialog. Anforderungen an die Ausbildung der Sozialen Arbeit für die Herausbildung von Diagnosekompetenzen. Sozialmagazin, 7/8, 41-45.

Johnson, W. (1995). Culturally Sensitive Risk Assessment. In T. Tatara (Ed.), Eighth National Roundtable on CPS Risk Assessment. Summary of Highlights (S. 131-141). Washinton: APWA.

Jordan, E. (2001). Zwischen Kunst und Fertigkeit: Sozialpädagogisches Können auf dem Prüfstand. In Bayerisches Landesjugendamt (Hrsg.), Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. München: Bayerisches Landesjugendamt.

Kamphuis, M. (1995). Die persönliche Hilfe in der Sozialarbeit unserer Zeit. Stuttgart: Enke.

Kanthak, T. (2004). Kindeswohlgefährdung: Diagnostische Verfahren und Methoden. Zentralblatt für Jugendrecht, 91 (5), 180-187.

Kazdin, A. E. (1997). Practitioner Review: Psychosocial treatments for conduct disorders in children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38, 161-178.

Kegan, R. (1986). Die Entwicklungsstufen des Selbst. München: Kindt-Verlag.

Kindler, H. (2001). Verfahren und Perspektiven zur Risikoeinschätzung bei Misshandlung und Vernachlässigung. In Bayerisches Landesjugendamt (Hrsg.), Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. München: Bayerisches Landesjugendamt.

Kiphard, J. (1980). Wie weit ist ein Kind entwickelt? Dortmund: Verlag modernes Lernen.

Klatetzki, T. (1993). Wissen, was man tut. Professionalität als organisationskulturelles System. Bielefeld: Böllert, KT-Verlag.

Klauer, K. J. (1978). Handbuch der Pädagogischen Diagnostik. Düsseldorf: Schwann.

Klemenz, B. (2003). Multimodale Ressourcendiagnostik in Erziehungs- und Familienberatung. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 50 (3), 294-309.

Kobi, E. E. (2003). Diagnostik in der heilpädagogischen Arbeit. Luzern: Ed. SZH.

Körner, J. (2005). Die Entstehung seelischer Erkrankungen: Risiko- und Schutzfaktoren. In Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg.), Die Verantwortung der Jugendhilfe für Kinder von Eltern mit chronischen Belastungen. Dokumentation der Fachtagung in Kooperation mit der Deutschen Liga für das Kind e.V. am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin. Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe, 49, 40-47.

Kretschmann, R. (2003). Diagnostik, Förderpläne und kollegiale Kooperation. Sonderpädagogische Förderung, 4, 3-29.

Krieger, W. (1994). Der allgemeine Sozialdienst – Rechtliche und fachliche Grundlagen für die Praxis des ASD. Weinheim, München: Juventa.

Krumenacker, F.-J. (2004). Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven. Weinheim: Juventa.

Kunkel, P.-C. (1991). Leistungsverpflichtungen und Rechtsansprüche im Kinder- und Jugendhilfegesetz, insbesondere die Hilfen zur Erziehung. Kehl: Fachhochschule für öffentliche Verwaltung.

Kunkel, P.-C. (1997). Wider einen „Perspektivenwechsel“ in der Jugendhilfe. FamRZ, 4, 193ff.

Kunstreich, T (2003). Neo-Diagnostik – Modernisierung klinischer Professionalität? Ein Exposé für ein Methodenheft der Widersprüche. In Widersprüche, 23 (6), 7-10.

Kunstreich, T., Müller, B., Heiner, M. & Meinhold, M. (2003). Diagnose und/oder Dialog? Ein Briefwechsel. Widersprüche, 23 (6), 11-32.

Kurz-Adam, M., Frick, U., Köhler, M. (2001). Der Hilfeerfolg in den stationären Erziehungshilfen – Ergebnisse der Studie „Umbau statt Ausbau“ – Zur Evaluation stationärer Erziehungshilfen in der LH München. Pädagogischer Rundbrief, 1, 2f.

Landeshauptstadt München, Sozialreferat, ASD – Allgemeiner Sozialdienst (Hrsg.) (1997). Arbeitshilfe für Sozialpädagogisches Handeln bei Gewalthandlungen an Kindern und Jugendlichen. München: Landeshauptstadt München, ASD.

Landeswohlfahrtsverband Baden (Hrsg.) (1989). Tagungsbericht „Diagnostik in der Jugendhilfe auf dem Hintergrund entwicklungspsychologischer Konzepte“. Karlsruhe: Landeswohlfahrtsverband Baden.

Leitner, H. (2001). Hilfeplanung als Prozessgestaltung. Praxisforschungs- und Entwicklungsprojekt. Fachliche und organisatorische Gestaltung der Hilfeplanung nach § 36 KJHG/SGB VIII. Ein Modellprojekt der ISA – gem. Gesellschaft für soziale Arbeit mbH Oranienburg in Zusammenarbeit mit Jugendämtern des Landes Brandenburg und dem Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg. Münster: Votum.

Lenhard, W. et al. (2005). Der Januskopf der Diagnostik. Eltern von Kindern mit Behinderung im Spannungsfeld zwischen Unsicherheit und Ausgrenzung. Geistige Behinderung, 2, 99-114.

Loeber, R. & Farrington, D.P. (1998). Serious & violent juvenile offenders. Risk factors and successful interventions. Thousand Oaks: Sage.

Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1998). Development of juvenile aggression and violence. Some common misconceptions and controversies. American Psychologist, 53, 242-259.

Lösel, F. & Bender, D. (1997). Antisoziales Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Psycho, 23, 35-41.

Lösel, F. & Bliesener, T. (1999) Germany. In P. K. Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D. Olweus, R. Catalano & P. Slee (Eds.), The nature of school bullying. A cross-national perspective (S. 224-249). London: Routledge.

Lösel, F. (1995). The efficacy of correctional treatment: A review and synthesis of meta-evaluations. In J. McGuire (Ed.), What works: Reducing reoffending. Guidelines from research and practice (S. 79-111). Chichester: Wiley.

Lösslein, H., Deike-Beth, C. (1997). Hirnfunktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Luhmann, N. (1973). Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen. In H.-U. Otto (Hrsg.), Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit. Band 1 (S. 21-43). Neuwied: Luchterhand.

Lutzker J. R. (1998). Handbook of Child Abuse Research and Treatment. New York: Plenum Press.

Maas, U. (1996). Soziale Arbeit als Verwaltungshandeln. Systematische Grundlegung für Studium und Praxis. Weinheim/München: Juventa.

Maas, U. (1998). Hilfe zur Erziehung zwischen unbestimmtem Rechtsbegriff und Ermessen. Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen, 39, 1-16.

Macsenaere, M. (2004). Wie kann die Wirkung der Hilfen zur Erziehung durch Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsentwicklungsverfahren gesteigert werden? In Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (Hrsg.): Zusammenhänge und Wirkungen: Umsetzungsstand und Perspektiven der Regelungen nach §§ 78 a bis g SGB VIII (124-138). Berlin: Verein für Kommunalwissenschaften e. V.

Macsenaere, M. (2006). Wirkungen der Kinder- und Jugendhilfe sind messbar! Methoden, Ergebnisse und Empfehlungen der Jugendhilfe-Effekte-Studie (JES) und weiterer darauf beruhender wirkungsorientierter Evaluationen. In Projekt eXe (Hrsg.): Wirkungsevaluation in der Kinder- und Jugendhilfe – Einblicke in die Evaluationspraxis (49-78). München: DJI.

Macsenaere, M. (2007). Voraussetzungen zur Modernisierung und Weiterentwicklung von leistungsfähigen Strukturen in den Hilfen zur Erziehung. Blickpunkt Jugendhilfe, (3), 5-8.

Macsenaere, M., Klein, W. & Scheiwe, N. (2003). Jugendhilfe-Effekte-Studie: Was leistet die Jugendhilfe? Unsere Jugend, 55 (11), 484-491.

Macsenaere, M. & Schemenau, G. (2008). Erfolg und Misserfolg in der Heimerziehung. Ergebnisse und Erfahrungen aus der Evaluation Erzieherischer Hilfen (EVAS). Unsere Jugend, 60(1), 26-33.

Manke, W. & Quitman, H. (2003). Dialogische Diagnostik in begabungsfördernden Beratungs- und Unterrichtsprozessen. Widersprüche, 23 (6), 61-72.

Marthaler, T. (2003). Sozialpädagogische Diagnosen in Familien. Forum Erziehungshilfen, 9 (5), 278-283.

McCord, J. & Tremblay, R. E. (1992). Preventing antisocial behavior. Interventions from birth through adolescence. New York: Guildford.

Merchel, J. & Schrapper, C. (1995). Hilfeplanung gemäß § 36 KJHG als fachliche und organisatorische Herausforderung an das Jugendamt. NDV, 4, 151.

Merchel, J. (2003). Der Umgang mit der „Garantenstellung“ des Jugendamtes und die „Regeln der fachlichen Kunst“: Verfahrensanforderungen und offene Fragen. Zentralblatt für Jugendrecht, 90 (7), 249-257.

Merchel, J. (Hrsg.) (1998). Qualität in der Jugendhilfe. Münster: Votum.

Miller, G. E. & Prinz, R. (1990). Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorders. Psychological Bulletin, 108, 291-307.

Milner J. S. (1986). Child Abuse Potential Inventory (CAP Form IV). DeKalb IL: Psytec.

Milner J. S., Murphy W. D., Valle L. A. & Tolliver R. M. (1998). Assessment Issues in Child Abuse Evaluations. In J. R. Lutzker (Ed.): Handbook of Child Abuse Research and Treatment (S. 75-115). New York: Plenum Press.

Modellprogramm Fortentwicklung des Hilfeplanverfahrens. Kappl, M., Straus, F. & Weiterschan, W. (Hrsg.) (2004). Expertise: Interkulturelle Aspekte bei der Durchführung des Hilfeplanverfahrens. München, Deutsches Jugendinstitut.

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. Psychological Review, 100, 674-701.

Mörsberger, T. & Restemeier, J. (1997). Helfen mit Risiko. Zur Pflichtenstellung des Jugendamtes bei Kindesvernachlässigung – Dokumentation eines Strafverfahrens gegen eine Sozialarbeiterin in Osnabrück. Neuwied: Luchterhand.

Mosandl, A. (2001). Qualitätsmanagement in der Fallbearbeitung bei Gefährdung von Kindern und Jugendlichen. In Bayerisches Landesjugendamt (Hrsg.), Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. München: Bayerisches Landesjugendamt.

Mrozynski, P. (1998). Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII). München: C. H. Beck.

Mührel, E. (2005). Verstehen als Grundvoraussetzung für eine Soziale Diagnose. Sozialmagazin, 30 (7-8), 32-36.

Müller, B. (1991). Die Last der großen Hoffnungen. Methodisches Handeln und Selbstkontrolle in sozialen Berufen. Weinheim: Juventa.

Müller, B. (1998). Probleme der Qualitätsdiskussion in sozialpädagogischen Handlungsfeldern. In J. Merchel (Hrsg.), Qualität in der Jugendhilfe (S. 43-60). Münster: Votum.

Müller, B. (2005). Was heißt Soziale Diagnose? Sozialmagazin, 30 (7-8), 21-31.

Müller, C. W. (1982). Wie helfen zum Beruf wurde. Eine Methodengeschichte der Sozialarbeit. Band 1. Weinheim: Beltz.

Müller, C. W. (1988). Wie helfen zum Beruf wurde. Eine Methodengeschichte der Sozialarbeit. Band 2. Weinheim: Beltz.

Müller, C. W. (1998). Jenseits von Praxis-Schock und Burnout. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 5, 189-192.

Müller, C. W. (2002). Diagnose: Das ungeliebte Handwerk – Herausforderung für die Fachleute des Jugendamtes. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 5 (15), 42-45.

Müller-Lichtenheld, H. (2004). „Diagnostische Kompetenz“ und die Widersprüche des Schullebens. Pädagogisches Forum: unterrichten, erziehen, 5, 309-313.

Münder, J., Mutke, B. & Schone, R. (2000). Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Münster: Votum.

Munro, E. (1996). Avoidable and Unavoidable Mistakes in Child Protection Work. British Journal of Social Work, 26, 793-808.

Mutzeck, W. (2002). Förderdiagnostik. Konzepte und Methoden. Weinheim: Deutscher Studien-Verlag.

Nestler, J. & Castello, A. (2003). Testdiagnostik an Erziehungsberatungsstellen. Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Informationen für Erziehungsberatungsstellen, 1, 31-35.

Neuberger, C. (2004). Fallarbeit im Kontext flexibler Hilfen zur Erziehung – Sozialpädagogische Analysen und Perspektiven. München: Deutscher Universitätsverlag.

Neuenfeldt D. & DeMares M. (1995). Risk assessment validation study and its use in four urban Wisconsin Counties. In T. Tatara (Ed.), Eighth National Roundtable on CPS Risk Assessment. Summary of Highlights (S. 7-23). Washinton: APWA.

Neuhaus, C. (1998). Das hyperaktive Kind und seine Probleme. Berlin: Ravensburger.

Offord, D.R., Boyle, M.S. & Racine, Y.A. (1991). The epidemiology of antisocial behavior in childhood and adolescence. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), The development and treatment of childhood aggression (S. 31-54). Hillsdale: Lawrence Earlbaum.

Ollmann, R. (1995). Fachkompetenz und Beurteilungsspielraum. ZfJ, 2, 49.

Opp, G. et al. (Hrsg.) (1999). Was Kinder stärkt – Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Reinhardt.

Pantucek, P. (2005). Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. Wien: Fachhochschule St. Pölten.

Pantucek, P. (2005). Von Hubschraubern und Dschungelpfaden. Diagnostische Verfahren für die Praxis der Sozialen Arbeit. Sozialmagazin, 30 (7-8), 14-20.

Patterson, G. R., Reid, J. B. & Dishion, T. J. (1992). Antisocial boys. Eugene: Castalia.

Permien, H. (2004). Für Mädchen anders als für Jungen? Indikationen für freiheitsentziehende Maßnahmen. Sozial Extra, 10, 26-28.

Permien, H. (2005). Wie willkürlich ist die „Herstellung von Fällen für freiheitsentziehende Maßnahmen"? Forum Erziehungshilfen, 11 (4), 206-210.

Peterander, F. (2003). Multivariate Diagnostik in der Frühförderung. Kindheit und Entwicklung, 12 (1), 24-34.

Petermann, F. & Petermann, U. (1994). Training mit aggressiven Kindern (7. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.

Petermann, U. & Hermann, B. (1999). Entwicklung externalisierender Verhaltensstörungen. Ein biopsychosoziales Modell. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 47, 1-34.

Pfluger-Jakob, M. (1994). Wie unser Kind sich gut entwickelt. Freiburg: Herder.

Piaget, J. & Inhälder, B. (1998). Die Psychologie des Kindes. München: Klett-Cotta, dtv.

Pies, S. & Schrapper, C. (2003). Fachlichkeit im Hilfeplanprozess. Fachliche Standards und Qualitätsentwicklung als Element professioneller Identität. Forum Jugendhilfe, 1, 51-62.

Pohl, P. (2003). Entwicklungsdiagnostik in Kindertageseinrichtungen. Unsere Jugend, 55 (9), 402-405.

Possehl, K. (2004). Struktur und Logik professioneller diagnostischer Informationsarbeit in der Sozialen Arbeit. Theoretische Vorklärungen. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 35 (3), 29-67.

Preis, M. (1991). Das Klagelied als professionelle Disziplin. Sozial Extra, 1, 6-7.

Projahn, U. (2003). Die psychologisch-pädagogische Diagnostik im Rahmen des Jugendstrafverfahrens. Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe, 14 (4), 350-353.

Quay, H. C. & Hogan, A. E. (1999). Handbook of disruptive behavior disorders. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Rese, S. (2004). JuMBo – das Hilfeplanverfahren für Hilfen zur Erziehung im Amt für Soziale Arbeit in Wiesbaden. In H. Henes & W. Trede (Hrsg.), Dokumentation pädagogischer Arbeit. Frankfurt am Main: IGfH.

Roth, G. (1994). Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Frankfurt: Suhrkamp.

Rothärmel, S. (1999). Die Einwilligungsfähigkeit – janusköpfiges Institut. In J. M. Fegert, F. Häßler & S. Rothärmel (Hrsg.), Atypische Neuroleptika in der Jugendpsychiatrie (S. 31-46). Stuttgart: Schattauer.

Ruscio J. (1998). Information Integration in Child Welfare Cases: An Introduction to Statistical Decision Making. Child Maltreatment, 3, 143-156.

Rüth, U. (2001). Das jugendpsychiatrische Gutachten zur geschlossenen Unterbringung Minderjähriger in der Psychiatrie und in der Jugendhilfe – Statusermittlung versus Prozessdiagnostik. Zentralblatt für Jugendrecht, 88 (10), 372-379.

Rutter M. (1990). Psychosocial adversity and child psychopathology. The British Journal of Psychiatry, 174, 480-493.

Salgo, L. (1995). Vom Umgang in der Justiz mit Minderjährigen. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand.

Salomon, A. (1921). Leitfaden der Wohlfahrtspflege. Leipzig: Teubner.

Salomon, A. (1926). Soziale Diagnose. Berlin: Heymann.

Sartorius, W. (1997). „Die Wormser Prozesse“ – Plädoyer für eine kritische Aufarbeitung. Kinderschutzarbeit, 4, 4-6.

Sauter, R. (1998). Die Jugendhilfe ist zu teuer! Ist die Jugendhilfe zu teuer? BLJA MittBl. 6, 1-9.

Sauter, R. (2007). Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. München: Bayerisches Landesjugendamt.

Schefold, G. &, Neuberger, T. (1998). Hilfeplanverfahren und Elternbeteiligung – Evaluationsstudie eines Modellprojektes über Hilfeerfahrungen von Eltern im Rahmen des KJHG. Frankfurt am Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge.

Schellberg, K. (1998). Qualifikationsanforderungen an Sozialarbeiter und Sozialpädagogen. Sozialmagazin, 2, 25-30.

Scheuerer-Englisch, H., Suess, G. J., Pfeifer, W.-K. P. (2003). Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. Gießen: Psychosozial.

Schlack, H. G. (1994). Praktische Entwicklungsneurologie. München: Marseille-Verlag.

Schmid, H. (2004). Die Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII. Frankfurt am Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge.

Schmidt, M. H. (1990). Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik. Empirisches und hermeneutisches Vorgehen bei klinischen und wissenschaftlichen Fragen. In U. Gintzel & R. Schone (Hrsg.), Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Münster: Votum.

Schmidt, M. H. (2001). Diagnostik in der Erziehungshilfe. Pädagogischer Rundbrief, 7/8/9, 2-10.

Schmidt-Aßmann, E. (1997). Die Kontrolldichte der Verwaltungsgerichte: Verfassungsgerichtliche Vorgaben und Perspektiven. DVBl, 101, 281.

Schone, R. (2001). Formelle und informelle Verfahren zur Sicherung des Kindeswohls zwischen Jugendhilfe und Justiz. In Bayerisches Landesjugendamt (Hrsg.), Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. München: Bayerisches Landesjugendamt.

Schone, R., Gintzel, U., Jordan, E., Kalscheuer, M. & Münder, J. (1997). Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. Münster: Juventa.

Schrapper, C., Pies, S. (2003). Fachlichkeit im Hilfeplanprozess – Fachliche Standards und Qualitätsentwicklung als Element professioneller Identität. Forum Jugendhilfe, 6 (1), 51-62.

Schrapper, C. (2002). Fallverstehen und Deutungsprozesse in der sozialpädagogischen Praxis (S. 9-19). Köln: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V.

Schumak, R. (2003). Diagnostische Verfahren in der Arbeitsmarktpolitik: Profiling im aktivierenden Staat. Widersprüche, 23 (6), 61-72.

Schwarz, B. & Prange, K. (1997). Schlechte Lehrer/innen. Zu einem vernachlässigten Aspekt des Lehrerberufs. Weinheim: Beltz.

Schweinhart, L. L., Barnes, H. V. & Weikart, D. P. (1993). Significant benefits: The High/Scope Perry Preschool Study through age 27. Ypsilanti: High/Scope Press.

Sekretich, W. J. & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training of modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. Behavior Therapy, 27, 171-186.

Selge, H. & Mika, C. (2005). Eingangsdiagnostik konkret: gezielt beobachten – angemessen fördern. Grundschule, 37 (1), 28-33.

Shure, M. B. (1992). I can problem solve. An interpersonal cognitive problem-solving program (Kindergarten & Primary grades). Champaign: Research Press.

Squadrito E., Neuenfeldt D. & Fluke J. (1995). Findings of Rhode Island's two-year research and development efforts. In T. Tatara (Ed.), Eighth National Roundtable on CPS Risk Assessment. Summary of Highlights (S. 173-193). Washinton: APWA.

Starr R., DePanfilis D. & Hyde M. M (1994). Current Issues in Risk Assessment. In T. Tatara (Ed.), Seventh National Roundtable on CPS Risk Assessment. Summary of Highlights (S. 185-198). Washinton: APWA.

Starr, R. (1993). Cognitive Factors Underlying Worker Decision Bias. In T. Tatara (Ed.), Sixth National Roundtable on CPS Risk Assessment. Summary of Highlights (S. 195-212). Washinton: APWA.

Stern, D. (1992). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.

Suess, G. & Fegert, J. (1999). Das Wohl des Kindes in der Beratung aus entwicklungspsychologischer Sicht. Familie, Partnerschaft, Recht, 3, 157-164.

Tauche, A. (1996). Sozialarbeiter/innen vor Gericht. Sozialarbeit zwischen Dienstleistung und Fürsorglichkeit. Neue Praxis, 4, 360-365.

Textor, M. (1994). Allgemeiner Sozialdienst – Ein Handbuch für soziale Berufe. Weinheim: Beltz.

Thiesmeier, M. (1996). Kollegiale Beratung als strukturierte Reflexionsmethode. In Landschaftsverband Westfalen-Lippe/Landesjugendamt (Hrsg.), Hilfeplanverfahren gemäß §36 KJHG – Materialien, Formulare und Aufsätze zu einer angemessenen Gestaltung des Hilfeplanverfahrens (S. 81-95). Münster: Landesjugendamt Westfalen-Lippe.

Thimm, K. (1994). Methodische Hilfen zum sozialpädagogischen Verstehen Jugendlicher in Heim und WG. Kennenlernen – Fallgespräch – Entwicklungskompaß – Betreuungsplanung (1. u. 2. Teil). Unsere Jugend, 46 (1), 5-21 und Unsere Jugend, 46 (2), 62-71.

Thimm, K. (2003). Sozialpädagogische Fallarbeit zwischen Diagnostik und Fallverstehen am Beispiel der Hilfen zur Erziehung. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 34 (4), 72-88.

Thimm, K. (2004). Fallverstehen in den Hilfen zur Erziehung. Unsere Jugend, 54 (10), 410-417.

Tremblay, R. E. & Craig, W. M. (1995). Developmental crime prevention. In M. Tonry & D. P. Farrington (Eds.), Building a safer society: Strategic approaches to crime prevention. Vol. 19 (S. 151-236). Chicago: The University of Chicago Press.

Tremblay, R. E., LeMarquand & Vitario, F. (1999). The prevention of oppositional defiant disorder and conduct disorder. In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), Handbook of disruptive behavior disorders (S. 525-555). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Uhlendorff, U. & Cinkl, S. (2003). Ein Erfahrungsbericht Sozialpädagogik, Professionalität und Diagnostik. Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe – ZJJ, 4, 343.

Urban, U. (2001). Individuelle Hilfeplanung im strukturellen Widerspruch Sozialer Arbeit. Neue Praxis, 31 (4), 388-400.

Vogelskamp, A. (2005). Der Ressourcencheck in der Praxis. Sozialmagazin, 30 (3), 40-43.

Wagner D., Hull S. & Luttrell J. (1996). Structured Decision Making in Michigan. In: T. Tatara (Ed.), Ninth National Roundtable on CPS Risk Assessment. Summary of Highlights (S. 165-192). Washinton: APWA.

Wahler, R. G. & Dumas, J. E. (1984). Changing the observational coding style of insular and noninsular mothers. A step toward maintenance of parent training effects. In R. F. Dangel & R. A. Polster (Eds.), Parent training (S. 379-416). New York: Guilford Press.

Warnke, A. & Heid, W. (1993). Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Rahmen des KJHG aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Mitgliederrundbrief III, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Deutschland (S. 25-36). Aachen.

Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 93-109.

Webster-Stratton, C. & Herbert M. (1994). Troubled families – problem children. Chichester: Wiley.

Werning, R. & Willenbring, M. (2005). Dialogische Diagnostik für den pädagogischen Alltag. Lernchancen, 43 (8), 4-8.

Willenbring, M. (2004). Ressourcen- und kompetenzorientierte Diagnostik aus systemischer Sicht. Lernende Schule, 7 (26), 10-15.

Wood, J. M. (1997). Risk Predictors for Re-Abuse or Re-Neglect in a Predominantly Hispanic Population. Child Abuse & Neglect, 21, 379-389.

World Psychiatric Association [WPA] (1996). Geneva Inititative. Human Rights and Professional Responsibilities of Physician in Documents of International Organisations. Amsterdam, Kiev: World Psychiatric Association.

Wright, M. T. (2005). Warum es keine standardisierte Soziale Diagnose geben kann. Sozialmagazin, 30, 7-8.

Wustmann, C. (2004). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim: Beltz.

Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. In Psychological Bulletin, 115, 28-54.

Ziegler, H. (2003). Diagnose, Macht, Wissen und „What Works?“ Die Kunst, dermaßen zu regieren. Widersprüche, 23 (6), 101-116.

Zimmermann-Freitag, M. (2003). Zur Praxis einer Psychologisch-Hermeneutischen-Diagnostik. Jugendhilfe, 41 (5), 236-245.

Anlagen

A Aufstellung der beteiligten Jugendämter

Im Folgenden werden die einzelnen elf beteiligten Jugendämter dargestellt. Die Darstellung ist unterteilt in:

1. Personelle Beteiligung
2. Fallverteilung
3. Hilfeplanverfahren mit Stand vom Juli 2003 vor Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen (unterstrichen ist jeweils der geplante Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen)
4. Inhalte des Hilfeplans
5. Veränderungen des Hilfeplanverfahrens seit Beginn des Projekts
6. Projektverlauf im Allgemeinen Sozialdienst (ASD)

A.1 Allgemeiner Sozialdienst I

Der Allgemeine Sozialdienst I nahm am Projekt EST! von Sommer 2004 bis März 2005 mit jeweils zwei Bezirkssozialarbeitern und jeweils zwei Fällen pro Mitarbeiter an der Experimental- und Kontrollgruppe teil.
Eine Mitarbeiterin des Allgemeinen Sozialdienstes (ASD) war bei der Entwicklung der sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen dabei.
Die am Projekt beteiligten Mitarbeiter nahmen an den Einführungsschulungen im Frühjahr 2004 teil.
Bedauerlicherweise sah sich der Allgemeine Sozialdienst I im März 2005 nicht mehr in der Lage, die Beteiligung am Projekt aufrechtzuerhalten. Der Allgemeine Sozialdienst schied danach aufgrund von personellen Engpässen aus dem Projekt aus.

A.2 Allgemeiner Sozialdienst II

A.2.1 Personelle Beteiligung

Der im Jugendamt angesiedelte Allgemeine Sozialdienst II nahm mit acht Mitarbeitern – davon jeweils vier in der Experimental- und in der Kontrollgruppe – am Projekt EST! teil. Aufgrund der Kooperation des ASD mit dem Pflegekinderdienst wurde auch eine Aufnahme von Fällen nach § 33 SGB VIII ermöglicht.

Im Allgemeinen Sozialdienst II ergaben sich als einzigem Allgemeinen Sozialdienst in der Region Süd über die fast drei Jahre andauernde Zusammenarbeit hinweg keinerlei personelle Veränderungen bei den Projektbeteiligten. Allerdings befand sich das Jugendamt in einem Organisationsentwicklungsprozess, der auch Umstrukturierungen mit sich brachte. Dieser Prozess hatte aber keine Auswirkungen auf die Durchführung des Projekts EST!.

Während der gesamten Laufzeit von EST! gab es durchgehend einen Ansprechpartner für das Projekt, den Gruppenleiter des Allgemeinen Sozialdienstes.

A.2.2 Fallverteilung

Experimentalgruppe

Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiterin 1 *1)	4	3	2 - § 31 1 - § 34
Mitarbeiter 2	2	2	2 - § 34
Mitarbeiterin 3	2	2	1 - § 33 1 - § 34
Mitarbeiterin 4	4	4	4 - § 34
Fallanzahl gesamt	12	11	2 - § 31 1 - § 33 8 - § 34

*1) Aufgrund von EDV-technischen Problemen bei der Installation des EST!-Programms im Allgemeinen Sozialdienst entfiel nach einem Datenverlust ein Fall der Mitarbeiterin.

Kontrollgruppe

Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiterin 1	4	4	2 - § 30 1 - § 31 1 - § 34
Mitarbeiter 2	4	4	1 - § 30 3 - § 31
Mitarbeiterin 3	2	2	2 - § 31
Mitarbeiter 4 *1)	4	2	1 - § 30 1 - § 34
Fallanzahl gesamt	14	12	4 - § 30 6 - § 31 2 - § 34

*1) Bei zwei Fällen fand nach erfolgter sozialpädagogischer Diagnose kein Beginn der Hilfe statt, sodass diese Fälle aus der Evaluation herausfielen.

Anzahl der beteiligten Leistungserbringer, Experimental- und Kontrollgruppe gesamt: 16

A.2.3 Hilfeplanverfahren, Stand: Juli 2003

Im Allgemeinen Sozialdienst II liegt für nachfolgende Maßnahmen nach § 27 SGB VIII ein dokumentiertes Hilfeplanverfahren vor.

§ 30 SGB VIII: Erziehungsbeistandschaft

1. Initiierung:
   - Antragstellung beim Jugendamt
   - Stellungnahme des Jugendamts an Wirtschaftliche Jugendhilfe (gilt i.d.R. als erster Hilfeplan) (Grundlage Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen)
   - Kleine Erziehungskonferenz mit Entscheidung über Maßnahmeart, Wochenstundenanzahl, zunächst für einen Dreimonatszeitraum als Kontingentvorgabe
   - Protokoll durch Wirtschaftliche Jugendhilfe

2. Suche nach Erziehungsbeistandschaft

3. Vorstellungsgespräch

4. Maßnahmeetablierung

5. Hilfeplanfortschreibung:

5.1 Erste Hilfeplanfortschreibung rechtzeitig vor Ablauf der Dreimonatsfrist. Kurzbericht der Erziehungsbeistandschaft sowie Kurzstellungnahme des Jugendamts gehen an die Wirtschaftliche Jugendhilfe. Nach Entscheidung durch „Kleine Erziehungskonferenz“ erfolgt Kostenübernahmeerklärung durch Wirtschaftliche Jugendhilfe.

5.2 Weitere Hilfeplanfortschreibungen erfolgen bedarfsorientiert, spätestens rechtzeitig vor Ablauf der gewährten Halbjahresfrist. Der von der Erziehungsbeistandschaft erstellte und durch das Jugendamt evtl. ergänzte Entwicklungsbericht ist Grundlage für das Hilfeplangespräch, welches durch das Jugendamt dokumentiert und an die Wirtschaftliche Jugendhilfe weitergeleitet wird. Nach Entscheidung durch die „Kleine Erziehungskonferenz“ erfolgt Kostenübernahmeerklärung durch die Wirtschaftliche Jugendhilfe.

6. Abrechnung und Dokumentation

7. Beendigung der Maßnahme, wenn die Ziele erreicht sind und eine positive Weiterentwicklung im Rahmen der Maßnahme nicht mehr zu erwarten ist bzw. wenn sich die Erziehungsbeistandschaft als ungeeignete oder nicht mehr ausreichende Hilfeform erweist. Zur Beendigung der Maßnahme erfolgt i.d.R. ein gemeinsames Hilfeplangespräch und ein Abschlussbericht über Verlauf und Zielerreichung wird durch die Erziehungsbeistandschaft erstellt.

§ 31 SGB VIII: Sozialpädagogische Familienhilfe

1. Vorverfahren:

Jugendamt stellt die Notwendigkeit und Geeignetheit der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) gem. § 27 SGB VIII fest (Grundlage Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen).

Jugendamt holt Antrag ein, erstellt den Standard-Aufnahmebogen mit der Familie und ergänzt diesen mit dem zugehörigen Anlagebogen.

Jugendamt leitet Antrag und Aufnahmebogen an die Sozialdienstleitung weiter und stimmt Maßnahme im Sinne einer Erziehungskonferenz mit dieser ab. Pauschal finanzierte SPFH hat dabei Vorrang vor Einzelfinanzierung. Bei Einzelfinanzierung muss vor der Weitergabe des Aufnahmebogens an einen Träger die Abstimmung mit der Wirtschaftlichen Jugendhilfe gesucht werden (Kleine Erziehungskonferenz). Bei Pauschalfinanzierung wird der Aufnahmebogen an den jeweiligen regionalen Ansprechpartner für die Erziehungsbeistandschaften gesandt. Von der Regionalisierung kann in bestimmten Fällen abgesehen werden.

2. Übernahmeverfahren und Maßnahmeetablierung

SPFH prüft eine Fallübernahme innerhalb eines Monats, wobei eine planbare Übernahmemöglichkeit in einem Zeitraum von bis zu drei Monaten Richtmaß ist. Ist kein Träger in der Lage, einen Fall innerhalb der Dreimonatsfrist zu übernehmen, erfolgt baldmöglichste Rückgabe an das Jugendamt. Das Erstgespräch zur Etablierung der SPFH wird vom Jugendamt organisiert. Als Gesprächsgrundlage dienen die Angaben im Aufnahmebogen. Wesentliche Veränderungen hinsichtlich der Ziele werden vom Jugendamt protokolliert und der Sozialdienstleitung und ggf. der Wirtschaftlichen Jugendhilfe mitgeteilt. Die Entscheidung erfolgt bei Pauschalfinanzierung durch das Jugendamt, bei Einzelfinanzierung durch die Wirtschaftliche Jugendhilfe.

3. Dokumentation der Maßnahme

4. Hilfeplanverfahren

4.1 Die erste Hilfeplanfortschreibung findet nach drei Monaten statt. Bericht der SPFH und Aufnahmebogen des Jugendamts sind Grundlage des Hilfeplangesprächs. Das Jugendamt ergänzt die Unterlagen aus dem Gesprächsergebnis und holt die Unterschriften der Beteiligten ein.

4.2 Weitere Hilfeplanfortschreibung: SPFH gibt nach weiteren sechs Monaten Verlaufsbericht und Dokumentation an das Jugendamt. Das Jugendamt veranlasst nach weiteren drei Monaten ein Hilfeplangespräch, ergänzt den SPFH-Bericht, holt Unterschriften der Beteiligten ein und leitet Bericht und Ergänzung bei Einzelfinanzierung an die Wirtschaftliche Jugendhilfe weiter. Dieses Prozedere wiederholt sich im Drei- bzw. Sechsmonatsschritt, wobei spätestens dann eine Maßnahmebeendigung zu thematisieren ist (Regeldauer bis zu zwei Jahren). Grundsätzlich stehen SPFH und das Jugendamt kontinuierlich in Kontakt und bei Bedarf können kürzere Hilfeplanintervalle und weitere Gespräche vereinbart werden.

5. Beendigung der Maßnahme

Zur Beendigung einer Maßnahme reicht SPFH einen zusammenfassenden Bericht und restliche Dokumentationen ein. Ein gemeinsames Abschlussgespräch in der Familie ist anzustreben.

<u>§ 32 SGB VIII:</u> Sozialpädagogische Tagesgruppen

1. Bei Neuanträgen:

Falls der Erstkontakt der Eltern mit der Heilpädagogischen Tagesstätte (HPT) stattgefunden hat, erteilt diese allgemeine Informationen, gibt Auskunft über Antragsverfahren und benötigte Unterlagen und verweist die Eltern an das Jugendamt.

Falls der Erstkontakt der Eltern mit dem Jugendamt stattgefunden hat, sondiert dieses (soweit möglich) vorab, ob HPT eine geeignete oder erforderliche Hilfe ist (<u>Grundlage Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen</u>), informiert ggf. über Antragstellung und benötigte Unterlagen und verweist ggf. unter einem Genehmigungsvorbehalt an eine HPT zur allgemeinen Information.

Als Unterlagen werden benötigt: Antrag, Schulgutachten, ggf. kinderpsychiatrisches Gutachten, sonstige Gutachten und Förderplan.

2. Bei Wechsel von Frühförderung in Schule werden die Eltern von der HPT darüber unterrichtet, welche Unterlagen (Neuantrag an das Jugendamt, Entwicklungsbericht, kinderpsychiatrisches Gutachten) sie an das Jugendamt schicken müssen und bei Bedarf wird ein Hilfeplangespräch vereinbart. Es bedarf keiner Erziehungskonferenz.

3. Bei Weiterbewilligungen werden die Eltern darüber unterrichtet, welche Unterlagen (Weiterbewilligungsantrag, Entwicklungsbericht, erneutes jugendpsychiatrisches Gutachten nach zwei Vollschuljahren) sie an das Jugendamt schicken müssen. Ein Hilfeplangespräch

findet jährlich nach zwei Vollschuljahren statt, kann aber bereits früher vereinbart werden. Eine Erziehungskonferenz ist nicht erforderlich.

§ 34 SGB VIII: Heimunterbringung; **§ 35 SGB VIII** Intensive Einzelbetreuung

1. Vorprüfungsverfahren

Feststellung des Anlasses: Von welcher Seite kommen Bedürfnis und Notwendigkeit zu dieser Hilfeform?

Beratung der Zielgruppen erfolgt gemäß §§ 36ff. SGB VIII.

Bei der Prüfung, ob Heimunterbringung die richtige Hilfe nach § 27 SGB VIII ist, sind – sofern die Maßnahme keiner laufenden Betreuung entspringt – mehrere Gesprächskontakte mit Jugendlichen, Eltern und anderen wichtigen Bezugspersonen sowie Kontaktaufnahmen mit beurteilungskompetenten Stellen erforderlich. Im diagnostischen Verfahren sollten bereits Geeignetheit und Möglichkeit anderer erzieherischer Hilfen ausgeschlossen werden (Grundlage Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen). Hierzu dienen auch kollegiale Beratung und Abstimmung mit der Sozialdienstleitung.

Finanzielle Fragen werden von der Wirtschaftlichen Jugendhilfe beantwortet.

2. Vorbereitung der Unterbringung

2.1 Antragstellung

- Besprechung mit Kind/Jugendlichem und Sorgeberechtigten
- Aushändigung der Antragsunterlagen (Formblätter)
- Nachweiseinholung über Mitbeteiligung gem. § 36 SGB VIII
- Klärung der Sorgerechtssituation von Freiwilligkeit oder von Maßnahmen nach § 1666 BGB
- Einholung von Unterlagen für Hilfeplanerstellung (Zeugnisse, Gutachten, Atteste)

2.2 Erstellung des Hilfeplans/Personalbogens (Vordrucke)

- Niederlegung von Personalien und Formalien
- Erstellung einer psychosozialen Diagnose (Darstellung von Entwicklung, Lebenssituation, Problemlagen und persönlichen Ressourcen) (Grundlage Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen).
- Einschätzung der Maßnahme durch den Betroffenen, die Personensorgeberechtigten und sonstige Fachstellen
- Diskussion und Begründung der Heimunterbringung als richtige und abdingbare Maßnahme gemäß § 27ff. SGB VIII
- Vorschlag einer Heimart, ggf. einer konkreten Einrichtung nach Abgleich von Alternativen und Kosten

2.3 Erziehungskonferenz

- Die Organisation erfolgt durch die/den fallbearbeitenden Sozialpädagogen (SP) über den Leiter der Wirtschaftlichen Jugendhilfe und ggf. Sekretariat der Abteilungsleitung
- Teilnehmer: SP, Leiter des Sozialen Dienstes, Sachbearbeiter und Leiter der Wirtschaftlichen Jugendhilfe, ggf. Amtsvormund/Amtspfleger; bei therapeutischen Maßnahmen und Projekten auch Abteilungsleitung
- Hilfeplan mit Gutachten, Fachstellungnahmen u.a. sollen rechtzeitig vor dem Besprechungstermin den Beteiligten vorliegen (Original an Wirtschaftliche Jugendhilfe). Bei besonderer Dringlichkeit (Inobhutnahmen etc.) oder zur allgemeinen Abklärung einer Unterbringungsmöglichkeit genügt der umfassende Vortrag mit Unterlagen – soweit vorhanden. Grundsätzlich müssen bis zum Unterbringungstermin alle benötigten Unterlagen an die Wirtschaftliche Jugendhilfe nachgereicht sein

- Die Erziehungskonferenz legt Art der Maßnahme bzw. die Heimart unter Abwägung von erforderlicher Qualität und Tagessatzhöhe (Preis-Leistungs-Verhältnis) fest und benennt i.d.R. drei konkrete Einrichtungen
- Allgemeine Voranfragen über die Belegungssituation können von dem Sozialpädagogen bei in Frage kommenden Heimen und Kenntnis der Kostenrelation mit vergleichbaren Einrichtungen vorgenommen werden
- Die Konkretisierung (Benennung eines Heimes oder gar eine Vorbesichtigung mit den betroffenen Kindern/Jugendlichen und Eltern) ist erst nach der Entscheidung der Erziehungskonferenz vorzunehmen
- Die Wirtschaftliche Jugendhilfe fertigt zeitnah das Protokoll der Erziehungskonferenz an und leitet es den Beteiligten im Amt zu. Der Sozialpädagoge kann jedoch schon aufgrund des mündlichen Ergebnisses die weiteren Schritte veranlassen
- Ablehnungsbescheide und -verfahren werden von der Wirtschaftlichen Jugendhilfe bearbeitet

3. Durchführung der Unterbringung

3.1 Erstkontakt

Der Erstkontakt erfolgt i.d.R. durch Telefonate mit Falldarstellung mit den in der Erziehungskonferenz benannten Institutionen.

Unterbringungsrelevante Unterlagen werden an die Einrichtungen übermittelt.

Sollte eine Aufnahme dort nicht möglich sein, sind weitere Schritte mit Sozialdienstleitung und der Wirtschaftlichen Jugendhilfe abzustimmen. Kosten für Probewohnen sind von der Wirtschaftlichen Jugendhilfe zu genehmigen.

3.2 Vorstellungsgespräch und Unterbringung

Das Vorstellungsgespräch wird vom Sozialpädagogen organisiert.

Es dient zum gegenseitigen Kennenlernen und zur Abklärung der Aufnahmemöglichkeit und -bereitschaft und findet i.d.R. in der Einrichtung unter Beteiligung von Kind/Jugendlichem/Elternteil, Vormund/Pfleger, Sozialpädagogen statt.

Probewohnen und Aufnahme werden i.d.R. zwischen Kind/Jugendlichen, Eltern und Einrichtung abgestimmt.

4. Hilfeplanung

Das eigentliche Handlungskonzept wird im Zusammenwirken mit Kind/Jugendlichem, Eltern, Jugendamt, Heim nach ca. drei Monaten erstellt.

Im Krisenfall sind notwendige Gespräche aktuell zu vereinbaren. Erfüllen sie die Kriterien der routinemäßigen Hilfeplanfortschreibung (umfassende Situationsanalyse und Perspektivefestlegung unter Beteiligung der erforderlichen Personen und entsprechender schriftlicher Aufbereitung), verschiebt sich der Termin zur nächsten Überprüfung entsprechend.

Bei normalem Verlauf erfolgt laufender (telefonischer) Kontakt zwischen Eltern, Einrichtung und Jugendamt bei kleinen Änderungen oder Problemen.

5. Hilfeplanfortschreibung

Die Hilfeplanfortschreibung als gemeinsames Treffen von Kind/Jugendlichem, Eltern, Heimpersonal, Jugendamt und Sonstigen erfolgt mindestens einmal jährlich.

Die Hilfeplanung soll durch Überprüfung der beschriebenen Ziele und der Entwicklung feststellen, ob die Maßnahme noch notwendig und geeignet ist, offene oder neue Zielsetzungen konkret benennen, diese mit der nötigen Maßnahmedauer abstimmen, in möglichst verbindlicher Form Leistungen und Erwartungen von und an die Beteiligten festlegen.

Die Festlegung des Hauptziels (Rückkehr oder Verselbständigung) ist wichtig, um die Unterziele in entsprechenden Zeitbezug zu setzen (Marginalsituationen: Schulende/Lehre sind besonders zu berücksichtigen).

Je älter ein Kind/Jugendlicher wird, umso mehr Verantwortung und Mitwirkungsbereitschaft ist ihm zuzumessen. Aufgrund des jugendhilfespezifischen Ansatzes der Unterstützung von Entwicklung ist es wichtig, dass Fortschritte erzielt, benennbar und nachvollziehbar werden. Demzufolge ist Wert darauf zu legen, dass der Betreuungsrahmen kontinuierlich geweitet und Selbstständigkeit in steigendem Maß gefordert wird.

Der Sozialpädagoge wirkt darauf hin, dass zur qualifizierten Vorbereitung auf das Hilfeplangespräch rechtzeitig ein aussagekräftiger, zielorientierter Entwicklungsbericht von der Einrichtung übermittelt wird. Dieser sollte – da Gesprächsgrundlage – auch Jugendlichen und Eltern vorliegen.

Eine Abstimmung mit der Wirtschaftlichen Jugendhilfe empfiehlt sich, da mögliche finanzielle Streitigkeiten die Dynamik des Hilfeplangesprächs erheblich beeinflussen können.

Bei Organisation und Moderation des Hilfeplangesprächs ist der Sozialpädagoge federführend. Der Sozialpädagoge weist darauf hin, dass Bericht und Protokoll auch den Mitarbeitern der Wirtschaftlichen Jugendhilfe zugehen.

Ergänzend zum Bericht protokolliert der Sozialpädagoge im Hilfeplangespräch neue oder abweichende Entwicklungen, Erkenntnisse, Ziele und Leistungsverpflichtungen. Dieses wird von den Beteiligten unterschrieben und ihnen ausgehändigt.

Das Original von Protokoll und Entwicklungsbericht wird der Wirtschaftlichen Jugendhilfe übermittelt, eine Kopie geht zur Aufnahme in die Heimdatei.

Halbjährlich wird vom Jugendamt ein Entwicklungsbericht angefordert, der auch in standardisierter Kurzform erstellt werden kann. Der Sozialpädagoge wertet diesen dann aus und vereinbart bei Bedarf ein Hilfeplangespräch.

Insbesondere bei Projekten, Therapeutischer Unterbringung oder besonders kostenintensiven Maßnahmen sowie bei Unterbringung in Gastfamilien ist die Hilfeplanung im o.g. Rahmen halbjährlich durchzuführen. Es wird angestrebt, dass diese Treffen vor Ort und im Landratsamt stattfinden.

6. Verlegung

Heimverlegungen erfordern bei Erhöhung des Tagessatzes von mehr als 5 Euro die Zustimmung der Wirtschaftlichen Jugendhilfe. Ansonsten sind sie mit der Sozialdienstleitung abzustimmen.

7. Beendigung

7.1 planmäßig nach Hilfeplangesprächen.

7.2 durch Abbruch: Klärungsversuche der Hintergründe des Abbruchs, möglichst in Form eines gemeinsamen Abschlussgesprächs.

Nachbetreuung: Prüfung und Angebot anderer erzieherischer Hilfen sind frühzeitig vorzunehmen.

Abmeldung aus dem Heim erfolgt durch Sozialpädagogen.

Die Erstellung des Einstellungsbescheids erfolgt durch die Wirtschaftliche Jugendhilfe.

A.2.4 Inhalte des Hilfeplans

Der Hilfeplan des Allgemeinen Sozialdienstes II enthält folgende Bausteine:

Erstantrag (Antrag auf Gewährung von Jugendhilfe)

- allgemeine Daten zum Hilfeempfänger und den Eltern sowie weiteren Personen
- (vor-)schulischer und beruflicher Werdegang
- bisherige Hilfen
- Situationsbeschreibung, Sozialpädagogische Diagnose
- Anlass
- Anamnestische Falldaten (Familiengeschichte, Besonderheiten im bisherigen Entwicklungsverlauf des Hilfeempfängers)
- Aktuelle Falldaten:
- aktuelle Situation des Hilfeempfängers: Problembeschreibung und Ressourcenüberprüfung
- aktuelle Familiensituation: Problembeschreibung und Ressourcenüberprüfung (Struktur, Sorgerechtsverhältnisse, Versorgungs-, Beziehungs-, Erziehungsaspekte, Verwandtschaft und familiäres Umfeld)
- Einschätzung des Hilfebedarfs durch Hilfeempfänger, durch Eltern/Personensorgeberechtigte, Kindergarten/Schule/Arbeit/sonstige Fachstellen
- ressourcenorientierte Begründung und Abgrenzung der Hilfeart durch die sozialpädagogische Fachkraft
- Zielplanung – Ziele der Maßnahme (Gliederung nach Förderbereichen; Mittlerzielebene mit Prioritätendefinition)
- Leistungsverantwortlichkeiten des Hilfeempfängers, der Eltern/der Personensorgeberechtigten, des Jugendamts, der Einrichtung und anderer
- Anlagen: Wirtschaftliche Verhältnisse, Erklärung der Beteiligten zur Mitwirkung am Entscheidungsprozess zur Hilfegewährung etc.

Hilfeplankonkretisierung (nach drei Monaten):

- wesentliche Veränderungen von Rahmenbedingungen
- gemeinsame Zielplanung: bereits erreichte Ziele/Erfolge, offene/neue Ziele
- Leistungsverantwortlichkeiten (Ergänzungen, Änderungen)
- zeitliche Perspektive zur Beendigung, Änderung der Betreuungsintensität oder zur Überleitung der Maßnahme in eine andere Hilfeform
- Termin zur nächsten Hilfeplanfortschreibung
- sonstige Mitteilungen und Vereinbarungen

Hilfeplanfortschreibung (halbjährlich):

- besondere Veränderungen der (familiären) Rahmenbedingungen
- Zielerreichung
- Zielplanung (offene/neue Ziele)
- Leistungsverantwortlichkeiten (Ergänzungen/Änderungen)
- sonstige Mitteilungen und Vereinbarungen
- zeitliche Perspektive zur Beendigung, Änderung der Betreuungsintensität oder zur Überleitung der Maßnahme in eine andere Hilfeform
- Termin zur nächsten Hilfeplanfortschreibung

A.2.5 Veränderungen im Hilfeplanverfahren seit Projektbeginn

Im Hilfeplanverfahren des Allgemeinen Sozialdienstes II gibt es vor allem beim § 34 SGB VIII Veränderungen. So erfuhren die Zielsetzungen seit 1. Januar 2007 eine Schärfung bzw. Konkretisierung und werden nun benennbarer und begrenzbarer formuliert. Eine Orientierung diesbezüglich fand am Bundesmodellprojekt zur Fortentwicklung des Hilfeplanverfahrens statt. Diese Veränderung hat auch einen Einfluss auf die Darstellung der Diagnostik und der Ressourcen.

Ab 1. Januar 2008 soll auch das Hilfeplanverfahren für ambulante Hilfen in Bezug auf die Zielorientierung verändert werden, allerdings nur in reduzierter Form. Auch wird der Auswertungsteil für diesen Bereich nicht so ausführlich sein wie beim § 34 SGB VIII. Bezüglich des § 33 SGB VIII soll im Allgemeinen Sozialdienst I in näherer Zukunft eine Fortentwicklung von Formularen für das Hilfeplanverfahren erfolgen; bisher gibt es formelle Vorgaben für die Pflegeeltern, die auch Berichte über den Hilfeverlauf schreiben.

Die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen fanden insofern Eingang in das Hilfeplanverfahren, als die Kurzfassung für den Allgemeinen Sozialdienst überarbeitet und gewichtet wurde. Die Mitarbeiter können diese Vorlage, die sich auch mit der Zielorientierung im Hilfeplanverfahren gut ergänzt, nach eigenem Ermessen verwenden.

Als generelles Problem wird angesehen, dass es zu Schwierigkeiten in der Kooperation mit der Wirtschaftlichen Jugendhilfe kommen kann, wenn die Ressourcen in den Stellungnahmen ein zu großes Gewicht haben.

Im Landratsamt wird in der Wirtschaftlichen Jugendhilfe und in der Abteilung Amtsvormundschaft mit dem Verfahren OK.JUG der Firma AKDB gearbeitet. Das ASD-Modul ist vorhanden, aber es ließ sich aufgrund der Komplexität, Praxisferne und Schwerfälligkeit des Systems im Allgemeinen Sozialdienst bisher nicht etablieren. Ein Modul für den § 8a SGB VIII, das von einem anderen Jugendamt erworben wurde, wird seit Herbst 2007 eingesetzt.

A.2.6 Projektverlauf im Allgemeinen Sozialdienst

Die Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialdienstes waren von Anfang an sehr motiviert, an dem Projekt EST! teilzunehmen. Mit der Einführungsschulung der Experimentalgruppe in Bernried im Mai 2004 wurde von den Mitarbeitern des Allgemeinen Sozialdienstes der Arbeitsaufwand realisiert. In Anbetracht des zu erwartenden zeitlichen Umfangs, der mit dem Ausfüllen der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen verbunden war, wurde die zunächst geplante Fallanzahl in Höhe von sechs Fällen pro Mitarbeiter reduziert. In einem Gespräch im Juli 2004, an dem Vertreter des Jugendamts, des ZBFS und des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe teilnahmen, wurden die in der oben aufgeführten Statistik genannten Fallzahlen festgelegt.

In den Monaten ab Juli 2004 kam es bei der Anwendung der Projektsoftware zu EDV-technischen Schwierigkeiten, die weitgehend im Zusammenhang mit der veralteten PC-Technik des Allgemeinen Sozialdienstes II standen. Nach einer PC-technischen Neuausstattung der Mitarbeiter im Herbst 2004 und der Installation einer durch das Institut für Kinder- und Jugendhilfe erneuerten Projektsoftware waren im Dezember 2004 die technischen Probleme behoben.

Nach der nicht einfachen ersten Projektphase wurden in einem Arbeitstreffen, an dem Vertreter des Allgemeinen Sozialdienstes I, des ZBFS und des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe im Dezember 2004 teilnahmen, die bis zu diesem Zeitpunkt aufgetretenen Rückmeldungen der Teilnehmer zu den Diagnose-Tabellen aufgenommen, die mit dem weiteren Projektverlauf verbundenen Arbeitsschritte dargelegt und die weitere Zusammenarbeit abgestimmt.

Trotz der anfänglichen EDV-technischen Schwierigkeiten muss hervorgehoben werden, dass die beteiligten Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialdienstes II konstant und konstruktiv das Projekt unterstützt haben. Insbesondere trug ein Mitarbeiter aus der Experimentalgruppe

dafür Sorge, dass alle EDV-technischen Fragen gelöst werden konnten und dass die Instrumente regelmäßig an das Institut für Kinder- und Jugendhilfe gesandt wurden.

A.3 Allgemeiner Sozialdienst III

A.3.1 Personelle Beteiligung

Der Allgemeine Sozialdienst III nahm mit vier Bezirkssozialarbeitern aus der Dienststelle I an der Experimentalgruppe und mit vier – zwischenzeitlich fünf – Bezirkssozialarbeitern aus der Dienststelle II an der Kontrollgruppe teil. Aufgrund der Kooperation des Allgemeinen Sozialdienstes mit dem Pflegekinderdienst wurde außerdem eine Aufnahme von Fällen nach § 33 SGB VIII ermöglicht.

Im Allgemeinen Sozialdienst III blieb die Besetzung in der Experimentalgruppe über die Projektlaufzeit hinweg konstant, während es in der Kontrollgruppe einige personelle Veränderungen gab. Zwei Mitarbeiterinnen gingen im Frühjahr 2005 in Mutterschutz, wobei eine von diesen erst im September 2004 zum Projekt dazugekommen war. Eine weitere Mitarbeiterin stieß im September 2005 nach ihrem Eintritt in das Landratsamt I zu EST!. Diese wurde im September 2005 im Landratsamt II in das Projekt eingearbeitet. Eine weitere Mitarbeiterin schied im Frühjahr 2006 aus dem Allgemeinen Sozialdienst aus.

Während der gesamten Laufzeit von EST! gab es durchgehend einen Ansprechpartner für das Projekt, die Leiterin des Allgemeinen Sozialdienstes, die auch an der Entwicklung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen mitgewirkt hatte.

A.3.2 Fallverteilung

Experimentalgruppe

1.1.1.1 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiterin 1	3	3	1 - § 31 1 - § 32 1 - § 33
Mitarbeiterin 2	3	3	1 - § 30 1 - § 31 1 - § 34
Mitarbeiterin 3	2	2	1 - § 31 1 - § 32
Mitarbeiter 4 *1)	6	1	1 - § 30
Fallanzahl gesamt	14	9	2 - § 30 3 - § 31 2 - § 32 1 - § 33 1 - § 34

*1) Nach interner Absprache des Mitarbeiters mit seiner Gruppenleitung reduzierte der Mitarbeiter seine ursprünglich vorgesehene Sollzahl von sechs auf vier Fälle. Bei zwei Fällen fand nach erfolgter sozialpädagogischer Diagnose kein Beginn der Hilfe statt, sodass diese Fälle aus der Evaluation herausfielen. Ein Fall fehlte bis zum Ende der Fallaufnahmefrist.

Kontrollgruppe

1.1.1.2 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiterin 1 *1)	6	3	2 - § 31 1 - § 34
Mitarbeiterin 2 *2)	3	4	2 - § 31 1 - § 34 1 - § 35a
Mitarbeiterin 3	3	3	1 - § 31 2 - § 35
Mitarbeiterin 4 *3)	6	4	3 - § 31 1 - § 33
Fallanzahl gesamt	18	14	8 - § 31 1 - § 33 2 - § 34 2 - § 35 1 - § 35a

*1) Die Mitarbeiterin fing im September 2005 beim Allgemeinen Sozialdienst des Landratsamts I an und übernahm drei Projektfälle von zwei Mitarbeiterinnen, die im Frühjahr 2005 in Mutterschutz gegangen waren. Zwei der ursprünglich für die beiden Mitarbeiterinnen geplanten Fälle wurden aufgrund einer späteren projektinternen Entscheidung aus der Evaluation herausgenommen (§ 35a SGB VIII) und ein Fall fehlte bis zum Ende der Fallaufnahmefrist.

*2) Die Mitarbeiterin erhöhte ihre Fallzahl auf Nachfrage des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe im Frühjahr 2005 von drei auf vier Fälle.

*3) Bis zum Ende der Frist für eine Fallaufnahme hatte die Mitarbeiterin fünf Fälle.
Bei einem Fall fand nach erfolgter sozialpädagogischer Diagnose kein Beginn der Hilfe statt, sodass dieser Fall aus der Evaluation herausfiel.

Anzahl der beteiligten Leistungserbringer, Experimental- und Kontrollgruppe gesamt: 10

A.3.3 Hilfeplanverfahren, Stand Juli 2003

Zur Strukturierung des Hilfeplanverfahrens im Allgemeinen Sozialdienst III wird die Verwendung der folgenden Dokumente für verbindlich erklärt: Hilfeantrag, Darstellung des Hilfebedarfs, Protokoll über die Teamentscheidung, Hilfeplan, Fortschreibung des Hilfeplans, Abschlussbericht/Evaluierung. Der Hilfeprozess ist in einem Ablaufschema dargestellt.

Grundsätzlich gibt es im Hilfeplanverfahren im Allgemeinen Sozialdienst III zwei Hilfezyklen, die aufeinander aufbauen.

Zum ersten Hilfezyklus gehören die Bedarfsfeststellung und der Vorschlag geeigneter Hilfen durch die Fachkraft des Sozialdienstes. Die fallführende Fachkraft des Sozialdienstes bereitet unter Beachtung der Mitwirkungsrechte der Hilfeempfänger die Entscheidung vor (Grundlage Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen). Sie arbeitet dazu eine Stellungnahme aus, welche als Entscheidungsgrundlage für das Entscheidungsteam herangezogen wird und welche gleichzeitig ein Teil des schriftlichen Hilfeplans ist. Sie klärt dabei gemeinsam mit den im Einzelfall einzubeziehenden Personen die Lebenssituation, stellt die Entwicklung des Kindes dar und ermittelt den individuellen Hilfebedarf. Gleichzeitig prüft sie eine mögliche Kindeswohlgefährdung.

Über die Gewährung/Ablehnung einer beantragten/erforderlichen Hilfe wird kooperativ im Team entschieden (§ 36 Abs. 2 SGB VIII); eine Entscheidung kommt nur mit dem Einvernehmen aller Teammitglieder zustande. Dem Entscheidungsteam des Jugendamts gehören an: die fallführende Fachkraft des Sozialdienstes, Fachkraft eines beteiligten oder zu beteili-

genden weiteren Fachdienstes des Jugendamts, Sozialdienstleitung, Fachkraft der Wirtschaftlichen Jugendhilfe, Jugendamtsleitung.

Inhalt der Entscheidung ist die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen, Prüfung des zweckentsprechenden und wirksamen Einsatzes der Finanzmittel in den Grenzen fachlich geeigneter Hilfen und die Festlegung des Umfangs und der Zielsetzung der persönlichen und therapeutischen Hilfe.

Die wesentlichen Inhalte der Teamentscheidung sind von der fallführenden Fachkraft zu protokollieren. Im Protokoll sind Besprechungsinhalte, die Angabe der Entscheidung/Empfehlung, Arbeitsaufträge und Absprachen sowie Termine enthalten.

Die Teamentscheidungen werden durch die fallführende Fachkraft des Sozialdienstes hinsichtlich aller pädagogischen Fragestellungen (Gestaltung der pädagogischen Hilfe, Suche eines Einrichtungs-/Therapieplatzes, Hilfeplanung, pädagogische Begleitung des Hilfefalls, Evaluierung) zugrunde gelegt. Sie verständigt sich mit den Leistungsadressaten über die weiteren Schritte und die zeit- und zielgerichtete Gestaltung des Hilfeprozesses. Die Fachkraft der Wirtschaftlichen Jugendhilfe ist für alle administrativen Vorgänge (Bewilligungs-, Ablehnungsbescheid, ggf. Rechtsmittelverfahren, Leistungsbescheid, Kostenabrechnung, Kostensätze und -erstattungen etc.) zuständig.

Bewilligt das Entscheidungsteam die Maßnahme, beginnt der zweite Hilfezyklus.

Am Hilfeplangespräch nehmen die Sorgeberechtigten, Vertreter der Einrichtungen oder andere am Fall beteiligte Personen teil. Über den Inhalt des Gesprächs wie Zielabsprachen und Vereinbarungen wird ein schriftlicher Hilfeplan erstellt, den alle Beteiligten und die Wirtschaftliche Jugendhilfe erhalten.

Die Hilfemaßnahmen sind von der fallführenden Fachkraft fortlaufend hinsichtlich der weiteren Eignung und Notwendigkeit zu überprüfen (fachliches Controlling), d.h. regelmäßig mindestens in einem Turnus von sechs Monaten. Die Verfahrensabläufe (verpflichtende Dokumentationen, Termine) und der Einsatz der Finanzmittel unterliegt einem zusätzlichen Controlling (verantwortlich: Wirtschaftliche Jugendhilfe).

A.3.4 Inhalte des Hilfeplans

Über den Hilfeplan wird die Hilfe zeit- und zielgerichtet gesteuert, wobei die Fachkraft des Sozialdienstes im Rahmen der Hilfeplanung für die Gestaltung des pädagogischen Prozesses verantwortlich ist. Der Hilfeplan ist die fachliche Grundlage der Maßnahme, in dem die Zuständigkeiten, Hilfeziele, die zum Erreichen der Ziele vorgesehenen Schritte, die Zeitperspektiven, Beteiligungs-, Mitwirkungs- und Kooperationsverpflichtungen, Feststellungen zum Wunsch- und Wahlrecht sowie Datenschutz dokumentiert werden.

Der Hilfeplan wird möglichst informativ, ergebnisorientiert, in knapper und präziser Form aufgebaut und in verständlicher Sprache abgefasst. Etikettierungen erfolgen nicht, negative Zuschreibungen werden nach Möglichkeit vermieden. Neben der Problembeschreibung werden die Ressourcen der Familie/des jungen Menschen herausgearbeitet.

Die Stellungnahme zur Entscheidungskonferenz, die gleichzeitig Teil des Hilfeplans ist, umfasst folgende Inhalte:

Personendaten zu Kind/Jugendlichem, Eltern, Geschwistern und sonstigen Bezugspersonen

Entwicklungsübersicht zum Kind/Jugendlichen

Bedarfsfeststellung: Risikofaktoren, Ressourcen, Einschätzung der Familie/des Kindes, Einschätzung der beteiligten Fachstellen, Bedarfsanalyse durch die Fachkraft des Jugendamts, Vorschlag geeigneter Hilfen; vereinbarte Arbeitsschwerpunkte

Im Protokoll zur Entscheidungskonferenz werden folgende Punkte aufgenommen:

Besprechungsinhalte

Entscheidung/Empfehlung

Arbeitsaufträge und Absprachen

Termine

Der erste Teil des Hilfeplans enthält in Anlehnung an die Stellungnahme zur Entscheidungskonferenz folgende Bausteine:

Personendaten zu Kind/Jugendlichem, Eltern, Geschwistern und sonstigen Bezugspersonen

Entwicklungsübersicht zum Kind/Jugendlichen

Bedarfsfeststellung: Risikofaktoren, Ressourcen, Einschätzung der Familie/des Kindes, Einschätzung der beteiligten Fachstellen

Vereinbarte Arbeitsschwerpunkte: Die Umsetzung der Schwerpunkte sowie Zielvereinbarungen werden in eigenen Arbeitstabellen im Anhang sehr detailliert und untergliedert nach den verschiedenen Bedarfsbeschreibungen aufgeführt

Anmerkungen/Ergänzungen der Beteiligten

Vermerk über die Hilfeplanüberprüfung

Die Hilfeplanfortschreibung enthält neben Anmerkungen/Ergänzungen der Beteiligten und einem Vermerk über die nächste Hilfeplanüberprüfung wiederum Arbeitstabellen mit detailliert geplanten Bedarfsbeschreibungen. Der Abschluss einer Maßnahme nach § 36 SGB VIII wird in einem eigenen Hilfeplanformular festgehalten.

A.3.5 Veränderungen im Hilfeplanverfahren seit Projektbeginn

Im Jugendamt wird schon seit einigen Jahren mit dem Verfahren OK.JUG der Firma AKDB gearbeitet. Seit Dezember 2006 verwenden die Mitarbeiter im Allgemeinen Sozialdienst Teile des ASD-Moduls der Software nach einer halbjährigen Erprobungsphase verpflichtend. Hierbei dient der Diagnoseteil (Grundlage: Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen) der Software als Orientierungshilfe für die Formulierung der Stellungnahme und der Hilfeplanziele, was zu einer Vereinheitlichung des Diagnoseverfahrens im Allgemeinen Sozialdienst geführt hat. Dies führte zu positiven Effekten in der Kooperation mit den Leistungserbringern und den Hilfebetroffenen. Aufgrund von technischen, aber auch inhaltlichen Schwierigkeiten können derzeit zum Bedauern der ASD-Leitung nicht alle Teile des ASD-Moduls verwendet werden.

A.3.6 Projektverlauf im Allgemeinen Sozialdienst

Die Projektmitarbeiter zeichneten sich durch eine sehr konstante und zuverlässige Mitarbeit aus. Insbesondere wird die besondere Unterstützung durch die Mitarbeiter hervorgehoben, die von den zahlreichen personellen Veränderungen in der Kontrollgruppe betroffen waren und die diese sehr gut ausgeglichen haben, sodass es zu keinem Fallverlust gekommen ist. Sehr gut verlief auch die Unterstützung durch die Mitarbeiter in der EDV-Abteilung des Landratsamts, die dafür Sorge trugen, dass alle EDV-technischen Fragen und Angelegenheiten stets gut und zeitnah gelöst werden konnten und dass alle Fragebögen fristgerecht an das Institut für Kinder- und Jugendhilfe gesandt wurden.

A.4 Allgemeiner Sozialdienst IV

A.4.1 Personelle Besetzung

Der Allgemeine Sozialdienst IV nahm mit drei Bezirkssozialarbeitern an der Experimentalgruppe und mit anfänglich drei, später zwei Bezirkssozialarbeitern an der Kontrollgruppe teil. Aufgrund der Kooperation des Allgemeinen Sozialdienstes mit dem Pflegekinderdienst wurde außerdem eine Aufnahme von Fällen nach § 33 SGB VIII ermöglicht.

Im Allgemeinen Sozialdienst IV kam es im Laufe des Projekts zu einigen personellen Veränderungen. In der Experimentalgruppe ging eine Mitarbeiterin im Herbst 2005 in Mutterschutz. Die beiden Mitarbeiterinnen in der Kontrollgruppe wechselten 2006 innerhalb des Amts ihre Stellen. Zwei neue Mitarbeiterinnen wurden im März 2006 in EST! eingearbeitet.

Ansprechpartnerin war die Gruppenleitung im Sozialdienst.

A.4.2 Fallverteilung

Experimentalgruppe

1.1.1.3 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiterin 1 * 1)	6	5	1 - § 32 1 - § 33 1 - § 34 2 - § 35
Mitarbeiterin 2 * 2)	6	5	1 - § 30 3 - § 31 1 - § 32
Mitarbeiterin 3 * 3)	6	5	2 - § 29 1 - § 30 2 - § 32
Fallanzahl gesamt	18	15	2 - § 29 2 - § 30 3 - § 31 4 - § 32 1 - § 33 1 - § 34 2 - § 35

*1) Bei einem Fall fand nach erfolgter sozialpädagogischer Diagnose kein Beginn der Hilfe statt, sodass dieser Fall aus der Evaluation herausfiel.

*2) Bei einem Fall fand nach erfolgter sozialpädagogischer Diagnose kein Beginn der Hilfe statt, sodass dieser Fall aus der Evaluation herausfiel.

*3) Bei einem Fall fand nach erfolgter sozialpädagogischer Diagnose kein Beginn der Hilfe statt, sodass dieser Fall aus der Evaluation herausfiel.

Kontrollgruppe

1.1.1.4 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiterin 1	6	6	1 - § 29 2 - § 30 1 - § 31 2 - § 32
Mitarbeiterin 2 *1)	6	5	1 - § 29 1 - § 32 2 - § 34 1 - § 35
Mitarbeiter 3 *2)	6	0	
Fallanzahl gesamt	18	11	2 - § 29 2 - § 30 1 - § 31 3 - § 32 2 - § 34 1 - § 35

*1) Bis zum Ende der Frist für eine Fallaufnahme hatte die Mitarbeiterin fünf Fälle.

*2) Bis zum Ende der Frist für eine Fallaufnahme hatte der Mitarbeiter keine Hilfe nach § 27 SGB VIII, die er in das Projekt einbringen konnte, und schied deshalb aus dem Projekt aus.

Anzahl der beteiligten Leistungserbringer, Experimental- und Kontrollgruppe gesamt: 9

A.4.3 Hilfeplanverfahren, Stand Juli 2003

Das Hilfeplanverfahren läuft in allen erzieherischen Hilfen nach § 27 SGB VIII halbjährlich, die Dokumentation erfolgt nach einem standardisierten Verfahren im Programm Recos 14 plus. Nach der Antragstellung von Personensorgeberechtigten auf eine Hilfe zur Erziehung findet zur Formulierung eines Hilfevorschlags ein Fachteam (Grundlage Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen) statt, bei dem auch externe Helfer hinzugezogen werden. Bei teilstationären und stationären Hilfen sowie einer Maßnahme nach § 35 SGB VIII (Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung) findet weiterhin eine Fachkonferenz zur Hilfeentscheidung statt, bei flexiblen Hilfen wird die Entscheidung bereits im Fachteam getroffen. Nach sechs bis zehn Wochen findet das Ersthilfeplangespräch statt und halbjährlich die Hilfeplanfortschreibung.

A.4.4 Inhalte des Hilfeplans

Der Hilfeplan des Allgemeinen Sozialdienstes IV enthält folgende Inhalte:

- Datum der Antragstellung
- Angaben zum jungen Menschen
- Beginn der Maßnahme
- Befristung der Maßnahme
- Träger/Einrichtung
- Träger der elterlichen Sorge
- bisheriger Aufenthalt

- Anregung der Maßnahme (Person)
- vorangegangene Leistungen der Jugendhilfe
- Dauer und Unterbringung des jungen Menschen bisher
- Unterbringung erfolgte durch vormundschaftsrichterliche Entscheidung etc.
- Warum war eine andere Hilfe nicht möglich?
- voraussichtliche Kosten
- Form der Unterbringung
- Teilnehmer am Hilfeplangespräch
- weitere Beteiligte
- Anlass der Hilfe
- soziale Auffälligkeiten des jungen Menschen
- soziale Auffälligkeiten (interner Gebrauch)
- Feststellungen zu Lernstörungen
- Ressourcen/Stärken (Sichtweisen der Beteiligten)
- Integration im Sozialraum
- Ziele der Hilfe: Persönlichkeitsentwicklung
- Ziele der Hilfe: schulische Entwicklung
- Ziele der Hilfe: berufliche Entwicklung
- Ziele der Hilfe: soziale Entwicklung
- Ziele der Hilfe: Elternhaus
- sonstige Ziele der Hilfe
- Methoden zur Zielerreichung
- Wer trägt was zum Erreichen des Ziels bei?
- weitere Absprachen/Vereinbarungen
- Rückführung angestrebt
- Besuchskontakte
- Entwicklungsbericht der Einrichtung
- Fortschreibung der Maßnahme
- Beendigungsgrund
- nachfolgende Leistungen
- Erklärung, Kenntnisnahme, Zustimmung

A.4.5 Veränderungen im Hilfeplanverfahren seit Projektbeginn

Im Allgemeinen Sozialdienst IV fanden seit Projektbeginn keine Veränderungen im Hilfeplanverfahren statt. Die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen konnten nicht in das Verfahren integriert werden, da sie in der derzeitigen Form zu umfangreich sind; lediglich einzelne Formulierungen konnten übernommen werden. Seit vielen Jahren wird im Jugendamt und im Allgemeinen Sozialdienst mit der Software der Firma Prosoz gearbeitet, in der es für jede Hilfeart nach § 27 SGB VIII Hilfeplanvordrucke gibt. Für den § 8a SGB VIII wurde ein eigener Baustein durch das Jugendamt entwickelt. Die Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialdienstes führen darüber hinaus digitale Akten.

A.4.6 Projektverlauf im Allgemeinen Sozialdienst

Trotz der zahlreichen personellen Veränderungen im Jugendamt IV zeichneten sich die Projektmitarbeiter durch eine sehr konstante und zuverlässige Mitarbeit aus. Insbesondere muss die gute Unterstützung durch die beiden Mitarbeiterinnen hervorgehoben werden, die sich weit nach Projektbeginn in das Projekt einarbeiteten und die von ihren Kollegen übernommenen Fälle zu Ende führten, obwohl sich bei einer der beiden Mitarbeiterinnen die Fälle nur kurze Zeit in ihrer Zuständigkeit befanden. Ebenso ist zu erwähnen, dass die beiden ursprünglichen Mitarbeiterinnen der Kontrollgruppe auch nach ihrem Stellenwechsel innerhalb des Amts weiterhin für das Ausfüllen und Versenden der Fragebögen Sorge trugen. Sehr gut verlief auch die Unterstützung durch die Mitarbeiter in der EDV-Abteilung des Landratsamts, die alle EDV-technischen Fragen und Angelegenheiten – gerade auch in der Anfangszeit des Projekts, als es in Bezug auf die EDV-Technik zu einigen Schwierigkeiten im Projektablauf kam – stets gut und zeitnah lösten und alle Fragebögen fristgerecht an das Institut für Kinder- und Jugendhilfe sandten.

Von der Teilnahme am Projekt erwartete sich das Jugendamt Innovation und Qualifizierung der Anamneseerstellung und damit der Prozesssteuerung im Hilfeplanverfahren. Interesse wurde auch geäußert an einem Vergleich mit anderen Ämtern und im Rahmen der Zusammenarbeit mit den Projektbetreuern auch daran, eine Außensicht der eigenen Behörde und Tätigkeit zu erhalten.

Der Allgemeine Sozialdienst nahm zu Projektbeginn an keinem weiteren Projekt teil und befand sich auch in keinem Umstrukturierungsprozess.

Vom Jugendamt wurde großes Interesse an einer an das EDV-System des Jugendamts angepassten EDV-Version der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen geäußert.

A.5 Allgemeiner Sozialdienst V

A.5.1 Personelle Beteiligung

Der sozialpädagogische Fachdienst im Jugendamt des Landkreises V nahm an der Experimentalgruppe mit vier Mitarbeitern teil. Zwei der Mitarbeiter schieden kurz vor Projektende aus dem Allgemeinen Sozialdienst aus; ihre Projektfälle führten sie noch zu Ende. An der Kontrollgruppe nahmen drei Mitarbeiter teil. Eine Mitarbeiterin verließ im Sommer 2006 den Allgemeinen Sozialdienst, ihre restlichen noch zu bearbeitenden Fragebögen übernahm eine neue Mitarbeiterin. Ansprechpartner für EST! war die Gruppenleitung des sozialpädagogischen Fachdienstes.

A.5.2 Fallverteilung

Experimentalgruppe

1.1.1.5 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiter 1 *1)	2	3	3 - § 31
Mitarbeiter 2 *2)	6	4	1 - § 31 1 - § 32 2 - § 34
Mitarbeiterin 3 *3)	4	3	2 - § 32 1 - § 33
Mitarbeiterin 4 *4)	6	5	4 - § 31 1 - § 33
Fallanzahl gesamt	18	15	8 - § 31 3 - § 32 2 - § 33 2 - § 34

*1) Der Mitarbeiter erhöhte seine Fallzahl auf Nachfrage des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe im Frühjahr 2005 von zwei auf drei Fälle.

*2) Der Mitarbeiter erlitt im Frühjahr 2005 einen schweren Unfall und fiel längere Zeit aus, sodass er bis zum Ende der Frist für eine Fallaufnahme vier Fälle hatte.

*3) Bis zum Ende der Frist für eine Fallaufnahme hatte die Mitarbeiterin drei Fälle.

*4) Bis zum Ende der Frist für eine Fallaufnahme hatte die Mitarbeiterin fünf Fälle.

Kontrollgruppe

1.1.1.6 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiter 1	3	3	3 - § 34
Mitarbeiterin 2 *1)	6	3	2 - § 31 1 - § 33
Mitarbeiterin 3	6	6	1 - § 30 1 - § 31 1 - § 33 3 - § 34
Fallanzahl gesamt	15	12	1 - § 30 3 - § 31 2 - § 33 6 - § 34

*1) Bis zum Ende der Frist für eine Fallaufnahme hatte die Mitarbeiterin drei Fälle.
Anzahl der beteiligten Leistungserbringer, Experimental- und Kontrollgruppe gesamt: 21

A.5.3 Hilfeplanverfahren, Stand Juli 2003

Das Hilfeplanverfahren wird in allen erzieherischen Hilfen nach § 27 SGB VIII einheitlich durchgeführt. Die Dokumentation erfolgt nach einem standardisierten Verfahren. Vor Einleitung der Hilfe finden Gespräche zwischen sozialpädagogischer Fachkraft, der ASD-Leitung und der Jugendamtsleitung statt. In kritischen Fällen findet eine kollegiale Beratung zur Feststellung der Hilfeart statt. Als schriftliche Grundlage werden Stellungnahmen verfasst (Grundlage sozialpädagogische Diagnose-Tabellen).

A.5.4 Inhalte des Hilfeplans

Der Hilfeplan des Allgemeinen Sozialdienstes V besteht aus zwei Teilen.

Der erste Teil des Hilfeplans enthält folgende Inhalte:

- zuständige Fachkräfte im Jugendamt (Pädagogik, Verwaltung)
- rechtliche Stellung des jungen Menschen
- Ort und Datum des Hilfeplangesprächs
- Familie: Eltern, Geschwister, andere wichtige Bezugspersonen
- soziales Umfeld
- allgemeine Entwicklung des jungen Menschen; schulischer Werdegang
- Inanspruchnahme bisheriger Hilfen
- erzieherischer Bedarf
- notwendige und geeignete Art der Hilfe
- Zielsetzung
- Ausgestaltung der Hilfe (Name der Einrichtung, voraussichtliche Dauer)
- Kooperationspartner
- Beteiligung der Leistungsberechtigten
- Grundrichtung der Erziehung
- Erklärung, Kenntnisnahme, Zustimmung

Der zweite Teil des Hilfeplans (Fortschreibung) enthält folgende Inhalte:

- zuständige Fachkräfte im Jugendamt (Pädagogik, Verwaltung)
- Ort und Datum des Hilfeplangesprächs
- Veränderung der Situation des jungen Menschen, gemessen an der Bedarfsbestimmung und Zielsetzung unter besonderer Berücksichtigung des letzten Hilfeplangesprächs
- Änderung der Hilfeart notwendig
- Vereinbarung der Besuchskontakte
- einzelfallbezogene besondere (Neben-)Leistungen
- weitere Vereinbarungen
- voraussichtliche Dauer der weiteren Hilfegewährung
- Zeitpunkt der Fortschreibung des Hilfeplans
- Unterschriften der Gesprächsteilnehmer

A.5.5 Veränderungen im Hilfeplanverfahren seit Projektbeginn

Im Allgemeinen Sozialdienst V fanden seit Projektbeginn keine Veränderungen im Hilfeplanverfahren statt. Die Mitarbeiter des Jugendamts arbeiten mit dem Verfahren OK.JUG der Firma AKDB und verwenden das ASD-Modul der Software, wobei das Jugendamt die Hilfeplanvorlagen des ZBFS selbst eingearbeitet hat.

A.5.6 Projektverlauf im Allgemeinen Sozialdienst

Trotz einiger personeller Veränderungen zeichneten sich die Projektmitarbeiter durch eine konstante und zuverlässige Mitarbeit aus, wenngleich die Motivation für eine Projektteilnahme zeitweise durch verschiedene Faktoren erschwert war. Besonders zu erwähnen ist der Einsatz eines Mitarbeiters, der sich für einen reibungslosen Projektverlauf einsetzte, insbesondere auch in Bezug auf EDV-technische Fragen.

Vonseiten des Jugendamtsleiters wurden Befürchtungen geäußert, dass durch das Instrument der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen sozialpädagogische Arbeit zur schnellen Routine geraten könnte, wodurch es u.U. auch zu Stellenstreichungen kommen könnte.

Es besteht Interesse an einer an das EDV-System des Jugendamts angepassten EDV-Version der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen.

A.6 Allgemeiner Sozialdienst VI

A.6.1 Personelle Besetzung

Der Allgemeine Sozialdienst VI nahm ursprünglich mit zwei, später mit einer Mitarbeiterin an der Experimentalgruppe teil. In der Kontrollgruppe, die aus einem Mitarbeiter bestand, kam es zu einem Personalwechsel im Frühjahr 2005.

Ansprechpartnerin für das Projekt EST! war bis Anfang 2004 die kommissarische Leitung des Allgemeinen Sozialdienstes und Mitarbeiterin in der Experimentalgruppe. Bis Ende Januar 2005 war die Leitung des Allgemeinen Sozialdienstes Ansprechpartnerin für EST! und ab Februar bis zum Ende des Projekts ihre Nachfolgerin.

A.6.2 Fallverteilung

Experimentalgruppe

1.1.1.7 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiterin 1 *1)	6	0	0
Mitarbeiterin 2 *2)	6	3	2 - § 31 1 - § 34
Fallanzahl gesamt	12	3	2 - § 31 1 - § 34

*1) Die Mitarbeiterin ging noch vor Ende der Frist für eine Fallaufnahme in den Mutterschutz.

*2) Aufgrund einer Vereinbarung zwischen dem Institut für Kinder- und Jugendhilfe im Juni 2005 reduzierte die Mitarbeiterin bedingt durch personelle Engpässe im Allgemeinen Sozialdienst ihre Fallanzahl von sechs auf vier Fälle. Bei einem Fall fand nach erfolgter sozialpädagogischer Diagnose kein Beginn der Hilfe statt, sodass dieser Fall aus der Evaluation herausfiel.

Kontrollgruppe

1.1.1.8 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiter 1 *1)	6	4	4 - § 33
Fallanzahl gesamt	6	4	4 - § 33

*1) Der ursprüngliche Mitarbeiter in der Kontrollgruppe schied im Frühjahr 2005 aus dem Allgemeinen Sozialdienst aus. Die ursprünglich vorgesehene Fallzahl wurde aufgrund einer Vereinbarung mit dem Institut für Kinder- und Jugendhilfe im Juni 2005 von sechs auf vier Fälle reduziert, da der neue Mitarbeiter aufgrund personeller Engpässe im Jugendamt eine höhere Fallzahl nicht übernehmen konnte.

Anzahl der beteiligten Leistungserbringer, Experimental- und Kontrollgruppe gesamt: 7

A.6.3 Hilfeplanverfahren, Stand Juli 2003

Der Prozess der Hilfeplanerstellung nach § 36 SGB VIII umfasst im Allgemeinen Sozialdienst VI fünf Schritte, zu denen jeweils Vordrucke erstellt wurden. Diese werden nicht in einem Zug bearbeitet, sondern chronologisch in der Folge des Hilfeplanprozesses.

1. Schritt Datenerhebung (Grundlage Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen)

   Psychosoziale Diagnose, Situations- und Bedarfsanalyse

   Ressourcenbeschreibung, Ziele und Wünsche der Eltern/des Hilfeempfängers

   Beratungsgespräch: Fachkräfte des Amts für Jugend und Familie (Bezirkssozialarbeiter und Mitarbeiter der Wirtschaftlichen Jugendhilfe in Zusammenarbeit mit den Eltern bzw. Vormund/Pfleger und Hilfeempfänger)

   Weitergabe der Daten an das Fachteam

2. Schritt Fachteam

   Beratung im Fachteam zur notwendigen und geeigneten Form der Hilfe durch:

   - abklärende Fachkraft
   - Sachgebietsleiter Allgemeiner Sozialdienst
   - Jugendamtsleiter und Fachkraft für Wirtschaftliche Jugendhilfe
   - nach Bedarf*

     * Abteilungsleitung

     * Amtspflegschaft/Vormundschaft

     * Spezialdienst PKG/JGH

     * externe Fachkräfte
   - Kostenzusage an Jugendhilfeeinrichtung

3. Schritt Hilfeplangespräch mit:

   - abklärender Fachkraft
   - Eltern, Hilfeempfänger
   - Einrichtung/Pflegeeltern

4. Schritt Hilfeplanfortschreibung mit:

   - abklärender Fachkraft
   - Eltern, Hilfeempfänger
   - Einrichtung/Pflegeeltern

5. Schritt Beendigung der Hilfe/Änderung der Hilfeart

A.6.4 Inhalte des Hilfeplans

Folgende Inhalte werden im Hilfeplan des Jugendamts VI erfasst:

Vorentscheidungsphase:

Datenerhebung:

- Hilfeart
- Personalien des jungen Menschen
- Aufenthalt des jungen Menschen während der letzten sechs Monate
- Einrichtung/Pflegefamilie

- wichtige Bezugspersonen
- aktuelle pädagogische und therapeutische Hilfen
- Personalien der Eltern
- Familiensituation
- Entwicklungsstand des jungen Menschen (ggf. auch Gutachten)
- bisherige Hilfen

Bedarfsanalyse:

- Ziele und Wünsche aus Sicht der Eltern
- Ziele und Wünsche aus Sicht des jungen Menschen
- Bedarfs- und Ressourcenbeschreibung der abklärenden Fachkraft
- Empfehlung zur zeit- und zielbezogenen Hilfe (mit Begründung)
- zeitliche Perspektive der Hilfemaßnahme
- Sozialpädagogische Diagnose (Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen – Kurzfassung)

Elterninformationen:

- Informationen zum Leistungsanspruch
- Einverständnis- und Abtretungserklärung, Kenntnisnahme, Zustimmung

Fachteam:

- kostenmäßiger Aspekt der empfohlenen Hilfe
- Realisierung der Hilfe
- zeitliche Perspektive der Hilfemaßnahme
- Zeitpunkt des ersten Hilfeplangespräches
- Zeitpunkt für Fallkonferenz
- Kenntnisnahme, Zustimmung (Jugendamtsleiter, Leitung ASD, Abteilungsleitung, sozialpädagogische Fachkraft, Fachkraft der Wirtschaftlichen Jugendhilfe)

Erstes Hilfeplangespräch:

- Hilfeplan: Ort, Datum
- Teilnehmer
- Ergebnisse
- Ziele der Hilfe
- derzeitige Situation
- Schule, Kindergarten etc.
- Besuchskontakte, Zusammenarbeit mit den Eltern
- Förderbedarf
- zusätzliche bzw. neue Vereinbarungen
- zeitliche Perspektive der Hilfsmaßnahme
- weitere Angaben zum Hilfeempfänger (Kindergarten, Schule, Ausbildung etc.)
- Inhaber der elterlichen Sorge
- Aufenthaltsverhältnisse der Mutter
- Aufenthaltsverhältnisse des Vaters

- bisherige Maßnahmen
- Kosten der aktuell laufenden Jugendhilfemaßnahme
- Krankenversicherung des Hilfeempfängers
- Zeitpunkt der nächsten Überprüfung
- Erklärung, Kenntnisnahme, Zustimmung

Überprüfung des Hilfeplans:

- Überprüfung des Hilfeplans: Ort, Datum
- Teilnehmer
- Ergebnisse
- Ziele bei Beginn der Hilfe
- derzeitige Situation
- Schule, Kindergarten etc.
- Besuchskontakte, Zusammenarbeit mit den Eltern
- Förderbedarf
- zusätzliche bzw. neue Vereinbarungen
- zeitliche Perspektive der Hilfsmaßnahme
- weitere Angaben zum Hilfeempfänger (Kindergarten, Schule, Ausbildung etc.)
- Inhaber der elterlichen Sorge
- Aufenthaltsverhältnisse der Mutter
- Aufenthaltsverhältnisse des Vaters
- bisherige Maßnahmen
- Kosten der aktuell laufenden Jugendhilfemaßnahme
- Krankenversicherung des Hilfeempfängers
- Zeitpunkt der nächsten Überprüfung
- Erklärung, Kenntnisnahme, Zustimmung

Beendigung der Hilfe:

- Beendigung der Hilfe (Datum)
- Grund der Beendigung
- Bezugnahme auf Hilfeplan, Erziehungsbericht, Gutachten etc.
- Bedarf an weiterer Hilfe
- Einschätzung der pädagogischen Fachkraft
- weitere Veranlassungen

Wechsel der Hilfeart:

- neue Hilfeform (Datum)
- Art der Hilfe
- hilfeleistende Stelle
- Grund der Änderung
- Bezugnahme auf Hilfeplan, Erziehungsbericht, Gutachten etc.

- Einstellung des jungen Menschen
- Einstellung der Erziehungsberechtigten
- weitere Veranlassungen

A.6.5 Veränderungen im Hilfeplanverfahren

Seit Sommer 2006 gibt es im Allgemeinen Sozialdienst VI im Hilfeplanverfahren Veränderungen in der Fallbearbeitung, speziell bei der Datenerhebung sowie Änderungen in Bezug auf das Prozedere der Fallbesprechungen. Im Allgemeinen Sozialdienst gibt es seit diesem Zeitpunkt ein neu erstelltes standardisiertes schriftliches Verfahren der Anamnese. Hierbei wurden ein Genogramm sowie insbesondere die Überschriften der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen integriert. Die Auswertung der Fallanamnesen erfolgt zwei Mal wöchentlich in Fallkonferenzen. Früher gab es keine Teamentscheidungen, sondern Einzelgespräche zwischen dem Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialdienstes und der Gruppenleitung. Ein Fachteam mit der Wirtschaftlichen Jugendhilfe findet nur noch bei stationären Hilfen statt.

Im Landratsamt wird mit dem Verfahren OK.JUG der Firma AKDB gearbeitet. Bisher kommt die Software aber nur in der Wirtschaftlichen Jugendhilfe zum Einsatz. Für das Haushaltsjahr 2008 ist eine Erweiterung des Programms auch für den Allgemeinen Sozialdienst geplant, wobei die Einführung des Gefährdungsmoduls für den § 8a SGB VIII auf jeden Fall vorgesehen ist.

A.6.6 Projektverlauf im Allgemeinen Sozialdienst

Die Kurzfassung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen wurde schon vor Projektbeginn im Rahmen des Hilfeplanverfahrens vom Allgemeinen Sozialdienst im Jugendamt VI verwendet, aber eher in unspezifischer Weise, sodass der Einsatz der Diagnose-Tabellen einer Projektteilnahme des Allgemeinen Sozialdienstes nicht im Wege stand.

Im Landratsamt VI kam es bis hin zur Jugendamtsleiterebene zu den meisten personellen Veränderungen innerhalb der Jugendämter während der Projektlaufzeit, sodass bis Juni 2005 unsicher war, ob sich das Landratsamt aufgrund dieser erheblichen Fluktuationen und Engpässe überhaupt an EST! beteiligen konnte. Es fanden im Dezember 2004 und im Juni 2005 Gespräche im Landratsamt mit den dortigen Mitarbeitern und Vertretern des ZBFS und des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe statt, durch die die Situation geklärt und auch im Sinne der dortigen Mitarbeiter eine Lösung gefunden werden konnte, die eine weitere Teilnahme des Landratsamts am Projekt ermöglichte. In diesem Zusammenhang muss die äußerst zuverlässige und konstante Mitarbeit der Projektteilnehmerin aus der Experimentalgruppe erwähnt werden, die als einzige Mitarbeiterin vom Anfang des Projekts an bis zu dessen Ende teilgenommen hat und die aufgrund personeller Engpässe besonders belastet war. Weiterhin ist auch der Einsatz des Mitarbeiters aus der Kontrollgruppe zu erwähnen, der erst im Frühjahr 2005 zum Projekt dazukam und dessen freiwilliger Teilnahme an EST! das Einbringen von vier Fällen nach § 33 SGB VIII in die Kontrollgruppe zu verdanken war. Sehr gut verlief auch die Unterstützung durch die Mitarbeiter in der EDV-Abteilung des Landratsamts, die dafür Sorge trugen, dass alle EDV-technischen Fragen und Angelegenheiten stets gut und zeitnah gelöst wurden und dass alle Fragebögen fristgerecht an das Institut für Kinder- und Jugendhilfe gesandt wurden.

A.7 Allgemeiner Sozialdienst VII

A.7.1 Personelle Besetzung

Neben dem Allgemeinen Sozialdienst gibt es im Jugendamt VII zusätzlich einen Fachdienst für stationäre Hilfen und einen Fachdienst für Pflegekinder.

Das Jugendamt informierte seine Mitarbeiter im Allgemeinen Sozialdienst ausführlich über das Projekt EST!. Von zehn sozialpädagogischen Fachkräften, die informiert und die zur Mitarbeit grundsätzlich bereit waren, konnten sieben konkret benannt werden, die an EST! teilnahmen: vier Mitarbeiter in der Experimental- und drei in der Kontrollgruppe. Von diesen sieben Mitarbeitern wurde eine Mitarbeiterin der Kontrollgruppe bereits im Juni 2004 mit anderen Aufgaben im Amt betraut und stand für das Projekt nicht mehr zur Verfügung. Eine Mitarbeiterin der Experimentalgruppe schied zum 1. Juli 2005 aus dem Amt und Projekt aus. Ihre Stelle wurde ebenfalls nicht neu besetzt.

Während der gesamten Laufzeit des Projekts gab es durchgehend eine Ansprechpartnerin für das Projekt, die gleichzeitig die stellvertretende ASD-Leitung innehatte.

A.7.2 Fallverteilung

Experimentalgruppe

1.1.1.9 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiterin 1 *1)	2	0	
Mitarbeiterin 2 *2)	3	2	1 - § 30 1 - § 31
Mitarbeiterin 3	2	3	1 - § 29 1 - § 30 1 - § 34
Mitarbeiter 4	2	3	2 - § 30 1 - § 32
Fallanzahl gesamt	9	8	1 - § 29 4 - § 30 1 - § 31 1 - § 32 1 - § 34

*1) Die Mitarbeiterin schied zum 1. Juli 2005 aus dem Jugendamt aus. Ihre Stelle wurde nicht neu besetzt. Aus diesem Grund erhöhten die anderen zwei Kollegen ihre Fallzahl von zwei auf drei Fälle.

*2) Bei einem Fall fand nach erfolgter sozialpädagogischer Diagnose kein Beginn der Hilfe statt, sodass dieser Fall aus der Evaluation herausfiel.

Kontrollgruppe

1.1.1.10 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiterin 1 *1)			
Mitarbeiterin 2	6	6	2 - § 29 1 - § 30 2 - § 32 1 - § 33
Mitarbeiterin 3	3	3	1 - § 30 1 - § 31 1 - § 35a
Fallanzahl gesamt	9	9	2 - § 29 2 - § 30 1 - § 31 2 - § 32 1 - § 33 1 - § 35a

* 1) Die Mitarbeiterin schied bereits im Juni 2004 aus dem Projekt aus, da sie anderweitige Aufgaben im Amt übernommen hatte. Ihre Stelle wurde nicht neu besetzt.

Anzahl der beteiligten Leistungserbringer, Experimental- und Kontrollgruppe gesamt: 10

A.7.3 Hilfeplanverfahren

Das Hilfeplanverfahren ist standardisiert und wird schriftlich dokumentiert. Eine Fortschreibung des Hilfeplans der Hilfen nach §§ 27ff. SGB VIII erfolgt in der Diagnosephase nach zwei bis drei Monaten. Im Anschluss wird der Hilfeplan halbjährlich überprüft und fortgeschrieben.

Bei stationären Hilfen und Pflegekindern wird die Fallverantwortung vom ASD an den jeweiligen Fachdienst abgegeben und fällt somit aus der Zuständigkeit des ASD.

Alle Hilfen des § 30 und § 32 SGB VIII werden zunächst begrenzt für ein Jahr bewilligt. Hilfen nach § 34 SGB VIII unterliegen einer restriktiven Bewilligungspraxis.

Im Einzelnen ist folgender Ablauf im Hilfeplanverfahren des Allgemeinen Sozialdienstes festgeschrieben:

Ambulante und teilstationäre Hilfen sowie Vollzeitpflege:

- Bezirkssozialpädagoge klärt den Förderbedarf ab und bringt den Fall ggf. in die kollegiale Beratung ein (Grundlage Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen)
- Fallbesprechung amtsintern zwischen Bezirkssozialpädagogen des Sozialen Dienstes und Sachbearbeiter der Wirtschaftlichen Jugendhilfe
- Prüfung der örtlichen und sachlichen Zuständigkeit
- Abgrenzung Hilfe zur Erziehung nach § 34 SGB VIII und Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII
- Antragstellung und Einholung fehlender Unterlagen mittels Formblatt (Gutachten, Stellungnahmen) durch Bezirkssozialpädagogen bzw. Sachbearbeiter der Wirtschaftlichen Jugendhilfe
- Erstellung Hilfeplan Teil 1 durch Bezirkssozialpädagogen
- Hilfeplankonferenz im Amt für Jugend und Familie
- Teilnehmer: Personensorgeberechtigte, junger Mensch, ggf. Lehrer, Rektor, Erzieherin, Psychologe, Kinder- und Jugendpsychiater

- Teilnehmer des Amts: Leitung der Sozialen Dienste, Bezirkssozialpädagoge, Teilsachgebietsleitung oder Sachbearbeiter der Wirtschaftlichen Jugendhilfe, ggf. Amtsvormund oder -pfleger
- Entscheidung im Team über die notwendige und geeignete Hilfe. Besteht keine Übereinstimmung: Entscheidung durch Leitung Soziale Dienste
- Erstellung Hilfeplan Teil 2 durch Bezirkssozialpädagogen
- Zielfestlegung im Hilfeplan: inhaltlich und zeitlich (Befristung bis längstens 1 Jahr)
- sofern Schüler: Schule wird über Hilfe mittels Formblatt verständigt
- Einleitung der Hilfe durch Bezirkssozialpädagogen
- bei teilstationärer Hilfe: Hilfeplan wird in der Regel den Beteiligten als Anlage zum Bescheid übersandt.
- bei Sozialer Gruppenarbeit gilt ein anderer Ablaufplan

Stationäre Hilfen in Einrichtungen:
Vor Heimaufnahme

1. Fallbesprechung amtsintern zwischen Sozialem Dienst und Wirtschaftlicher Jugendhilfe
   - Prüfung der örtlichen und sachlichen Zuständigkeit
   - Abgrenzung: Hilfe zur Erziehung nach § 34 SGB VIII / Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII / Sonstige Erziehungshilfe nach § 27 Abs. 2 SGB VIII / Hilfe für junge Volljährige nach § 41 SGB VIII
   - Nach Antragstellung Einholung fehlender Unterlagen und Gutachten (Grundlage Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen)
2. Erstellung des Hilfeplans Teil 1 durch Bezirkssozialpädagogen
3. Hilfeplankonferenz Teil 1
   - Teilnehmer von außen: Fachkräfte, z.B. staatliches Schulamt, Lehrer, Rektor, Erzieherin im Kindergarten, Arzt, Psychologe, Kinder- und Jugendpsychiater
   - Teilnehmer des Amts: Jugendamtsleitung und Sozialdienstleitung, Bezirkssozialpädagoge, ggf. Amtsvormund oder -pfleger
4. Anfertigung eines formblattmäßigen Protokolls über die Hilfeplankonferenz durch Bezirkssozialpädagogen
5. Hilfeplankonferenz Teil 2
   - Gespräch mit Personensorgeberechtigten, jungem Menschen
   - Teilnehmer des Amts: Jugendamtsleitung und Sozialdienstleitung
6. Entscheidung über die Hilfe durch Team aller beteiligten Jugendamtsmitarbeiter
   - kann keine Übereinstimmung erzielt werden, entscheidet Jugendamtsleitung
7. Erstellung des Hilfeplans Teil 2 durch Bezirkssozialpädagogen
   - Zielfestlegung: a) inhaltlich
     b) zeitlich, d.h. in der Regel Befristung der Hilfe auf längstens ein Jahr
8. a) Auswahl der Einrichtung durch Heimfachkraft aus dem Einrichtungspool
   b) kostengünstige Auswahl ist bei gleichwertigen Einrichtungen von der Heimkraft zu treffen
   c) Information an Jugendamtsleitung und Teilsachgebietsleitung mittels Formblatt
9. a) Vorstellungsgespräch in Einrichtung durch Heimfachkraft

b) rechtzeitige Info an die Wirtschaftliche Jugendhilfe vor Heimunterbringung

c) Unterbringung in stationärer Einrichtung: Organisation durch Heimfachkraft und Verbringung sofern Eltern dies nicht übernehmen.

10. Erstellung eines Bewilligungsbescheids durch die Wirtschaftliche Jugendhilfe – Hilfeplan ist Bestandteil des Bescheids

Nach Heimaufnahme:

1. Diagnosephase: Zeitraum von ca. drei Monaten (Grundlage Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen)
2. Regelmäßige Hilfeplanfortschreibungen – mindestens alle sechs Monate mit Überprüfung der Zielvorgaben durch Heimfachkraft
3. Einrichtungen: regelmäßige – mindestens alle sechs Monate – Übersendung von Erziehungsberichten
4. Organisation der im Hilfeplan festgelegten Elternarbeit ggf. mit anderen Fachdiensten und den Einrichtungen durch Heimfachkraft

Hilfeplanfortschreibung:

Wann?

1. Fortschreibung in der Diagnosephase nach zwei bis drei Monaten

2. weitere Zeitabstände: mindestens alle sechs Monate

Wer?

Ist Organisationssache und liegt in der Verantwortung des Bezirkssozialpädagogen, Leitung der Sozialen Dienste zeichnet den Entwurf der Hilfeplanfortschreibung vor Auslauf ab

Bei Heimunterbringungen:

1. vor der Hilfeplanfortschreibung Besprechung zwischen Bezirkssozialpädagogen und Sachbearbeiter der Wirtschaftlichen Jugendhilfe

2. Abzeichnung, d.h. Kenntnisnahme des Entwurfs der Hilfeplanfortschreibung vor Auslauf durch 1. Leitung Soziale Dienste und 2. Leitung Wirtschaftliche Jugendhilfe, bei Heimunterbringung auch durch Jugendamtsleitung

Wie?

1. Anforderung von Erziehungsberichten der Einrichtungen oder Dienste durch Bezirkssozialpädagogen vor dem Gespräch

2. gemeinsames Gespräch zwischen Eltern, jungem Mensch, Einrichtung und Jugendamt

3. Überprüfung der Zielvorgaben des Hilfeplans bzw. der letzten Fortschreibung

4. Erstellung der Fortschreibung durch Bezirkssozialpädagogen

5. Kostenzusagen erfolgen grundsätzlich durch die Wirtschaftliche Jugendhilfe bzw. nach vorheriger Absprache

6. bei über zwei Jahren dauernden Heimunterbringungen: amtsinterne Helferkonferenz vor der Hilfeplanfortschreibung erforderlich

Wo?

In der Regel abwechselnd in der Einrichtung oder im Amt für Jugend und Familie (außer in der Diagnosephase)

Warum?

Um die Notwendigkeit und Geeignetheit der jeweiligen Maßnahme und die Zielvorgaben zu überprüfen, den zeitlichen Rahmen abzustecken und die Hilfe zu konkretisieren.

A.7.4 Inhalte des Hilfeplans

Folgende Daten werden im Hilfeplan erhoben:

Art der Hilfe

Hilfen zur Erziehung nach §§ 27ff. SGB VIII werden aufgeführt

Angaben zum jungen Menschen

Erhebung von Stammdaten

Datum des Antrags durch die Personensorgeberechtigten

1. Angaben zu den Eltern bzw. Geschwistern
2. Situationsbeschreibung
   - Vorgeschichten, bisherige Hilfen und Unterstützungen
   - aktuelle Situations-, Problembeschreibung und -analyse
3. erzieherischer Bedarf
   - Datum der Fallbesprechung
   - Gutachten anderer Stellen
   - Zusammenfassende psychosoziale Diagnose
   - Beschreibung des Hilfebedarfs
   - Datum und Teilnehmer der Hilfeplankonferenz
4. geeignete Hilfeart
   - Begründung der Notwendigkeit, Eignung und Intensität folgender Hilfe
   - Darstellung der Wünsche und Vorstellungen der Personensorgeberechtigten sowie des jungen Menschen bezüglich der Ausgestaltung der Hilfe
   - Zielsetzungen der Hilfe
   - Leistungsumfang der Hilfe
   - Beginn und Befristung der Hilfe
   - Datum der Fortschreibung des Hilfeplans
5. Ausgestaltung der Hilfe
   - Kontakte zwischen Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen und dem jungen Menschen
   - Elternarbeit
   - sonstige Vereinbarungen
6. örtliche und sachliche Zuständigkeit für die Maßnahme
7. Kostenträger

8. Beteiligung, Mitwirkung
   - Hinweis auf Wunsch- und Wahlrecht etc.
9. Verteiler
   - Ort / Datum der Hilfeplanerstellung
   - Unterschrift

A.7.5 Veränderungen im Hilfeplanverfahren seit Projektbeginn

Vor Ort wird mit den bisherigen Vorlagen gearbeitet. Der Verfahrensablauf wurde leicht verändert: Bei ambulanten und teilstationären Hilfen wird die Hilfegewährung jetzt im Team entschieden.

Das Programm OK.JUG läuft im Jugendamt aber ohne ASD-Modul. Bisher wird das Programm für die Erfassung und Abrechnung der Fälle im Rahmen der Wirtschaftlichen Jugendhilfe angewandt.

A.7.6 Projektverlauf im Allgemeinen Sozialdienst

Trotz der personellen Veränderungen im Allgemeinen Sozialdienst VII zeichneten sich die Projektmitarbeiter durch eine sehr konstante und zuverlässige Mitarbeit aus. Hervorzuheben ist hierbei das Engagement der zwei Mitarbeiter der Experimentalgruppe, die ihre Fallzahl nach dem Ausstieg der vierten Mitarbeiterin von zwei auf drei Fälle erhöhten.

Das ZBFS führte parallel zu Beginn des Projekts EST! ein Fachberatungsprojekt „Konzept- und Organisationsentwicklung des Sozialen Dienstes“ im Jugendamt durch. In diesem ging es um Aufgabenbeschreibung, Aufgabenbegrenzung und Verbesserung der Arbeitsabläufe. Diese Fachberatung wurde zum 31. März 2004 abgeschlossen und hatte keinen Einfluss auf EST!.

A.8 Allgemeiner Sozialdienst VIII

A.8.1 Personelle Besetzung

Die Leitung des Jugendamts hat sich gemeinsam mit ihren Mitarbeitern des Allgemeinen Sozialdienstes um die Teilnahme am Projekt EST! beworben. Die Teilnahme an EST! wurde im ASD-Team lebhaft diskutiert. Das Interesse an dem Projekt war sehr groß. Allerdings konkurrierte der mit der Teilnahme verbundene Zeitaufwand stark mit der Arbeitsbelastung der Mitarbeiter.

Für die Teilnahme an EST! hatten sich insgesamt vier Mitarbeiter aus dem ASD-Team entschieden. Alle vier Mitarbeiter nahmen am Projekt EST! teil: zwei in der Experimental- und zwei in der Kontrollgruppe.

Während der gesamten Laufzeit des Projekts gab es durchgehend eine Ansprechpartnerin für das Projekt, die Leiterin des Allgemeinen Sozialdienstes, die auch an der Entwicklung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen mitgewirkt hatte.

A.8.2 Fallverteilung

Experimentalgruppe

1.1.1.11 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiter 1 *1)	5	4	1 - § 30 1 - § 31 1 - § 32 1 - § 34
Mitarbeiter 2	4	4	3 - § 30 1 - § 34
Fallanzahl gesamt	9	8	4 - § 30 1 - § 31 1 - § 32 2 - § 34

*1) Bei einem Fall fand nach erfolgter sozialpädagogischer Diagnose kein Beginn der Hilfe statt, sodass dieser Fall aus der Evaluation herausfiel.

Kontrollgruppe

1.1.1.12 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiterin 1 *1)	6	5	1 - § 29 3 - § 30 1 - § 34
Mitarbeiterin 2	3	3	2 - § 31 1 - § 34
Fallanzahl gesamt	9	8	1 - § 29 3 - § 30 2 - § 31 2 - § 34

*1) Bei einem Fall fand nach erfolgter sozialpädagogischer Diagnose kein Beginn der Hilfe statt, sodass dieser Fall aus der Evaluation herausfiel.

Anzahl der beteiligten Leistungserbringer, Experimental- und Kontrollgruppe gesamt: 8

A.8.3 Hilfeplanverfahren, Stand Juli 2003

Das Hilfeplanverfahren wird schriftlich dokumentiert und bei allen Hilfen nach § 27ff. SGB VIII halbjährlich überprüft und fortgeschrieben. Die Dokumentation erfolgt nach einem standardisierten Verfahren.

Im Einzelnen ist folgender Ablauf im Hilfeplanverfahren des Allgemeinen Sozialdienstes VIII festgeschrieben:

Es wird ein ausführlicher Fallbeschreibungsbogen erstellt und ins Fallteam eingebracht (Grundlage Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen). Der erste Hilfeplan wird mit Beginn der Maßnahme erstellt. Eine erste Fortschreibung erfolgt nach ca. sechs Wochen.

Ein Fachteam findet nach eventueller kollegialer Beratung und nach Vorlage des detaillierten Fallbeschreibungsbogens statt. Die Nachvollziehbarkeit der Fallbeschreibung entscheidet, ob ein Fachteam erforderlich ist oder ob die Erforderlichkeit und Geeignetheit einer vorgeschlagenen Hilfe nach §§ 27ff. SGB VIII eindeutig ist.

Am Fachteam nehmen der zuständige Bezirkssozialpädagoge, die Leitung Soziale Dienste, die Abteilung Wirtschaftliche Jugendhilfe und die Amtsleitung teil.

Im Anschluss daran kommt es entweder zur Ablehnung eines Antrags auf Hilfe zur Erziehung oder zur Bewilligung und zum ersten Hilfeplan.

A.8.4 Inhalte des Hilfeplans

Folgende Daten werden im Fallbeschreibungsbogen erhoben:

Beantragte Hilfe:

- Erfassung der Stammdaten des jungen Menschen
- Daten zum Sorgerecht, Geschwister, Mutter und Vater

  1. Anlass des Tätigwerdens
  - Selbstmelder (wer?), Fremdmelder (wer?)

  2. Weitere Personen im Haushalt/ im Familienverbund, die von Bedeutung sind

  3. Situationsdarstellung
  - Problemdarstellung (differenziert nach jungem Menschen, Eltern, andere Personen)
  - Wünsche / Erwartungen
  - Ängste

  4. Systemdarstellung und Problemanalyse
  - aus Sicht der Fachkraft, eventuell Einbeziehung folgender Aspekte:
  - Beziehungsebene
  - Dynamik
  - biografische Entwicklung / Besonderheiten
  - schulische Entwicklung / Besonderheiten

  5. Stärken / Ressourcen
  - familiäres System
  - soziales System
  - Arbeitswelt / Schule

  6. Bisherige Hilfen

7. Erforderliche Hilfen aus Sicht des ASD

8. Ziele

- gemeinsam erarbeitete Ziele
- benannte Ziele (wer hat Ziele benannt)

9. Zeitliche Perspektive

- Ort / Datum / Unterschrift

Folgende Daten werden im Hilfeplan erhoben:

- handelt es sich um einen Erstantrag, Fortschreibung oder Änderung
- Stammdaten des jungen Menschen
- Fachkräfte im Jugendamt
- Hilfeart – gemäß §§ 27 ff SGB VIII
- Beginn der Hilfe
- Einrichtung, die mit der Hilfe beauftragt ist
- Hilfebeginn
- Ort des Gesprächs
- Anwesende

  1. Zielüberblick

  2. Ausführungen zu den Zielen

  – bisherige Handlungsschritte

  – neue Zielfindung

  3. neuer Zielüberblick

  – Ergebnisse zu den einzelnen Zielen

  4. Besondere Vereinbarungen

  5. Hilfeplanfortschreibung

  – nächster Termin
- Ort / Datum
- Unterschrift aller Beteiligten

A.8.5 Veränderungen im Hilfeplanverfahren seit Projektbeginn

Vor Ort wird mit dem Programm von PROSOZ und dem bisherigen Verfahren und Vorlagen gearbeitet.

Eine Überarbeitung und Aktualisierung der amtsinternen Vorlagen wird regelmäßig durchgeführt, dies ist ein fortlaufender Prozess vor allem in Bezug auf den § 8a SGB VIII.

A.8.6 Projektverlauf im Allgemeinen Sozialdienst

Die Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialdienstes VIII zeigten großes Interesse am Projekt EST!. Trotzdem bestanden zu Beginn des Projekts bei den Mitarbeitern vom ASD bzgl. des zu erwartenden Zeitaufwandes große Bedenken. Hintergrund waren fehlende Stellenbesetzungen bei steigender Problematik sowie enormer Erwartungsdruck.

Der Allgemeine Sozialdienst VIII blieb in der Besetzung seiner Experimental- und Kontrollgruppe über die gesamte Projektlaufzeit konstant. Seine Projektmitarbeiter zeichneten sich durch sehr konstante und zuverlässige Mitarbeit aus, auch wenn zu Beginn und während des weiteren Verlaufs des Projekts einige EDV-Probleme auftraten. Diese konnten mithilfe der EDV-Abteilung des Jugendamts behoben werden.

A.9 Allgemeiner Sozialdienst IX

A.9.1 Personelle Besetzung

Die Leitung des Jugendamts hatte sich mit seinem Amt um die Teilnahme am Projekt EST! beworben. Die Bewerbung wurde mit den Kollegen des Allgemeinen Sozialdienstes abgestimmt und vom Abteilungsleiter befürwortet sowie vom Landrat genehmigt.

Im ASD des Jugendamts arbeiten sieben Mitarbeiter, die in zwei verschiedenen Dienststellen tätig sind.

Alle Mitarbeiter des ASD hatten sich zur Teilnahme an EST! bereit erklärt. Der Allgemeine Sozialdienst nahm mit sechs Mitarbeitern, drei in der Experimental- und drei in der Kontrollgruppe, am Projekt teil.

Während der gesamten Laufzeit des Projekts gab es durchgehend einen Ansprechpartner für das Projekt, den Leiter des Jugendamts.

A.9.2 Fallverteilung

Experimentalgruppe

1.1.1.13 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiter 1 *1)	6	4	4 - § 31
Mitarbeiter 2	6	6	1 - § 30 3 - § 32 2 - § 34
Mitarbeiterin 3	6	6	1 - § 27(3) 1 - § 31 1 - § 32 3 - § 34
Fallanzahl gesamt	18	16	1 - § 27(3) 1 - § 30 5 - § 31 4 - § 32 5 - § 34

*1) Bei zwei Fällen fand nach erfolgter sozialpädagogischer Diagnose kein Beginn der Hilfe statt, sodass diese Fälle aus der Evaluation herausfielen.

Kontrollgruppe

1.1.1.14 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiterin 1 *1)	6	5	3 - § 30 1 - § 34 1 - § 35
Mitarbeiterin 2	6	6	3 - § 30 1 - § 31 1 - § 32 1 - § 33
Mitarbeiterin 3	6	6	1 - § 31 2 - § 32 3 - § 34
Fallanzahl gesamt	18	17	6 - § 30 2 - § 31 3 - § 32 1 - § 33 4 - § 34 1 - § 35

*1) Bei einem Fall fand nach erfolgter sozialpädagogischer Diagnose kein Beginn der Hilfe statt, sodass dieser Fall aus der Evaluation herausfiel.

Anzahl der beteiligten Leistungserbringer, Experimental- und Kontrollgruppe gesamt: 18

A.9.3 Hilfeplanverfahren

Das Hilfeplanverfahren wird schriftlich dokumentiert und findet als Erziehungskonferenz des Jugendamts (interne Richtlinie für das Jugendamt nach § 36 Abs. 2 SGB VIII) statt.

Für die Erziehungskonferenz gibt es einen standardisierten Leitfaden. Zusätzlich wird eine schriftliche Tischvorlage für die Erziehungskonferenz (Grundlage Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen) gefordert, die gleichzeitig als Ergebnisprotokoll fortgeschrieben und als standardisierte Information für die Wirtschaftliche Jugendhilfe verwendet wird.

Es gibt die Empfehlung, zumindest bei unklaren oder schwierigen Fällen die Diagnose-Tabellen des ZBFS zu verwenden. Dies wird bisher jedoch nur sporadisch durchgeführt.

Im Einzelnen ist folgender Ablauf im Allgemeinen Sozialdienst IX festgeschrieben:

0. Erziehungskonferenz

   In der Erziehungskonferenz erfolgt die Entscheidung über die im Einzelfall angezeigte Hilfeart im Zusammenhang mehrerer Fachkräfte

1. Einberufung
   Die Erziehungskonferenz ist einzuberufen, wenn voraussichtlich die Entscheidung für eine der folgenden Hilfearten zu treffen ist:

1.1 Einleitung aller Fremdplatzierungen (stationäre Hilfen, länger als 12 Wochen)

1.2 Einleitung von ambulanten und teilstationären Maßnahmen

1.3 Hilfe für junge Volljährige

1.4 alle Einschränkungen der elterlichen Sorge

1.5 alle unplanmäßigen Beendigungen von Maßnahmen (Abbrüche)

1.6 Fallverlaufskonferenzen nach sechs Monaten, spätestens jedoch nach einem Jahr und bei Bedarf

1.7 sonstige Einzelfälle von grundsätzlicher Bedeutung

2. Teilnehmer der Erziehungskonferenz

Ständige Teilnehmer sind:

- Leitung Jugendamt
- für den Fall zuständige Fachkraft

je nach Bedarf werden beteiligt:

- Sachbearbeiter der Abteilung Wirtschaftliche Jugendhilfe
- Beistand, Vormund
- Fachkräfte der benachbarten Aufgabenbereiche (Erziehungsbeistand, SPFH, Pflegekinderdienst, Adoptionsvermittlung, Erziehungsberatungsstelle, Schulpsychologe ...)
- weitere Fachkräfte
- Vertreter von Trägern, die für die Durchführung der Hilfe zur Erziehung vorgesehen sind bzw. diese durchführen

3. Vorbereitung der Erziehungskonferenz

Steht eine Entscheidung nach 1. an, beruft die zuständige Fachkraft eine Erziehungskonferenz unter Berücksichtigung der notwendigen Beteiligten ein.

Es ist die Vorlage eines schriftlichen Kurzberichtes erforderlich, der mindestens enthalten soll:

- Stammdaten zur Person
- Überblick über die derzeitige Situation
- Übersicht über bisherige Maßnahmen
- Übersicht über relevante Berichte und Gutachten

Vorschlag für eine Hilfe mit Begründung:

Spätestens am Tag vor der einberufenen Erziehungskonferenz wird der Kurzbericht per E-Mail den Teilnehmern zur Vorbereitung und Abschätzung des Zeitbedarfs zugestellt. Ist dies aus Zeitgründen nicht möglich, so ist der Jugendamtsleitung zumindest Name und Wohnort der zu besprechenden Fälle sowie die eventuell anstehende Maßnahme per E-Mail mitzuteilen.

4. Durchführung und Beschlüsse

Die verantwortliche Fachkraft leitet die Erziehungskonferenz und protokolliert die Ergebnisse. Sie ist auch für die Durchführung der Beschlüsse verantwortlich.

Werden von den Sorgeberechtigten keine Vorgaben über Art und Dauer der Hilfe gemacht, erarbeiten die Teilnehmer der Erziehungskonferenz Vorschläge, die geeignet sind, die Probleme in ausreichender Weise abzumildern oder abzuwenden. Die Ergebnisse werden von der zuständigen Fachkraft schriftlich vermerkt und sind Grundlage des Hilfeplans, der zusammen mit den Sorgeberechtigten und dem jungen Mensch erstellt wird.

Ist eine konkrete Hilfeart beantragt oder vorgeschlagen worden (von Sorgeberechtigten, der Schule, dem Arzt, der Erziehungsberatungsstelle usw.), muss ein verbindlicher Beschluss gefasst werden. Die Teilnehmer der Erziehungskonferenz entscheiden nach Prüfung der Vorschläge über die Art der Hilfe, den Bewilligungszeitraum, die Veränderung oder die Verlängerung. Bei der Hilfe zur Erziehung außerhalb der Familie ist eine Rück-

kehrperspektive im Hilfeplan dann festzuschreiben, wenn sie begründet oder zu erwarten ist.

In der Fallverlaufskonferenz ist nach einem bestimmten Zeitraum die gewählte Hilfe zu überprüfen. Sie dient der Abstimmung, um den Hilfeplan fortzuschreiben. Die Teilnehmer setzen sich wie unter 2. aufgeführt zusammen. Für alle stationären Maßnahmen gilt grundsätzlich der Zeitraum von zwölf Monaten. Soweit von dieser Frist abgewichen werden soll (z.B. bis zum Ende der Berufsausbildung), ist dies zu vermerken. Auch ambulante Maßnahmen werden für einen bestimmten Zeitraum beschlossen. Wird nach Ablauf der entsprechenden Fristen eine Verlängerung angestrebt, so ist eine erneute Fallverlaufskonferenz erforderlich.

5. Eilentscheidungen

In dringenden Ausnahmefällen, in denen ein Beschluss nicht bis zur Beratung in einer Erziehungskonferenz aufgehoben werden kann, entscheiden die Fachkräfte im Einvernehmen mit der Jugendamtsleitung. Ist auch eine solche Abstimmung nicht möglich, entscheidet die Fachkraft und informiert den Vorgesetzten so schnell wie möglich.

A.9.4 Inhalte des Hilfeplans

Folgende Daten werden in der Tischvorlage erhoben:

- Teilnehmer – notwendig / wünschenswert
- Stammdaten des jungen Menschen
- Name etc.
- Angaben zu den Eltern
- Angaben zum Sorgerecht
- Kindergarten / Schule
- Geschwister
- soziales Umfeld
- Beschreibung
- Anamnese
- Symptome
- Ressourcen
- Bewertung / Beurteilung
- vom Betroffenen
- von den Eltern
- von anderen Personen
- sozialpädagogischer Bedarf
- mögliche Hilfeformen / Alternativen / Abgrenzung zu anderen Hilfeformen
- Hilfevorschlag
- Begründung für die Entscheidung
- Ziele für den Hilfeplan
- Ort / Datum / Unterschrift

Folgende Daten werden im Hilfeplan erhoben:

1. Personalien des Hilfeempfängers
2. Hilfeerbringer/ Einrichtung
3. Hilfeplangespräch Nr.
4. Zielvereinbarungen
5. Zusammenfassende Informationen zum Verlauf der Hilfe / zur aktuellen Situation
   - Vorbemerkung
   - Gesprächsanlass
   - Gruppe
   - Schule
   - Freizeitverhalten
   - gesundheitliche Situation / Hilfen
   - sonstige Hilfen / Therapien
   - Elternarbeit
   - Kontakte zu Eltern und Verwandten
6. Absprachen
7. Perspektive
8. nächstes Hilfeplangespräch
   - Ort / Datum / Unterschrift

A.9.5 Veränderungen im Hilfeplanverfahren seit Projektbeginn

Vor Ort wird nach dem bisherigen Verfahren gearbeitet. Eine Konkretisierung bzw. Differenzierung hat es in den Vorlagen im Bereich der Zielvorgaben und Evaluation und der Erstellung von Entwicklungsberichten gegeben.

Das Programm OK.JUG läuft im Jugendamt aber ohne ASD-Modul. Bisher wird das Programm für die Erfassung und Abrechnung der Fälle im Rahmen der Wirtschaftlichen Jugendhilfe angewandt.

Eine Einführung des ASD-Moduls wird vonseiten der Amtsleitung abgelehnt.

A.9.6 Projektverlauf im Allgemeinen Sozialdienst

Der Allgemeine Sozialdienst IX blieb in der Besetzung seiner Experimental- und Kontrollgruppe über die gesamte Projektlaufzeit konstant. Seine Projektmitarbeiter zeichneten sich durch sehr konstante, zuverlässige und motivierte Mitarbeit aus. Obwohl bei einer Mitarbeiterin auf Grund von größeren EDV Problemen zwischenzeitlich sämtliche Daten verloren gingen, war sie bereit, weiter am Projekt teilzunehmen und fehlende Daten nachzutragen. Unterstützt wurde sie dabei durch die EDV-Abteilung des Jugendamts, die alles daran setzte, fehlende und verloren gegangene Daten wiederherzustellen.

A.10 Allgemeiner Sozialdienst X

A.10.1 Personelle Besetzung

Der Allgemeine Sozialdienst X ist als eigenständiges Amt der am Projekt teilnehmenden Stadt tätig und in fünf Regionen aufgeteilt. Eine der Regionen nahm an EST! teil. Die Regionalabteilung ist für einen Stadtteil mit ca. 50.000 Einwohnern zuständig. In der Abteilung sind insgesamt zwölf sozialpädagogische Fachkräfte in der Bezirkssozialarbeit einschließlich Jugendgerichtshilfe tätig.

Es wurden alle Mitarbeiter ausführlich über das Projekt EST! informiert: Sie zeigten sich interessiert und wurden in das Projekt aufgenommen. Fünf Mitarbeiter waren in der Experimental- und sieben in der Kontrollgruppe tätig.

Im ASD X kam es während des Projekts zu einem großen Personalwechsel. Gleich zu Beginn (Juli und September 2004) stiegen zwei Mitarbeiterinnen der Kontrollgruppe aus dem Projekt aus. Zum 1. April 2005 wurde eine weitere Mitarbeiterin der Kontrollgruppe aus dem Projekt und ASD abgezogen, um ab sofort Aufgaben bei der ARGE wahrzunehmen. In der Experimentalgruppe schieden zwei Mitarbeiter zum 1. September 2005 aus ASD und Projekt aus. Diese Stellen wurden neu besetzt. Die neuen Mitarbeiterinnen wurden in EST! aufgenommen und im Oktober und November 2005 eingearbeitet sowie nachgeschult.

Zusätzlich fiel eine Mitarbeiterin der Experimentalgruppe im Projektverlauf immer wieder für längere Zeit krankheitsbedingt aus.

Während der gesamten Laufzeit von EST! gab es durchgehend einen Ansprechpartner für das Projekt, den Leiter der ASD-Regionalabteilung.

A.10.2 Fallverteilung

Experimentalgruppe

1.1.1.15 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiter 1 *1)	5	0	
Mitarbeiterin 2 *2)	6	2	2 - § 30
Mitarbeiterin 3 *3)	6	2	1 - § 30 1 - § 32
Mitarbeiterin 4 *4)	5	8	1 - § 30 3 - § 31 1 - § 32 2 - § 34 1 - § 35
Mitarbeiterin 5 *5)	6	0	
Mitarbeiterin 6 *6)	(3)	1	1 - § 32
Fallanzahl gesamt	28	13	4 - § 30 3 - § 31 3 - § 32 2 - § 34 1 - § 35

*1) Der Mitarbeiter schied zum 1. September 2005 aus dem Projekt aus. Die Mitarbeiterin, die zum 1. September 2005 die Stelle übernommen hatte, wurde im November 2005 in EST! nachgeschult, brachte aber keine Fälle ein.

*2) Die Mitarbeiterin hatte überwiegend Fälle, die sie im Rahmen der Jugendgerichtshilfe betreute. Zum 1. September 2005 schied die Mitarbeiterin aus dem Projekt aus.
*3) Die Mitarbeiterin war während des Projekts mehrfach länger erkrankt und konnte keine weiteren Fälle aufnehmen.

*4) Bei zwei Fällen fand nach erfolgter sozialpädagogischer Diagnose kein Beginn der Hilfe statt, sodass diese Fälle aus der Evaluation herausfielen. Zusätzlich erhöhte die Mitarbeiterin von sich aus ihre Fallzahl von fünf auf zehn Fälle.

*5) Bis zum Ende der Frist für eine Fallaufnahme hatte die Mitarbeiterin keine Hilfe nach § 27 SGB VIII, die sie in EST! einbringen konnte, und schied deshalb aus dem Projekt aus.

*6) Die Mitarbeiterin trat zum 1. September 2005 ihre neue Stelle im ASD an und wurde im Oktober 2005 in EST! nachgeschult.

Kontrollgruppe

1.1.1.16 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiterin 1 *1)			
Mitarbeiterin 2 *2)	3	1	1 - § 30
Mitarbeiterin 3 *3)	3	5	2 - § 30 1 - § 32 2 - § 34
Mitarbeiterin 4 *4)	4	0	
Mitarbeiterin 5	4	1	1 - § 32
Mitarbeiterin 6 *5)	4	0	
Mitarbeiter 7 *6)	6	1	1 - § 32
Fallanzahl gesamt	25	8	3 - § 30 3 - § 32 2 - § 34

*1) Die Mitarbeiterin stieg bereits im Juni 2004 aus dem Projekt aus.

*2) Bei einem Fall fand nach erfolgter sozialpädagogischer Diagnose kein Beginn der Hilfe statt, sodass dieser Fall aus der Evaluation herausfiel.

*3) Die Mitarbeiterin erhöhte ihre Fallzahl auf Nachfrage des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe im Frühjahr 2005 von drei auf fünf Fälle.

*4) Die Mitarbeiterin wurde aus dem Projekt abgezogen und zur ARGE versetzt. Die Stelle wurde nicht neu besetzt.

*5) Die Mitarbeiterin war zu Beginn länger erkrankt und stieg im September 2004 ganz aus dem Projekt aus.

*6) Der Mitarbeiter hatte überwiegend Fälle, die er im Rahmen der Jugendgerichtshilfe betreute.

Anzahl der beteiligten Leistungserbringer, Experimental- und Kontrollgruppe gesamt: 10

A.10.3 Hilfeplanverfahren, Stand Juli 2003

Die Neuregelung des Hilfeplanverfahrens war unter anderem ein Ergebnis der Reform der sozialen Dienste in der am Projekt teilnehmenden Stadt, welche im Jahr 1998 abgeschlossen wurde.

Das Hilfeplanverfahren ist im Allgemeinen Sozialdienst X standardisiert und schriftlich fixiert. Es steht als Handlungsanleitung allen Kollegen der Bezirkssozialarbeit zur Verfügung und „lotst“ sie sozusagen über die standardisierten Vordrucke durch das Verfahren.

Dieses Verfahren umfasst: Klärung der örtlichen Zuständigkeit, Antragstellung durch den Hilfesuchenden, Erstellung der sozialpädagogischen Diagnostik, Beratung im kollegialen Team, Leitlinien über die Zusammenarbeit mit dem Leistungserbringer (Zusammenarbeit im Bereich des Hilfeplangespräches, Zusammenarbeit bei Krisen, Zusammenarbeit mit der Herkunftsfamilie, Zusammenarbeit bei wirtschaftlichen Hilfen), Kontraktabschluss, Fortschreibung des Hilfeplanes sowie die Beendigung und Auswertung des Hilfeplans.

Im Einzelnen ist folgender Ablauf im Hilfeplanverfahren des Allgemeinen Sozialdienstes X festgeschrieben:

1. Meldung beim ASD
   - Familie ist bekannt
   - Zuzug / Übergabe
2. Beratung der Familie
3. eventuell Beratung mit Kollegen / Team oder Leitung
4. Antragstellung
   - sozialpädagogische Diagnostik wird durchgeführt (Grundlage Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen)
   - örtliche und fachliche Zuständigkeit abgeklärt
   - eventuell Sorgerechtsbescheid
5. kollegiales Team
   - Protokoll der kollegialen Beratung geht an die Regionalleitung und die Wirtschaftliche Jugendhilfe
6. Aktenvorlage Regionalleitung / Unterlagen an Wirtschaftliche Jugendhilfe
   - Regionalleitung prüft den Fall und gibt O.K.
   - bei Unklarheiten nochmalige Besprechung mit dem Bezirkssozialpädagogen oder im Team
   - Wirtschaftliche Jugendhilfe klärt örtliche Zuständigkeit
7. ASD sucht Leistungsträger/ -erbringer
8. Vorstellungsgespräch
9. Kontraktgespräch

Bei Erstkontakten werden standardmäßig Personaldaten und Fragestellungen auf Karteikarten erfasst und ggf. Gesprächsnotizen nach folgendem Muster erstellt:

1. datenschutzrelevante Bestimmungen
2. fachliche Kriterien
3. Dokumentationsschema
   - Einführung
   - Anlass/Grund der Kontaktaufnahme, Teilnehmer, Ort, Datum

- aktuelle Situation
- Bewertung der Situation aus der Sicht einzelner Familienangehöriger
  - der Bezirkssozialpädagogen
  - Dritter
- Bedarfsschilderung jeweils aus der Sicht einzelner Familienangehöriger
  - der Bezirkssozialpädagogen
  - Dritter
- Wer kann auf welche Ressourcen aus eigenen oder anderen familiären Kompetenzen sowie Unterstützungsmöglichkeiten Dritter zurückgreifen?
- Welche Ziele wurden bereits (teilweise) erreicht, welche haben sich verändert?
- Woran kann festgestellt werden, dass ein Ziel erreicht wurde?
- Vereinbarungen
- Was ist bis wann von wem zu erledigen?

sozialpädagogische Bewertung

- Einschätzungen, Hypothesen
- Hilfebedarf für ...
- Hilfsmöglichkeiten

weitere Planung und Terminierung

- konkrete Arbeitsschritte bis ...
- Welche Vereinbarungen wurden eingehalten, welche nicht und warum?
- weiteres voraussichtliches Vorgehen in der Beratung
- Wiedervorlage zum ...

A.10.4 Inhalte des Hilfeplans

Folgende Daten werden im Hilfeplan erhoben:

Hilfeplan – Sozialpädagogische Diagnostik

Situation

1. Familiensituation
   - Hintergrundinformationen
2. aktuelle Situation des jungen Menschen
3. Entwicklung des jungen Menschen
4. schulischer und beruflicher Werdegang
   - Hintergrundinformationen
5. bisherige Hilfen / Erziehung außerhalb der Familie
   - Hintergrundinformationen
   - Bedarf und Ziele
6. Hilfebedarf
7. Zielvereinbarungen

7.1 Gesamtziele

7.2 Nahziele

8. Fähigkeiten und Unterstützungsmöglichkeiten einzelner Familienmitglieder

9. mögliche Perspektiven

- sozialpädagogische Stellungnahme

10. sozialpädagogische Stellungnahme zum Hilfebedarf

Hinweise

11. sonstige wichtige Hinweise

12. medizinische Erfordernisse und wichtige Medikation

Anlagen

Leitlinien und Informationen des Jugendamts

Ort / Datum / Unterschrift

Hilfeplan – Protokoll der kollegialen Beratung

- Datum
- Fallverantwortung
- Beteiligte
- Antrag vom ... auf Leistungen nach dem SGB VIII für ...
- Ergebnisse der kollegialen Beratung
- Hilfebedarf ist vorhanden
- Hilfeart / in Form von
- Alternativen zur beantragten Hilfe
- Ausgestaltung der Hilfe
- ergänzende Hilfen
- noch zu klärende Sachverhalte
- Sonstiges
- Ort / Datum / Unterschrift

Hilfeplan – Kontrakt

- Ort / Datum
- Teilnehmer
- Hilfeart
- Hilfeform
- Leistungserbringer
- Beginn der Leistung
- voraussichtliches Ende
- eingetretene Veränderungen bei den Personensorgeberechtigten, die eine Überprüfung der örtlichen Zuständigkeit erfordert

- Angaben zum Tagessatz / Pflegegeld / Fachleistungsstunde

1. Zielvereinbarungen

- Sind die Gesamtziele wie im Hilfeplan / in der Sozialpädagogischen Diagnostik angegeben noch gültig?
- veränderte und weitere Gesamtziele
- Begründung für veränderte und weitere Gesamtziele
- Sind die Nahziele wie im Hilfeplan / in der Sozialpädagogischen Diagnostik angegeben noch gültig?
- veränderte und weitere Nahziele
- Begründung für veränderte und weitere Nahziele

2. Wer übernimmt welche konkreten Aufgaben bis zu welchem Zeitpunkt?
3. Ist die Ausgestaltung der Hilfe zu ändern?
4. bei Fremdunterbringung

4.1 Unter welchen Voraussetzungen kann eine Rückkehr des jungen Menschen in die eigene Familie stattfinden?

- Vereinbarungen über Besuche, Beurlaubungen, Kontakte mit anderen Personen u.Ä.

5. weitere Vereinbarungen / ggf. Anmerkungen
6. Termin für das nächste Hilfeplangespräch
7. Entwicklungsbericht in zweifacher Ausfertigung erfolgt bis ...

- Ort / Datum / Unterschrift

Hilfeplan – Fortschreibung

- Ort / Datum
- Teilnehmer
- Hilfeart
- Hilfeform
- Leistungserbringer
- Beginn der Leistung
- voraussichtliches Ende
- eingetretene Veränderungen bei den Personensorgeberechtigten, die eine Überprüfung der örtlichen Zuständigkeit erfordert
- Angaben zum Tagessatz / Pflegegeld / Fachleistungsstunde

1. aktuelle Situation
2. Zielvereinbarungen

- Sind die Gesamtziele wie im Hilfeplan / in der Sozialpädagogischen Diagnostik angegeben noch gültig?
- veränderte und weitere Gesamtziele
- Begründung für veränderte und weitere Gesamtziele
- Sind die Nahziele wie im Hilfeplan / in der Sozialpädagogischen Diagnostik angegeben noch gültig?
- veränderte und weitere Nahziele

- Begründung für veränderte und weitere Nahziele

3. Wurden die im Kontrakt / Fortschreibung festgelegten Aufgaben erfüllt?

   Welche Aufgaben werden bis zum nächsten Hilfeplangespräch übernommen?

4. Wie war die Zusammenarbeit seit dem letzten Kontrakt- / Fortschreibungsgespräch?
5. Ist die Ausgestaltung der Hilfe zu ändern und wird sie noch von allen Beteiligten mitgetragen?
6. Bei Fremdunterbringung

   Welche Voraussetzungen, die eine Rückkehr des jungen Menschen in die eigene Familie ermöglichen, wurden bereits erfüllt, welche sind noch offen?

   Wie war der Kontakt des jungen Menschen zu seinen Eltern oder wichtigen Bezugspersonen geregelt, wie wurde er wahrgenommen und wie soll er im Verlauf der weiteren Betreuung gestaltet werden?

7. weitere Vereinbarungen / ggf. Anmerkungen
8. Termin für das nächste Hilfeplangespräch
9. Entwicklungsbericht in zweifacher Ausfertigung erfolgt bis ...

- Ort / Datum / Unterschrift
- bei Bedarf: Erklärung zur Aufhebung der Leistung

Hilfeplan – Beendigung der Hilfe

- Ort / Datum
- Teilnehmer
- Hilfeart
- Hilfeform
- Leistungserbringer
- Beginn und Ende der Leistung

1. aktuelle Situation
2. Was hat sich im Vergleich zur Situationsbeschreibung im Hilfeplan / in der Sozialpädagogischen Diagnostik geändert?
3. Welche vereinbarten Gesamtziele und Nahziele wurden erreicht und welche sind noch offen?
4. Wie wird mit den noch offenen Zielvereinbarungen umgegangen?
5. Wie wird der Verlauf und die Wirkung der Hilfe bewertet aus der Sicht …

- des jungen Menschen
- des Leistungserbringers
- der Mutter / Vater / Personensorgeberechtigten
- des fallverantwortlichen Sozialpädagogen
- Sonstiger

6. Wie wird die Zusammenarbeit und die Beteiligung während des Hilfeplanverfahrens bewertet aus der Sicht …

- des jungen Menschen
- des Leistungserbringers

- der Mutter / Vater / Personensorgeberechtigten
- des fallverantwortlichen Sozialpädagogen
- Sonstiger
- Gründe für die Beendigung der Hilfe
- Bescheidbegründung
- Ort / Datum / Unterschrift

Hilfeplan – Auswertung

- Ort / Datum bzgl. Gespräch zur Beendigung der Hilfe
- Teilnehmer
- Hilfeart
- Hilfeform
- Leistungserbringer
- Beginn und Ende der Leistung

1. Gründe für das Ende der Hilfe
2. Die drei für alle Beteiligten wichtigsten Ziele (gemäß Hilfeplan) benennen und bewerten
3. Was hat die Hilfe wem gebracht?

- Gesamtbewertung der Hilfe durch die Eltern
- Gesamtbewertung der Hilfe durch den jungen Menschen

4. Wie war die Zusammenarbeit der fallverantwortlichen Fachkraft und dem Leistungserbringer?
5. Bescheidbegründung

- Ort / Datum / Unterschrift

A.10.5 Veränderungen im Hilfeplanverfahren seit Projektbeginn

Im ASD X hat zum 1. Januar 2007 eine größere Organisationsreform stattgefunden. Der ASD mit dem Aufgabenschwerpunkt „Hilfen zur Erziehung“ wurde im Jugendamt integriert. Diese Reform hatte aber keinen Einfluss auf den Verfahrensablauf bei den Hilfen zur Erziehung.

Vor Ort wird nach dem bisherigen Hilfeplanverfahren und dem Programm von PROSOZ gearbeitet.

Die Überarbeitung und Aktualisierung der amtsinternen Vorlagen wird regelmäßig durchgeführt, dies ist seit Jahren ein fortlaufender Prozess. Der ASD X nahm zusätzlich am Bundesmodellprojekt zur Fortentwicklung des Hilfeplanverfahrens von 2002 bis 2007 teil.

Aus diesem Projekt resultieren unter anderem die Änderungen in der Bedarfsfeststellung und den Zielvereinbarungen. So wurde die Bedarfsfeststellung auf vier Bereiche – familiäre und ökonomische Situation der Familie, Grundversorgung, Erziehung und Entwicklung – ausgeweitet. Zusätzlich wurden die Zielvereinbarungen konkretisiert, indem die Kollegen aufgefordert werden, in diesen vier Bereichen Ziele SMART zu formulieren und nach Leit-, Mittler- und Handlungszielen zu unterscheiden.

A.10.6 Projektverlauf im Allgemeinen Sozialdienst

Obwohl es im ASD X einige personelle Veränderungen gab und viel Motivationsarbeit vor Ort durch die Standortmitarbeiterin geleistet werden musste, zeichneten sich die Projektmitarbeiter durch eine konstante und zuverlässige Mitarbeit aus. Besonders hervorzuheben ist das Engagement zweier Mitarbeiterinnen, die ihre Fallzahlen auf Nachfrage des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe erhöhten. Die Mitarbeiterin der Experimentalgruppe erhöhte ihre Fallzahl von fünf auf zehn Fälle und die Mitarbeiterin der Kontrollgruppe von drei auf fünf Fälle. Zusätzlich konnte eine Mitarbeiterin, die zum 1. September 2005 ihre Arbeit im ASD aufnahm, für eine Teilnahme an EST! motiviert werden.

Nach Aussage des Regionalleiters wurde versäumt, die Fallzahlen spätestens zu Beginn des Jahres 2005 zu aktualisieren und auf einen realistischen Stand zu bringen. Die angegebenen Zahlen waren zu hoch und unrealistisch.

Zum 1. Januar 2007 wurde ein Reformbeschluss der am Projekt teilnehmenden Stadt, welcher unter anderem eine Umstrukturierung aller ASD-Regionen zum Inhalt hatte, umgesetzt.

Diese Umstrukturierung hatte keine Auswirkungen auf den Verlauf und die Ergebnisse des Projekt EST!.

Die Mitarbeiter des ASD X sind sehr an einer EDV-Version der Diagnose-Tabellen interessiert.

A.11 Allgemeiner Sozialdienst XI

A.11.1 Personelle Besetzung

Der Jugendamtsleiter hatte einer Teilnahme am Projekt EST! zugestimmt. Die Mitarbeiter vom Allgemeinen Sozialdienst wurden über EST! informiert und erklärten sich bereit, daran zu partizipieren. Insgesamt nahmen fünf Mitarbeiter des Amts am Projekt teil: drei in der Experimental- und zwei in der Kontrollgruppe.

Eine Mitarbeiterin der Kontrollgruppe schied zum 30. Juni 2006 aus dem Jugendamt aus.

Während der gesamten Laufzeit des Projekts gab es durchgehend einen Ansprechpartner für das Projekt, der gleichzeitig in der Kontrollgruppe tätig war.

A.11.2 Fallverteilung

Experimentalgruppe

1.1.1.17 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiterin 1 *1)	3	1	1 - § 30
Mitarbeiterin 2 *2)	2	1	1 - § 32
Mitarbeiter 3	3	1	1 - § 31
Fallanzahl gesamt	8	3	1 - § 30 1 - § 31 1 - § 32

*1) Bei zwei Fällen fand nach erfolgter sozialpädagogischer Diagnose kein Beginn der Hilfe statt, sodass diese Fälle aus der Evaluation herausfielen.

*2) Bei einem Fall fand nach erfolgter sozialpädagogischer Diagnose kein Beginn der Hilfe statt, sodass dieser Fall aus der Evaluation herausfiel.

Kontrollgruppe

1.1.1.18 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiter 1	4	4	1 - § 27(3) 1 - § 30 1 - § 32 1 - § 35
Mitarbeiterin 2 *1)	4	2	1 - § 29 1 - § 31
Fallanzahl gesamt	8	6	1 - § 27(3) 1 - § 29 1 - § 30 1 - § 31 1 - § 32 1 - § 35

*1) Bei zwei Fällen fand nach erfolgter sozialpädagogischer Diagnose kein Beginn der Hilfe statt, sodass diese Fälle aus der Evaluation herausfielen.

Anzahl der beteiligten Leistungserbringer, Experimental- und Kontrollgruppe gesamt: 10

A.11.3 Hilfeplanverfahren

Die Hilfeentscheidung und -gewährung erfolgt entsprechend einer Vereinbarung vom 22. Februar 2003 zur Zusammenarbeit von Sozialpädagogischem Fachdienst (SPFD) und der Wirtschaftlichen Jugendhilfe (WJH). Das Hilfeplanverfahren ist standardisiert sowie schriftlich dokumentiert, regelt die kooperative Ablauforganisation dieser Zusammenarbeit und umfasst die Einleitung, Entscheidung und Durchführung von Hilfen in Form von §§27ff. SGB VIII.

Das kollegiale Zusammenwirken der Sachgebiete SPFD und WJH wird durch die Entscheidungskonferenz (EK) als ein amtsinternes Kooperationsinstrument konkretisiert. Die EK besteht in ihrer Standard- bzw. Kernbesetzung aus der federführenden sozialpädagogischen Fachkraft des SPFD und der Verwaltungskraft der WJH nach Aufgabenteilung.

Die EK ist nach dem fachlichen Ermessen des SPFD durch interne Fachkräfte zu ergänzen, die entweder dem betroffenen jungen Menschen bisher oder früher Hilfe geboten haben und/oder für die Erbringung bzw. Übernahme der Hilfe in Frage kommen.

Eine „große EK“ ist in jenen Fällen erforderlich, die eine hohe Kostenrelevanz oder eine erhöhte bzw. besondere Problematik aufweisen. Entsprechend sind die beiden Sachgebietsleitungen des SPFD und WJH zu beteiligen.

Im Einzelnen ist folgender Ablauf im Hilfeplanverfahren des Allgemeinen Sozialdienstes X festgeschrieben:

1. Arbeitsschritt

Handlungsbedarf wird beim zuständigen Sozialpädagogen angemeldet oder von der Fachkraft eigenständig aufgegriffen

Beratung des jungen Menschen oder Sorgeberechtigten

Beratung …

- hat in dieser Phase allgemeinen Charakter
- soll Bedarf und Notwendigkeit des Handelns erörtern
- soll die zentralen Rechtsgrundlagen aufzeigen
- die Möglichkeiten der Förderung und Hilfe erläutern
- im Bedarfsfall das Verfahren der Hilfegewährung erklären
- unter Berücksichtigung familiärer Ressourcen erzieherischen Hilfebedarf besprechen
- im Hilfefall Auswirkungen auf die Familie verdeutlichen

2. Arbeitsschritt

Nach umfassender Beratung und fachlicher Überzeugung der sozialpädagogischen Fachkraft über Hilfebedarf erfolgt die Aushändigung der Antragsunterlagen (dreifach)

3. Arbeitsschritt

zweifacher Rücklauf des Antrags

Prüfung der sachlichen und örtlichen Zuständigkeit durch …

- Sozialpädagogischen Fachdienst
- Wirtschaftliche Jugendhilfe
- Sozialpädagogischen Fachdienst (Grundlage Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen)

Zur Feststellung des Hilfebedarfs ist eine psychosoziale Diagnose (eingehende Anamnese und Darstellung des Sachverhalts) unter Betroffenenbeteiligung zu erstellen

Entwicklung, Stärken und Schwächen des Hilfeempfängers und des Familiensystems sind aufzuzeigen

Problemfelder sind in ihrer zeitlichen Entstehung herauszuarbeiten

Bedingungen des sozialen Umfeldes sind zu erfassen

Wunsch- und Wahlrecht der Personensorgeberechtigten hinsichtlich der Gestaltung der Hilfe ist zu berücksichtigen

Zusammenfassung der Erkenntnisse im Hilfeplan

Prüfung durch Wirtschaftliche Jugendhilfe

Beratung über Heranziehung zu den Kosten

Beratung über die Überleitung von Unterhaltsbeträgen

nach Möglichkeit Berechnung der konkreten Beiträge

4. Arbeitsschritt

Anberaumung der Entscheidungskonferenz

Mitglieder erhalten vorab schriftliche Unterlagen

Entscheidungskonferenz

Mitglieder der kleinen Entscheidungskonferenz:

- federführende sozialpädagogische Fachkraft
- Verwaltungsfachkraft der Wirtschaftlichen Jugendhilfe nach Aufgabenteilung

Mitglieder der großen Entscheidungskonferenz:

- wie bei kleiner Entscheidungskonferenz
- zuzüglich Sachgebietsleitungen des Sozialpädagogischen Fachdienstes und der Wirtschaftlichen Jugendhilfe

5. Arbeitsschritt

Entscheidungskonferenz entscheidet über die Hilfe und deren Form

- Sie entscheidet über fachlich notwendige und geeignete Hilfe
- Sie legt die Ziele der Hilfe fest
- Sie soll einvernehmlich entscheiden

kleine Entscheidungskonferenz

- intensive Erziehungsbeistandschaft
- SPFH
- Erziehung in einer Tagesgruppe
- Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform
- Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte in (teil-)stationärer Form
- Hilfe für junge Volljährige in stationärer Form

große Entscheidungskonferenz

- hohe Kostenrelevanz oder besondere Problematik

- ISE einschließlich erlebnispädagogischer Maßnahmen
- Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte in (teil-)stationärer Form
- Hilfe in geschlossenen Einrichtungen
- Hilfe mit Bezug zum Opferentschädigungsgesetz
- Hilfe in Verbindung mit Leistungen der Arbeitsverwaltung
- Hilfe in Einrichtungen ohne Entgelt- und/oder Leistungsvereinbarungen
- Hilfe in Einrichtungen, die über die bestehende Entgeltvereinbarung hinaus weiter kostenrelevante Maßnahmen erfordert
- Hilfe für junge Volljährige, die voraussichtlich oder gesichert über das 21. Lebensjahr hinausgeht

6. Arbeitsschritt

Sozialpädagogische Fachkraft vermittelt Ergebnis der Entscheidungskonferenz den Personensorgeberechtigten und dem jungen Menschen

Kontaktaufnahme mit Einrichtungen / Diensten

Übersendung der Unterlagen mit schriftlicher Anfrage

Vereinbarung von Vorstellungsgespräch(en)

7. Arbeitsschritt

Festsetzung des Hilfebeginns

Bescheid über Hilfe durch …

- Sozialpädagogische Fachkraft
- Wirtschaftliche Jugendhilfe (Leistungsbescheid)

8. Arbeitsschritt

Erstellung einer förmlichen Akte durch Abteilungsbüro

Erfassung aller statistisch relevanten Daten

Fallkonferenzen fachkollegialer Art sind grundsätzlich zu jedem Zeitpunkt und zwischen jedem Arbeitsschritt möglich.

9. weitere Arbeitsschritte

Fortschreibung des Hilfeplans (halbjährlicher Turnus)

Veränderungen grundsätzlicher Art sind erneut in der Entscheidungskonferenz zu behandeln

A.11.4 Inhalte des Hilfeplans

Stammdaten des Hilfeempfängers

Daten von Eltern / Vormund / Pfleger

Sorgerecht, Wirkungskreis

Daten der Geschwister / Bezugspersonen

Aufenthaltsverhältnisse des jungen Menschen

bisherige Hilfen

schulischer / beruflicher Werdegang des jungen Menschen

Beteiligte an der Erstellung des Hilfeplans

Anamnese / Familiensituation / Biografie

1. Problemsituation (Gründe für die Hilfegewährung) …
   - aus der Sicht des jungen Menschen
   - aus der Sicht der Eltern / Vormund / Pflegers
   - aus der Sicht der sozialpädagogischen Fachkraft
   - aus der Sicht Sonstiger
2. Diagnostik
3. Hilfebedarf …
   - aus der Sicht des jungen Menschen
   - aus der Sicht der Eltern
   - aus der Sicht der Fachkraft
   - aus der Sicht Sonstiger

Perspektiven

4. Beschlussfassung des Entscheidungsteams
   notwendige und geeignete Art der Hilfe
5. Zielsetzung der Hilfe

5.1 vorhandene Ressourcen der Familie

5.2 Grobziele

5.3 Teilziele und Handlungsschritte

6. zeitlicher Rahmen

Ausgewählte Hilfeart

Wunsch / Wahlrecht

Ort / Datum / Unterschrift

A.11.5 Veränderungen im Hilfeplanverfahren seit Projektbeginn

Vor Ort wird nach dem bisherigen Verfahren und Vorlagen gearbeitet. Das Amt hat inzwischen die AKDB Software inkl. ASD-Modul installiert. Seit 1. August 2007 ist die Eingabe der Basisdaten für jeden Fall mit OK.JUG verpflichtend eingeführt worden. Mehr Anwendungen hat es bislang mit diesem Programm nicht gegeben, da es nicht kompatibel mit dem bisherigen Hilfeplanverfahren ist.

A.11.6 Projektverlauf im Allgemeinen Sozialdienst

Die Projektmitarbeiter des ASD XI zeichneten sich durch eine sehr konstante und zuverlässige Mitarbeit aus. Die eingebrachten Fälle der ausgeschiedenen Mitarbeiterin der Kontrollgruppe wurden von anderen Mitarbeitern des Amts übernommen und blieben dadurch dem Projekt EST! erhalten. Besonders hervorzuheben ist dabei, dass ein Mitarbeiter dazu bereit war, zusätzlich die noch ausstehenden Evaluationsinstrumente für diese Fälle in Zusammenarbeit mit anderen Mitarbeitern auszufüllen und fristgerecht an das Institut für Kinder- und Jugendhilfe zu senden.

Überlegungen, ein anderes EDV-gestütztes Diagnoseverfahren beim Allgemeinen Sozialdienst zu verwenden, wurden durch die Teilnahme am Projekt EST! nicht weiter verfolgt. EST! wurde absolute Priorität eingeräumt.

Ein Mitarbeiter des am Projekt beteiligten Jugendamts war an der Entwicklung der Diagnose-Tabellen beteiligt, partizipierte aber nicht an der Praxisphase von EST!.

A.12 Allgemeiner Sozialdienst XII

A.12.1 Personelle Besetzung

Die Leitung des Jugendamts stimmte der Teilnahme am Projekt EST! zu und informierte die Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialdienstes. Die Mitarbeiter des ASD XII hatten großes Interesse, am Projekt mitzuwirken. Insgesamt nahmen neun Mitarbeiter teil: vier in der Experimental- und fünf in der Kontrollgruppe. Im September 2005 verließ eine Mitarbeiterin der Kontrollgruppe das Projekt, da sie mit anderen Aufgaben im Amt betraut worden war.

Während der gesamten Laufzeit von EST! gab es durchgehend einen Ansprechpartner für das Projekt, den Leiter des am Projekt teilnehmenden Jugendamts.

A.12.2 Fallverteilung

Experimentalgruppe

1.1.1.19 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiterin 1	6	4	2 - § 32 2 - § 34
Mitarbeiterin 2	5	1	1 - § 32
Mitarbeiterin 3	6	4	2 - § 30 1 - § 31 1 - § 32
Mitarbeiterin 4	6	4	3 - § 31 1 - § 32
Fallanzahl gesamt	23	13	2 - § 30 4 - § 31 5 - § 32 2 - § 34

Kontrollgruppe

1.1.1.20 Mitarbeiter	Fallanzahl, geplant 07.04	Fallanzahl, Stand 03.07	Verteilung der Fälle nach § 27 SGB VIII Stand 03.07
Mitarbeiterin 1 *1)	4	0	
Mitarbeiterin 2	4	2	1 - § 30 1 - § 32
Mitarbeiter 3	6	1	1 - § 31
Mitarbeiter 4	3	1	1 - § 34
Mitarbeiter 5	6	2	2 - § 32
Fallanzahl gesamt	23	6	1 - § 30 1 - § 31 3 - § 32 1 - § 34

*1) Die Mitarbeiterin stieg zum 1. September 2005 aus dem Projekt aus und übernahm innerhalb des Amts anderweitige Aufgaben. Ihre Stelle im Projekt wurde nicht neu besetzt.

Anzahl der beteiligten Leistungserbringer, Experimental- und Kontrollgruppe gesamt: 15

A.12.3 Hilfeplanverfahren, Stand Juli 2003

Das Hilfeplanverfahren im Allgemeinen Sozialdienst XII erfolgt seit 2002 nach der Vorlage des ZBFS und wird schriftlich dokumentiert.

Hilfepläne werden grundsätzlich vor Einleitung einer Maßnahme erstellt und mindestens halbjährlich, bei Bedarf öfter, fortgeschrieben. Im Hilfeplan erfolgen eine zeitliche Vorgabe/Befristung und eine Zielvereinbarung für die jeweilige Hilfe. Vor jeder Fortschreibung des Hilfeplans wird vom Leistungserbringer ein Entwicklungsbericht angefordert.

Die Mitarbeiter des ASD werden regelmäßig und intensiv geschult, um möglichst qualifiziert die Hilfeprozesse zu steuern.

Vor der Einleitung der Hilfen werden Teamentscheidungen herbeigeführt. Mit dieser Verfahrensweise wurden bisher gute Erfolge erzielt.

Im Einzelnen ist folgender Ablauf im Hilfeplanverfahren des ASD festgeschrieben:

Alle Hilfen nach §§ 27ff. SGB VIII, die Kosten verursachen, werden gemeinsam zwischen den Sachbearbeitern des sozialpädagogischen Fachdienstes (Grundlage Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen) und der Wirtschaftlichen Jugendhilfe besprochen. Schwierige Fälle werden in der Regel in einmal wöchentlich stattfindenden Team- bzw. Dienstbesprechungen erörtert. Besonders bei kostenintensiven teil- oder vollstationären Maßnahmen findet ein Teamgespräch mit dem zuständigen Bezirkssozialpädagogen und den Leitungen des sozialpädagogischen Fachdienstes und der Wirtschaftlichen Jugendhilfe sowie ggf. der Amtsleitung statt.

Teamgespräche sind bei Bedarf bzw. in jedem Stadium des Hilfeplanverfahrens grundsätzlich möglich.

A.12.4 Inhalte des Hilfeplans

Hilfeplan – Leistungsanspruch

- Welcher Leistungsanspruch besteht?
- Daten der Personensorgeberechtigten
- Durch wen wurde die Hilfe angeregt?
- Daten des jungen Menschen
- Aufenthalt / bisherige Aufenthaltsverhältnisse
- Geschwister
- sonstige wichtige Bezugspersonen
- derzeitige soziale Betreuungsform
- aktuelle pädagogische oder therapeutische Hilfen
- Versicherungen
- Impfungen
- Anmerkungen / Sonstiges
- Ort / Datum / Unterschrift

Hilfeplan – Bedarf

- junger Mensch
- anspruchsberechtigt
- Hilfebedarf …
  - aus der Sicht des jungen Menschen

  - aus der Sicht der Eltern (Personensorgeberechtigten)
  - aus der Sicht der Fachkraft
  - aus der Sicht Sonstiger
- Perspektiven
- Erläuterung, Begründung
- Zielsetzungen
  - im Hinblick auf Erleben und Verhalten des jungen Menschen und seine Entwicklung
  - im Hinblick auf die Familie bzw. sonstige wichtige Bezugspersonen
  - im Hinblick auf die Beziehung des jungen Menschen zu seiner Herkunftsfamilie
  - sonstige Zielsetzungen
- notwendige und geeignete Art der Hilfe
- Ausgestaltung der Hilfe
- Ort / Datum / Unterschrift

Hilfeplan – Fortschreibung

- junger Mensch
- anspruchsberechtigt
- Überprüfung des Hilfeplans (Ort, Datum)
- Teilnehmer
- Ergebnisse
- Erläuterung
- Erklärung
- Kenntnisnahme und Zustimmung
- Datum / Unterschrift
- Zeitpunkt der nächsten Überprüfung

A.12.5 Veränderungen im Hilfeplanverfahren seit Projektbeginn

Vor Ort wird nach dem bisherigen Verfahren und Vorlagen gearbeitet. Das Amt arbeitet mit der AKDB Software. 2006 wurde das ASD-Modul installiert. Bisher wurde es nur zur Erfassung der Basisdaten verwendet. Die Anwendung der Diagnose-Tabellen und weiterer Vordrucke in OK.JUG werden als wenig praktikabel beschrieben. Aus diesem Grund werden nach wie vor die Vorlagen des ZBFS verwendet.

A.12.6 Projektverlauf im Allgemeinen Sozialdienst

Die Mitarbeiter des ASD XII waren anfangs sehr motiviert, an dem Projekt EST! teilzunehmen. Jedoch zweifelten sie bereits zu Beginn des Projekts die Höhe von sechs Fällen pro Mitarbeiter an. Sie sahen sich nicht in der Lage, diese geplante Fallzahl pro Mitarbeiter einzubringen.

Im Mai 2005 teilte der Jugendamtsleiter der Standortmitarbeiterin in einem Gespräch vor Ort mit, dass das Jugendamt die Absicht habe, aufgrund der hohen Arbeitsbelastung aus dem Projekt auszusteigen.

Diese Mitteilung wurde zum Anlass genommen, um in einem Arbeitstreffen, an dem Mitarbeiter der Experimental- und Kontrollgruppe des Allgemeinen Sozialdienstes, der Jugendamts-

leiter, Vertreter des ZBFS und des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe im September 2005 teilnahmen, die bis zu diesem Zeitpunkt aufgetretenen Probleme der Projektmitarbeiter aufzunehmen, die mit dem weiteren Projektverlauf verbundenen Arbeitsschritte darzulegen, die Mitarbeiter für eine weitere Zusammenarbeit zu motivieren und das weitere Vorgehen abzustimmen. Nach diesem Arbeitstreffen stimmten die Mitarbeiter dem Verbleib im Projekt EST! zu.

Der Jugendamtsleiter bedauerte es sehr, dass es versäumt wurde, bereits zu Beginn des Projekts die Fallzahlen nach unten zu korrigieren und einem realistischen Stand anzugleichen. Die angegeben Fallzahlen waren zu hoch und unrealistisch.

Trotz der beschriebenen Schwierigkeiten und dem Ausscheiden einer Mitarbeiterin der Kontrollgruppe aus EST! muss hervorgehoben werden, dass sich die Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialdienstes XII sehr konstant und zuverlässig am Projekt beteiligt haben. Insbesondere trug eine Mitarbeiterin der Experimentalgruppe dafür Sorge, dass alle EDV-technischen Fragen gelöst werden konnten und dass die Instrumente regelmäßig an das Institut für Kinder- und Jugendhilfe gesandt wurden.

B Kosten der Hilfen zur Erziehung

B.1 In Bayern

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Hilfen zur Erziehung nach §§ 27ff. SGB VIII, Kosten insgesamt (Euro)	358.254	386.917	406.893	416.873	410.901	414.299
Hilfen zur Erziehung nach §§ 27ff. SGB, Anzahl insgesamt	58.653	60.056	64.951	65.082	63.333	65.273
Erziehungsberatung § 28	37.514	36.214	39.961	38.812	41.138	41.799
Soziale Gruppenarbeit § 29	319	398	313	451	282	313
Erziehungsbeistand § 30	1.955	2.329	2.321	2.660	3.011	2.946
Betreuungshelfer § 30	500	596	605	647	580	439
Sozialpädagogische Familienhilfe § 31	1.373	1.961	2.439	2.365	2.881	3.149
Sozialpädagogische Tagesgruppe § 32	2.273	2.598	2.808	2.984	2.427	2.757
Vollzeitpflege § 33	6.131	6.463	6.780	7.043	6.174	6.522
Unterbringung nach § 34	8.189	8.927	9.140	9.506	6.658	7.152
ISE § 35	399	570	584	614	182	196

B.2 In der Bundesrepublik Deutschland

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Hilfen zur Erziehung nach §§ 27ff. SGB VIII, Kosten insgesamt (Euro)	3.957.826	4.171.047	4.336.310	4.357.188	4.390.198	4.365.449
Hilfen zur Erziehung nach §§ 27ff. SGB VIII, Anzahl insgesamt	402.951	415.808	435.058	443.433	451.288	456.696
Erziehungsberatung § 28	282.057	289.556	301.650	304.972	309.357	310.561
Soziale Gruppenarbeit § 29	13.881	14.094	14.837	15.411	15.580	15.926
Erziehungsbeistand § 30	21.891	22.795	23.941	25.957	26.636	27.521
Betreuungshelfer § 30	9.017	9.619	9.684	9.554	9.664	9.585
Sozialpädagogische Familienhilfe § 31	33.936	37.861	41.885	45.187	48.302	52.786
Sozialpädagogische Tagesgruppe § 32	6.475	6.581	6.879	6.954	6.970	7.072
Vollzeitpflege § 33	8.372	8.584	8.775	8.948	9.043	8.616
Unterbringung nach § 34	25.702	25.241	25.642	24.898	24.184	23.181
ISE § 35	1620	1477	1765	1552	1552	1448

C Gliederung einer optimierten Fassung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls vor?
- Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Hilfe zur Erziehung vor?

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls vor?**

  Grundversorgung des Kindes

  Situation der Familie

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Hilfe zur Erziehung vor?**

  Vom Wohl des Kindes oder Jugendlichen aus betrachtet

  Von der Erziehungssituation aus gesehen

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls vor?**

Grundversorgung des Kindes

1. Medizinische Versorgung
2. Ernährung
3. Hygiene
4. Aufsicht
5. Obdach

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls vor?**

Situation der Familie

6. Wirtschaftliche Situation
7. Wohnverhältnisse
8. Gesundheit der Eltern
9. Erziehungsverhalten der Eltern
10. Mitarbeit der Personensorgeberechtigten

Zentrum Bayern
Familie und Soziales
Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Hilfe zur Erziehung vor?**

Vom Wohl des Kindes oder Jugendlichen aus betrachtet

11. Körperliche Gesundheit
12. Seelisches Wohlbefinden
13. Sozialverhalten
14. Leistungsbereich
15. Selbstständigkeit

Zentrum Bayern
Familie und Soziales
Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Hilfe zur Erziehung vor?**

Vom Wohl des Kindes oder Jugendlichen aus betrachtet

16. Familiäre Beziehungen
17. Erziehungsleitende Vorstellungen
18. Entwicklungsförderung
19. Lebensgeschichte
20. Integration

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls vor?**

Grundversorgung des Kindes

1. Medizinische Versorgung

1.1. Sichtbare Verletzungen des Kindes sind nicht plausibel erklärbar.
1.2. Ärztliche Untersuchungen und Behandlungen werden nur lückenhaft wahrgenommen.

1.3. Krankenversicherungsschutz, ärztliche Diagnose und Behandlung sind sichergestellt.
1.4. Der Schutz des Kindes vor Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung ist ausreichend.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls vor?**

Grundversorgung des Kindes

2. Ernährung

2.1. Das Kind bekommt genug zu trinken und zu essen.
2.2. Es gibt Hinweise auf gravierende Ernährungsprobleme.

2.3. Das Kind wirkt wohlgenährt.
2.4. Die Ernährung des Kindes erscheint vernünftig und altersgemäß.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls vor?**

Grundversorgung des Kindes

3. Hygiene

3.1. Die Körperpflege des Kindes ist unzureichend.
3.2. Die Bekleidung des Kindes lässt zu wünschen übrig.

3.3. Das Kind wirkt gepflegt.
3.4. Die Bekleidung des jungen Menschen ist angemessen.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls vor?**

Grundversorgung des Kindes

4. Aufsicht

4.1. Die Aufsicht über den jungen Menschen ist unzureichend.
4.2. Der junge Mensch hält sich an jugendgefährdenden Orten auf.

4.3. Die Aufsicht ist altersgemäß gewährleistet.
4.4. Der Schutz vor Gefährdungen erscheint ausreichend.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls vor?**

Grundversorgung des Kindes

5. Obdach

5.1. Der junge Mensche hat kein Dach über dem Kopf.
5.2. Das Kind verfügt über keine geeignete Schlafstelle.

5.3. Die Unterkunft ist zunächst gesichert.
5.4. Es gibt eine Schlafgelegenheit.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls vor?**

Grundversorgung des Kindes

6. Wirtschaftliche Situation

6.1. Das Einkommen der Familie reicht nicht.
6.2. Finanzielle Altlasten sind vorhanden.

6.3. Einkünfte sichern das Existenzminimum.
6.4. Schulden werden reguliert.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls vor?**

Grundversorgung des Kindes

7. Wohnverhältnisse

7.1. Die Lage der Wohnung ist ungünstig.
7.2. Der Zustand der Wohnung ist besorgniserregend.

7.3. Die Familie kommt mit den gegebenen Wohnverhältnissen zurecht.
7.4. Ausstattung und Pflege der Wohnung entsprechen den Umständen.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls vor?**

Grundversorgung des Kindes

8. Gesundheit der Eltern

8.1. Ein Elternteil ist psychisch krank bzw. suchtkrank.
8.2. Ein Elternteil ist aufgrund einer chronischen Krankheit oder Behinderung gehandicapt.

8.3. Eine laufende Therapie verspricht Erfolg.
8.4. Einschränkungen der Teilhabe werden durch Schutzfaktoren kompensiert.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls vor?**

Grundversorgung des Kindes

9. Erziehungsverhalten der Eltern

9.1. Das Erziehungsverhalten der Eltern schädigt das Kind.
9.2. In der Familie dominieren aggressive Verhaltensweisen.

9.3. Die Sorgeberechtigten zeigen Einfühlungsvermögen.
9.4. In der Familie herrscht eine lebhafte Kommunikations- und Kooperationskultur.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls vor?**

Grundversorgung des Kindes

10. Mitarbeit der Personensorgeberechtigten

10.1. Sie sind nicht in der Lage, die Gefährdung abzuwenden.
10.2. Es mangelt an Problemeinsicht und Kooperationsbereitschaft.

10.3. Hilfsangebote der Kinder- und Jugendhilfe werden angenommen.
10.4. Andere Leistungsträger, Einrichtungen oder Dritte helfen, die Gefährdung abzuwenden.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Hilfe zur Erziehung vor?**

Vom Wohl des Kindes oder Jugendlichen aus betrachtet

11. Körperliche Gesundheit

11.1. Der körperliche Entwicklungsstand des jungen Menschen weicht von dem für sein Lebensalter typischen Zustand ab.
11.2. Krankheiten häufen sich.

11.3. Größe und Gewicht des jungen Menschen liegen für sein Alter im Normalbereich.
11.4. Mit körperlichen Beeinträchtigungen wird angemessen umgegangen.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Hilfe zur Erziehung vor?**

Vom Wohl des Kindes oder Jugendlichen aus betrachtet

12. Seelisches Wohlbefinden

12.1. Es gibt Anzeichen psychischer Störungen.
12.2. Es besteht die Gefahr einer Suchterkrankung.

12.3. Der junge Mensch hat eine gute Bindung zu wenigstens einer erwachsenen Bezugsperson.
12.4. Der junge Mensch verfügt über ein positives Selbstkonzept.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Hilfe zur Erziehung vor?**

Vom Wohl des Kindes oder Jugendlichen aus betrachtet

13. Sozialverhalten

13.1. Die Sozialkontakte des jungen Menschen sind eingeschränkt.
13.2. Dem jungen Menschen fällt es schwer, Regeln und Grenzen zu beachten.

13.3. Der junge Mensch zeichnet sich durch eine hohe Sozialkompetenz aus.
13.4. Der junge Mensch ist beliebt im Freundeskreis.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Hilfe zur Erziehung vor?**

Vom Wohl des Kindes oder Jugendlichen aus betrachtet

14. Leistungsbereich

14.1. Die Schwächen des jungen Menschen im Leistungsbereich sind offensichtlich.
14.2. In Kita, Schule, Ausbildungs-, Arbeitsstelle gibt es Konflikte.

14.3. Der junge Mensch zeichnet sich durch besondere Fähigkeiten und Leistungen aus.
14.4. Die Chancen der Betreuung, Erziehung, schulischen oder beruflichen Bildung werden genutzt.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Hilfe zur Erziehung vor?**

Vom Wohl des Kindes oder Jugendlichen aus betrachtet

15. Selbstständigkeit

15.1. Der junge Mensch zeigt Defizite in der Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben.
15.2. Die Selbstständigkeit des jungen Menschen wird zu wenig gefördert.

15.3. Der junge Mensch zeigt ein gutes Potenzial, seinen Lebensalltag zu bewältigen.
15.4. Der junge Mensch wird in seiner Entwicklung zu einer eigen-verantwortlichen Persönlichkeit gefördert und gefordert.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Hilfe zur Erziehung vor?**

Vom Wohl des Kindes oder Jugendlichen aus betrachtet

16. Familiäre Beziehungen

16.1. Die Familienkonstellation birgt Risiken.
16.2. Das Familienklima ist gestört.

16.3. Die elterlichen Sorge- und Umgangsrechte sind geregelt.
16.4. Innerhalb des Familienverbands gibt es tragfähige Beziehungen.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Hilfe zur Erziehung vor?**

Vom Wohl des Kindes oder Jugendlichen aus betrachtet

17. Erziehungsleitende Vorstellungen

17.1. Regeln und Grenzen werden nicht eingehalten.
17.2. Die Vorstellungen der maßgeblichen Bezugspersonen sind recht unterschiedlich.

17.3. Die Sorgeberechtigten geben der Erziehung Struktur.
17.4. Normen und Werte werden vermittelt.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Hilfe zur Erziehung vor?**

Vom Wohl des Kindes oder Jugendlichen aus betrachtet

18. Entwicklungsförderung

18.1. Die Sorgeberechtigten sind überfordert.
18.2. In der Gestaltung der Freizeit treten Risiken zutage.

18.3. Die Entwicklung des jungen Menschen wird altersgemäß gefördert.
18.4. Freizeit und Erholung kommen nicht zu kurz.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Hilfe zur Erziehung vor?**

Vom Wohl des Kindes oder Jugendlichen aus betrachtet

19. Lebensgeschichte

19.1. Risikofaktoren in der Biografie der Eltern wirken nach.

19.2. Frühere Lebensereignisse belasten immer noch die Biografie des jungen Menschen.

19.3. Schicksalsschläge konnten konstruktiv bewältigt werden.

19.4. Die Schutzfaktoren überwiegen im bisherigen Leben des jungen Menschen.

IKJ

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

- **Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Hilfe zur Erziehung vor?**

Vom Wohl des Kindes oder Jugendlichen aus betrachtet

20. Integration

20.1. Die Familie ist sozial isoliert.

20.2. Der Umgang mit extremistischen weltanschaulichen Gruppierungen gibt zur Sorge Anlass.

20.3. Die Familie ist sozial und kulturell integriert.

20.4. Das Wohnumfeld bietet eine nutzbare soziale Infrastruktur.

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls vor?

Grundversorgung des Kindes

1. Gesundheit

1.1. Sichtbare Verletzungen des Kindes sind nicht plausibel erklärbar.

Konkretisierung	Altersspezifische Beispiele
☐ Verletzungen sind womöglich auf Bestrafung oder unkontrollierte Gefühlsausbrüche zurückzuführen.	☐ Die Art der Verletzung (z. B. Quetschung der Mundwinkel, Bissmarken, Verbrennungen durch Zigaretten, Griffmarken Hämatome an geschützten gepolsterten Stellen, Abdrücke einer Hand, von Stock oder Gürtel, Frakturen, Schädel-verletzungen) kann nicht auf Unbeholfenheit zurückgeführt werden. (0 – 3, 3 – 6, 6 – 14 Jahre) ☐ Die Art der Verletzung kann nicht auf die kindliche Über-schätzung seines/ihres Könnens bzw. Unterschätzung der Gefahr zurückgeführt werden. (0 – 3, 3 – 6 Jahre)

IKJ
ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Konkretisierung	Altersspezifische Beispiele
☐ Verletzungen selbst zugefügt.	
☐ Neigt zu Unfällen.	
☐ Der junge Mensch ist Opfer sexueller Gewalt.	☐ Die Grenzen der Intimität werden überschritten. ☐ Erleben sexueller Handlungen Erwachsener. ☐ Nötigung zu sexuellen Handlungen. (3 – 6, 6 – 14, 14 – 18 Jahre) ☐ unerwünschte Zuwendungen (3– 6, 6 – 14, 14 – 18 Jahre) ☐ Zwangsverheiratung (ab 14 Jahre)
☐ Das Kind wird für kriminelle Zwecke aus-genutzt.	
☐	

Sozialpädagogische Diagnose - Tabellen

Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Hilfe zur Erziehung vor?

Vom Wohl des Kindes oder Jugendlichen aus betrachtet

13. Sozialverhalten

13.2. Dem jungen Menschen fällt es schwer, Regeln und Grenzen zu beachten.

Konkretisierung	Altersspezifische Beispiele
Regelverstöße	im häuslichen Bereich (0 – 3, 3 – 6, 6 – 14, 14 – 18 Jahre) in der Kindertagesstätte (0 – 3, 3 – 6, 6 – 14 Jahre) in der Schule (6 – 14, 14 – 18 Jahre) im Sozialraum (3 – 6, 6 – 14, 14 – 18 Jahre)

IKJ
ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

Konkretisierung	Altersspezifische Beispiele
Kann nicht verlieren. Denkt nur an sich, will nicht teilen. Äußerungen entsprechen häufig nicht der Wahrheit. Prahlt, schneidet auf, gibt an. Leicht erregbar, unbeherrscht, jähzornig. Verhält sich rücksichtslos, schüchtert andere ein oder bedroht sie. Sucht Streit, gerät in Raufereien, greift andere körperlich an. Grausam zu Tieren. Richtet Zerstörungen an, beschädigt Sachen, zündelt. Zeigt sexuell übergriffiges Verhalten.	
gewichtige Tatverdachtsmomente	Diebstahl Sachbeschädigung Körperverletzung Raub Erpressung Fahren ohne Fahrerlaubnis Leistungserschleichung (Schwarzfahrer)

Konkretisierung	Altersspezifische Beispiele
Delikte offensichtlich.	Art und Umfang polizeilicher Ermittlungen besorgniserregend. Jugendgerichtliche Entscheidungen gravierend (ab 14 Jahre)
Die Sorgeberechtigten haben keinen Einfluss auf die Gesetzesverstöße.	Bagatellisierung autoritäre Bewältigungsversuche inkonsistente Reaktionen Übermacht des Kindes oder Jugendlichen
Die Familie leidet unter den Gesetzesverstößen des jungen Menschen.	Die Familie ordnet sich dem kleinen „Tyrannen“ unter. Das Kind / der/die Jugendliche prägt den Kommunikationsstil in der Familie. Den erwachsenen Bezugspersonen gelingt es nicht, sich Respekt zu verschaffen. Das Kind / der/die Jugendliche erfährt Machtgewinn aus seiner/ihrer Strategie zu kommunizieren bzw. zu handeln.
Die Situation droht zu eskalieren.	Wiederholungstaten zunehmende Intensität der Gesetzesverstöße Die Rückfallgefahr steigt.

IKJ
ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt

17.3. Die Sorgeberechtigten geben der Erziehung Struktur

Konkretisierung	*Altersspezifische Beispiele*
Altersgemäße Vermittlung von Regeln und Grenzen. *Die Sorgeberechtigten haben klare Orientierungsmaßstäbe.*	*Sie gehen mit sich selbst, in der Partnerschaft und mit anderen sorgsam und respektvoll um.* *Das Kind erfährt Wertschätzung und Orientierung im Elternhaus. (0 – 3, 3 – 6, 6 – 14 Jahre)* *Soziales Verhalten wird in Schule und Freizeit bestärkt. (6 – 14, 14 – 18 Jahre)* *Regelverstöße ziehen zeitnah Konsequenzen nach sich. (6 – 14, 14 – 18 Jahre)* *Dem Kind, der/dem Jugendlichen wird die Chance eingeräumt, aus Fehlern zu lernen. (6 – 14, 14 – 18 Jahre)* *Wiedergutmachung oder Täter-Opfer-Ausgleich ist möglich. (6 – 14, 14 – 18 Jahre)*
Sie können das Kind positiv beeinflussen.	*Das Kind kann sich an ethisch-moralischen Wertmaßstäben orientieren. (3 – 6, 6 – 14, 14 – 18 Jahre)* *Ge- und Verbote werden verständlich vermittelt. (3 – 6, 6 – 14, 14 – 18 Jahre)* *Der/die Jugendliche hat Gelegenheit, sich mit Recht und Gesetz auseinanderzusetzen. (6 – 14, 14 – 18 Jahre)*

Konkretisierung	Altersspezifische Beispiele
☐ *Ein eigener Entfaltungsspielraum wird dem Kind zugestanden.*	☐ *Die Einhaltung sozial verträglicher Normen und Werte lässt trotzdem ein eigenes Experimentieren zu. (3 – 6, 6 – 14 Jahre)* ☐ *Die Sorgeberechtigten sind bereit, sich über Regeln und Grenzen, Normen und Wertvorstellungen auch kritisch auseinanderzusetzen. (6 – 14, 14 – 18 Jahre)* ☐ *Die/der Jugendliche kann die Spielregeln des Zusammenlebens aktiv mitgestalten. (14 – 18 Jahre)* ☐ *Der/die Jugendliche zeigt Verantwortungsbewusstsein gegenüber sich und anderen. (14 – 18 Jahre)*
☐ *verlässlicher Rhythmus im Tagesablauf*	☐ *Das Kind kann sich darauf einstellen, wann Essens- und wann Schlafenszeit ist. (0 – 3 Jahre)* ☐ *Regelmäßige Schlafenszeiten werden mit Einschlafritualen wie Vorlesen, Schmusekissen, Kuscheltier verbunden. (0 – 3, 3 – 6 Jahre)* ☐ *Das Kind kann sich darauf verlassen, wann es vom Kindergarten abgeholt wird. (3 – 6 Jahre)* ☐ *Die Tagesstruktur lässt die Berücksichtigung situativer Erfordernisse zu. (3 – 6, 6 – 14 Jahre)* ☐ *Zeitliche Absprachen werden in der Regel eingehalten (6 – 14 Jahre)* ☐ *Schulische oder berufliche Pflichten haben unter der Tagesplanung nicht zu leiden. (6 – 14, 14 – 18 Jahre)*

D Mitgliederverzeichnis Projektbeirat „Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen“

Vorsitzender: Bernhard Zapf

Dr. **Deuerlein**, Monika	Landesverband Kath. Einrichtungen und Dienste der Erziehungshilfen in Bayern e.V. Lessingstr. 1, 80336 München
Dr. **Dillig**, Peter	LAG für Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung in Bayern e.V. Humboldstr. 22, 91126 Schwabach
Dr. **Flosdorf**, Peter	Boßletstr. 1, 97074 Würzburg
Hillmeier, Hans	Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt Winzererstr. 9, 80797 München
Hübert, Elke	Stadt Ingolstadt Stadtjugendamt Postfach 21 09 64, 85024 Ingolstadt
Hübsch, Christian	Stadt Bayreuth Stadtjugendamt Postfach 10 10 52, 95410 Bayreuth
Hülsmann, Elsbeth	Der Paritätische Wohlfahrtsverband Landesverband Bayern e.V. Düsseldorfer Str. 22, 80804 München
Dr. **Kurz-Adam**, Maria	Hauptstr. 51, 86925 Fuchstal-Leeder
Krug, Eberhard	Landratsamt Aichach-Friedberg Kreisjugendamt Postfach 13 40, 86544 Aichach

Lerch-Wolfrum, Gabriela	Bayerisches Staatsministerium für Arbeit u. Sozialordnung, Familie u. Frauen Winzererstr. 9, 80797 München
Löwe, Birgit	Diakonisches Werk Bayern Pirckheimerstr. 6, 90408 Nürnberg
Prof. Dr. **Macsenaere**, Michael	IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH Saarstraße 1, 55122 Mainz
Paries, Gabriele	IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH Saarstraße 1, 55122 Mainz
Dr. **Pschibl**, Kerstin	Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt Winzererstr. 9, 80797 München
Dr. **Sauter**, Robert	Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt Winzererstr. 9, 80797 München
Stöger, Wolfgang	Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Oberbayern e.V. Edelsbergstr. 10, 80686 München
Zapf, Bernhard	Diakonisches Werk Bayern Pirckheimerstr. 6, 90408 Nürnberg

E Mitgliederverzeichnis Steuerungsgruppe

Vorsitzender: Dr. Robert Sauter

Hillmeier, Hans	Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt Winzererstr. 9, 80797 München
Lerch-Wolfrum, Gabriela	Bayerisches Staatsministerium für Arbeit u. Sozialordnung, Familie u. Frauen Winzererstr. 9, 80797 München
Prof. Dr. **Macsenaere**, Michael	IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH Saarstraße 1, 55122 Mainz
Paries, Gabriele	IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH Saarstraße 1, 55122 Mainz
Dr. **Pschibl**, Kerstin	Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt Winzererstr. 9, 80797 München
Dr. **Sauter**, Robert	Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt Winzererstr. 9, 80797 München

Gäste

Arnold, Jens	IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH Saarstraße 1, 55122 Mainz
Huber, Gertraud	Bayerisches Staatsministerium für Arbeit u. Sozialordnung, Familie u. Frauen Winzererstr. 9, 80797 München
Scherer, Sigrid	Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt Winzererstr. 9, 80797 München / IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH Saarstraße 1, 55122 Mainz
Vietzke, Birgit	Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt Winzererstr. 9, 80797 München / IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH Saarstraße 1, 55122 Mainz