



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

Kurzbericht für die Abschlusstagung

Macsenaere/Paries/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

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Dank.....	4
Einführung, Ausgangslage und Ziele der Studie	5
Sozialpädagogische Diagnosen: Chance oder Risiko für die Jugendhilfe?	5
Zu welchem Zeitpunkt werden die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen eingesetzt?..	7
Was erfassen die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen?	8
Warum wurde eine Evaluation geplant?.....	10
Was waren die Hypothesen?	11
Methode	12
Welches Untersuchungsdesign wurde gewählt?	12
Was wurde alles erfasst?	13
Wie wurden die Wirkungen der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen ermittelt?.....	14
Wie wurden die Tabellen in die Praxis implementiert?	15
Wie wurde die Untersuchung durchgeführt?	16
Wer hat an der Untersuchung teilgenommen?	19
Ist es gelungen, Kontroll- und Experimentalgruppe miteinander vergleichbar zu machen?	20
Ergebnisse	21
Sind die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen ein Instrument, mit dem Jugendämter zuverlässige Diagnosen stellen können?.....	21
Sind die Tabellen alltagstauglich?.....	23
Wie geeignet sind die ausgewählten Hilfen?	24
Unterscheiden sich die untersuchten bayerischen Hilfeverläufe von denen der gesamten Bundesrepublik?	25
Führt der Einsatz der Tabellen zu effektiveren Hilfen?	26
Üben die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen einen Einfluss auf die Zufriedenheit der Beteiligten aus?.....	27
Begünstigt der Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen eine effizientere Jugendhilfe?	29
Welchen Einfluss haben die Wirkfaktoren Partizipation und Kooperation?.....	29
Welche Hypothesen werden bestätigt und welche verworfen?.....	30
Folgerungen	31
Welche Konsequenzen ergeben sich für die Hilfeplanung / für die Praxis?	31
Ergeben sich Konsequenzen für die Ausbildung und Fortbildung?.....	32
Welchen Beitrag leistet die Studie für die zukünftige Forschung in der Jugendhilfe?	32
Wie können die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen optimiert werden?.....	33
Wie muss eine zuverlässige und praxistaugliche sozialpädagogische Diagnostik gestaltet sein?.....	33
Zusammenfassung	36
Weiterführende Literatur	37

Vorwort und Dank

Das Bayerische Landesjugendamt (BLJA) 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 Landesjugendamt in einem einjährigen Entwicklungsprozess mit Fachkräften aus verschiedenen Praxisfeldern, insbesondere der Bezirkssozialarbeit, mit Wissenschaftlern und Fachärzten.¹

Bevor die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen zu einem Standardverfahren in der Jugendhilfepraxis werden können, hat sich das Bayerische Landesjugendamt entschlossen, die Diagnose-Tabellen und deren Anwendung in einer aufwendigen Studie zu evaluieren. Die „Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen – **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 teilzunehmen.

Wir danken auch der Steuerungsgruppe und dem Projektbeirat für ihre Unterstützung und kritische Begleitung während der langen Laufzeit des Projekts.

In dem vorliegenden Kurzbericht sind die zentralen Ergebnisse der Studie zusammengefasst. Wir wünschen Ihnen hierbei eine anregende Lektüre.

Ihr Institut für Kinder- und Jugendhilfe



Prof. Dr. Michael Macsenaere

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden durchgängig die männliche Form verwendet. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Einführung, Ausgangslage und Ziele der Studie

Sozialpädagogische Diagnosen: Chance oder Risiko für die Jugendhilfe?

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 und Maja Heiner mit ihrer „Psychosozialen Diagnostik“, welche in Grundzügen an die Expertendiagnostik der Medizin oder Psychotherapie angelehnt ist.

Mit dem Begriff der „Diagnose“ wird von Kritikern ein naturwissenschaftlich-medizinischer Ansatz assoziiert, der die Anwender scheinbar befähigt „objektives Expertenwissen“ einzusetzen, um Symptome abweichenden Verhaltens zu diagnostizieren.

Kritiker wie Merchel 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. von Uhlendorff 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 Sozialpädagoge und jungem Menschen ausgewertet.

Schrapper 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.

Vor diesem Hintergrund hat das Bayerische Landesjugendamt vor Beginn der Entwicklung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen Ausgangslagen in vier Problembereichen beschrieben und analysiert, um zu klären, welchen Anforderungen eine sozialpädagogische Diagnostik – angewendet im Jugendamt im Bereich der Hilfen zur Erziehung – genügen muss:

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, in dem 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 diagnosti-

ches 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.

Die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen, 2001 veröffentlicht, haben zunächst nicht den Anspruch ein allgemeingültiges diagnostisches Verfahren zu bieten, 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 hier nicht zu. Es wird dem „Klienten“ nach dem Einsatz der Diagnose-Tabellen auch kein „Behandlungsplan“ vorgelegt, 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 systematisiertem Fallverstehen in der Jugendamtspraxis beitragen.

Das Bayerische Landesjugendamt zielt mit den Diagnose-Tabellen insbesondere auf die „Handlungs-Sicherheit“ der Fachkräfte bei der Gewährung der Hilfen zur Erziehung und will damit einen Baustein zum einheitlichen Verfahren der Jugendämter in diesem Bereich bieten.

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 kann.

Der Bezirkssozialarbeit soll ein Instrumentarium für die Eingangsdiagnostik im Vorfeld der Hilfen zur Erziehung nach §§ 27ff. SGB VIII zur Verfügung gestellt werden, welches das Hilfeplanverfahren qualifizieren und vor allem auch transparenter und für alle Beteiligten nachvollziehbarer machen kann. Es geht 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 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, 2003).

Zu welchem Zeitpunkt werden die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen eingesetzt?

Mit dem Ablaufschema von Harnach-Beck verdeutlicht das Bayerische Landesjugendamt 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 Jugendamtes, die Kindeswohlgefährdung und die Entscheidung der Sorgeberechtigten für eine Hilfe zur Erziehung. Die Phase endet mit der Antragstellung.

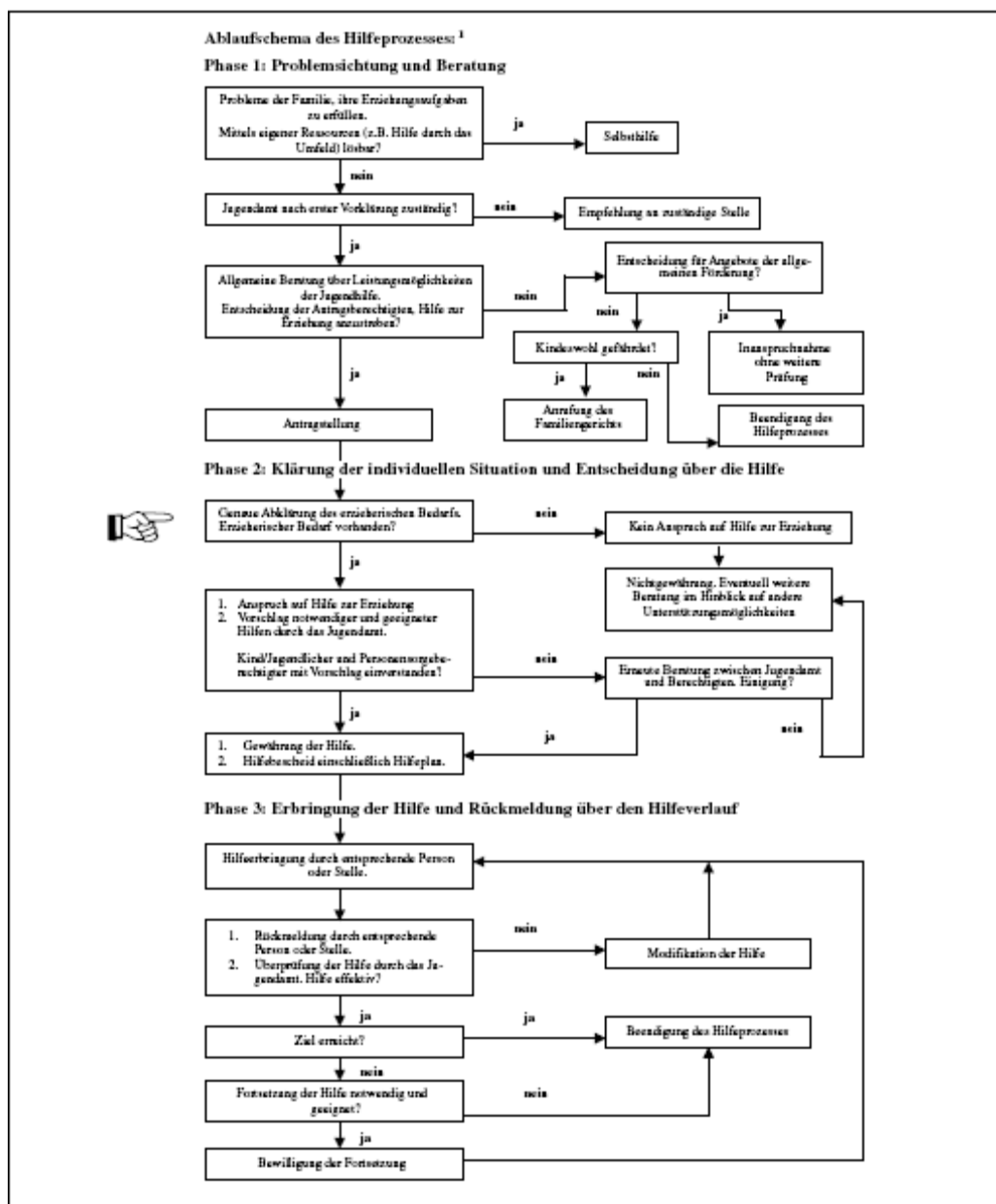
Phase 2 Klärung der individuellen Situation und Entscheidung über die Hilfe:

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.

Abb.1: Ablaufschema des Hilfeprozesses



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 Landesjugendamt 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.

Neben den Personendaten werden auf dem Vermerk der Anlass der Bedarfsfeststellung und die Grundlagen dafür festgehalten, ebenso die Begründung des erzieherischen Bedarfs unter Berücksichtigung von Risiken und Ressourcen. Hier werden die zehn Hauptbereiche der Diagnose-Tabellen zum Ankreuzen aufgeführt. Es folgt eine Präzisierung der angestrebten Hilfe (ohne die Nennung von Paragraphen) und wer den Hilfebedarf angemeldet hat.

Was erfassen die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen?

Die 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 Analyse-

Instrumente wie die Child-Behavior-Checklist und das multiaxiale Klassifikationsschema entwickelt und umfassen folgende Bereiche:

Tab. 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	sonstige Ressourcen

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.

Tab. 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 <i>u. zwei weitere Items</i>
	1.3 Berufl. Situation der Eltern	1.3.1 Schulbesuch/Berufsausbildung <i>u. zwei weitere Items</i>
	1.4 Wohnverhältnisse	1.4.1 Wohnraum <i>u. zwei weitere Items</i>
	1.5 Elternbiografien	1.5.1 Kindheit der Eltern <i>u. zwei weitere Items</i>
	1.6 Aktuell belastende Lebensereignisse	1.6.1 In der Familie <i>u. zwei weitere Items</i>
2. Grundversorgung	2.1 Gesundheit	2.1.1 Verletzung <i>u. zwei weitere Items</i>
	2.2 Ernährung	2.2.1 Menge <i>u. zwei weitere Items</i>
	2.3 Hygiene	2.3.1 Körperpflege <i>u. zwei weitere Items</i>
	2.4 Aufsicht	2.4.1 Gewährleistung <i>u. zwei weitere Items</i>
3. Erziehung	3.1. Bezugspersonen	3.1.1 Kontinuität
	3.2. Familiäre Beziehungen	3.2.1 Partnerschaft der Eltern <i>u. zwei weitere Items</i>
	3.3 Familienklima	3.3.1 Respekt <i>u. zwei weitere Items</i>
	3.4 Erziehungsleitende Vorstellungen	3.4.1 Strukturierter Tagesablauf <i>u. zwei weitere Items</i>
4. Entwicklungsförderung	4.1. Körperliche Entwicklung	4.1.1 Größe <i>u. zwei weitere Items</i>
	4.2 Geistige Entwicklung	4.2.1 Intelligenz <i>u. zwei weitere Items</i>
	4.3 Seelische Entwicklung	4.3.1 Emotionen <i>u. zwei weitere Items</i>
	4.4 Soziale Entwicklung	4.4.1 Normen <i>u. zwei weitere Items</i>
5. Integration	5.1 Familie	5.1.1 Integration im Familienverband <i>u. zwei weitere Items</i>
	5.2 Umfeld	5.2.1 Wohnumfeld <i>u. zwei weitere Items</i>
	5.3 Bildung	5.3.1 Ort <i>u. zwei weitere Items</i>
	5.4 Freizeit	5.4.1 Zugangsmöglichkeiten <i>u. zwei weitere Items</i>

Jeder Unterpunkt der dritten Spalte der zweiten Tabelle ist zusätzlich in altersspezifische Konkretisierungen gegliedert und diese jeweils in Risiken und Ressourcen, die Beispiele für die Altersgruppen beinhalten und ebenfalls anzukreuzen sind. Die Gesamtzahl der Items liegt bei 664. Sie können auch als eine Art Kommentar genutzt werden.

Die Art und Weise des Ausfüllens der Tabelle wird dem Benutzer überlassen. Die Fachkraft kann sie als Checkliste, 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 Sozialarbeitern nicht die letztendliche Entscheidung und die fachliche Verantwortung einer Hilfewahl abnehmen soll.

Warum wurde eine Evaluation geplant?

Die Ergebnisse mehrerer Jugendhilfestudien, so z.B. der Jugendhilfe-Effekte-Studie (JES), sprechen für die Sinnhaftigkeit einer konkretisierten und weitgehend standardisierten 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 Landesjugendamt 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 leitet sich der Hilfeplan und dessen ergebnisorientierte Steuerung ab.

Die Qualifizierung dieses Verfahrens trägt zur Vermeidung von Fehleinschätzungen bei, verhindert die Gewährung einer nicht geeigneten Hilfe und ermöglicht ein enggeführtes Hilfeplanverfahren. Dies führt nicht nur zu mehr Sachgerechtigkeit, sondern auch zu mehr Kostengerechtigkeit. Es macht das ganze Verfahren für alle Beteiligten durchschaubar 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.

Die Evaluationsstudie soll ermitteln, inwieweit die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen diesen Ansprüchen gerecht werden.

Was waren die Hypothesen?

Der Evaluation liegen folgende Hypothesen zugrunde:

1. Die in den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen zusammengefassten Merkmale und Kategorien sind geeignet, Risiken und Ressourcen des jungen Menschen und der Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen erschöpfend zu beschreiben. Die Kategorien sind reliabel und valide.
2. Die systematische Erfassung von Risiken und Ressourcen führt zu einer Differenzierung und Konkretisierung des Hilfeplans sowie zu einer bedarfsgerechten Ausschöpfung der Hilfen zur Erziehung.
3. Die Verfahrensbeteiligten 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.
4. Die Anwendung des Instrumentariums führt zu Hilfen, die eine höhere Effektivität aufweisen.
5. Durch die verbesserte Wirksamkeit des Verfahrens wird die Effizienz (Kosten-Nutzen-Relation) der Hilfeleistung erhöht.

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.

Methode

Welches Untersuchungsdesign wurde gewählt?

Bei der Wahl eines Evaluationsdesigns gibt es keine einheitliche, generell anwendbare Methodik. Stattdessen sollte die Wahl der Techniken jeweils von der speziellen Thematik abhängig gemacht werden. In Anbetracht der oben formulierten Hypothesen erweist sich im vorliegenden Fall ein quasiexperimentelles Kontrollgruppendesign als gut geeignet. 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 uneindeutigen Befunden, da nicht gewährleistet ist, dass die dokumentierten Ergebnisse auch tatsächlich auf die Maßnahme zurückzuführen sind. Eine Kontrollgruppenstudie kann dagegen präzisere Aussagen treffen, indem zwei Gruppen miteinander verglichen werden können:

- die Experimentalgruppe, in der das Instrumentarium der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen angewandt wird
- die Kontrollgruppe, in der ohne dieses Instrumentarium gearbeitet wird

Damit können das Untersuchungsergebnis verzerrende Einflüsse, wie z.B. der Hawthorne-Effekt, erkannt und im Idealfall eliminiert werden.

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 Helfedauer
- 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.

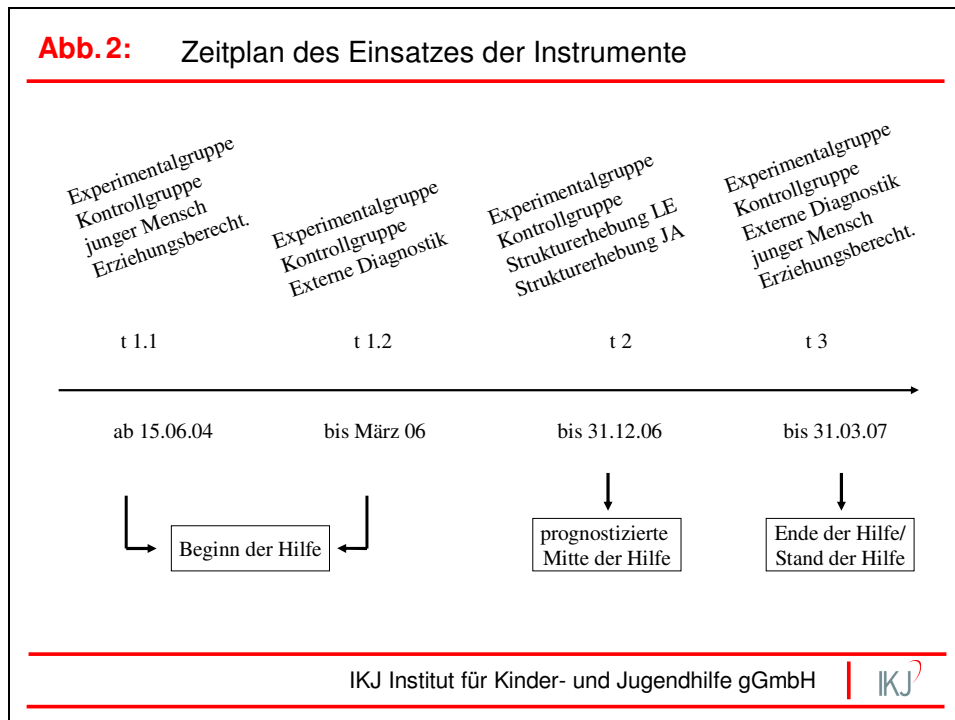
Der Einfluss der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen sollte im Bereich der Hilfen nach §§ 28 – 35 SGB VIII überprüft werden. Daher bot sich ein zweifaktorieller Untersuchungsplan (2 x 8) mit jeweils 20 Fällen pro Hilfeart und Untersuchungsgruppe an.

Das gewählte quasiexperimentelle Design bringt in der Regel eine hohe externe Validität mit sich, d.h. dass die Ergebnisse auch über die untersuchte Stichprobe hinaus generalisierbar sind.

Was wurde alles erfasst?

Zur Überprüfung der Untersuchungshypothesen kamen zu vier Zeitpunkten eine Vielzahl von Erhebungsinstrumenten zum Einsatz:

- 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 Jugendamtes zum Prozess der Hilfeentscheidung und zum Einsatz der Diagnose-Tabellen (Experimentalgruppe) bzw. zum eigenen Diagnose-Verfahren (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 Jugendamtes zur Hilfeplanung, der Entwicklung des jungen Menschen, der Kooperation mit dem jungen Menschen und den Sorgeberechtigten
Externe Diagnostik zur Entwicklung des jungen Menschen (Zufallsstichprobe n = 40). Damit wird die Datengüte der Jugendamtsbefragung zum Zeitpunkt t1.2 überprüft
- t2 Dezember 2006 zur geschätzten Mitte der Hilfe:
Befragung des Jugendamtes zur Hilfeplanung, der Entwicklung des jungen Menschen und der Sorgeberechtigten, der Kooperation mit dem jungen Menschen und den Sorgeberechtigten
Erfassung der Strukturqualität des Leistungserbringer (z.B. Angebotspektrum, 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 Jugendamtes zur Hilfeplanung, der Entwicklung des jungen Menschen und der Sorgeberechtigten, der Kooperation mit dem jungen Menschen und den Sorgeberechtigten
Externe Diagnostik zur Entwicklung des jungen Menschen (Zufallsstichprobe n = 40). Damit wird die Datengüte der Jugendamtsbefragung zum Zeitpunkt t3 überprüft.
Befragung des jungen Menschen und der Personensorgeberechtigten zur Kooperation, der Akzeptanz und der Güte der Hilfe



Wie wurden die Wirkungen der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen ermittelt?

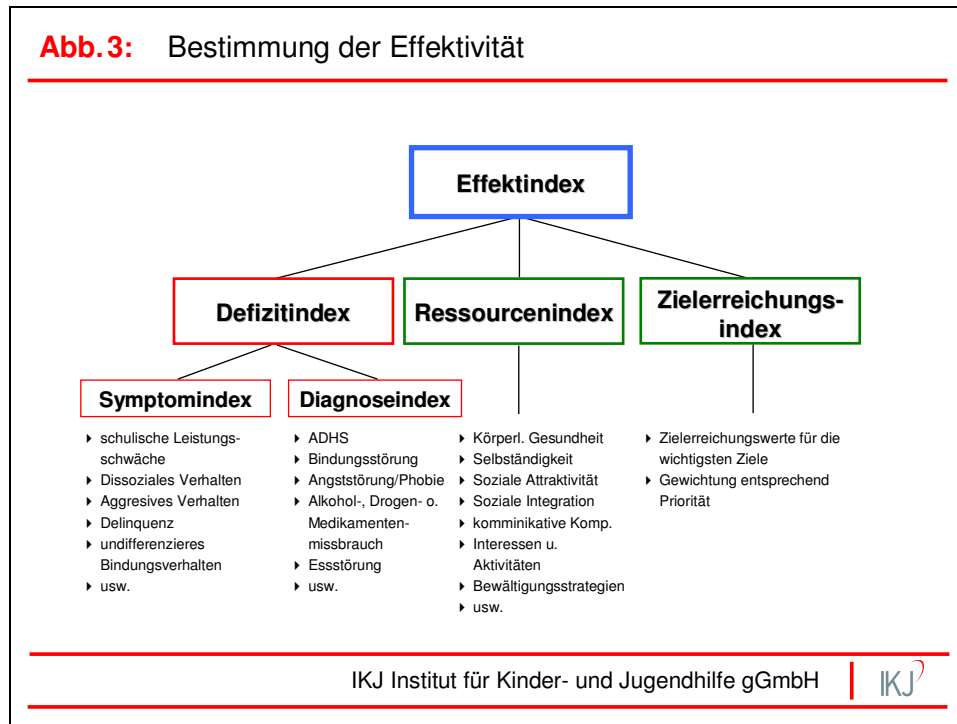
Wirkungen und Nebenwirkungen der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen werden im Rahmen des vorliegenden Kontrollgruppendesigns durch einen Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen ermittelt. Dabei werden die drei zentralen Wirkungsdimensionen „effect“, „impact“ und „outcome“ berücksichtigt:

- **Effect:** Eine direkt ersichtliche und objektiv nachweisbare (Aus-)Wirkung der Hilfe, z.B. Erreichung der im Hilfeplan festgelegten Zielsetzung
- **Impact:** Die subjektive Wirkung beim Leistungsempfänger; Bedürfnisse und Werte der Betroffenen sind zu berücksichtigen, z.B. 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

Zur Bestimmung der Effektivität (effect) müssen Wirkungen und Nebenwirkungen einer Intervention erfasst werden. Dies wird durch eine sozialpädagogische Diagnostik erreicht, die vom Beginn bis zum Ende der Hilfe zu mehreren Zeitpunkten Ressourcen und Defizite beim jungen Mensch und dessen Familie erfasst und somit Entwicklungen aufzeigt (Hermesen & Macsenaere, 2007). Eine solche Effektivitätsmessung ist mehr als nur die Bestimmung der Zielerreichung, welche zwei erhebliche Schwächen mit sich bringt: Zum einen weisen Zielerreichungsgrade eine zu geringe Reliabilität auf und sind damit nicht zuverlässig. Zum anderen können Zielerreichungsgrade nur Hinweise für die intendierten Wirkungen liefern – Nebenwirkungen lassen sich hingegen nicht damit abbilden (Macsenaere, 2007). In Anbetracht der großen Bedeutung von Hilfeplanziele für den Prozess und die Ergebnisse der Hilfen ist zu empfehlen, die Zielerreichungsgrade zu Bestimmung der Effektivität trotzdem zu berücksichtigen. Sie sollten aber in Bezug auf die Effektivitätsbestimmung einer Hilfe nur ein reduziertes Gewicht erhalten. Auf dieser Basis wird in EST! – angelehnt an EVAS – ein sogenannter Effekteindex gebildet, der einen ersten Überblick über das Ergebnis der untersuchten Hilfe vermittelt. Dieser Index berücksichtigt sämtliche relevanten Entwicklungen während der Hilfe und setzt sich aus dem Defizitindex, Ressourcenindex und Zielerrei-

chungsindex zusammen, die jeweils wiederum aus einer Vielzahl von Skalen und Items gebildet werden.

Darüber hinaus werden in EST! die relevanten Einflussfaktoren erfasst, von den strukturalen und prozessualen Aspekten bis hin zu den Adressatenmerkmalen.



Wie wurden die Tabellen in die Praxis implementiert?

Die sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen wurden 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 Alarmmerkmale angekreuzt, weisen sie auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung hin. Mit dieser wichtigen Änderung verfolgte das Bayerische Landesjugendamt 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.

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

- Welche Fälle sollen zu welchem Zeitpunkt in die Untersuchung aufgenommen werden?
- Bei welchen Fällen werden die Tabellen verwendet?
- Bei welchen Fällen werden die Tabellen eingeschränkt oder nicht verwendet?

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

- *Wie können die Tabellen verwendet werden?*
- *Wer bekommt zu welchem Zeitpunkt und zu welchem Zweck die ausgefüllten Tabellen?*
- *Wann können die Tabellen erneut ausgefüllt werden?*

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 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, der Unterstützung bei der Auswahl der Fälle und der Handhabung der Diagnose-Tabellen. Dabei zeichnete sich sehr früh ab, dass die Anzahl der Items von vielen Fachkräften als zu umfangreich angesehen wurde.

Wie wurde die Untersuchung durchgeführt?

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

Phase 1: Machbarkeitsstudie: Dauer: 14 Monate. Zeitrahmen: 1.4.2003 bis 31.5.2004

- Konstituierung der Projektsteuerungsgruppe und des Beirats
- Rekrutierung von Jugendämtern unterschiedlicher Regionen, Größe und Struktur
- Erarbeitung der methodologischen Grundlagen der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen
- Entwurf und Ausarbeitung des Evaluationsinstrumentariums
- Machbarkeitsüberprüfung

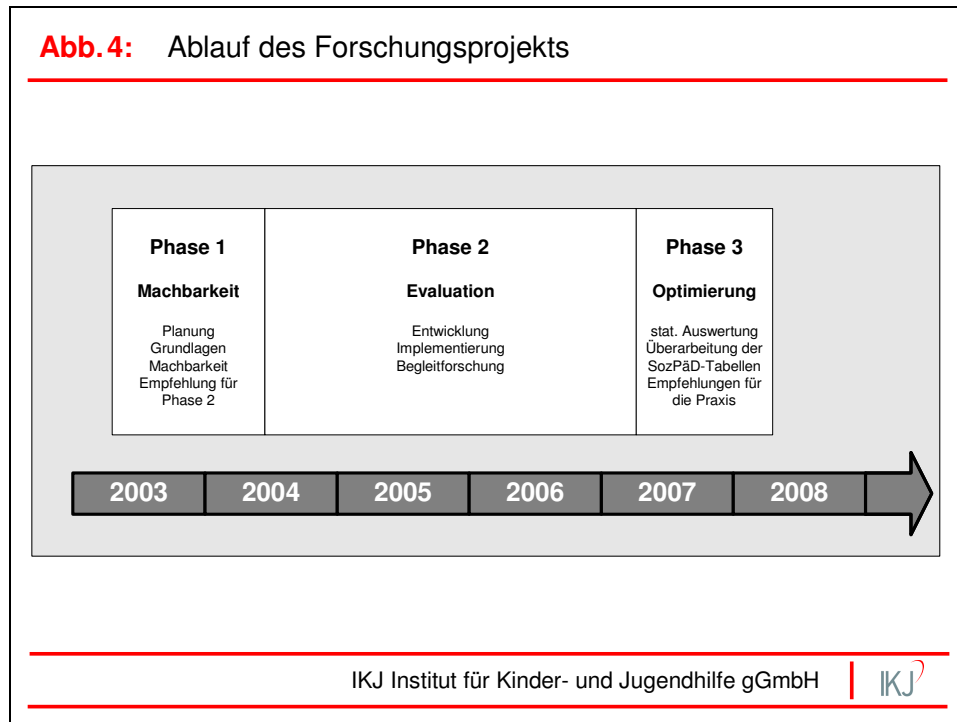
Phase 2: Evaluation: Dauer: 34 Monate. Zeitrahmen: 1.6.2004 bis 31.3.2007

- Implementierung des Verfahrens der Sozialpädagogischen Diagnose laut Konzept einschließlich Hilfeplanverfahren
- Anwendung des Evaluationsinstrumentariums

Phase 3: Auswertung und Optimierung:

Dauer: 12 Monate. Zeitrahmen: 1.4.2007 bis 31.3.2008

- Auswertung der Evaluationsinstrumente
- Überarbeitung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen
- Forschungsbericht mit umfassender Prüfung der Hypothesen



Während der ersten Phase wurde den Bayerischen Jugendämtern das Projekt vorgestellt und zunächst zwölf Jugendämter zur Teilnahme gewonnen. Ein Jugendamt schied zu Beginn aus personellen Gründen aus. Alle Jugendämter hatten während der gesamten Evaluationsphase mit zum Teil erheblichen personellen Wechsels zu kämpfen und teilweise auch mit internen Umstrukturierungsprozessen. Dennoch gelang es allen elf Jugendämtern die Evaluation systematisch und vollständig durchzuführen. Begleitet und unterstützt wurden sie darin vom Bayerischen Landesjugendamt und dem IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe.

In der Steuerungsgruppe, bestehend aus dem Landesjugendamt, dem Sozialministerium und dem IKJ, wurden die notwendigen Entscheidungen zum Projektverlauf getroffen. Der Beirat, der weitgehend aus den Mitgliedern des Landesjugendhilfeausschusses bestand, begleitete fachlich mit Anregungen und konstruktiver Kritik das Forschungsprojekt.

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, so dass § 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 keine Hilfe erfolgte und in der Kontrollgruppe in 8 Fällen. 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 104 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.

Ergänzend zur Evaluation der Fälle durch die Jugendamtsmitarbeiter wurden bei einer Stichprobe von 40 zufällig ausgewählten Fällen die hilfedurchführenden Leistungserbringer per Telefoninterview zu Beginn und am Ende der Hilfe zu den jungen Menschen befragt. Mit dieser Befragung wurde die Datengüte der Jugendämter überprüft (externes Datencontrolling). Die befragten Mitarbeiter der Leistungserbringer zeigten durchgängig eine große Bereitschaft an der Evaluation teilzunehmen, obwohl sie im gesamten Projekt am wenigsten einbezogen wurden.

Zusätzlich wurden die Fachkräfte in den Jugendämtern zum Einsatz und zur Handhabung der Diagnose-Tabellen und zu den internen Verfahren zu Beginn und am Ende der Evaluation gezielt befragt. 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.

Nach der Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Untersuchung wurden die Sorgeberechtigten und die jungen Menschen per Fragebogen 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 IKJ und war erfreulicherweise in Bezug auf den ersten Fragebogen sehr hoch. Die zunächst geäußerten Bedenken der Jugendämter hinsichtlich dieser direkten Klientenbefragung konnten durch die positive Resonanz ausgeräumt werden.

In der Mitte der Evaluationsphase des Projektes wurde eine Strukturhebung der Jugendämter per Fragebogen durchgeführt, in der u.a. Entscheidungsstrukturen und die personelle Besetzung erhoben wurden. Bei den Leistungserbringern erfolgte ebenfalls eine Strukturhebung per Fragebogen, in der u.a. nach der Angebotspalette und auch nach der personellen Besetzung gefragt wurde. Die Strukturhebung stieß bei den Leistungserbringern auf ein positives Interesse.

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.

Wer hat an der Untersuchung teilgenommen?

An der Untersuchung waren elf Jugendämter aus acht Landkreisen und drei Kommunen beteiligt, davon fünf im südlichen Teil und sechs im nördlichen Teil Bayerns:

- Amt für Jugend und Familie Ansbach
- Amt für Jugend und Familie Augsburg-Land
- Stadtjugendamt Bamberg
- Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD) Nürnberg Langwasser
- Amt für Familie und Jugend Eichstätt
- Amt für Jugend und Familie Freising
- Kreisjugendamt Garmisch-Partenkirchen
- Amt für Jugend und Familie Miesbach
- Kreisjugendamt Miltenberg
- Amt für Jugend und Familie Regensburg
- Kreisjugendamt Regensburg

Insgesamt wurden 220 Hilfen evaluiert, bei denen vollständige Ausgangs- und Abschlussdaten vorliegen. Von diesen entfallen 107 auf die Kontrollgruppe und 113 auf die Experimentalgruppe. Eine Gleichverteilung über das gesamte Spektrum der Hilfen zur Erziehung (HzE) konnte aufgrund der unterschiedlichen Inanspruchnahmequoten der Hilfearten nicht erreicht werden. Inferenzstatistische Auswertungen konnten mit Hilfen nach §§ 30, 31, 32 und 34 SGB VIII vorgenommen werden. Zudem konnten die Hilfen drei Hilfearttypen zugeordnet werden: 51,4% familienunterstützende Hilfen (§§ 28–31 SGB VIII), 17,6% familienergänzende Hilfen (§ 32 SGB VIII) und 33,7% familienersetzende Hilfen (§§ 33–35 SGB VIII).

Die Adressaten der Hilfen stellen eine weitgehend jugendhilfetypische Klientel dar:

- Geschlecht: 66% Jungen; 34% Mädchen
- Alter: im Durchschnitt 10,8 Jahre bei Hilfebeginn
- Nationalität: 95% deutsch
- Sorgerecht: 45% alleinerziehende leibliche Mutter; 37% beide leiblichen Eltern gemeinsam; 5% Vormund
- Ressourcen und Defizite beim jungen Menschen: im Durchschnittsbereich der bundesdeutschen Jugendhilfe

Im Rahmen des anspruchsvollen prospektiven bzw. hilfebegleitenden Evaluationsdesigns war es erforderlich, dass möglichst lückenlose Dokumentationen zu allen Erhebungszeitpunkten vorliegen, mindestens aber zur Ausgangs- und Abschlusserhebung. Dies kann 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 konnte dieser sogenannte „drop-out“ auf einen guten Wert von unter 10% begrenzt werden.

Zudem konnten alle Interviews zur Globaleinschätzung aus ASD- und Leistungserbringer-sicht sowie sämtliche Daten 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).

Tab. 3: Stichprobenverteilung

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

Ist es gelungen, Kontroll- und Experimentalgruppe miteinander vergleichbar zu machen?

Eine Kontrollgruppenstudie macht nur Sinn, wenn Kontroll- und Experimentalgruppe zu Beginn der Studie miteinander vergleichbar sind, also keine systematischen Unterschiede vorliegen. Die Überprüfung hinsichtlich der Vergleichbarkeit beider Gruppen ergab folgendes Ergebnis: Weder bei den soziografischen Daten (z.B. Alter, Geschlecht, Sorgerecht, Nationalität) noch bei den bislang in Anspruch genommenen Jugendhilfen noch bei den Ressourcen und Problemlagen der Klientel liegen zu Beginn der Studie bedeutsame Unterschiede zwischen beiden Untersuchungsgruppen vor. Somit ist es gelungen, die beiden Gruppen gut auszubalancieren. Die Grundvoraussetzungen und -prämissen des quasiexperimentellen Designs konnten damit eingehalten werden.

Fazit: Entsprechend des quasiexperimentellen Untersuchungsplans liegen zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe zu Beginn keine systematischen Unterschiede vor. Im Verlauf der Studie sich herausbildende Unterschiede können damit als Indizien für einen Einfluss der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen gewertet werden.

Ergebnisse

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 in der Lage 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 Fragen wurden die in den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen zusammengefassten Merkmale einer Bewertung der Jugendamtsfachkräfte und einer eingehenden testtheoretischen Analyse unterzogen.

Um festzustellen, ob die Diagnose-Tabellen tatsächlich umfassend sind, wurden die Fachkräfte in den Jugendämtern nach Ergänzungen befragt. Die Fachkräfte meldeten 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 insgesamt 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. Zwei 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 Freunds/Spielkamerads genannt sowie die komplikationslose Schwangerschaft. Insgesamt hielten sich die Ergänzungswünsche quantitativ in einem überschaubaren Rahmen. Sie gaben aber wertvolle Impulse zur Optimierung der Tabellen.

Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung wurden mehrere Kennwerte zur Beurteilung der testtheoretischen Güte herangezogen. So gibt etwa die Bestimmung der Trennschärfe einen Hinweis darauf, ob ein Einzelmerkmal etwas Ähnliches erfasst wie die Gesamtskala (vgl. Lienert & Raatz, 1998). Vereinfacht ausgedrückt wird hierbei die Frage beantwortet, ob das Merkmal dem richtigen Inhaltsbereich zugeordnet ist. Die Trennschärfe kann Werte zwischen -1 und 1 annehmen. Skalen, deren Merkmale mittlere Trennschärfen von weniger als 0,3 aufweisen, sind zumindest als bedenklich einzustufen. Wie aus Tabelle 4 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“.

Ein noch positiveres Bild ergibt die Betrachtung der Hauptgütekriterien Reliabilität und Validität. Unter Reliabilität ist die Zuverlässigkeit bzw. Genauigkeit zu verstehen, mit der ein Verfahren zu einem bestimmten Ergebnis kommt. Zur Beurteilung der Reliabilität der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen wurden die Cronbach-Alpha-Werte herangezogen, die ein Maß für die interne Konsistenz der Items sind. Werte über 0,6 bedeuten eine befriedigende, über 0,7 eine gute und über 0,8 eine sehr gute Reliabilität. Demnach haben 95% der untersuchten Skalen eine Reliabilität, die mindestens im „guten Bereich“ angesiedelt ist. Die Hälfte der 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, fällt wiederum negativ auf.

Eines der wichtigsten Testgütekriterien ist die Validität. Die Validität gibt an, inwieweit ein Verfahren tatsächlich auch das misst, was es zu messen vorgibt. Zur Feststellung der Validi-

tät wurden Korrelationen zwischen den diagnostischen Befunden der Diagnose-Tabellen und passenden Außenkriterien bestimmt. Da es bei den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen darum geht, die Risiken und Ressourcen von jungen Menschen und ihrem Umfeld erschöpfend zu beschreiben, wurden als Außenkriterien einerseits objektiv ermittelbare „harte Fakten“, wie Straffälligkeiten, Klassenwiederholungen oder Drogenkonsum herangezogen, andererseits aber auch korrespondierende Skalen aus dem EVAS-Verfahren, die ihre Eignung im Rahmen der über zehnjährigen praktischen Erprobung dieses Verfahrens bei mehr als 20.000 dokumentierten Einzelfällen, bereits hinlänglich unter Beweis gestellt haben. Damit war die Validität mit Werten zwischen 0 und 1 quantifizierbar, wobei Validitätskoeffizienten zwischen 0,3 und 0,65 in der Regel als „gute Werte“ charakterisiert werden können.

Dementsprechend konnte den Risiko- und Ressourcenskalen im Bereich „Erleben und Handeln des jungen Menschen“ fast ausnahmslos eine hohe Validität zugesprochen werden. So besteht beispielsweise zwischen der Risikoskala „Abweichendes Sozialverhalten“ und der Straffälligkeit des jungen Menschen eine hohe Korrelation von $r = 0.4$. Bei den Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen fallen die Validitätskoeffizienten insgesamt etwas niedriger aus, liegen aber immer noch in einem befriedigenden bis guten Bereich. Lediglich hinsichtlich der bei der Trennschärfe auffälligen Risikoskala „Integration“ konnten keine statistisch signifikanten Korrelationen mit Außenkriterien ermittelt werden.

Fazit: 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.

Tab. 4: Ergebnisse der testtheoretischen Skalenanalyse

<i>Skalen im Erleben und Handeln des jungen Menschen</i>	<i>M (r_{it})</i>	<i>alpha</i>	<i>Skalen in den Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen</i>	<i>M (r_{it})</i>	<i>alpha</i>
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

Sind die Tabellen alltagstauglich?

Die testtheoretische Überprüfung bescheinigt dem Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen im Jugendamt eine hohe Zuverlässigkeit und Gültigkeit. Unabhängig davon muss aber auch die Alltagstauglichkeit geprüft werden, da sie analog zur Testgüte ein notwendiges (aber nicht hinreichendes) Kriterium für den Praxiseinsatz darstellt. Die Überprüfung zu den Zeitpunkten t1.1 und t3 ergab folgende Befunde:

- Art der Anwendung des diagnostischen Verfahrens: Die Diagnose-Tabellen werden weniger als Leitfaden (sowohl im Gespräch mit Sorgeberechtigten und jungem Menschen), sondern eher als Fragebogen gemeinsam mit dem Sorgeberechtigten eingesetzt. Dies spricht insbesondere für die Verständlichkeit der Tabellen.
- Zeitaufwand für die Anwendung des Verfahrens: Die Fachkräfte der Experimentalgruppe benötigten für die Anwendung der Tabellen ca. eine Stunde mehr als die Kollegen der Kontrollgruppe für das jugendamtsinterne Verfahren. Der signifikant höhere Mehraufwand ist aber absolut gesehen noch relativ überschaubar. Wesentliche Ursachen hierfür sind, dass ein Einarbeitungsaufwand besteht, da es sich um eine neue Methode handelt und der Umfang der Tabellen hoch ist. Die Anzahl der Gespräche in der Kontrollgruppe ist aber im Schnitt wesentlich höher. Daraus ist zu schließen, dass die Diagnose-Tabellen strukturierend wirken. Die geringe Anzahl der Gespräche der Experimentalgruppe wird durch den höheren Bearbeitungsaufwand kompensiert. Im Hinblick auf die Gesamtstundenanzahl besteht demzufolge kaum ein Unterschied zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe.
- Einschätzungen zu den Diagnose-Tabellen: Die Diagnose-Tabellen werden von den Anwendern als ein eher weniger zuverlässiges Instrument eingestuft. Die Kontrollgruppe schätzte hingegen das eigene Verfahren als sehr zuverlässig ein. Allerdings hat diese jeweilige Einschätzung keinen Einfluss auf die Wirkung der Hilfen. Als sinnvoll betrachtet wird allerdings die Einteilung in die zwei Oberbereiche „Erleben und Handeln des jungen Menschen“ und „Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen“ sowie, mit kleineren Einschränkungen, auch die altersspezifischen Erläuterungen.
- Einschätzung der Nützlichkeit bei der Erstellung der Diagnose: Hier wird die subjektive Diskrepanz am deutlichsten. Während die Kontrollgruppe ihr eigenes Verfahren als völlig zutreffend nützlich empfindet, schätzt die Experimentalgruppe dies eher als „weniger zutreffend“ ein.
- Grundlagen der Bedarfserstellung: In der Experimentalgruppe wird sich weniger auf mündliche Mitteilungen und Gutachten verlassen. Auch hier scheinen die Diagnose-Tabellen also einen Standardisierungseffekt zu haben.
- Überwiegende Grundlage des Hilfsvorschlags: Die Experimentalgruppe verlässt sich deutlich weniger auf ihre berufliche Erfahrung, was wiederum auf einen Qualifizierungs- und Standardisierungsaspekt der Diagnose-Tabellen hinweist. Allerdings spielt die Anwendung der Tabellen nur eine geringe Rolle in Bezug auf den Hilfsvorschlag.

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.
- Die Diagnose-Tabellen bieten den Fachkräften insgesamt einen Erkenntnisgewinn, insbesondere den Berufsanfängern.
- Entscheidend für die Anwendung der Diagnose-Tabellen ist die präzise Einbettung in das verbindliche Hilfeverfahren des jeweiligen Jugendamtes und die Verknüpfung mit dem Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII). Das bedeutet, dass das bestehende Hilfeverfahren mit 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 Hilfeplanziele 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 wird.

Fazit: 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 z.T. kritischen subjektiven Meinungen widersprechen den guten empirischen Reliabilitäts- und Validitätskennwerten.

Wie geeignet sind die ausgewählten Hilfen?

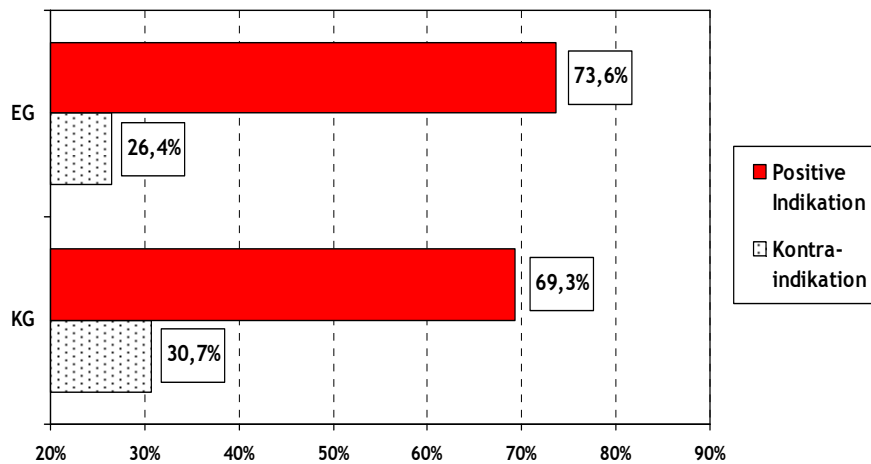
Eine zentrale Aufgabe des ASD ist es, auf der Basis der vorliegenden Ausgangsinformationen eine geeignete bzw. indizierte Hilfe auszuwählen. Diese sogenannte „Zuweisungsqualität“ erreicht in der ESTI-Stichprobe ein insgesamt hohes Niveau: 71,6% der Hilfen sind indiziert. Dem steht allerdings ein gutes 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 über 60% Kontraindikationen. Eine Analyse der Kontraindikationen zeigt, dass in den meisten dieser Fälle Heimerziehung (§ 34 SGB VIII) gefolgt von SPFH die geeignetere Alternative gewesen wäre.

Wie hoch ist der Anteil an Ausgangskonstellationen, für die keine Hilfeart aus dem HzE-Spektrum indiziert ist? Erfreulicherweise ist die Fragestellung 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 HzE-Leistungskatalogs? Die vorliegenden Ergebnisse sprechen tendenziell dafür: In der Experimentalgruppe konnte der Anteil geeigneter Hilfen auf 73,6% (vs. 69,3%) erhöht werden und der Anteil nicht geeigneter Hilfen auf 26,4% (vs. 30,7%) reduziert werden.

Fazit: Der ASD weist eine hohe Zuweisungsqualität auf: In 72% der Fälle wird die geeignete Hilfeart gewählt, in 28% fällt die Wahl allerdings auf eine nicht geeignete Hilfeart. Der Experimentalgruppe gelingt es tendenziell besser, die geeignete Hilfeart zu identifizieren und damit die Angebote des HzE-Spektrums bedarfsgerechter auszuschöpfen.

Abb.5: Indikationen und Kontraindikationen



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH | IKJ

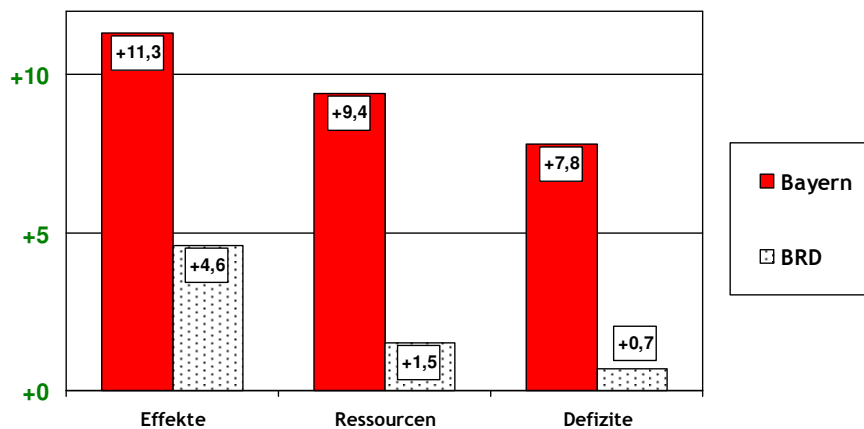
Unterscheiden sich die untersuchten bayerischen Hilfeverläufe von denen der gesamten Bundesrepublik?

Unterscheidet sich die Effektivität der untersuchten bayerischen Hilfeverläufe von den „typischen“ bundesweiten Verläufen? Diese Frage kann beantwortet werden, indem die EVAS-Indizes der ESTI-Stichprobe mit abgeschlossenen Hilfen der bundesweiten EVAS-Stichprobe (n = 10.287) verglichen werden. Daraus wird ein inhaltlich und statistisch signifikanter 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: 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%).

Die beschriebenen Unterschiede könnten darauf hindeuten, dass sich die Effektivität der bayerischen Hilfen systematisch von den bundesweiten Gesamtergebnissen unterscheidet. Ein Blick auf den EVAS-internen Vergleich bayerischer und nicht-bayerischer Hilfen stützt diese Hypothese: Auch hier schneiden die bayerischen Hilfen (n = 4315) mit einer höheren Effektstärke ab. Dies zeigt sich – bis auf die Heimerziehung – für sämtliche Hilfearten im HzE-Spektrum.

Fazit: Die Effektivität der untersuchten bayerischen Hilfen liegt signifikant über der der bundesdeutschen Vergleichsstichprobe. Die evaluierten Fallverläufe stehen für eine überdurchschnittlich gelingende Jugendhilfe.

Abb. 6: Effektivität Bayern (EST!) vs. BRD (EVAS)



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH | IKJ

Führt der Einsatz der Tabellen zu effektiveren Hilfen?

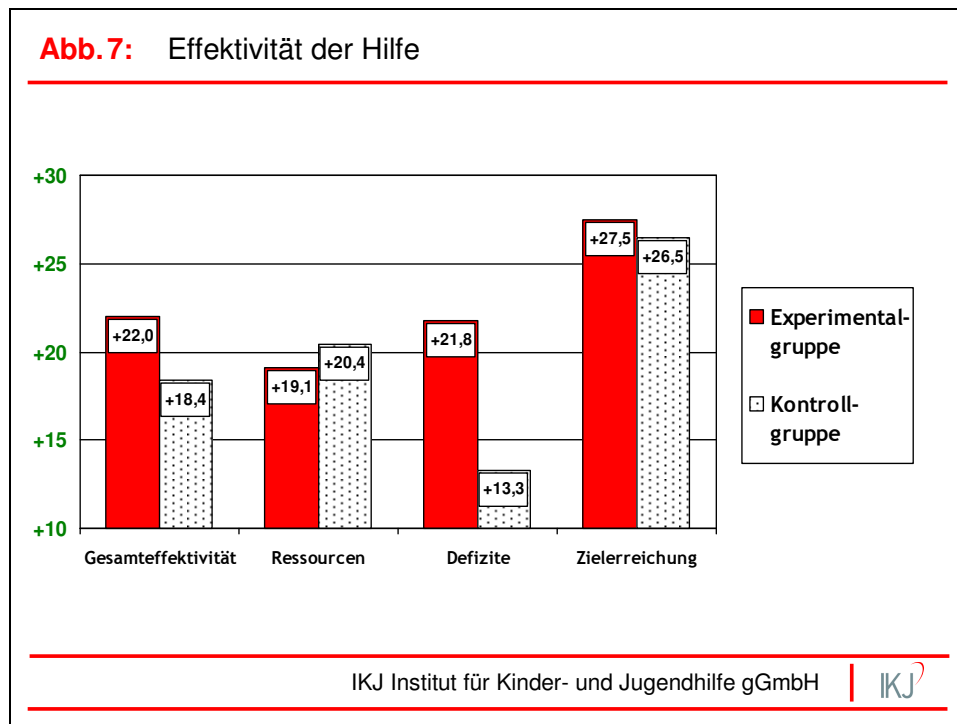
Eine zentrale Fragestellung der Untersuchung ist, ob der Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen einen Einfluss auf die Wirksamkeit der Hilfen zur Erziehung hatte. Wie oben beschrieben gibt es unterschiedliche Facetten von Wirkungen: die objektiven „effects“, die subjektiven „impacts“ und der gesellschaftliche „outcome“. Eine Aussage zu den „effects“ oder der Effektivität der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen erhält man, indem die Ergebnisse der Experimentalgruppe mit denen der Kontrollgruppe verglichen werden. Hypothesenkonform 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 der Tendenz nach signifikant ($p = 0.09$). Der Effekt kommt dadurch zustande, dass in der Experimentalgruppe signifikant erfolgreicher Defizite reduziert werden konnten (21,8 vs. 13,3; $p = 0.00$). Im Ausmaß des Ressourcenaufbaus und der Zielerreichung hingegen gab es zwischen den beiden Gruppen keinen Unterschied.

Ein weiterer Effekt liegt bezüglich der Hilfearten vor: Der Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen erweist sich bei Hilfen nach § 30 (Erziehungsbeistand) und § 32 SGB VIII (Tagesgruppe) als besonders effektiv.

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. Erfreulicherweise wurden sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe nur verhältnismäßig wenige derartige Hilfeverläufe beobachtet: Von den insgesamt 220 untersuchten Hilfen, wiesen lediglich 19 negative bzw. neutrale Effektstärken auf. Dies bedeutet, dass mit den Ausgangslagen der jungen Menschen und ihrer Familien verglichen, im Zuge der Hilfen keine positiven Veränderungen bewirkt werden konnten. Mit ca. 9% ist der Anteil solcher Fallverläufe sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe in etwa gleich groß.

Die beschriebenen Resultate geben die Sichtweisen von Jugendamt, Leistungserbringern und externen, diagnostisch geschulten Fachkräften wieder, deren Einschätzung zur Effektivität eine hohe Übereinstimmung aufweist (Korrelationskoeffizienten im Bereich zwischen $r = 0.77$ und $r = 0.90$; jeweils $p < 0.01$).

Fazit: Der Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen führt tendenziell zu effektiveren Hilfen. Dies wird durch eine erfolgreichere Reduzierung der Defizite erreicht. Jugendamt, Leistungserbringer und externe Diagnostiker weisen in ihrer Bewertung eine hohe Übereinstimmung auf.



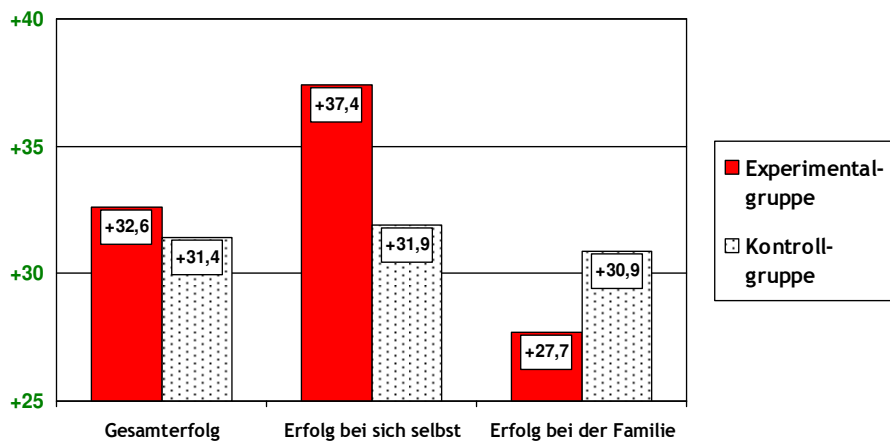
Üben die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen einen Einfluss auf die Zufriedenheit der Beteiligten aus?

Ergänzend zur oben beschriebenen Effektivität ist die Sichtweise der Hilfeempfänger ein wichtiger Wirkungsbestandteil (impact). In Bezug auf die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen ergeben die Einschätzung der jungen Menschen und der Personensorgeberechtigten ein inhomogenes Bild. Die jungen Menschen der Experimentalgruppe bewerteten den Gesamterfolg ihrer Hilfe geringfügig höher als in der Kontrollgruppe (nicht signifikant). Wird allerdings nach dem Erfolg bei dem jungen Mensch selbst und dem Erfolg bei der Familie differenziert, ergibt sich ein uneinheitliches Bild: Während die jungen Menschen der Experimentalgruppe die Hilfe in Bezug auf ihre Person signifikant erfolgreicher bewerteten ($p = 0.02$), sahen sie in Bezug auf die Familie einen geringeren Erfolg als bei der Kontrollgruppe (nicht signifikant). Dieser Befund geht auf die familienergänzenden und familienersetzenden Hilfen zurück. Bei den familienunterstützenden Hilfen hingegen liegt dieser Unterschied nicht vor.

Die Sichtweise der Personensorgeberechtigten ist in sich homogen – sie unterscheidet sich allerdings von der Einschätzung der jungen Menschen. Die Sorgeberechtigten der Kontrollgruppe schätzen sowohl den Gesamterfolg ($p = 0.04$) als auch den differenzierten Erfolg beim jungen Mensch ($p = 0.10$) und sich selbst ($p = 0.04$) höher ein als die Experimentalgruppe. Dieser Effekt wird in erster Linie durch die Einschätzungen im Bereich der familienergänzenden Hilfen erzielt.

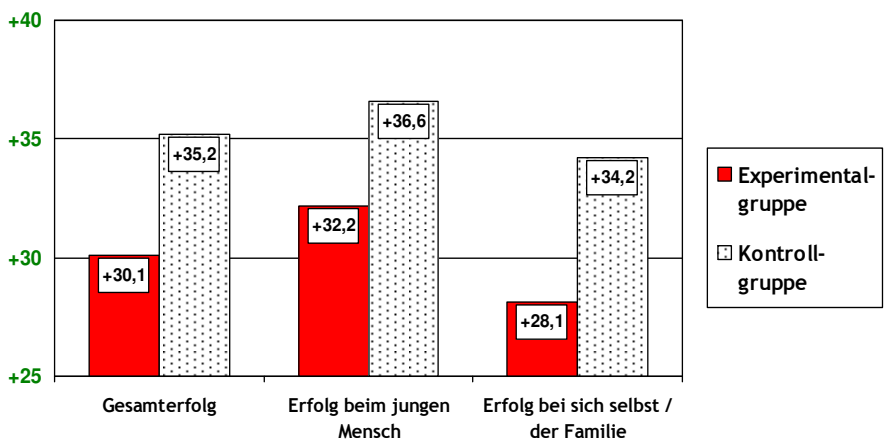
Fazit: Die Ergebnisse sind uneinheitlich. Der Gesamterfolg und der Erfolg beim jungen Menschen werden vom jungen Menschen selbst in der Experimentalgruppe höher eingeschätzt, von den Sorgeberechtigten dagegen in der Kontrollgruppe. Der Hilfee Erfolg bei der Familie fällt aus beiden Sichtweisen in der Kontrollgruppe höher aus.

Abb.8: Sichtweise des jungen Menschen zum Erfolg der Hilfe



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH | IKJ²

Abb.9: Sichtweise der Sorgeberechtigten zum Erfolg der Hilfe



IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH | IKJ²

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 z.B. an den durch die Hilfe entstehenden Kosten, an die durch erfolgreiche Hilfen reduzierte Wahrscheinlichkeit von Kriminalität und Arbeitslosigkeit und an der volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Relation der Hilfen.

Ein Blick auf die Kosten fällt auf den ersten Blick ernüchternd aus. Nicht nur wegen der absoluten Höhe von durchschnittlich knapp 27.000 € pro Hilfe zur Erziehung, sondern auch wegen der um ca. 4.000 € höheren Kosten in der Experimentalgruppe.

Durch die höhere Effektivität fällt eine relative Nutzen-Kosten-Differenz, bei der die erreichten Effekte den unmittelbar entstandenen Gesamtkosten der Hilfen gegenübergestellt werden, zugunsten der Experimentalgruppe aus, die Unterschiede sind aber statistisch nicht signifikant. Durch diese positive Nutzen-Kosten-Differenz kann bei dem Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen langfristig mit einer erhöhten Effizienz gerechnet werden. Durch die höheren Effekte in der Experimentalgruppe sind bei diesen jungen Menschen – entsprechende Nachhaltigkeit vorausgesetzt – geringere Kosten in den Bereichen Gesundheitswesen, Delinquenz und Arbeitslosigkeit zu erwarten bei einer gleichzeitig qualifizierten Erwerbstätigkeit. Dadurch werden die höheren „Ad hoc“-Kosten mehr als relativiert.

Einen weiteren Hinweis auf eine positive Kosten-Nutzen-Relation gibt unter anderem die tendenziell geringere Häufigkeit von Anschlusshilfen (verbunden mit geringeren Folgekosten): In der Experimentalgruppe werden für 41,8% Anschlusshilfen geplant – gegenüber 45,2% in der Kontrollgruppe.

Fazit: Mit dem Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen werden teurere, aber auch nachweislich effektivere Hilfen gewählt, die weniger Anschlusshilfen notwendig machen. Damit ist langfristig mit einer besseren volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Relation und mit makroperspektivischen Effekten wie z.B. einer geringeren Kriminalitätsrate zu rechnen.

Welchen Einfluss haben die Wirkfaktoren Partizipation und Kooperation?

Der Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen scheint für Fachkräfte mit geringer Berufserfahrung in besonderem Maße geeignet zu sein: Im Vergleich zu ihren erfahrenen Kollegen arbeiten sie sich schneller in das Instrumentarium ein, weisen einen reduzierten Zeitbedarf für die Anwendung auf und benötigen eine geringere Anzahl an Diagnosegesprächen. Für die Gruppe der weniger erfahrenen ASD-Fachkräfte scheinen die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen demnach eine Strukturierungshilfe darzustellen.

Hat die Berufserfahrung auch einen Einfluss auf die Effektivität der Hilfen? Obwohl es sich hier nicht um einen zentralen Wirkfaktor mit hohem Einfluss handelt, ließen sich doch 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 wurden. Demnach sind die durch Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen erzielbaren Wirkungen von der Berufserfahrung unabhängig oder anders ausgedrückt: Berufsanfänger können mithilfe dieses Instrumentariums genauso gute Ergebnisse erzielen wie die Kollegen mit größerem fachlichem Erfahrungsschatz.

In vielen Studien, die sich mit der Effektivität von erzieherischen Hilfen befasst haben, hat sich wiederholt gezeigt, dass das Ausmaß der Partizipation der Hilfeadressaten sowie deren Kooperationsbereitschaft in einem positiven Verhältnis zu den Wirkungen der Hilfen stehen. Je mehr es gelingt, eine Einsicht in den Bedarf der Hilfe und eine Akzeptanz der Hilfepläne zu vermitteln sowie eine aktive Beteiligung der jungen Menschen und ihrer Familien, beispielsweise durch angemessene Berücksichtigung ihrer Wünsche, zu erreichen, desto bes-

ser sind die Erfolgsaussichten. Auch im Rahmen der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen konnte dieser „Wirkmechanismus“ für die Gesamtstichprobe (aus Experimental- und Kontrollgruppe) bestätigt werden. Hierbei zeigte sich ferner, dass der Einfluss der Kooperation auf die Effekte im Hilfeverlauf deutlich zunimmt.

Sobald Experimental- und Kontrollgruppe einander gegenübergestellt werden, ergibt sich ein teilweise kritisches Bild. Zwar kann in beiden Untersuchungsgruppen, sowohl bei den jungen Menschen als auch bei den Sorgeberechtigten, eine insgesamt hohe Partizipation und Kooperation ermittelt werden, die Werte fallen aber in der Kontrollgruppe durchweg geringfügig höher aus. Diese Befunde spiegeln sich sowohl in den Einschätzungen der ASD-Fachkräfte als auch in der unmittelbaren Befragung der jungen Menschen und Sorgeberechtigten wieder.

Offensichtlich ist es, verglichen mit den in der Kontrollgruppe praktizierten Methoden zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs, nicht in gleichem Maße gelungen, mithilfe der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen bei den wesentlichen Verfahrensbeteiligten eine entsprechende Nachvollziehbarkeit und Akzeptanz zu erzeugen. Dies zeigt unter anderem auch die Tatsache, dass sowohl junge Menschen als auch Sorgeberechtigte, zumindest subjektiv, mit den in der Kontrollgruppe angewendeten diagnostischen Verfahren deutlich zufriedener waren.

Bei der 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 aufweisen. Aufgrund des positiven Einflusses der Kooperation auf die Effekte ist es allerdings naheliegend zu vermuten, dass der beschriebene, nur tendenziell signifikante Effektivitäts-Unterschied möglicherweise größer ausgefallen wäre, wenn es gelungen wäre, die Kooperationsbereitschaft 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 die „empathische Wärme“ in der Interaktion mit den Beteiligten nicht aus dem Blick gerät.

Fazit: In der Gesamtstichprobe liegen hohe Partizipations- und Kooperationswerte vor. In der Kontrollgruppe liegen diese Werte noch über denen der Experimentalgruppe. Berufsanfänger erreichen mit dem Einsatz der Tabellen das Effektivitätsniveau ihrer erfahrenen Kollegen.

Welche Hypothesen werden bestätigt und welche verworfen?

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

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 signifikant; + tendenziell positiv; - tendenziell negativ

Folgerungen

Welche Konsequenzen ergeben sich für die Hilfeplanung / für die Praxis?

Da die Verfahren zur Hilfeplanung in den Jugendämtern nicht gleich strukturiert sind, wird es erforderlich sein, den Einsatz der Diagnose-Tabellen individuell angepasst an das jeweilige Verfahren des Jugendamtes zu definieren. Je nachdem, zu welchem Zeitpunkt die Fälle an Fachdienste der Jugendämter weitergeleitet werden, muss geklärt werden, ob die Diagnose-Tabellen auch von den Fachdiensten anzuwenden sind. Werden die Tabellen in den Fachdiensten eingesetzt, dann muss die Möglichkeit bestehen, dass diese nach einer entsprechenden Bewertung des erzieherischen Bedarfs den Fall auch wieder an die Bezirkssozialarbeit abgeben können. Grundsätzlich gilt, dass die Diagnose-Tabellen *vor* der Hilfeentscheidung eingesetzt werden sollten.

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. Das 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 sollten 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 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 Hilfeplanziele sollte direkt aus der Bedarfsfeststellung abgeleitet werden. Entsprechende Hilfen für diesen Verfahrensschritt müssen entwickelt werden.

Entscheidend ist, dass jedes Jugendamt seinen Verfahrensweg des Hilfeprozesses und der Hilfeplanung dahingehend qualifiziert, dass die Feststellung des erzieherischen Bedarfs durch die Anwendung der Diagnose-Tabellen zum festen Bestandteil der Arbeit wird.

Immer noch werden in hoher Zahl die Entscheidungen für eine Hilfeart durch die Berufserfahrung der Fachkräfte in den Jugendämtern bestimmt. 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. Die Anwendung der Diagnose-Tabellen bietet diesen Qualifizierungsschub.

Dabei kommt es nicht nur darauf an, dass die einzelne Fachkraft im Jugendamt die Tabellen nach individuellen Vorstellungen einsetzt, sondern dass, wie oben beschrieben, das gesamte Hilfeverfahren für alle Mitarbeiter verbindlich entsprechend angepasst werden muss. 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 Jugendamtes 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 werden und dafür auch entsprechende Zeitkontingente zur Verfügung gestellt bekommen.

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.

Ergeben sich Konsequenzen für die Ausbildung und Fortbildung?

Das Bayerische Landesjugendamt verfügt über ein umfangreiches Fortbildungsangebot für die Fachkräfte in Jugendämtern. Dieses Fortbildungsangebot sollte zukünftig verstärkt das Thema der revidierten Fassung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen aufgreifen und damit den Einsatz der Tabellen in die 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 und das Forschungsprojekt der Evaluation mit seinen Ergebnissen Eingang in die Lehrangebote der Fachhochschulen finden und sie unter die gängigen zu vermittelnden Diagnoseverfahren eingereiht werden. Die Ausbildung der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen sollte in diesem Zusammenhang das Arbeitsfeld des Jugendamts stärker berücksichtigen und damit ihren Beitrag zur Qualifizierung leisten. Um dieses Ziel zu erreichen, könnten eine gezielte Informationsveranstaltung für die Lehrenden angeboten und Publikationen verbreitet werden.

Welchen Beitrag leistet die Studie für die zukünftige Forschung in der Jugendhilfe?

Aus den 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.

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 Hilfearten in gleicher Verteilung zu erfassen. Prospektive Praxisforschung setzt im Vergleich zur Laborforschung damit auch immer eine erhöhte Flexibilität voraus.

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 Nebenwirkungen, 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“: Es sollten die unterschiedlichsten Facetten von Wirkungen 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 aufwändig – sämtliche Beteiligten mit in die Untersuchung einzubeziehen. 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. strukturelle und prozessuale Aspekte und zentrale Adressatenmerkmale.

Wie können die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen optimiert werden? Wie muss eine zuverlässige und praxistaugliche sozialpädagogische Diagnostik gestaltet sein?

Mit den Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen hat das Landesjugendamt 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 Benennung der beobachtbaren Merkmale führt zur differenzierten Feststellung des notwendigen erzieherischen Bedarfs gemäß § 27 SGB VIII. Aus der genauen Benennung des erzieherischen Bedarfs leitet 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 durchschaubar 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 eigentlichen Tabelle zum erzieherischen Bedarf sollte eine Feststellung der Kindeswohlgefährdung vorangestellt werden. Diese sollte 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 müssen 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 Items, die sich auf die Schule und Berufsausbildung beziehen bei einem Kleinkind.
- 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 ergänzende Informationen oder Erläuterungen anzufügen.
- Zusätzlich sollten Datumfelder eingefügt werden, um den Bearbeitungsstand festzuhalten.
- Ebenso ist es möglich zusätzliche Felder bereitzustellen, in welche die Herkunft bzw. Quellen der jeweiligen Einschätzung eingetragen werden können sowie, davon abgesetzt, das Resümee der fallverantwortlichen Fachkraft.

Zur Handhabung:

- Die Items sollten zum Ankreuzen gedacht sein. Empfohlen wird auch eine graduelle Abstufung der Merkmalsausprägung bzw. Skalierungen.
- 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.
- Sinnvoll ist auch die Verknüpfung zu einer hypothesengeleiteten (operationalen) Formulierung von Hilfeplanzielen.

Diese Anforderungen an die Handhabung sind nur in einer EDV-Fassung umsetzbar.

Zur Implementierung:

- Damit die Diagnose-Tabellen zu einem Standardverfahren in der Sozialarbeit des Jugendamtes werden, ist es erforderlich, dass sie in das 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.
- Die Implementierung der Diagnose-Tabellen muss als Steuerungsaufgabe der Leitungskräfte gesehen und umgesetzt werden.
- Der Implementierungsprozess sollte durch entsprechende Begleitung im Jugendamt und durch externe Fortbildung unterstützt werden.

Zusammenfassung

Das Bayerische Landesjugendamt 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 finanziell geförderte 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 Bayerische 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 unter 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 Qualifizierung der Sozialarbeit beitragen.

Weiterführende Literatur

Ader, S., Schrapper, Ch. & Thiesmeier, M. (Hrsg.) (2001): Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster: Votum.

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).

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

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. In: Jugendwohl, 78, S. 257–268.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V. (Hrsg.) (2002): Fallverstehen und Diagnostik bei Kindesvernachlässigung. Köln: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren.

Deutscher Städtetag (Hrsg.) (2003): Empfehlungen zur Festlegung fachlicher Verfahrensstandards in den Jugendämtern bei akut schwerwiegender Gefährdung des Kindeswohls. In: 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.

Döpfner, M. & Esser, G. (2004): Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie. In: Kindheit und Entwicklung, 13 (2), S. 59–63.

Freese, W. & Kisse, M. (1990): Zur Indikationsfrage in der Jugendhilfe: Die psychosoziale Diagnose. In: Psychologie und Gesellschaftskritik, 53 (14), S. 23–42.

Harnach-Beck, V. (2003): Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Grundlagen und Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme (4. Aufl.). Weinheim: Juventa.

Heiner, M. (Hrsg.) (2004): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Gelsenkirchen: Verlag Soziale Theorie und Praxis.

Hermesen, T. & Macsenaere, M. (Hrsg.) (2007): Wirkungsforschung in der Kinder- und Jugendhilfe. KFH Mainz Schriftenreihe. Band 2. Mainz: KFH Mainz.

Hillmeier, H., Huber, G. & Pschibl, K. (2004): EST – Evaluationsprojekt Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen. In: unsere jugend, 2, S. 50–59.

Hillmeier, H., Scherer, S. & Vietzke, B. (2005): Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen des Bayerischen Landesjugendamtes. München: Bayerisches Landesjugendamt.

Hinte, W. (1994): Sozialarbeiterische Fachlichkeit: was „kann“ die Profession? In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 9, S. 327–333.

Institut für Kinder- und Jugendhilfe (Hrsg.) (2007): EVAS-Gesamtbericht BRD. Mainz: Institut für Kinder- und Jugendhilfe.

Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen, IGfH. Peters, F. (Hrsg.) (2002): Diagnosen – Gutachten – hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung (2. Aufl.). Frankfurt/Main: IGfH.

Johnson, W. (1996): Using Risk Assessment in the Evaluation of Public Agency Child Protective Services. In: Tataru, T. (Hrsg.): Ninth National Roundtable on CPS Risk Assessment. Summary of Highlights. Washington: APWA, S. 3–22.

Kurz-Adam, M. & Köhler, M. (2002): Umbau statt Ausbau. Die sozialräumliche Reform der Erziehungshilfen in München. In: Sozialmagazin, 5, S. 24–32.

Lambach, R. (2003): Messung von Ergebnisqualität. In: Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e. V. (Hrsg.): Qualitätsentwicklung und Qualitätswettbewerb. München: Sozialpädagogisches Institut Schriftenreihe/Dokumentation 2, S. 95–103.

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.

Macsenaere, M. & Paries, G. (2006): Wirkungsorientierte Steuerung im Dialog: Mehr Einblick, Übersicht und Effizienz im Bereich der Hilfen zur Erziehung. Das Jugendamt, 79 (3), S. 113–119.

Macsenaere, M. (2007): Verfahren zur Wirkungsmessung in den erzieherischen Hilfen: Jugendhilfe-Effekte-Studie. In: Wirkungsorientierte Jugendhilfe. Band 1. Münster: ISA, S. 25–31.

McDonald T. & Marks J. (1991): A Review of Risk Factors Assessed in Child Protective Services. Social Service Review, 65, S. 112–132.

Merchel, J. (2003): „Diagnose“ im Hilfeplanverfahren: Anforderungen und Problemstellungen. In: neue praxis, 33 (6), S. 527–542.

Mollenhauer, K. & Uhlendorff, U. (2000): Sozialpädagogische Diagnosen. Teil 2. Selbstdeutungen verhaltensschwächerer 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. u.a. (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. In: Recht der Jugend und des Bildungswesens, 2, S. 195–205.

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. In: Evangelische Jugendhilfe, 81 (3) S.180

Petermann, F. (2002): 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. Weinheim: Juventa, S. 17–32.

Rauschenbach, Th., Ortmann, F. & Karsten, M.-E. (Hrsg.) (2000): Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit (2. Aufl.). Weinheim: Juventa.

Renschmidt, H. & Schmidt, M. (1994): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Huber Verlag.

Roos, K. & Petermann, F. (2006): Kosten-Nutzen-Analyse der Heimerziehung. In: Kindheit und Entwicklung, 15 (1), S. 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. (Hrsg.) (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.

Schmidt, M., Schneider, K., Hohm, E., Pickartz, A., Macsenaere, M., Petermann, F., Flösdorf, P., Hözl, H. & Knab, E. (2002): Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe. Stuttgart: Kohlhammer.

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

Schrödter, M. (2003): Zur Unhintergebarkeit von Diagnose. Klassifikation in der Sozialen Arbeit. In: Widersprüche, 23 (6), S. 85–100.

Staub-Bernasconi, Silvia (2003): Diagnostizieren tun wir alle – nur nennen wir es anders. In: Widersprüche, 23 (6), S. 33–40.

Textor, M. (1995): Praxis der Kinder- und Jugendhilfe – Handbuch für die sozialpädagogische Anwendung des KJHG. Weinheim: Beltz.

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

Uhlendorff, U. (2003): Sozialpädagogische Familiendiagnose: Methode und Forschungsperspektiven. In: Jugendhilfe, 41 (5), S. 229–235.

Urban, U. (2004): Professionelles Handeln zwischen Hilfe und Kontrolle. Sozialpädagogische Entscheidungsfindung in der Hilfeplanung. Weinheim: Juventa.

Verein für Kommunalwissenschaften (Hrsg.) (2005): Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe – Vom Fallverstehen zur richtigen Hilfe. Berlin: Verein für Kommunalwissenschaften.