

Soziale Diagnose

Methoden zur Standortbestimmung
von Kindern und Jugendlichen

Jugend  Wohlfahrt
OBERÖSTERREICH



HANDBUCH

Inhalt

Rechtliche Grundlagen	4
Kindeswohl: Die Position der Jugendwohlfahrt	12
Soziale Diagnose: Eine Aufgabe der Sozialarbeit	18
Instrumente der Sozialen Diagnose	24
Weiterführende Texte & Literatur	36
Glossar	60
Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung	5
Rechtliche Grundlagen der Abklärung	8
Pflicht und/oder Berechtigung zur Mitteilung (Meldung) an den Jugendwohlfahrtsträger	10
Das Ausmaß der Pflege und Erziehung richtet sich nach den Lebensverhältnissen der Eltern Abklärung von Kindeswohlgefährdung zwischen Zulassen und Eingreifen	13
Soziale Diagnose – Eine Aufgabe der Sozialarbeit	19
Soziale Diagnostik – Methoden und Instrumente	25
Verfahren der Sozialen Diagnose Was sollen und können diagnostische Verfahren in der Sozialarbeit abbilden?	27
Instrumente/Werkzeuge	28
Anhang	30
Nachvollziehbar, fachgerecht und rechtzeitig Instrumente der Sozialen Diagnostik als Unterstützung von Interventionsentscheidungen in der Jugendwohlfahrt	37
Case Management „Alter Wein in neuen Schläuchen oder Neuorientierung im Sozial- und Gesundheitsbereich“?	43
Hilfe(n)planung bei „schwierigen Jugendlichen“	46
Von der „Sozialen Diagnose“ zur Entscheidung	52
Literaturliste	56
AutorInnen	58
Impressum	58

Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung

Kindeswohl

Das „Kindeswohl“ ist **oberste Richtschnur sämtlichen Handelns der öffentlichen Jugendwohlfahrt und des PflEGschaftsgerichts**. Dieser Begriff findet sich in zahlreichen Gesetzesstellen des Familien- und Jugendwohlfahrtsrechts (vgl. §§ 145 Abs. 1, 145b, 146 Abs. 1 und 3, 148 Abs. 1 und 4, 176 Abs. 1, 176b, 177 Abs. 3, 177a, 178, 178a, 180a, 184a Abs. 1 Z. 2, 186a Abs. 2, 187, 188 Abs. 1 ABGB sowie §§ 2 Abs. 1, 5b Abs. 1, 21 Abs. 1, 22 Abs. 3 Z. 1, 25 Abs. 2 und 3, 26, 30 Abs. 4, 31 Abs. 3 und 4, 35 Abs. 1, 38 Abs. 1, 39, 43 Abs. 1 Oö. JWG 1991).

Eine (Legal-)Definition des Begriffs enthält aber keine dieser gesetzlichen Bestimmungen, es handelt sich daher um einen **unbestimmten Gesetzesbegriff**.

§ 178a ABGB gibt einige Kriterien vor, die zur Konkretisierung des Kindeswohls beitragen.

Danach sind bei der Beurteilung des Kindeswohls

- die **Persönlichkeit des Kindes und**
 - **seine Bedürfnisse, besonders seine Anlagen, Fähigkeiten, Neigungen und Entwicklungsmöglichkeiten sowie**
 - die **Lebensverhältnisse der Eltern**
- entsprechend zu berücksichtigen.

Eine nähere Auslegung des Begriffs des Kindeswohls erfordert einen Blick in die dazu ergangene **Judikatur**:

Der OGH betont, das Kindeswohl habe **mehrere Dimensionen** und umfasse das **körperliche, geistige und seelische Wohlergehen** des Kindes (EF 84.218).

Unter Gesundheit sei auch das psychische Wohl zu verstehen (1 Ob 623/95; EF 110.906).

Elternliebe, Fürsorge und Vermittlung von Geborgenheit seien Grundlagen für die Verwirklichung des Kindeswohls (EF 51.358; EF 107.827). Im Fall einer Adoption müsse gewährleistet sein, dass dem mj. Kind dadurch ein beständiges und ausgeglichenes Zuhause verschafft werde (EF 51.358).

Der Begriff des Kindeswohls stelle mit seiner **materiellen, geistigen und seelischen Komponente** die **Einzelfallgerechtigkeit** in den Vordergrund und lenke das richterliche Augenmerk auf die **konkreten Umstände des individuellen Falls**. Dabei seien etwa auch Ausländereigenschaft, fremdes Recht, Kultur und Religion in die besonderen Umstände einzureihen, die vom Richter zu berücksichtigen seien. Grundsätzlich seien neben dem geistigen und seelischen Wohl des Kindes, das sich behütet und geborgen wissen müsse, damit es zu einem für die Bewältigung aller Probleme und Konflikte des Daseins genügend gerüsteten, lebensstauglichen Menschen heranwachsen könne, auch materielle Aspekte (.....) nicht ganz zu vernachlässigen (EF 81.156, 93.097).

Angesichts dieser Betonung der Einzelfallentscheidung und der Vielzahl der unter dem Gesichtspunkt des Kindeswohls zu beurteilenden Sachverhalte wird klar, dass das **Kindeswohl sich von vornherein einer allgemein gültigen, für alle Fälle passenden Definition entzieht** (so ausdrücklich auch EF 96.695).

Kindeswohlgefährdung

§ 176 ABGB verpflichtet das (von wem immer angerufene) **Gericht**, die **zur Sicherung des Kindeswohls nötigen Verfügungen** zu treffen, wenn die Eltern durch ihr Verhalten das **Kindeswohl gefährden**. Insbesondere darf das Gericht die **Obsorge** ganz oder teilweise, auch gesetzlich vorgesehene **Einwilligungs- und Zustimmungsrechte** entziehen oder im Einzelfall auch eine gesetzlich erforderliche Einwilligung oder Zustimmung ersetzen (z.B. in eine medizinische Behandlung/Abklärung; § 146c ABGB), wenn keine gerechtfertigten Gründe für die Weigerung vorliegen. Nach der Rechtsprechung kann das Gericht den Eltern aber auch Anordnungen erteilen, z.B. dafür zu sorgen, dass das Kind regelmäßig in den Kindergarten/die Schule geht, es zur regelmäßigen fachärztlichen Untersuchung, Therapie etc. zu bringen, mit dem JWT zusammenzuarbeiten und diesem die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und die bezughabenden Urkunden vorzulegen (EF 110.869). Eine – wenn auch nur (von wem immer) behauptete – Kin-

deswohlgefährdung verpflichtet aber auch den **Jugendwohlfahrtsträger (JWT)** zum Tätigwerden. Einerseits zur unverzüglichen Abklärung des Verdachts, andererseits – bei tatsächlich festgestellter Kindeswohlgefährdung – zur Gewährung von Erziehungshilfen (§§ 35 ff Oö. JWG 1991 - Unterstützung der Erziehung oder volle Erziehung), worauf der Minderjährige bei Vorliegen der Voraussetzungen einen Rechtsanspruch hat. Diese Pflichten ergeben sich einerseits aus den Bestimmungen des Jugendwohlfahrtsrechts (§§ 2, 35 ff Oö. JWG 1991), andererseits aus den für den JWT relevanten Bestimmungen des ABGB (vgl. §§ 211 ff ABGB).

§ 2 JWG und § 2 Oö. JWG 1991 umschreiben den **subsidiären Erziehungsauftrag des JWT**: Grundsätzlich obliegen Pflege und Erziehung Minderjähriger der Familie. Der öffentlichen Jugendwohlfahrt kommt dabei eine unterstützende und beratende Tätigkeit zu, wobei die Zusammenarbeit mit den Erziehungsbe-



RECHTLICHE GRUNDLAGEN

rechtigten anzustreben ist. Erst wenn die Erziehungsberechtigten das **Wohl des Minderjährigen nicht gewährleisten**, hat der JWT einzuschreiten, jedoch nur insoweit, als es notwendig ist (Grundsätze der **Subsidiarität** und des **geringst möglichen Eingriffs** - § 26 Satz 2 JWG, § 35 Abs. 1 Oö. JWG 1991).

Zum Eingreifen verpflichtet ist der JWT besonders dann, wenn zur Durchsetzung von Erziehungszielen Gewalt angewendet oder körperliches oder seelisches Leid zugefügt wird (**Grundsatz der gewaltlosen Erziehung** - § 146a ABGB).

§ 215 Abs. 1 ABGB verpflichtet den JWT, die zur Wahrung des Kindeswohls erforderlichen **gerichtlichen Verfügungen im Bereich der Obsorge zu beantragen**, wobei auch vorläufige Entscheidungen (§ 107 Abs. 2 AußStrG) oder die vorläufige Zuerkennung von Verbindlichkeit oder Vollstreckbarkeit (§ 44 AußStrG) beantragt werden können. Es genügt daher grundsätzlich nicht, das Pflschaftsgericht über eine mögliche Kindeswohlgefährdung (nur) zu informieren. Dadurch entsteht zwar die Verpflichtung des Gerichts, seinerseits die zur Sicherung des Kindeswohls nötigen Verfügungen zu treffen. Das enthebt den JWT aber nicht von seiner eigenen Verpflichtung zur Antragstellung nach § 215 Abs. 1 ABGB und zur Treffung nötiger Sofortmaßnahmen wegen Gefahr im Verzug.

Bei **Gefahr im Verzug kann** – und muss – der JWT nach § 215 Abs. 1 Satz 2 ABGB die erforderlichen **Maßnahmen der Pflege und Erziehung** vorläufig mit Wirksamkeit bis zur gerichtlichen Entscheidung, die er längstens innerhalb von 8 Tagen beantragen muss, selbst treffen. Im Umfang der getroffenen Maßnahmen ist der **JWT ex lege vorläufig mit der Obsorge betraut**. Damit hat der JWT auch das Aufenthaltsbestimmungsrecht nach § 146b ABGB und kann zu dessen Durchsetzung notfalls auch die Unterstützung der Behörden und Organe der öffentlichen Aufsicht (Sicherheitsbehörden) in Anspruch nehmen.

Gefahr im Verzug liegt vor, wenn aus Sicht des JWT eine so **akute Gefährdung des Kindeswohls** vorliegt, dass die Gerichtsentscheidung nicht abgewartet werden kann, vielmehr eine **Sofortmaßnahme des JWT dringend geboten** ist, um die Gefährdung zu beseitigen. Dazu kann auch gehören, dass sich der JWT zur Abklärung der aktuellen Situation von in einer Wohnung/einem

Haus eingeschlossenen Kindern sofortigen Zutritt zu diesen unter Polizeiasistenz verschafft.

Zur – im Einzelfall oft schwierig zu beantwortenden – Frage, ob im konkreten Fall eine Kindeswohlgefährdung vorliegt oder nicht, gibt es zahlreiche **gerichtliche Einzelfall-Entscheidungen**.

Grundsätzlich lässt sich zu dieser Judikatur zusammenfassen, dass eine Gefährdung des Kindeswohls keinen Missbrauch der elterlichen Befugnisse voraussetzt. Es genüge vielmehr, dass die **elterlichen Pflichten (objektiv) nicht erfüllt** wurden oder **sonst wichtige Gründe eine Änderung gebieten**. Ein subjektives Schuld element könne, müsse aber nicht hinzutreten (ÖA 1990, 132; EF 78.159 etc.). Maßgeblicher Zeitpunkt für die Beurteilung der Kindeswohlgefährdung ist der Zeitpunkt der Entscheidung des Gerichts (EF 78.198).

Für eine Obsorgeentziehung oder –einschränkung fordert die Judikatur grundsätzlich immer, dass dies im Interesse des Kindes dringend geboten ist, was nach einem strengen Maßstab (EF 104.339; EF 107.785 – „äußerste Notmaßnahme“) zu beurteilen sei. Ganz grundsätzlich ist in diesem Zusammenhang auch für das Gericht immer der Grundsatz des **geringstmöglichen Eingriffs zu beachten**. Nach § 176b ABGB darf das Gericht durch eine Verfügung nach § 176 ABGB die Obsorge nur so weit beschränken, als dies zur Sicherung des Kindeswohls nötig ist.

Fälle, die von der Judikatur als Kindeswohlgefährdung qualifiziert wurden, lassen sich in Gruppen zusammenfassen:

- **Fehlende Erziehungsfähigkeit**. Das betrifft vor allem psychiatrisch auffällige Erziehungsberechtigte; eine geringere Gefahr stelle der psychisch Kranke in einer Ehe oder Lebensgemeinschaft dar, wo der Partner kompensierend eingreifen und dem Kind Stabilität und Sicherheit vermitteln könne (vgl. Ruby/Laubichler, Die Eignung der Eltern zur Kindererziehung [RZ 1988, 106]¹). Fehlende Erziehungsfähigkeit kann aber auch aus Alkoholismus (EF 100.303, 104.328), sexuellen Perversionen, die sich gegen das Kind richten können, neurotischen Bindungen etc. resultieren (EF 110.857), weiters aus kriminellem Lebenswandel (EF 45.852), völliger (wenn auch unverschuldeter) Unfähigkeit zur

Kommunikation (EF 93.121) oder zur Besorgung der eigenen alltäglichen Angelegenheiten durch die mit der Obsorge betrauten Person (EF 78.187).

- **Grobe Vernachlässigung der elterlichen Pflichten**, wenn etwa schon die körperlichen, seelischen oder emotionalen Grundbedürfnisse des Kindes („Grundversorgung“) nicht befriedigt werden. Darunter fallen etwa unzureichende Versorgung (mangelhafte Pflege, Ernährung, Hygiene und medizinische Betreuung; Unterlassung der notwendigen medizinischen Behandlung des Kindes [EF 110.864]) und Beaufsichtigung (z.B. auch das wiederholte Alleinlassen in der Nacht [EF 81.149]), Vernachlässigung der Erziehung (EF 66.036), Mangel an Zuwendung und Geborgenheit, mangelnde Förderung (EF 75.129). Weiters liebloses Verhalten gegenüber dem Kind (EF 43.316), Intesselosigkeit gegenüber dem Kind, Erklärung des „Verzichts“ auf die Elternrechte (EF 93.088), Überforderung des Kindes (EF 51.289), Anstiftung des Kindes zu Straftaten.
- **Missbrauch der Erziehungsrechte**, z.B. sexueller Missbrauch (EvBl. 1994/123), Misshandlung, Gewalt, körperliche Züchtigung (wiederholte Verstöße gegen den Grundsatz der gewaltlosen Erziehung - § 146a ABGB; EF 96.644), psychisches Quälen (subtiler Psychoterror und Isolierung des Kindes [EF 93.123]) und jede sonstige die Menschenwürde verletzende Behandlung des Kindes (EF 71.846, 71.847). Aus einer einmaligen Verfehlung, insbesondere bei nachfolgender uneingeschränkter Einsicht und Vornahme einer allenfalls notwendigen Therapie, könne aber – so die Judikatur - in der Regel noch keine Kindeswohlgefährdung abgeleitet werden (EF 71.847, 100.332 – Ohrfeigen). Sei allerdings zu erwarten, dass ein Elternteil weiterhin zu Mitteln der Gewalt (inkl. der sog. „g’sund’n Watsch’n“) greifen werde, um seine Erziehungsprinzipien durchzusetzen, liege ein Anlass zum Wechsel in der Pflege und Erziehung vor (ÖA 1993, 26; EF 68.800, 71.846).

Weiters rücksichtsloses Beharren auf elterlichen Rechten trotz evidenten Schadens für das Kind (RdM 1997, 49/9 – Weigerung des Vaters, das Kind zur Mutter übersiedeln zu lassen, führte zu psychosomatischer Erkrankung), gravierende Bedrohung der Mutter durch den Vater vor den Kindern (EF 96.643), obsorgebetrauter Elternteil tritt Misshandlungen des Kindes durch Lebensgefährten nicht entgegen (EF 84.083), Nachstellungen in der Schule und ständiges Hineinziehen des Kindes in Konfliktsituationen bezüglich der Besuchsrechtsausübung (EF 48.412).

- **Bindungs- und Beziehungsprobleme**, z.B. die Ablehnung des Sorgeberechtigten durch das mündige Kind, Wunsch des mündigen Kindes, beim anderen Elternteil zu leben (EF 51.297).
- **Ungezetzmäßige Verwendung oder Verwaltung des Unterhalts oder Vermögens**, z.B. zweckwidrige Verwendung der Waisenrente durch die Mutter (EF 51.294), missbräuchliche Verwendung des Kindesvermögens (ÖA 1993, 147).

¹ Zitate aus Ruby/Laubichler aaO:

„Der optimale Einsatz eines Erziehers benötigt Ich-Stärke, emotionale Festigkeit und Beständigkeit. Dies wird von Psychotikern, Alkoholikern usw. in der Regel nicht gewährleistet. Auch wenn z.B. eine manische Patientin ihr Kind liebt, es zwischen den Phasen gut versorgt, fehlt dem Kind die Stabilität und Kontinuität einer Beziehung.“ „Wir möchten noch einmal betonen, dass bei Prüfung der Eltern auf Erziehungsfähigkeit es immer um das Wohl des Kindes geht und nicht um das der Eltern. So stellt z.B. eine paranoid psychiatrische Mutter für ihre beiden 6 und 8jährigen Töchter eine Gefahr dar. Der Vater, der bis dahin eine gewisse Stabilität vermittelte, muss eine Haftstrafe verbüßen. Die Mutter gebärt in dieser Zeit einen Sohn, sie glaubt es sei eine Totgeburt. Für den Säugling wird eine Fremdunterbringung veranlasst. Auch wenn es für die Mutter psychisch nicht zu verkraften ist, dass sie ihre Töchter „verliert“ und eine Fremdunterbringung der Töchter paranoid verarbeitet, darf man als Gutachter die Gefährdung der Kinder nicht übersehen. Das Kind darf nicht als therapeutisches Mittel für den psychisch kranken Erzieher benützt werden, ist der Psychotiker, gerade durch die Störung im Realitätsbezug, für das Kind eine Bedrohung.“ „Die Erziehungsfähigkeit ist bei alleinerziehenden Psychotikern, Alkoholikern und anderen psychiatrisch auffälligen Patienten stets in Zweifel zu ziehen. In einer Ehegemeinschaft, in die der Partner kompensierend eingreift und dem Kind Stabilität und Sicherheit vermitteln kann, stellt der psychisch Kranke eine geringere Gefahr für das Kind dar.“

Rechtliche Grundlagen der Abklärung

Unabhängig von gesetzlich normierten **Meldepflichten**¹ über Verdachtsfälle der Kindeswohlgefährdung an den Jugendwohlfahrtsträger (JWT) für

- **Behörden, Organe der öffentlichen Aufsicht und Einrichtungen zur Betreuung und zum Unterricht von Minderjährigen**
§ 37 Abs. 1 JWG; über alle bekannt gewordenen Tatsachen, die zur Vermeidung oder zur Abwehr einer konkreten Gefährdung eines bestimmten Kindes erforderlich sind,
- **in der Begutachtung, Betreuung und Behandlung Minderjähriger tätige Angehörige eines medizinischen Gesundheitsberufs**
§ 37 Abs. 2 JWG (auch in den jeweiligen Berufsrechten vorgesehen); z. B. Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger, Pflegehelfer; über den Verdacht der Misshandlung, des Quälens, der Vernachlässigung oder des sexuellen Missbrauchs von Minderjährigen,
- **in der Jugendwohlfahrt tätige oder beauftragte Personen, selbst wenn sie an sich berufsrechtlich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind**
§ 37 Abs. 2 JWG; über den Verdacht der Misshandlung, des Quälens, der Vernachlässigung oder des sexuellen Missbrauchs von Minderjährigen,
- **Schulleiter**
§ 48 SchUG; wenn die Erziehungsberechtigten ihre Pflichten offenbar nicht erfüllen oder in wichtigen Fragen uneinig sind,
- **Tagesmütter und -väter**
§ 5a Abs. 1 Oö. JWG 1991; über den Verdacht der Vernachlässigung, Misshandlung oder des sexuellen Missbrauchs von betreuten Minderjährigen und
- **in bewilligten Krabbelstuben, Sonderformen und Pilotprojekten sowie in Kindergärten und Horten tätigen pädagogische Fachkräfte**
§ 14 Abs. 2 Oö. Kinderbetreuungsgesetz; über den Verdacht der Vernachlässigung, Misshandlung oder des sexuellen Missbrauchs von betreuten Minderjährigen

hat der JWT **sämtliche** auch von sonstigen Personen (Nachbarn, anonymen Meldern etc.) erstattete **Meldungen über angebliche Kindeswohlgefährdungen unverzüglich zu überprüfen**.

Zwar besteht – inkonsequenterweise – eine ausdrücklich gesetzlich normierte Überprüfungspflicht des JWT nur hinsichtlich der nach § 37 JWG, § 5a Oö. JWG 1991 und § 14 Abs. 2 Oö. Kinderbetreuungsgesetz erstatteten Meldungen (§ 2 Abs. 4 JWG, § 5b Abs. 1 Oö. JWG 1991). Dennoch ist die Überprüfungspflicht des JWT hinsichtlich **sämtlicher** auch von sonstigen Personen erstatteten Meldungen über angebliche Kindeswohlgefährdungen **unbestritten**. Sie ergibt sich einerseits aus den allgemeinen Bestimmungen des Jugendwohlfahrtsrechts (§ 2 JWG, § 2 Oö. JWG 1991), an-

dererseits auch aus den auch für den JWT relevanten Bestimmungen des ABGB (vgl. § 215 Abs. 1 ABGB).

§ 2 JWG und § 2 Oö. JWG 1991 umschreiben den **subsidiären Erziehungsauftrag des JWT**: Grundsätzlich obliegen Pflege und Erziehung Minderjähriger der Familie. Der öffentlichen JW kommt dabei eine unterstützende und beratende Tätigkeit zu, wobei die Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten anzustreben ist. Erst wenn die Erziehungsberechtigten das **Wohl des Minderjährigen nicht gewährleisten**, hat der JWT einzuschreiten, jedoch nur insoweit, als es notwendig ist (Grundsätze der **Subsidiarität** und des **geringst möglichen Eingriffs** - § 26 Satz 2 JWG, § 35 Abs. 1 Oö. JWG 1991).

Das „**Kindeswohl**“ – als oberste Richtschnur sämtlicher Maßnahmen der öffentlichen JW – ist ein unbestimmter Gesetzesbegriff (keine Legaldefinition), er umfasst nach der Judikatur das körperliche, geistige und seelische Wohlergehen des Kindes. Bei der Beurteilung des Kindeswohls sind die Persönlichkeit des Kindes und seine Bedürfnisse, besonders seine Anlagen, Fähigkeiten, Neigungen und Entwicklungsmöglichkeiten sowie die Lebensverhältnisse der Eltern entsprechend zu berücksichtigen (§ 178a ABGB).

Zum Eingreifen verpflichtet ist der JWT besonders dann, wenn zur Durchsetzung von Erziehungszielen **Gewalt** angewendet oder **körperliches oder seelisches Leid** zugefügt wird. Nach dem in § 146a ABGB festgeschriebenen Grundsatz der gewaltlosen Erziehung sind sämtliche Akte körperlicher Gewalt, z.B. Schläge, Ohrfeigen, (auch die sog. „g’sunde Watsch’n“) und ähnliche körperliche Züchtigungsakte absolut unzulässig. Auch die Zufügung seelischen Leids als Erziehungsmittel ist untersagt, wobei darunter nach der Rechtsprechung jedoch nicht schon jedes Unmutsgefühl auf eine erzieherische Maßnahme zu verstehen ist (so sind z.B. angemessene Fernseh- und Ausgehverbote udgl. als pädagogische Maßnahmen zulässig).

§ 215 Abs. 1 ABGB verpflichtet den JWT, die zur Wahrung des Kindeswohls erforderlichen **gerichtlichen Verfügungen im Bereich der Obsorge zu beantragen**. Bei **Gefahr im Verzug kann** – und muss – der JWT die erforderlichen Maßnahmen der Pflege und Erziehung vorläufig mit Wirksamkeit bis zur gerichtlichen Entscheidung, die er längstens innerhalb von 8 Tagen beantragen muss, selbst treffen. Im Umfang der getroffenen Maßnahmen ist der **JWT ex lege vorläufig mit der Obsorge betraut**. Damit hat der JWT auch das Aufenthaltsbestimmungsrecht nach § 146b ABGB und kann zu dessen Durchsetzung notfalls auch die Unterstützung der Behörden und Organe der öffentlichen Aufsicht (Sicherheitsbehörden) in Anspruch nehmen.

Gefahr im Verzug liegt vor, wenn aus Sicht des JWT eine so **akute Gefährdung des Kindeswohls** vorliegt, dass die Gerichtsentscheidung nicht abgewartet werden kann, vielmehr eine **Sofortmaßnahme des JWT dringend geboten** ist, um die Gefährdung zu beseitigen. Dazu kann auch gehören, dass sich der JWT zur Abklärung der aktuellen Situation von in einer Wohnung/einem Haus eingeschlossenen Kindern sofortigen Zutritt zu diesen unter Polizeiassistenten verschafft.

Aus den angeführten Bestimmungen des Jugendwohlfahrtsrechts und des ABGB **ergibt sich notwendigerweise**, dass der JWT – da er sonst seinen darin normierten Verpflichtungen nicht nachkommen könnte – natürlich im Vorfeld **Abklärungstätigkeiten** vornehmen muss, um dann – je nach dem Ergebnis der Abklärung – die in der jeweiligen Situation angezeigten Maßnahmen zu setzen oder (bei Entkräftung der Verdachtsmomente) von weiteren Schritten abzusehen. Die Tätigkeiten im Rahmen der Abklärung können mannigfaltig sein. Neben einer Nachschau an Ort und Stelle (Hausbesuch; für Erziehungshilfen [§ 40 Abs. 4 Oö. JWG 1991] und die Pflegeaufsicht [§ 25 Abs. 2 Oö. JWG 1991] existieren spezielle Bestimmungen) kommen etwa auch Befragungen des Kindes durch den JWT an neutralem Ort (Schule, Kindergarten), die Einholung eines Berichts des Kindergartens oder der Schule etc. in Frage.

Soweit aus Sicht des JWT (noch) keine Gefahr im Verzug vorliegt, kann er sich auch nicht gegen den Willen der Erziehungsberechtigten unmittelbar Zutritt zu den Kindern in einer Wohnung verschaffen. Er hat diesfalls nach **§ 215 Abs. 1 Satz 1 ABGB** bei Gericht die erforderlichen Verfügungen im Bereich der Obsorge zu beantragen.

Das **Gericht** hat nach **§ 176 ABGB** die **zur Sicherung des Kindeswohls nötigen Verfügungen** zu treffen. Besonders darf es die Obsorge, auch gesetzlich vorgesehene Einwilligung- und Zustimmungsrechte ganz oder teilweise entziehen. Es kann auch ungerechtfertigt verweigerte Einwilligungen (z.B. in eine medizinische Behandlung/Abklärung - § 146c ABGB) oder Zustimmungen ersetzen. Das Gericht kann den Eltern aber auch **Anordnungen** erteilen, z.B. dafür zu sorgen, dass das Kind regelmäßig in den Kindergarten oder in die Schule geht, es zur regelmäßigen fachärztlichen Untersuchung, Therapie etc. zu bringen, mit dem JWT zusammenzuarbeiten und diesem die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und bezughabenden Urkunden vorzulegen (vgl. EF 110.869).

¹ Siehe dazu auch die Zusammenstellung am Ende dieses Beitrags

Pflicht und/oder Berechtigung zur Mitteilung (Meldung) an den Jugendwohlfahrtsträger

I. Pflicht zur Mitteilung (Meldung)

§ 37 Abs. 1 JWG:

wer?

- Behörden
- Organe der öffentlichen Aufsicht
- Einrichtungen zur Betreuung oder zum Unterricht von Minderjährigen

was?/wann?

alle bekannt gewordenen Tatsachen, die zur Vermeidung oder zur Abwehr einer konkreten Gefährdung eines bestimmten Kindes erforderlich sind

§ 37 Abs. 2 JWG:

wer?

- in der Begutachtung, Betreuung und Behandlung Minderjähriger tätige Angehörige eines medizinischen Gesundheitsberufes (vgl. auch § 54 Abs. 6 ÄrzteG, § 8 Abs. 2 Z. 1 Gesundheits- und KrankenpflegeG, § 35 Abs. 4 Medizinischer Masseur- und HeilmasseurG)
- in der Jugendwohlfahrt tätige oder beauftragte Personen, selbst wenn sie aufgrund berufsrechtlicher Vorschriften zur Verschwiegenheit verpflichtet sind

was?

Verdacht der Misshandlung, des Quälens, Vernachlässigens oder des sexuellen Missbrauchs von Minderjährigen

wann?

sofern die Meldung zur Verhinderung einer weiteren erheblichen Gefährdung des Kindeswohls erforderlich ist

§ 48 SchUG:

wer?

Schulleiter

was?/wann?

wenn die Erziehungsberechtigten ihre Pflichten offenbar nicht erfüllen oder in wichtigen Fragen uneinig sind

§ 5a Abs. 1 Oö. JWG 1991:

wer?

Tagesmütter und -väter

was?

Verdacht der Vernachlässigung, Misshandlung oder des sexuellen Missbrauchs der von ihnen betreuten Minderjährigen

§ 14 Abs. 2 Oö. Kinderbetreuungsgesetz:

wer?

in bewilligten Krabbelstuben, Sonderformen und Pilotprojekten sowie in Kindergärten und Horten tätige pädagogische Fachkräfte

was?

Verdacht der Vernachlässigung, Misshandlung oder des sexuellen Missbrauchs von Minderjährigen, die in diesen Einrichtungen betreut werden

II. Berechtigung zur Mitteilung (Meldung)

§ 37 Abs. 3 JWG:

wer?

In der Jugendwohlfahrt tätige oder beauftragte Personen, die aufgrund berufsrechtlicher Vorschriften zur Verschwiegenheit verpflichtet sind (Psychologen/-innen, Psychotherapeuten/-innen)

was?

Wahrnehmungen von drohenden oder sonstigen bereits eingetretenen Gefährdungen des Kindeswohls (bei denen die Voraussetzungen gemäß § 37 Abs. 2 JWG [noch] nicht vorliegen)

wann?

- Wahrnehmungen betreffen Minderjährige und
- Information (an den Jugendwohlfahrtsträger) dient der Abwehr oder Beseitigung der Gefährdung

Das Ausmaß der Pflege und Erziehung richtet sich nach den Lebensverhältnissen der Eltern

Abklärung von Kindeswohlgefährdung zwischen Zulassen und Eingreifen

Kindeswohl: Die Position der Jugendwohlfahrt OÖ

Der Begriff „**Das Wohl des Kindes (des/r Minderjährigen, des Pflegekindes, Adoptivkindes...)**“ ist in den gesetzlichen Grundlagen für das Handeln der öffentlichen Jugendwohlfahrt allgegenwärtig. R. Wiesner schreibt in Gernert / Handbuch für Jugendhilfe und Sozialarbeit / Boorberg 2001: „Der Begriff ist die zentrale Leitnorm im Bereich des Kindschafts- und Jugendrechts. Zentrale Bedeutung erhält das Kindeswohl insbesondere im Verhältnis Eltern-Kind-Staat.“ Die inhaltliche Bestimmung des Begriffes befasst sich einerseits mit dem Gestaltungsspielraum elterlicher Erziehungsverantwortung und andererseits mit den Grenzen dieses Gestaltungsspielraumes und damit auch mit Auslösern für Einriffe des Staates in die Familienautonomie.

verlangt werden. Bis in die frühe Neuzeit wurde Kindern kein eigener Lebensbereich zugebilligt: Kinder sahen und hörten das Gleiche wie die Erwachsenen, sie trugen die gleiche Kleidung und sie arbeiteten (soweit ihre noch in Entwicklung befindlichen körperlichen Kräfte es erlaubten) das Gleiche.

Mit der Trennung der Lebensbereiche Arbeit – Familie bzw. Schule – Familie wurden Kinder zunehmend unter dem Erziehungs- und Entwicklungsaspekt gesehen. Eine eigene kindliche Lebenswelt entstand, verbunden mit einer Idealisierung der (glücklichen) Kindheit, die im Gegensatz zum rauen und belasteten Erwachsenenalltag gesehen wurde. Heute ist Kindheit durch Erwerbsfreiheit und Lernen gekennzeichnet. Kinder werden nun zunehmend als Menschen mit ganz eigenen Interessen, Bedürfnissen und Rechten (fernab jeglicher Kindheitsidylle ?) aufgefasst. Auch wenn diese Entwicklung nicht in allen Kulturkreisen in gleichem Ausmaß vorangeschritten ist, ist sie doch soweit „universell“, dass sie mit der UN-Kinderrechtskonvention weltweit Eingang in die Rechtssysteme der Vertragsstaaten gefunden hat.

Jede Annäherung an eine Definition, was denn unter dem Wohl des Kindes zu verstehen sei, erfolgt in einem bestimmten soziokulturellen Kontext. Es gelten die einer bestimmten Zeit und Gesellschaft immanenten Normen und Werte. Es gilt die in einer bestimmten Zeit und Gesellschaft vorherrschende Sichtweise, welche Rollen und „Aufgaben“ Kindern und ihren Eltern zukommen bzw. ab-

§ 35 OÖ JWG (1) Erziehungshilfen sind Maßnahmen der öffentlichen Jugendwohlfahrt, die im Einzelfall erforderlich sind, wenn Pflege und Erziehung durch die Erziehungsberechtigten das Wohl des(r) Minderjährigen nicht ausreichend gewährleisten. ...

§ 21 OÖ JWG (1) Ein Pflegeplatz bei Pflegeeltern (Pflegepersonen) darf nur dann vermittelt werden, wenn ... Jede Vermittlung hat dem Wohl des(r) Minderjährigen zu dienen.

§ 215 Abs. 1 ABGB Der Jugendwohlfahrtsträger hat die zur Wahrung des Wohles eines Minderjährigen erforderlichen gerichtlichen Verfügungen im Bereich der Obsorge zu beantragen. Bei Gefahr in Verzug kann er die erforderlichen Maßnahmen vorläufig selbst treffen ...

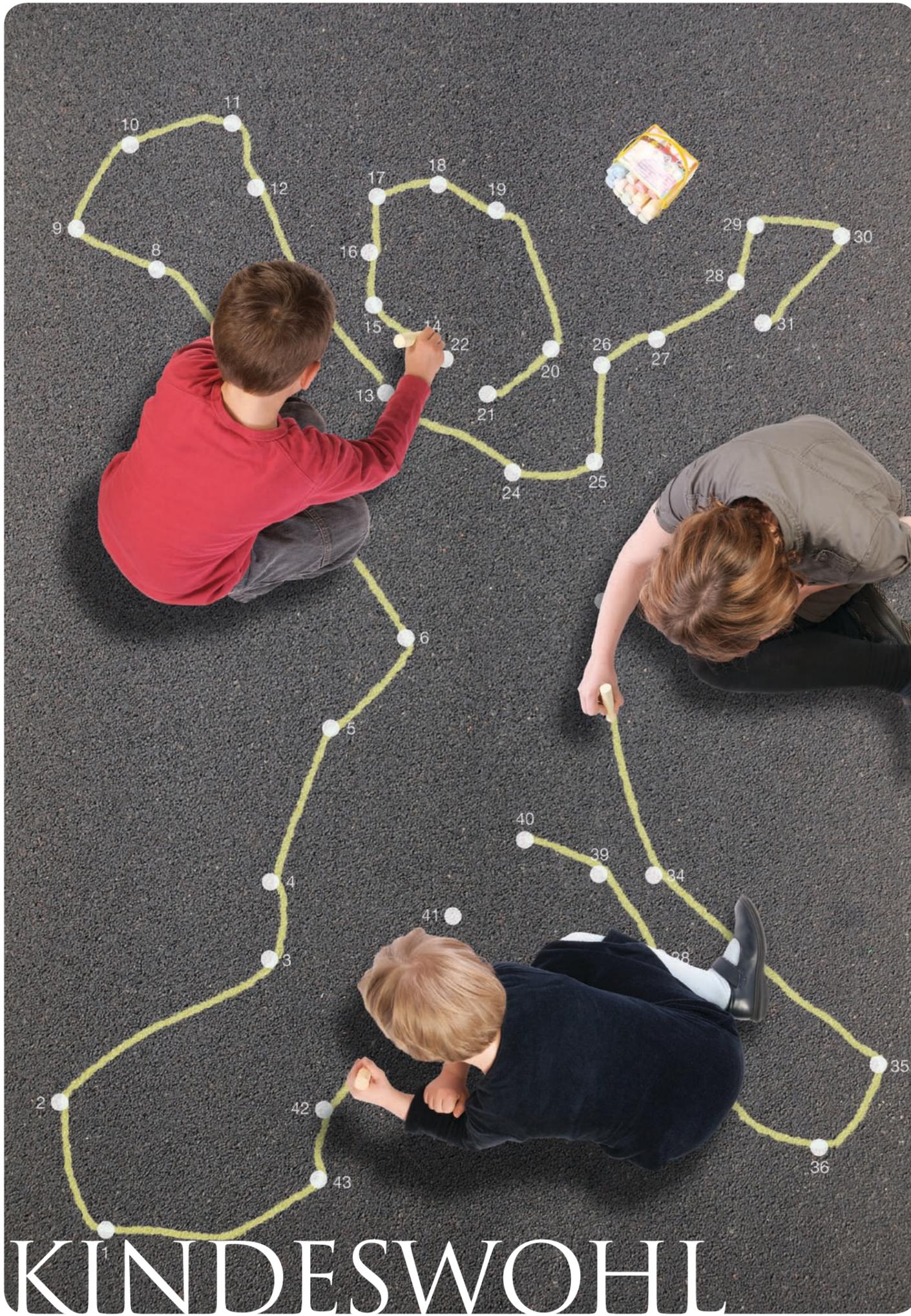
§ 22 OÖ JWG (3) Eine Pflegebewilligung ist zu erteilen, wenn
1. begründete Aussicht besteht, dass durch die Unterbringung bei Pflegeeltern / Pflegepersonen das Wohl des Pflegekindes sowie seine persönliche und soziale Entfaltung sichergestellt sind ...

Kindeswohl – Annäherung an einen Begriff

Feststellungen, dieses oder jenes wäre zum Wohl eines Kindes notwendig, dieses oder jenes entspräche nicht dem Wohl eines Kindes, treffen SozialarbeiterInnen (JuristInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen ...) tagtäglich. Das impliziert, dass sie auch Vorstellungen davon haben, was das Wohl eines Kindes sein könnte. Die Kindesmutter, die ihr Kind dem Kindsvater nicht mitgeben will, weil das Kind Schnupfen hat und der Vater ganz sicher den ganzen Nachmittag beim Eisstockschießen verbringen wird, hat Vorstellungen vom Wohl ihres Kindes. Auch der Vater, der seinem Kind wegen eines Dreiers in Mathe tagelang Fernsehverbot erteilt, hat Vorstellungen vom Wohl

seines Kindes. Genauso wie die Lehrerin, die ein Kind dem Jugendamt meldet, weil seine Schulsachen nie in Ordnung sind, Vorstellungen vom Kindeswohl hat. Die jeweiligen Vorstellungen müssen nicht miteinander deckungsgleich sein.

Beim Versuch einer einfachen und zugleich schlüssigen sowie allgemeingültigen Definition des Kindeswohles stoßen wir rasch an Grenzen. Auch der Gesetzgeber bietet uns keine Bestimmung des Begriffes an, sondern gibt eine Anleitung, wie bei der Beurteilung des Kindeswohles vorzugehen ist: § 178a ABGB: „Bei der Beurteilung des



KINDESWOHL

Kindeswohls sind die Persönlichkeit des Kindes und seine Bedürfnisse, besonders seine Anlagen, Fähigkeiten, Neigungen und Entwicklungsmöglichkeiten, sowie die Lebensverhältnisse der Eltern entsprechend zu berücksichtigen.“

Wie der Begriff Gesundheit ist auch der Begriff Kindeswohl mehrdimensional und vielschichtig. Es umfasst das körperliche, geistige und seelische Wohlergehen eines Kindes. Was darunter im Einzelnen genau zu verstehen ist, ist u. a. auch vom Alter und vom sozialen Umfeld des Kindes abhängig. Und nicht zuletzt bestimmen auch gesamtgesellschaftliche Entwicklungen, was jeweils als dem Kindeswohl zuträglich angesehen wird und was nicht.

Ist also eine für alle Kinder gültige Definition nicht möglich, gibt es doch Leitfragen, die die Beurteilung des Kindeswohles ermöglichen.

Der Gestaltungsspielraum der elterlichen Erziehungsverantwortung und seine Grenzen

Elterliche Rechte sind in unserer Gesellschaft ein besonders schützenswertes Rechtsgut. Eingriffsmöglichkeiten Dritter und insbesondere der Behörden sind eingeschränkt. Elterliche Rechte jedoch ausschließlich als ein Abwehrrecht gegenüber staatlichen Eingriffen zu verstehen, wäre ein Missverständnis. Es handelt sich vielmehr um an Pflichten gebundene Rechte, insbesondere um das Recht und die Pflicht „... für die Erziehung ihrer minderjährigen Kinder zu sorgen und überhaupt ihr Wohl zu fördern“ (§ 137 ABGB). Wie Eltern die Erziehung ihrer Kinder gestalten, hängt von ihren eigenen Lebensverhältnissen, ihren eigenen Vorstellungen von Erziehungszielen ab.

Pflege und Erziehung wird dabei auch als ein altersabhängiger Aushandlungsprozess verstanden (vergl. § 146 ABGB), dessen Grenzen wiederum durch das Kindeswohl markiert sind. Über die Definition dieses Begriffes, nehmen die Vertreter „des Staates“ ihr staatliches Wächteramt wahr. J. Münder in Kreft/Mielenz, Wörterbuch Soziale Arbeit, Edition Sozial – Beltz, 1996 S. 157: „Der Begriff des Kindeswohles ist – weil er das staatliche

Auslöser für Eingriffe des Staates in die Familienautonomie

Der Kindeswohlbegriff bzw. die Gefährdung ebendieses Wohles als Auslöser für Eingriffe des Staates ist eng an die Wahrnehmung des Erziehungsrechtes durch die Eltern gebunden. Ohne Zweifel stellen z. B. Krankheiten eine Gefährdung des kindlichen Wohlergehens dar. Solange die Eltern aber für eine entsprechende medizinische Behandlung sorgen, gibt es für staatliche Eingriffe in die Familienautonomie keinen Anlass. Solche Eingriffe sind nur dann und in dem Ausmaß zulässig, in dem die Eltern das Kindeswohl nicht gewährleisten bzw. gefährden. Dabei ist ein durchaus strenger Maßstab anzulegen.

- **Ist das Kind körperlich, geistig, seelisch altersgemäß entwickelt?**
- **Hat das Kind auf Grund einer besonderen Begabung oder Behinderung / Beeinträchtigung besondere Bedürfnisse?**
- **Ist das Kind bezüglich Ernährung, Wohnen, Hygiene, Gesundheit ausreichend versorgt?**
- **Sind die Bedürfnisse des Kindes nach Halt und Sicherheit gebenden familiären und sozialen Bindungen / Kontakten ausreichend erfüllt?**
- **Sind die Bedürfnisse des Kindes nach Bildung / Ausbildung ausreichend erfüllt?**

In diesen Leitfragen sind unschwer die Kategorien der Zielformulierungen im Hilfeplan zu erkennen:

- **emotionale, soziale Entwicklung**
- **Gesundheit**
- **Familie, Herkunftssystem**
- **Kindergarten, Ausbildung, Beruf**

Einfallstor in das private Erziehungskonzept ist – nicht unproblematisch, besteht doch die Möglichkeit, über diesen Begriff weltanschauliche, politische Vorstellungen zu transportieren, eigene Vorverständnisse und Vorurteile einfließen zu lassen. Soll deswegen die Formel vom Wohl des Kindes kindgerecht angewandt werden, so kann nicht von abstrakten Wertvorstellungen, Normen auf konkrete Einzelfälle deduziert werden, sondern auf der Basis sozialpädagogischer, humanwissenschaftlicher, sozialwissenschaftlicher Kenntnisse ist jeweils konkret orientiert am Einzelfall festzustellen, was dem Wohl des Kindes entspricht – oder: was die am wenigsten schädliche Alternative ist.“

An dieser Stelle sind die o.a. Leitfragen zu ergänzen:

- **Was entspricht den Lebensumständen der Eltern (Bildung, Einkommen, Familiengröße ...)?**
- **Welche Vorstellungen (Werte, Normen, Ziele) leiten die Eltern?**
- **Welche Wünsche äußert das Kind?**

Dieser sollte jedoch keinesfalls mit Beliebigkeit verwechselt werden, hat doch jedes Kind, dessen Wohl gefährdet ist, einen Rechtsanspruch auf entsprechende Leistungen des öffentlichen Jugendwohlfahrtsträgers.

Die Gründe für das Eingreifen des Staates lassen sich generell zwei Themengruppen zuordnen:

- **Vernachlässigung eines/r Minderjährigen**
- **körperliche, seelische, sexuelle Gewalt gegen eine(n) Minderjährige(n)**

§ 137a ABGB: „Dritte dürfen in die elterlichen Rechte nur insoweit eingreifen, als ihnen dies durch die Eltern selbst, unmittelbar auf Grund eines Gesetzes oder durch eine behördliche Verfügung gestattet ist.“

§ 2 OÖ JWG (1) Die Rechte und Pflichten der Erziehungsberechtigten zur Pflege und Erziehung ihrer Kinder haben den Maßnahmen nach diesem Landesgesetz vorzugehen. Eingriffe der öffentlichen Jugendwohlfahrt in familiäre Bereiche sind nur zulässig, soweit die Erziehungsberechtigten das Wohl des(r) Minderjährigen nicht gewährleisten“

§ 146 Abs. 3 ABGB: „Die Eltern haben in Angelegenheiten der Pflege und Erziehung auch auf den Willen des Kindes Bedacht zu nehmen, soweit dem nicht dessen Wohl oder ihre Lebensverhältnisse entgegen-

stehen. Der Wille des Kindes ist umso maßgeblicher, je mehr es den Grund und die Bedeutung einer Maßnahme einzusehen und seinen Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen vermag.“

§ 6 Abs. 2 OÖ JWG: „Bei der Erfüllung der Aufgaben der öffentlichen Jugendwohlfahrt ist auf die Entwicklung des(r) Minderjährigen unter Bedachtnahme auf seine (ihre) Anlagen, Fähigkeiten, Neigungen und Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen. Wenn es zielführend ist, ist auch das gesellschaftliche Umfeld des(r) Minderjährigen einzubeziehen, wobei wichtige soziale Bindungen zu erhalten, zu stärken oder neu zu schaffen sind. Die Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten ist anzustreben; nach Möglichkeit sind ihre Wünsche zu berücksichtigen.“

Das Vorliegen von körperlicher, seelischer oder sexueller Gewalt mag zwar im Einzelfall schwierig nachzuweisen sein. Was darunter zu verstehen ist, darüber herrscht trotz kontroversieller Diskussion („g'sunde Watsch'n“) doch weitgehend Konsens über alle Bevölkerungsgruppen und sozialen Schichten hinweg.

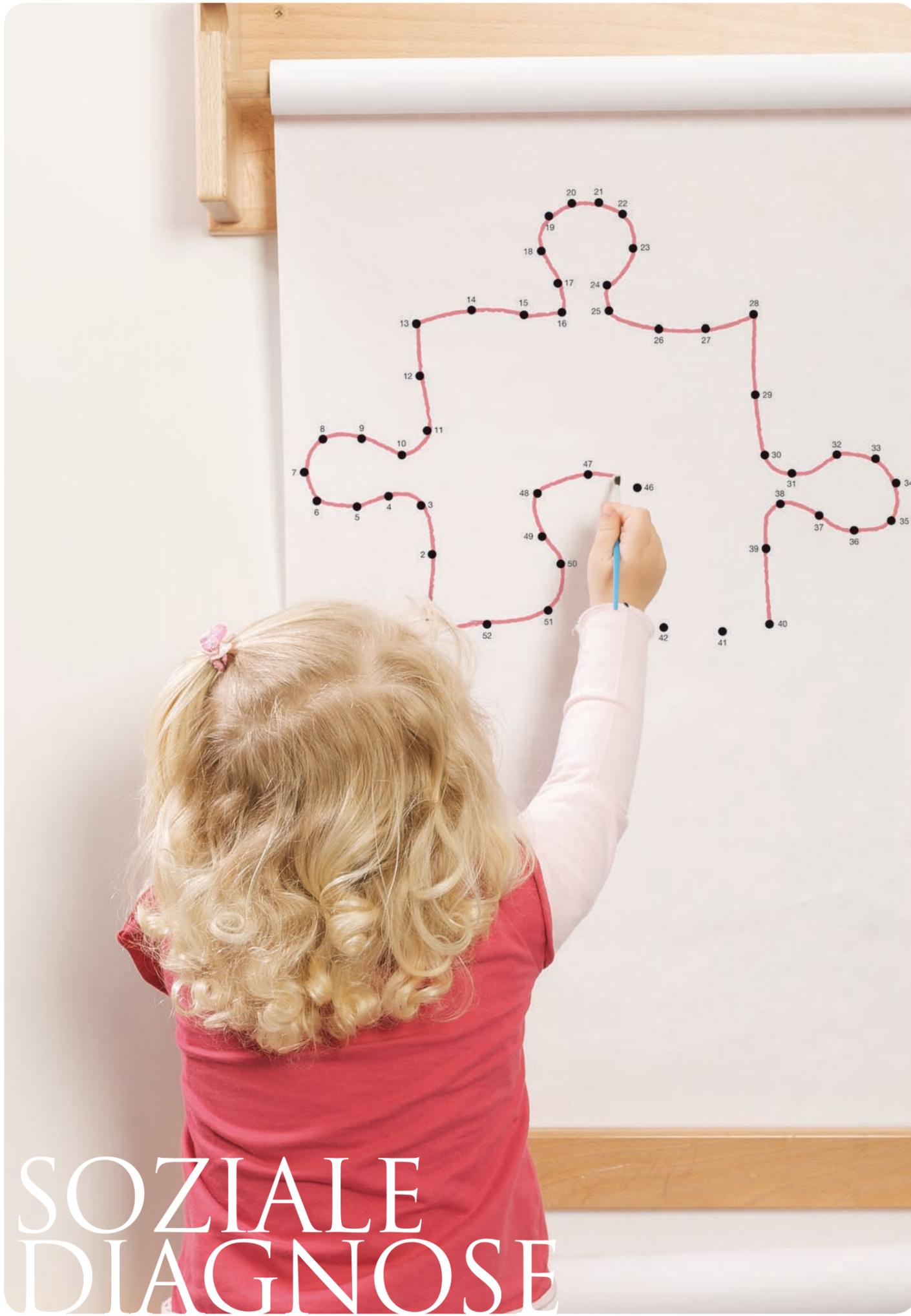
Anders beim Begriff „Vernachlässigung“. Das Feld der Möglichkeiten ist groß. Das Unterlassen einer notwendigen medizinischen Behandlung fällt genauso darunter wie ein alleine in der Wohnung zurückgelassenes Kleinkind, der vermüllte Haushalt genauso wie die vernachlässigte Lernförderung. Eine taxative Aufzählung ist weder möglich, noch sinnvoll. Insbesondere weil hier auch die Lebensverhältnisse der Eltern und die Bedürfnisse der Kinder entsprechend zu berücksichtigen sind. Aus diesem Grund wiederum Leitfragen als Orientierungshilfe:

- **Sind die wahrgenommenen Umstände geeignet, das Kind in seiner körperlichen, geistigen und seelischen Integrität zu beeinträchtigen?**
- **Sind die wahrgenommenen Umstände geeignet, die körperliche, geistige und seelische Entwicklung des Kindes zu beeinträchtigen?**
- **Sind die Eltern (Erziehungsberechtigten) in der Lage und willens, das Kind vor Beeinträchtigungen seiner körperlichen, geistigen und seelischen Integrität / Entwicklung zu schützen?**

Das Abklärungsverfahren der öffentlichen Jugendwohlfahrt beschränkt sich naturgemäß nicht auf eine Statusfeststellung des Kindeswohles bzw. der Gefährdung des Kindeswohles, sondern erstreckt sich auch auf die ge-

gebenenfalls erforderliche Hilfeplanung. Dies setzt eine Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen der „Elternressourcen“ der Familie voraus, da Eingriffe des Staates nur soweit zulässig sind, als die Eltern selbst nicht in der Lage sind, ihre Kinder entsprechend zu pflegen und zu erziehen. Dies setzt aber auch eine Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen der Ressourcen des öffentlichen Jugendwohlfahrtsträgers voraus. Nicht jede Hilfeleistung ist von der öffentlichen Jugendwohlfahrt zu erbringen – auch wenn es in manchen Fällen zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung notwendig sein kann, die Familie in der Inanspruchnahme von z.B. Leistungen der Sozialhilfe zu unterstützen. Als Entscheidungshilfe noch einmal einige Leitfragen:

- **In welchen Belangen sind die Eltern selbst in der Lage und willens, das Wohl ihres Kindes sicherzustellen?**
- **Welche Leistungen des Staates sind erforderlich? Und wer erbringt diese Leistungen?**
 - freier Jugendwohlfahrtsträger
 - Einrichtungen des Gesundheitswesens
 - Einrichtungen der Behindertenhilfe
 - ...
- **Welche Aufgaben kommen dabei dem öffentlichen Jugendwohlfahrtsträger zu?**
 - Durchführung einer Erziehungshilfemaßnahme
 - Vermittlung
 - Sicherstellung, dass Leistungen z.B. des Gesundheitswesens von der Familie in Anspruch genommen werden
 - ...



SOZIALE DIAGNOSE

DSA Hubert Hofer

Soziale Diagnose Eine Aufgabe der Sozialarbeit

Soziale Diagnose – ein alter und neuer Begriff zugleich:

Der Begriff stammt aus den Anfängen der Professionalisierung Sozialer Arbeit. Die Almosen des seinerzeitigen Armenwesens sollten nicht einfach verteilt, sondern zielgerichteter vergeben bzw. eingesetzt werden.

Mary Richmond prägte in dieser Zeit den Begriff der „Social Diagnosis“, der im deutschsprachigen Raum von Alice Salomon übernommen und weiter entwickelt worden ist. All das spielte sich am Anfang vorigen Jahrhunderts ab; Soziale Diagnose ist so gesehen ein alter Begriff.

Es gab dazwischen eine Zeit, in der auch ich meine Ausbildung zum Sozialarbeiter absolvierte, in der der Begriff „Diagnostik“ in der Sozialarbeit verpönt war. Damals wurde dies damit begründet, dass Sozialarbeit fachlich betrachtet einen Beziehungsprozess zwischen Klienten und Sozialarbeiter (der Begriff „helfende Beziehung“ war über allem allgegenwärtig) darstellt, der einem permanenten Veränderungsprozess unterliege, während die Diagnose etwas Statisches, Feststellendes und mitunter auch Stigmatisierendes sei.

Wer über Diagnose in der Sozialarbeit nicht sprechen will, übersieht, dass man auch in unserer Profession nicht ohne Beurteilung oder Erkenntnisgewinn auskommt. Der

Ich lebe,
ich weiß nicht wie lange;

Ich sterbe,
ich weiß nicht wann;

Ich fahre,
ich weiß nicht wohin;

Mich wundert, dass ich so glücklich bin
Eduard Mörike

Verzicht auf die Diagnostik wäre im Ergebnis nicht der Verzicht auf das Urteil, sondern ein Verzicht auf die Fachlichkeit des Urteils. Die Lehre hat daher auch Instrumente zur Diagnose entwickelt, sodass Soziale Diagnose mittlerweile ein anerkannter und neuer Begriff ist.

Mit ein wenig Augenzwinkern auf den obenstehenden Text von Eduard Mörike geblickt, könnte man im Umkehrschluss auch sagen: „Bei den unglücklichen, belasteten oder gefährdeten Menschen dürfen wir nicht auf Wunder hoffen. In diesen Fällen ist eine fundierte Diagnostik gefragt!“

Drei Positionen oder Ansätze zu Sozialer Diagnose:

- **Hilfe kann nur dann personen- und problemangemessen erbracht werden, wenn zuvor eine möglichst große Klarheit über folgende Punkte gewonnen wird:**
 - subjektiv und objektiv bestehende Problemlage(n)
 - Entstehungsbedingungen der Problemlage(n) und Ihrer Familie
 - ihre Motivation, Veränderungen in Angriff zu nehmen
 - ihre Lösungskompetenzen
 - Tolerierungsbereitschaft hinsichtlich möglicher Interventionen
- **Soziale Probleme sind immer Definitionssache und könnten deshalb nur in Aushandlungsprozessen, nicht aber aus einer Expertensicht, die Objektivität für sich beansprucht, geklärt werden. Notwendige Komplexität darf nicht vorschnell vereinfacht werden. Diese Position wirft den anderen Positionen bzw. Konzepten verdeckte soziale Kontrolle vor.¹**

- **Die Diagnose darf nicht klassifizieren, sie soll „hermeneutisch“, d. h. sinnverstehend sein. Verallgemeinerungen sind zurückzustellen und die „affektlogischen“ und individuellen Bedeutungen ins Blickfeld zu rücken. Das je Eigene, Besondere eines/r Adressaten/in soll sichtbar gemacht werden.**

Zu den unterschiedlichen Positionen ist anzumerken, dass sie bei genauerem Hinschauen, so unterschiedlich gar nicht sind. So bestreiten die „Hermeneutiker“ im Ergebnis nicht, dass doch auch zu erklären und zu kategorisieren ist, die am Anfang dargestellten „Neo-Diagnostiker“ bestreiten auch nicht, dass etwa bei der Hilfeplanung mit den Klienten/innen verhandelt werden muss und die Diagnosekritiker sehen jedenfalls auch die Notwendigkeit des sorgfältigen Fallverstehens.

¹ Ist im Prinzip der Ansatz von Diagnosekritikern.

Die Unterscheidungen könnten auch als akademischer Streit des „Rechthabens“ gesehen werden. Die diesbezügliche Auseinandersetzung macht trotz alledem, Sinn, zumal auf folgende Fragen Antworten gefunden werden können:

- **Auf welche sozialarbeiterische Alltagspraxis wird in einer Position Bezug genommen?**
- **Wer nimmt hier welche Schwachstellen ins Visier?**
- **Welche Arten von Differenzierungen ermöglicht die jeweilige Position?**

Zur Veranschaulichung ein Fallbeispiel:

Bei der Jugendwohlfahrt langt ein Polizeibericht ein. Demzufolge hat ein betrunkenen 13-jähriger in der Bahnhofunterführung einen Mann ohne erkennbaren Grund zusammengeschlagen und unbestimmten Grades verletzt. Der 13-jährige ist der zuständigen Sozialarbeiterin nicht bekannt. Sie lädt ihn gemeinsam mit seiner obsorgeberechtigten Mutter zu einem Gespräch ein.

Der Minderjährige kommt mit seiner Mutter zum Gespräch. Die Sozialarbeiterin nennt als Grund für die Vorladung den Bericht der Polizei. Sie überprüft und ergänzt die vorhandenen Daten und spricht mit dem Mj. über den

Vorfall. Dieser bestätigt die Vorfälle und kann keine Erklärung für sein Verhalten geben.

Die Sozialarbeiterin hält der Mutter vor, dass sie sich besser um ihren Sohn kümmern müsse, habe sie von der Polizei doch auch erfahren, dass sie selbst auch immer wieder in Lokalen sei und Alkohol konsumiere. Schließlich ermahnt sie die Mutter und erklärt ihr, dass sie sich um ihren Sohn besser kümmern müsse, weil sie ansonsten eine Kindeswohlgefährdung mit der Notwendigkeit einer vollen Erziehung feststellen müsse.

Erörterung des Fallbeispiels:

Die Sozialarbeiterin sieht den Fall des Mj. als Ereigniskette, die Symptome für eine Problemlage erkennen lässt. Sie überlegt die Ursachen und findet sie rasch im Verhalten der Mutter. Aus dem ihr zur Verfügung stehenden Mitteln leitet sie ab, dass die Ermahnung derzeit die richtige Intervention darstelle.

Sozialarbeiterin und Polizei identifizieren das Verhalten des 13-jährigen auf eine vorgeprägte Weise, und zwar als Straftat eines allerdings strafunmündigen. Mangels der Strafmündigkeit bleibt nur die Abklärung über Kindeswohlgefährdung übrig, die für den Wiederholungsfall offenbar auch vermutet wird. Diese Lösung wird in den Raum gestellt und von der betroffenen Mutter höchstwahrscheinlich nicht als Hilfe sondern Drohung verstanden.

Klarheit zeigt die gestellte Diagnose auf jeden Fall. Nur scheint die Lösung doch allzu einfach und aus professioneller Sicht daher nicht akzeptabel. Nicht die Lösung, sondern das Vorgehen kommt dem Problem nicht nahe genug. Es geht eben nicht nur darum, wie die Bevölkerung vor gewaltbereiten jungen Menschen zu schützen ist, sondern wie wir diesen Kindern ihrem „Recht auf Erziehung“ gerecht werden können, ebenso dem Recht der Mutter, ihr Leben auf eigene, selbstbestimmte Art zu führen. Der Mangel an der vorhin beschriebenen Sozialen Diagnose besteht nicht in dem, was sie tut (Mutter und Kind zu sich zu bitten, Konsequenzen verständlich machen,...), sondern was sie nicht tut und zwar den Minderjährigen und dessen Mutter aus deren eigener Perspektive wahrzunehmen und darauf einzugehen.

Allgemeine Rückschlüsse aus dem Fallbeispiel zur Diskussion über die Soziale Diagnose:

Am vorstehenden Beispiel zeigt sich, dass alle drei skizzierten Positionen zur Sozialen Diagnose ihre Berechtigung haben, allerdings auch in Sackgassen führen können, wenn jede für sich allein vertreten wird.

So können die „Neo-Diagnostiker“ auf Modelle, Instrumente, etc. verweisen, die die Problemlage sehr viel sorgfältiger abklären, auch die Rechts- und Anspruchslage der Betroffenen sorgfältig prüfen und andere Fachkräfte (Medizin, Psychologie) beiziehen, oder dass die Sozialarbeiter/innen auf die Mitwirkung der Minderjährigen und deren Familie angewiesen sind.

Die „Hermeneutiker“ versuchen, das Individuelle, das in keine Ordnung Passende aus der Gefühlslogik einer jeweiligen Lebenslage und Lebensführung zu verstehen.

Soziale Diagnose hat daher grundsätzlich „selbstreflexiv“ zu verfahren und ist von Enthaltensamkeit gegenüber vorschnellen Etikettierungen und Problemlösungsmustern geprägt. Es ist also in methodischer Vorgangsweise zu prüfen, ob die subjektiven Sichten und die verallgemeinernden Problembeschreibungen und -lösungen zusammenpassen.

Auf welcher Seite nun der/die Sozialarbeiter/in als Diagnostiker/in steht, ist keineswegs ausgemacht. Grundsätzlich wird dieser Berufsgruppe ja das Gute, Verstehende, Helfende, auf der Seite der Klienten Stehende zugeordnet. Ob das im beschriebenen Fall der Realität entspräche, scheint zumindest zweifelhaft. Das gesamte Handlungsfeld des Falles, an dem die Sozialarbeiterin, ihre institutionellen Handlungskontexte und Systempart-

ner, wie auch die Klienten und deren persönliches Umfeld gleichermaßen als Akteure beteiligt sind, ist hier zu beachten. Genau diesen Aspekt bringen die Diagnosekritiker ein, indem sie auf Dialog setzen.

Aus all dem folgt => Soziale Diagnose ist äußerst komplex.

Soziale Diagnose und ihre Dimensionen:

• **Diagnose des zu leistenden Sachbeitrages**, jenes Beitrages, den Sozialarbeit zur Lösung des Problems zu leisten hat: Anders als in anderen Berufsfeldern muss der Beitrag zunächst unspezifisch als „Hilfe zur Lebensbewältigung“ mit hiezu untergeordneten, klarer beschriebenen Zielen geschehen. Anmerkung zum skizzierten Fall: Die Möglichkeiten des Vorgehens wären sehr offen und vielfältig, wenn man sie von außen und theoretisch betrachtet. Wer aber mit einer Überlast von Fällen eingedeckt ist und von vielen Seiten unter Druck steht, das Unheil, das der Minderjährige angestellt hat, zu stoppen, wird sich nicht leicht der Logik des Drohens und Eingreifens entziehen können. Klärung des Sachbeitrages heißt in dieser Situation auch nicht, herauszufinden, was an sich und überhaupt helfen könnte, sondern den Beitrag zu bestimmen, den die Sozialarbeiterin in einer solchen Situation leisten oder in die Wege leiten kann.

• **Diagnose ist auch Beziehungsarbeit**. In diesem Sinn heißt Diagnose auch, herauszufinden, wie ich das Vertrauen der Menschen gewinnen kann, damit sie glauben können, dass ich sie nicht angreifen will, sondern dazu bewegen, das zu wollen, was gut für

sie ist. Es ist hier auch die Frage zu klären, wie ich wissen kann, was für andere gut ist. Es geht also darum, dass meine guten Absichten das Gegenüber ermuntern und nicht erschrecken und Impulse zur Mobilisierung der eigenen Kräfte geben. Dieser Teil ist bei der Diagnose einer Kindeswohlgefährdung mit der daraus folgenden Notwendigkeit einer vollen Erziehung eine besondere Herausforderung und nicht immer möglich. Daraus folgt aber schon die nächste und letzte Dimension.

• **Diagnose des Wollens oder Könnens bzw. des Nicht-Wollens oder Nicht-Könnens der Minderjährigen und ihrer Familien**. Das gleiche gilt auch für das jeweilige lebensweltliche und institutionelle Netzwerk, das potentielle Ressource zur Lebensbewältigung und Grenzen setzende, mitunter auch belastende, Realität zugleich ist. Diese Diagnose der Chancen für Ressourcenmobilisierung muss auch grundsätzliche Ungewissheit bewältigen. Für die Sozialarbeit stellt sich die Frage, was sie tun kann, damit anderen, von deren Unterstützung die betroffene Familie abhängt, etwas tun. In diesem Zusammenhang ist Soziale Diagnose vom Aufbau oder der Begründung her immer auch eine Netzwerkd Diagnose.

Themen, an denen sich Soziale Diagnose orientiert:

- **Funktionsniveau der Klienten/innen** (Grad der Leistungsfähigkeit oder auch der Chancen)¹
- **Einbindung der Klienten/innen in die sozialen Beziehungen** (familiärer, freundschaftlicher, nachbarschaftlicher Nahraum)
- **Einbindung der Klienten/innen in die gesellschaftlichen Funktionssysteme** (Zugänge zu Arbeitsmarkt, Sozialversicherung, Gesundheitswesen, etc.)

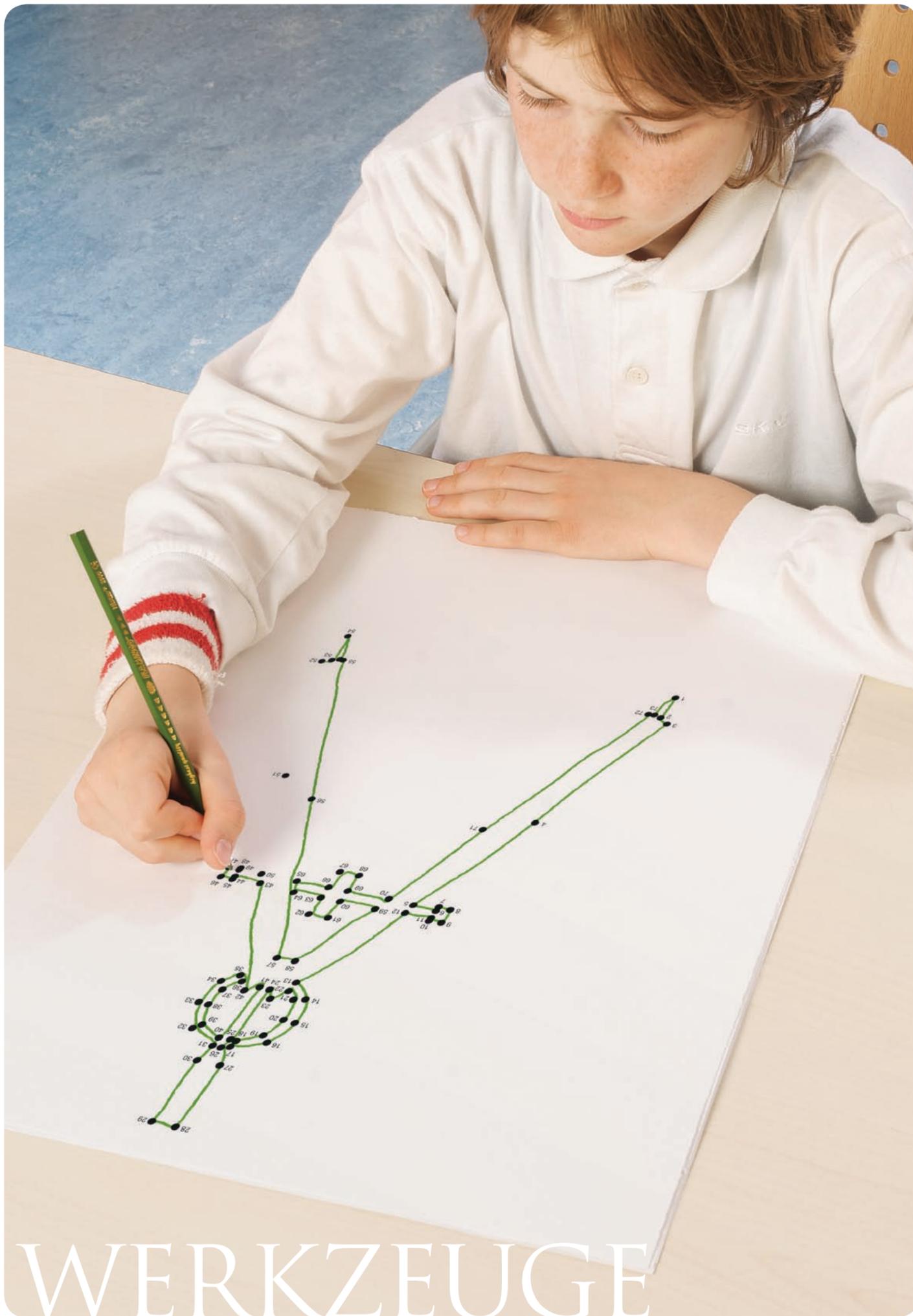
- **Biographischer Hintergrund** (Die subjektive Geschichte ist genau so bedeutsam wie die objektive)
- **„Probleme“ können als Ausgangspunkt von Diagnostik genommen werden** (Exploration, Herstellung der Zusammenhänge, Einholung weiterer Problemdefinitionen, mögliche Neuformulierung des Problems gemeinsam mit den Klienten/innen als ureigenstes sozialarbeiterisches Diagnoseverfahren)

Was ist nun Soziale Diagnose?

Bereits Mary Richmond und Alice Salomon haben argumentiert, dass die Etablierung der Sozialen Arbeit als anerkannter Profession ohne diagnostische Kompetenz nicht vorstellbar sei. Soziale Diagnose ist es „Material zu sammeln (eigene Beobachtungen und Aussagen anderer), das beschaffte Material zu prüfen und zu vergleichen, es zu bewerten, Schlüsse daraus zu ziehen – schließlich ein Gesamtbild zu erstellen, das erlaubt, einen Plan für die Abhilfe zu schaffen.“

Soziale Diagnostik ist keine Persönlichkeitsdiagnostik. Sie produziert nicht ein weiteres Etikett, das die Familien und deren Mitglieder als minderwertig oder krank einstuft. **Gegenstand der Sozialen Diagnose** ist das Verhältnis der Person zu ihrer sozialen Umwelt. Im Fokus stehen die Bedingungen, unter denen die Klienten/innen ihren Alltag bewältigen müssen, sind die Probleme der Lebensführung.

¹ Dieser Teil ist noch sehr nahe an der psychologischen Diagnostik



WERKZEUGE

Soziale Diagnostik Methoden und Instrumente

Einleitende Bemerkung

Ausgehend davon, dass „Soziale Diagnostik“ auf der einen Seite auf Tradition (siehe Mary Richmond oder Alice Salomon) und auf der anderen Seite auf neue Wissenschaftlichkeit (etwa bei Dr. Peter Pantucek, Dr. Dieter Röh oder Dr. Burkhard Müller) verweisen kann, wird

nachfolgend überblicksmäßig auf Grundlagen, Methodik, insbesondere aber auch auf Instrumente einzugehen sein. Für die öffentliche Jugendwohlfahrt ausgewählte Instrumente sollten auch für die praktische Erprobung vorgestellt werden¹.

Grundlagen

Die relevanten Berufsvollzüge sozialer Arbeit zeigen insbesondere auch im Bereich der öffentlichen Jugendwohlfahrt weitreichende Auswirkungen auf die Biografien von Klienten/innen. Bewusste und kontrollierbare Diagnostik hat daher auf systematischer, wissenschaftlicher Fundierung auch den Sinn, **die Fachkräfte (Sozialarbeiter/innen) vor der Dominanz der Logik von Institutionen zu schützen**.

Soziale Diagnostik ist im Gegensatz zur medizinischen oder psychologischen keine Persönlichkeitsdiagnostik. Vielmehr ist sie eine Situationsdiagnostik, die in die Alltagssituation eingebettet ist. Die Verfahren Sozialer Diagnostik sind allerdings personenzentriert und untersuchen und fächern die Welt ausgehend von einer Ankerperson (Klient/in) auf.

Der in der Diagnostik ganz allgemein lauenden **Gefahr der Stigmatisierung** der Klienten/innen hat die Sozialarbeit schon ganz generell das Mittel der **Reflexion** insbesondere im Hinblick auf die Initialisierung eines Unterstützungsprozesses gegenüber zu stellen.

Im Rahmen Sozialer Diagnostik hat Sozialarbeit vielmehr die **Ressourcen der Klienten/innen** hervorzuheben und jene Leistungen, die in Anspruch genommen werden können oder müssen, zu beschreiben.

Die größte Herausforderung besteht in der Formulierung von aussagekräftigen Zielen, die Überprüfbarkeit, Verbindlichkeit und Wirkung zum Inhalt haben.

Die Herausforderung betreffend die Ziele besteht nicht nur in der Formulierung, sondern auch vor dem Hintergrund der **Dynamik der helfenden Beziehung**, die seitens der Klienten/innen immer wieder auch in eine mitunter sprunghafte Eigendynamik gerät².

Alle herabgebrochen formulierten Ziele haben das grundsätzliche Ziel sozialer Arbeit im Blickfeld, nämlich die **„Wiederherstellung autonomer Lebenspraxis“** bzw. „Wiederherstellung von Alltag“. Für den Bereich der Sicherung des Kindeswohls bedeutet Alltag auch sehr oft, **Erziehungsfähigkeit**, in wenigen Fällen ausschließlich **Kinderschutz**.

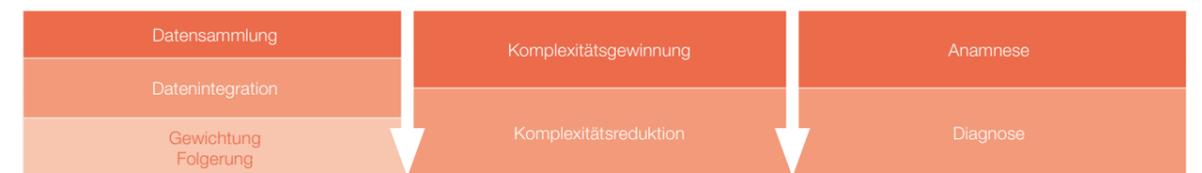
Verfahren der Sozialen Diagnostik bedürfen des **Gesprächs**. Die sozialarbeiterische Gesprächsführung ist aber **nicht nur Erhebung**, sie ist auch im Zeitpunkt der Erstellung der Diagnose bereits **Intervention und umgekehrt**.

Die Anforderungen an die neue Soziale Diagnose beschreibt Dr. Peter Pantucek u.a. auch mit nachfolgenden zwei Punkten:

- Ein Verfahren der Sozialen Diagnose muss einen **Ausschnitt des Verhältnisses Mensch – soziales Umfeld erfassen und abbilden**.
- Es darf den **Unterstützungsprozess nicht behindern, sondern soll ihn möglichst vorantreiben**.

Ablaufschema Diagnose

Quelle: Dr. Peter Pantucek in „Soziale Diagnostik“, Hsg. Fachhochschule St. Pölten, Böhlau Verlag



¹ Anmerkung: Die Lehre wäre sehr an Rückmeldungen durch Anwender interessiert, weil sie dadurch auch zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Instrumente beitragen kann.

² Für Menschen in belasteten Situationen sind Bedürfnisspannungen schwer zu verkraften; sie handeln dann bedürfnis- und nicht an Zielen orientiert.

Diagnose und Entscheidung:

Für die Beurteilung des Jugendwohlfahrtsträgers im Hinblick auf seine Zuständigkeit und die Beurteilung über die Gefährdung des Kindeswohls sind im Sinne einer ganzheitlichen Sichtweise im Einzelfall mehrere Ebenen zu betrachten, die nachstehend der Einfachheit halber auf drei zusammengefasst sind:



- Medizinische Diagnose
- Psychiatrische Diagnose
- Psychologische Diagnose
- Erhebungsergebnisse an den Schnittstellen
- Erhebungsergebnisse vor Ort (Hausbesuch/e)
- Ergebnisse methodischer Handlungen und Gespräche der Sozialarbeit

SOZIALE DIAGNOSE

- Soziale Diagnose ist Grundlage für die Entscheidung des Jugendwohlfahrtsträgers, ob Kindeswohl gefährdet ist oder nicht¹
- Erstellung der sozialen Diagnose ist Aufgabe der Sozialarbeit in der öffentlichen Jugendwohlfahrt
- Dem Jugendwohlfahrtsträger kommt dabei eine Garantenstellung zu

¹ Anmerkung: Die Soziale Diagnose kann auch bei anderen Teilprodukten als Grundlage dienen, etwa für die Abfassung eines Berichtes oder einer Stellungnahme für das Pflégerschaftsgericht, etc.

Verfahren der Sozialen Diagnose

Was sollen und können diagnostische Verfahren in der Sozialarbeit abbilden?

Diagnostische Dimensionen in der Sozialen Arbeit

	A	B	C	D	E	F
	Probleme der Alltagsbewältigung	Relevanzstruktur	Normalität	mögliche Programme	Einbindung in das Soziale	Status des Unterstützungsprozesses
aktuell	Mit welchen Schwierigkeiten ist Kl. bei der Lebensführung konfrontiert?	Was ist für Kl. subjektiv und objektiv wichtig und aussichtsreich bearbeitbar?	Welche Abweichungen von welcher Normalitätsfolie sind erkennbar?	Anhand welchen Merkmals (der Situation oder d. Kl.) dockt welches Programm an diesen Fall mit Unterstützung oder Sanktionen an?	Wie ist Kl. in soziale Netze eingebunden und in die Kommunikation ges. Funktionssysteme inkludiert?	Wie ist er Modus der Kooperation mit Kl. und mit anderen Beteiligten?
Vorgeschichte	Biographie: Situation neu oder bekannt? Aufstieg oder Abstieg? Belastungen/Ressourcen? Bisherige Lösungsversuche von Kl. und anderen?					
Perspektive	Welche Schwierigkeiten sind aussichtsreich bearbeitbar?	Für die Lösung welcher Probleme will / kann Kl. Energie investieren und wie kann man die Eigenaktivität unterstützen?	Was ergibt sich daraus an Konsequenzen für d. Kl.?	Welches Programm kann in der gegebenen Situation mit welchen Modifikationen und Begleitmaßnahmen tatsächlich hilfreich sein? Welches ist bedrohlich?	Wie kann die soziale Einbindung verbessert werden?	Wie soll die künftige Rolle d. SA aussehen?
diagnostische Instrumente (Beispiele)	Analyse und Kontextualisierung des präsentierten Problems (PPA), PIE	Problemrankings, div. hermeneutische Verfahren	„Informierter Alltagsverstand“, Risikofaktorenanalysen etc. + Diagnosen anderer Professionen	Raster für die Bewertung von Optionen mit Risikoanteil (IA)	Netzwerkmappe, Ecomap, Inklusions-Chart (IC)	Reflexion, Intervention
Maßstab	Alltagspraxis der Kl.	Bewusstsein d. Kl., „inneres Team“	„allgemein Anerkanntes“	Gesetze, Verordnungen	statistisch, empirisch	fachlich, methodisch
Konfrontation der Dimensionen	Mehrperspektivenraster, Verhandlung					

Quelle: Pantucek 2006

Die Matrix wurde von Dr. Peter Pantucek, Leiter des Studiengangs „Soziale“ Arbeit an der FH St. Pölten zusammengestellt. Auf zwei Dimensionen in obiger Matrix weist der Autor im übrigen besonders hin.

Das ist zunächst die **Normalität**¹. Dies deswegen, weil er sie ursprünglich nicht für beachtenswert hielt. Da sie aber existiert und sich das eine oder andere diagnostische Verfahren sehr wohl damit befasst, sei trotzdem darauf einzugehen. Da ist die Normalität der **Gesetze**,

worauf Sozialarbeit ihr Handeln wohl oder übel beziehen muss; die der **Gesundheit** bei medizinischen und psychologischen Diagnosen; die des **gesellschaftlichen Konsenses**, die des Konstruktes in den Köpfen der Klienten/innen, ...

Das ist des Weiteren die **soziale Einbindung**. Diese ist deswegen besonders erwähnenswert, weil sie ein Kernbestand des Gegenstandsbereichs der Sozialarbeit zu sein scheint.

¹ Die Profession beteiligt sich im übrigen auch am Diskurs, was „normal“ ist; bspw. hat die von der Profession im Gang gesetzte Diskussion dahin geführt, dass die Zufügung körperlichen oder seelischen Leides als Erziehungsmittel mittlerweile verboten ist.

Im Nachfolgenden ist eine Auflistung der wesentlich erscheinenden Instrumente/Werkzeuge zur sozialen Diagnose

Eine Auswahl

Genogramm

Ist im Ergebnis nicht mehr oder weniger als eine auch außerhalb sozialarbeiterischer Settings verbreitete Aufzeichnungsform familiärer Beziehungen. Es fokussiert den Blick auf die Vergangenheit und die sich daraus ergebenden Beziehungen, Bezüge und Verpflichtungen. Mittlerweile steht ein eigenes EDV-Programm hierfür zur Verfügung.

Personalliste¹

Die Personalliste ist ein einfaches Verfahren, um den Fall in seiner Ausdehnung zu erfassen. Es macht in der Kontaktspalte den Interventionsraum des/der Sozialarbeiters/in sichtbar. Im Formular² wird in die „Namensspalte“ zuerst die Ankerperson (Klient/in) und darunter die dazu in Beziehung stehenden Personen und daneben („Altersspalte“) deren Alter eingetragen. In der Spalte „Rolle“ ist das Verhältnis zur Ankerperson (bspw. Mutter, Bruder, Ex-Stiefvater, Sozialarbeiter, Lehrer, Arzt,...) dargestellt, in der Spalte „Institution“ wird bei Familienangehörigen etwa Haushalt oder ein anderer Aufenthaltsort, bei allen anderen Personen die Zugehörigkeit zur Institution angeführt, innerhalb der sie für die Ankerperson tätig sind und in der Spalte „Kontakt“ ist schließlich mit plus oder minus erkennbar, ob der/die Sozialarbeiter/in zu dieser Person schon Kontakt hatte oder nicht.

Checkliste

Die Checkliste über Kindeswohlgefährdung steht der öffentlichen Jugendwohlfahrt in Oö. im „JW-INFOWEB“ zur Verfügung. Ähnliche Verfahren existieren auch in anderen Bundesländern, insbesondere aber auch in Deutschland.

Child Neglect Index

Ist eine aus Kanada stammende Version zur Abklärung von Kindeswohlgefährdung, die derzeit in einer Arbeitsgruppe der Jugendwohlfahrt in Niederösterreich unter der Leitung von Mag. Wolfgang Schirmbrand erprobt wird. Aus oberösterreichischer Sicht ist dies ein Instrument, das ein wenig mit der hier in Verwendung stehenden Checkliste verglichen werden kann.

Erste Erfahrungen zeigen in Bezug auf die Anwendbarkeit für die öffentliche Jugendwohlfahrt insofern Probleme auf, als es auf österreichische Verhältnisse noch besser adaptiert werden sollte.

Visuelle Einschätzung

Die Methodik ist eine an sich banal wirkende. Sie hat in der Sozialarbeit allerdings trotzdem Stellenwert, weil sie bewusst eingesetzt und nur nach erfolgter Reflexion dokumentiert wird. Sie ist die bewusste visuelle Wahrnehmung der Person am Beginn einer Face-to-face-Sequenz, sowie die Umsetzung dieser Wahrnehmung in eine kurze Beschreibung. Der erste visuelle Eindruck liefert bereits eine Fülle von Informationen, und zwar über die Person und über deren soziale Wirkung. Es ist nicht erforderlich, in der zusammenfassenden Dokumentation auf alle Punkte des Rasters (Geschlecht, ungefähres Alter, Hautfarbe, Stimmung, Pflegezustand,...) einzugehen, nicht Vollständigkeit der Beschreibung, sondern Vollständigkeit der Beobachtung sind gefragt. Die „Sichtdiagnose“ erfasst nur das offen Sichtbare!

Weitere beispielhaft angeführte Instrumente³:

ICF (Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

Ist ein von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickeltes Instrument, das aus dem Blickwinkel der Sozialen Diagnostik eher der Persönlichkeitsdiagnostik zuzuordnen ist.

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen])

Es ist dies ein Diagnoseinstrument, das mehrere Achsen umfasst, wovon Achse IV mit den psychosozialen und umgebungsbedingten Problemen aus dem Blickwinkel der Sozialen Diagnostik interessant erscheint. Eine ausdrückliche Empfehlung für die Anwendung durch Sozialarbeiter/innen in der öffentlichen Jugendwohlfahrt kann wegen des damit verbundenen Arbeitsaufwandes und der einseitigen Ausrichtung auf psychische Störungen nicht gegeben werden.

Family Group Conference & Family Decision Making

Familienkonferenzen dienen dazu, die ganze erweiterte Familie in die Suche nach Lösungen einzubeziehen. Sie sind eine Alternative zu einer rein behördenbasierten Entscheidung und zu einer ausschließlich auf Experten/innen zugeschnittenen Lösungsstrategie.

Systemische Denkfigur

Ein, wie der Name schon sagt, systemisches Instrument mit dem Vorteil, dass im Zug dieses Verfahrens auch ein Bild über die Ressourcen der Klienten/innen erstellt wird.

Person-In-Environment (PIE)

Aus der Sicht der öffentlichen Jugendwohlfahrt ein relativ aufwändiges Instrument, das zudem für deren Zwecke auch nur bedingt hilfreich sein dürfte. Dieses Instrument findet im übrigen im Sozialgesetzbuch VIII in Deutschland trotzdem mit verhältnismäßig hohem Detaillierungsgrad seinen Niederschlag.

Für ausgewählte Einzelfälle empfohlene Instrumente:

Biographischer Zeitbalken

Ist eine Tabelle, deren Spalten das jeweilige Alter und die dazugehörige Jahreszahl auflisten und in die Reihen darunter Eintragungen zu Familie, Wohnen, Schule/Ausbildung, Arbeit,... vorgesehen sind. Das Formular und die Beschreibung dazu findet sich im Anhang.

Inklusionschart

Ist eine einfache Methode, um die Soziale Inklusion der Klienten/innen, d.h. deren Einbindung in die wichtigsten alltagsrelevanten Funktionssysteme, zu messen. Das Formular findet sich im Anhang.

Netzwerkkarte

Die Netzwerkkarte ist ein diagnostisches Instrument, das auf einem einigermaßen soliden theoretischen Hintergrund beruht, die Vorteile eines bildgebenden Verfahrens aufweist, weitgehende interpretative Möglichkeiten eröffnet und gleichzeitig gut für kooperative Diagnostik geeignet ist. All das und noch einige weitere Vorzüge machen es zu einem Verfahren, das für den sozialarbeiterischen

Fallbearbeitungsprozess ausgezeichnet geeignet ist. Es wird eine Ankerperson (Klient/in) in den Mittelpunkt von vier Feldern (Koordinatensystem) gestellt und die vier Felder je einem der Bereiche „Freunde/Bekannte“, „Familie“, „Schule/Beruf“ und „professionelle Beziehungen“ zugeordnet. Das Verfahren erfolgt in aller Regel dialogisch, d.h. dass der/die Sozialarbeiter/in die zum jeweiligen Feld gehörigen Personen nach Anweisung des/r Klient/en/in einträgt und zwar die Personen, die ihm/ihr wichtiger sind, näher im Zentrum, die anderen entfernter. Besteht zwischen Personen Kontakt, werden deren Positionen mit einer Linie verbunden. Wegen der dialogischen Form sind immer wieder Korrekturen nötig, sodass sich die Verwendung von Bleistift und Radiergummi empfiehlt. Für den Akt kann das Ergebnis eingescannt werden. Eine detaillierte Beschreibung findet sich im Anhang.

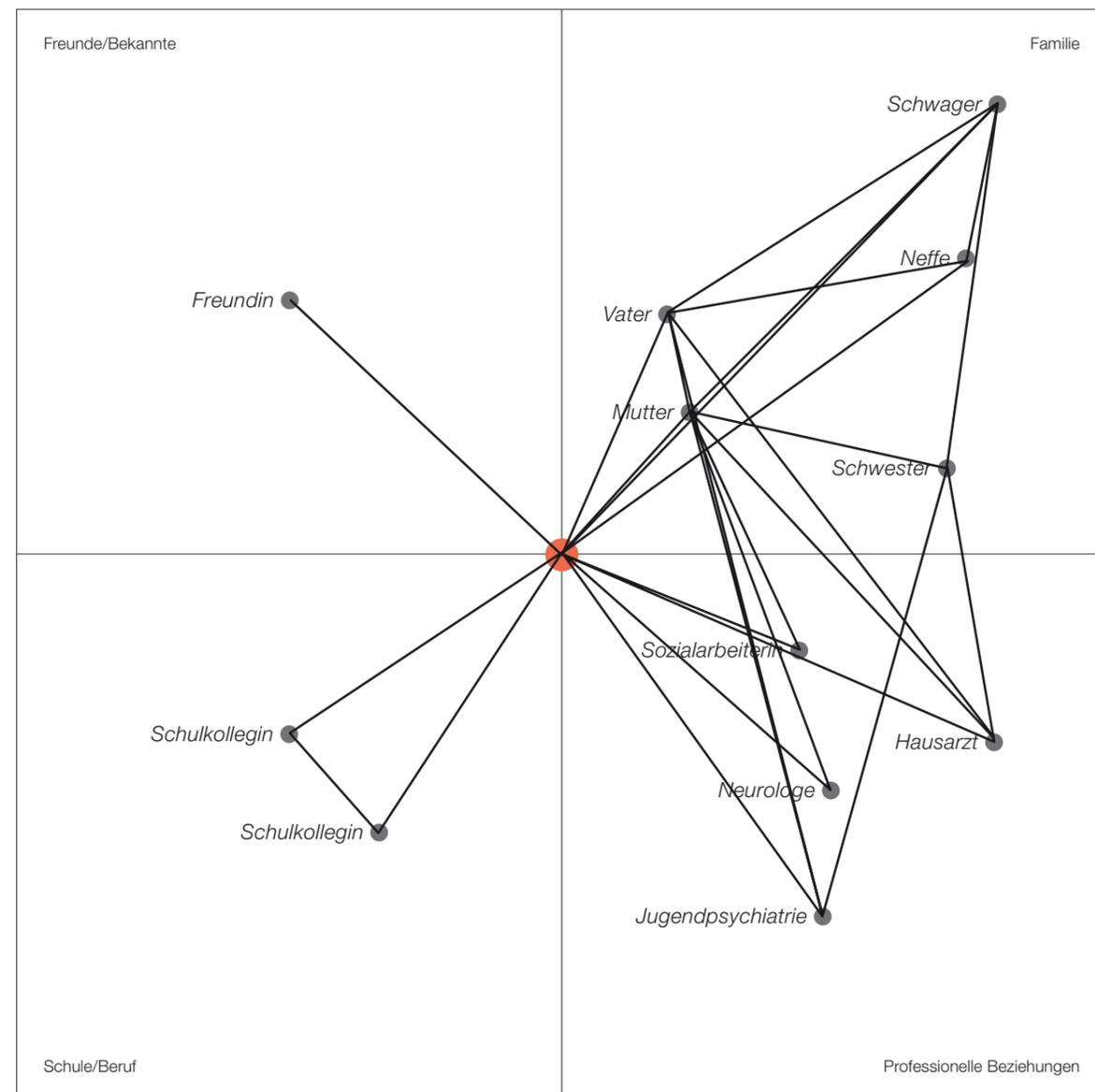
Eco-Map

Ist ebenfalls ein Instrument, das die Dimension der Sozialen Einbindung abbildet. Ein Formular findet sich im Anhang.

¹ siehe auch Beitrag von Dr. Peter Pantucek ² Das Formular findet sich im Anhang

³Die unter dieser Überschrift angeführten Instrumente sind nur deswegen angeführt, um einen kompletteren Überblick zu bekommen. Gegen eine Anwendung in der öffentlichen Jugendwohlfahrt spricht aus meiner Sicht, der mit der Erstellung verbundene Aufwand (mit knappen Personalressourcen nicht bewältigbar) aber auch, dass einige davon der „Sozialen Diagnostik“ nur bedingt zugeordnet werden können.

Beispiel einer Netzwerkkarte



Netzwerk einer jugendlichen Psychatriepatientin
 Netzwerkgröße: 12 Personen
 Star: Mutter mit 9 Kontakten im Netz
 Dichte derzeit: 0,21

Obiges Beispiel zeigt das Netzwerk einer jungen Psychiatrie-Patientin, das bereits typische Merkmale des Netzwerks von Personen aufweist, die intensiv vom Sozial- oder Gesundheitswesen als „Fall“ identifiziert worden sind: Professionelle Helfer/innen werden gewichtig. Keine der professionellen Helfer/innen „gehört“ der Ankerperson allein, alle besprechen die Situation der Patientin auch mit den Angehörigen, vor allem mit der Mutter, die mit 9 Kontakten eine „Star“-Position innehat. Der jungen Frau gelingt es dzt. aber noch, einige autonome Beziehungen aufrecht zu erhalten. Da gibt es eine Freundin, die die Frau bei einem stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses kennen ge-

lernt hat. Zu ihr hält sie den Kontakt via E-Mail aufrecht. Weiters hat sie noch Kontakt zu zwei Mitschülerinnen an der Handelsakademie. Es deuten sich bereits Isolierung und ein beträchtlicher Autonomieverlust an, an dem die professionellen Helfer/innen mitzuwirken scheinen. Noch ist die Dichte des Netzwerks mit 0,21 sehr gering.

Die **Interpretationsmöglichkeiten** steigen bei Kenntnis einiger zentraler Begriffe aus der Netzwerkforschung, mit denen charakteristische Positionen im Netzwerk oder charakteristische Beziehungsformen bezeichnet werden. Hier einige Hinweise kombiniert aus Gerhardtter (1998) und der Analyse von Pearson (1997).

Schlüsselpositionen im Netzwerk sind (nach Gerhardtter):

Star	Mitglied mit sehr vielen Verbindungen zu anderen Mitgliedern. Beim vorher präsentierten Netzwerk war ein Star zu identifizieren.
Liaison	Mitglied, das zwei Cluster, die sonst unverbunden wären, miteinander verbindet. Diese Verbindung wird durch einen exklusiven Kontakt des Mitglieds zu zumindest einem Mitglied des anderen Clusters hergestellt.
Brücke	Mitglied, das zwei Clustern angehört.
Gatekeeper	Gatekeeper sind Mitglieder, die den Informationsfluss von einem Netzwerksektor zum anderen kontrollieren.
IsolierteR	Mitglied ohne Beziehungen zu anderen Netzwerkmitgliedern. Isolierte spielen als unbefangene BeraterInnen eine wichtige Rolle, um die Autonomie der Ankerperson zu stützen.

Die Beziehungsformen im Netzwerk sind für die Differentialdiagnose von herausragender Bedeutung. Als wichtigste sind zu nennen:

uniplexe /multiplexe Beziehungen	Diese Unterscheidung spricht die Zahl von Rollen an, in denen sich die BeziehungspartnerInnen begegnen. Multiplexe Beziehungen sind dadurch gekennzeichnet, dass die Beziehungspartner füreinander mehrere Funktionen erfüllen; multiplexe Beziehungen haben keine klaren Grenzen, sind diffus, dauerhaft, in sich wenig differenziert, tendieren zur Ausschließlichkeit. Bei Belastungen besteht die Gefahr, dass die Beziehung wegen Überlastung einer Person völlig abgebrochen wird. Uniplexe Beziehungen hingegen erfüllen nur eine Funktion (oder wenige Funktionen). Mehrere uniplexe Beziehungen im Netzwerk sind gegenüber Belastungen resistenter als wenige (oder gar nur eine) multiplexe Beziehungen: Die Belastung verteilt sich auf mehrere UnterstützerInnen, der Ausfall einer Unterstützerin oder eines Unterstützers hat keine dramatischen Folgen für die Leistungsfähigkeit des Netzwerks.
direkte und indirekte Interaktion	Unter direkter Interaktion wird hier face-to-face Kontakt verstanden. Dieser ist für die Funktionalität von Beziehungen nicht unbedingt erforderlich. Vor allem die Entwicklung der Telekommunikation und des Internet hat die Bedeutung indirekter Interaktion für personenzentrierte soziale Netze erheblich wachsen lassen. Pearson nimmt in seine Netzwerkanalysen auch „virtuelle“ Personen auf („Gott“, verstorbene Partner).
starke und schwache Beziehungen	Starke Beziehungen haben eine hohe Interaktionsfrequenz und sind dauerhaft, reziprok, intensiv. Sie sind ggf. schnell verfügbar, Netzwerke aus vorrangig starken Beziehungen vermindern aber die Freiheitsgrade beträchtlich. In schwache Beziehungen sind Personen weniger involviert.

Zusammenfassend:

Das Instrument ist vielfältig anwendbar: In Fallbesprechungen, Supervisionen etc. zur Rekonstruktion der sozialen Landschaft, in der sich die Klienten/innen bewegen und zur Überprüfung der eigenen feldbezogenen Interventionsstrategien; aber auch mit Vorteil in der kooperativen Diagnostik: Die grafische Darstellung schließt an Alltagsmetaphern an (z.B. „wer ist Ihnen nahe?“) und wird daher von den Klienten/innen spontan in ihrer Logik verstanden. Trotzdem ist es sinnvoll, die Klienten/innen durch die Erstellung der Netzwerkkarte zu führen. „Vergessen“ werden bei der Auflistung durch die Ankerper-

sonen oft lebensweltliche Berater/innen, zu denen kein intensiverer freundschaftlicher Kontakt besteht (schwache Beziehungen), die aber trotzdem eine bedeutende Beratungsressource darstellen können. Diese Personen können durch die Frage „mit wem haben Sie dieses Problem schon besprochen?“ oder durch Abwandlungen dieser Frage erhoben werden. In einer gemeinsamen Interpretation kann dann auch über mögliche Strategien zur Korrektur / Verbesserung des Netzes gesprochen werden – ev. ist auch die Erstellung einer SOLL-Netzwerkkarte möglich.

Ecomap

Die Ecomap ist eine Variante der Netzwerkkarte. Sie unterscheidet sich von ihr dadurch, dass mögliche soziale Kontakte auf einem Formular bereits vorbenannt verzeichnet sind und die KlientInnen in einer Sitzung ihre eigene Ecomap anhand dieses Formulars erstellen können. Das hier vorgestellte Formular (Hepworth u.a. 1997: 267) ist von Dr. Peter Pantucek leicht abgewandelt und übersetzt worden. Die Ankerperson kann dieses Formular leicht bei einer Sitzung selbst bearbeiten. Die Anweisungen lauten:

- „Kreisen Sie zuerst alles ein, was Teil Ihres jetzigen Umfelds ist.“
- „Ziehen Sie nun eine Linie von Ihnen selbst zu jedem Kreis, der für Sie eine positive und starke Beziehung darstellt.“

- „Nun ziehen Sie eine strichlierte Linie von Ihnen zu jedem Kreis, der für Sie belastende oder negative Situationen darstellt.“
- „Nun ziehen Sie eine Wellenlinie zu allen Kreisen, die Sie brauchen würden, die Ihnen derzeit aber nicht zur Verfügung stehen.“
- „Sehen Sie sich nun Ihre Zeichnung an. Wie würden Sie sie zusammenfassend beschreiben? Was ziehen Sie daraus für Schlüsse?“

Das Ergebnis wird von dem/der Berater/in (still) eingeschätzt wie in unten stehendem Beispiel beschrieben. Die Zeichnung selbst ist dann Ausgangspunkt für die Diskussion der sozialen Beziehungen der Klienten/innen.

Dr. Peter Pantucek

Nachvollziehbar, fachgerecht und rechtzeitig

Instrumente der Sozialen Diagnostik als Unterstützung von Interventionsentscheidungen in der Jugendwohlfahrt

(Referat auf der Fachtagung „Hilfepfad, Zielvereinbarung – neue Instrumente in der Jugendwohlfahrt?“ der Oberösterreichischen Jugendwohlfahrt am 14. November 2006 in Linz)

Seit nunmehr fast eineinhalb Jahren haben wir an der FH St. Pölten ein Forschungsprojekt zur Qualität im Prozess der Fremdunterbringung laufen, das von meinem Kollegen Johannes Pflieger geleitet wird. Wir arbeiten dabei mit der Niederösterreichischen Jugendwohlfahrt zusammen, auch mit der Oberösterreichischen und der Juwo im Burgenland. Wir untersuchen Fälle, wie das so schön in der Fachsprache heißt, multiperspektivisch. Das heißt wir analysieren den Akt, sprechen mit den Kindern/Jugendlichen, deren Eltern, den JugendamtssozialarbeiterInnen und den ErzieherInnen. Wir nehmen uns dafür viel Zeit. Vorige Woche war ich bei einer Interpretationssitzung, im ForscherInnenteam sitzen da 6 bis 7 Fachleute stundenlang bei einer Fallgeschichte, die wir verstehen und interpretieren wollen. Im Team sind KollegInnen mit Jugendamts Erfahrung, solche mit ErzieherInnen Erfahrung, und „reine“ ForscherInnen.

Jeder Fall ist ergiebig. Die Zeit wird beinahe immer zu kurz, und mit der einen Sitzung ist es keineswegs getan. Wir hätten gerne noch mehr Zeit für ein Studium der Fälle, wir glauben, dass wir sie dann noch besser verstehen könnten. Aber im Vergleich zur Zeit, die Ihnen zur Einschätzung eines Falles zur Verfügung steht, ist das, was wir tun, totaler Luxus. Noch dazu sind wir aller Entscheidungszwänge entbunden. Was wir herausfinden, beeinflusst das Leben der Klientinnen und Klienten überhaupt nicht.

Anders im Jugendamt. Ihre Entscheidungen und Nicht-Entscheidungen haben Folgen. Möglicherweise Folgen für Sie selbst, viel mehr noch aber Folgen für das Leben Ihrer Klientinnen und Klienten, für Kinder und Eltern. Und Sie müssen diese Entscheidungen und Nicht-Entscheidungen immer wieder unter Zeitdruck treffen.

Ich spreche hier stets sowohl von Entscheidungen, als auch von Nicht-Entscheidungen, weil Nicht-Entscheidungen strukturell und was ihre Folgen anlangt, nichts anderes als Entscheidungen sind: Die Entscheidung, vorerst nicht zu entscheiden, oder auch die Entscheidung, vorerst nichts zu tun, also alles laufen zu lassen, wie es halt läuft. Arbeit in der behördlichen Jugendwohlfahrt heißt, permanent entscheiden zu müssen. Das ist anstrengend, und es ist alles andere als einfach.

Sie lösen dieses Problem in Ihrer täglichen Arbeit, trotzdem. Und ich gehe davon aus, dass Sie es in der Regel richtig tun. Richtig, das heißt in Übereinstimmung mit den Entwicklungsinteressen der Kinder und Jugendlichen, richtig, das heißt auch in Übereinstimmung mit den Möglichkeiten.

Trotzdem will ich mich in diesem Referat damit beschäftigen, wie die Qualität der Entscheidungen verbessert werden kann.

Nachvollziehbar, fachgerecht, rechtzeitig. So sollten die Entscheide sein.

Die Herausforderung ist deshalb besonders groß, weil die Entscheide der SozialarbeiterInnen in einige Kontexte eingebunden sind:

Da ist einmal der rechtliche Kontext. Er ist bestimmt durch den Auftrag des Jugendwohlfahrtsgesetzes und, wie in der Diskussion letztlich mehrfach betont wurde, durch die Garantenstellung des Jugendamtes, also das, was bei den Deutschen auch „Wächteramt“ heißt. Das Jugendamt muss eine angemessene Reaktion auf die Gefährdung von Kindern gewährleisten. Es kann sich also nicht auf den Standpunkt zurückziehen, bei mangelnder Kooperation der Eltern sei seine Arbeit eben nicht zu leisten.

Der rechtliche Kontext bedeutet für die Diagnostik in der Jugendwohlfahrt, dass sie nicht nur innerhalb eines Betreuungsprozesses funktionieren darf, also wenn genügend Zeit, ein gesicherter Rahmen und hinreichende Bereitschaft der Klientinnen und Klienten zur Mitarbeit vorhanden ist. Es muss eine Diagnostik sein, die auch unter erschwerten Bedingungen handhabbar ist: unter Zeitmangel, mit lückenhafter Datenlage, unter Bedingungen des Widerstands.

Der zweite strukturierende Kontext ist jener des Betreuungsprozesses, also die Tatsache, dass Diagnostik und Entscheidungsfindung zwar einerseits ureigene ExpertInnenleistung ist, schließlich dient sie der Strukturierung und Legitimierung der Arbeit der Jugendwohlfahrt. Andererseits muss sie aber in den Betreuungsprozess rückgebunden werden, da die Mitarbeit der KlientInnen bei allen Hilfen erforderlich ist bzw. die Erfolgsaussichten wesentlich erhöht. Die Ergebnisse der Einschätzungen müssen gegenüber den KlientInnen vertreten, ihnen erklärt und mit ihnen verhandelt werden. Gleichzeitig ist der Gegenstand der Diagnostik in der Jugendwohlfahrt einer, über den immer schon im Alltagsverstand nachgedacht wird, der sich der Logik des Alltagsverstandes, also des Common Sense, nicht völlig entziehen kann. Es liegen immer schon Deutungen und Einschätzungen der Beteiligten vor, und sowohl bei den KlientInnen, ihrem sozialen Umfeld als auch bei Gericht werden die Expertisen mitunter vom Alltagsverstand der Akteure overruled.

Schließlich ist unsere Diagnostik von der Intervention nicht säuberlich zu trennen. Schon die Datenerhebung, z.B. im Rahmen eines Hausbesuchs, ist Intervention, ändert schon etwas am untersuchten Zusammenhang. Ich werde also gleichzeitig über methodische Fragen sprechen müssen.

Ein dritter Kontext ist schließlich der der Öffentlichkeit. Nicht dass die Jugendwohlfahrt von der Öffentlichkeit normalerweise besonders beachtet würde. Beachtung stellt sich erst dann ein, wenn große Unfälle passieren. Diese – dann oft recht unangenehme – Beachtung reicht als Bedrohung weit in das normale Geschäft herein. Die behördliche Jugendwohlfahrt ist Teil der Verwaltung, und von Verwaltung wird gemeinhin angenommen, dass sie funktioniert. Das hat keinen Neuigkeitswert. Interessant wird sie, wenn sie nicht oder zumindest im Einzelfall nicht funktioniert. Sie haben das anlässlich des Unfalls in Steyr gespürt. Die Jugendwohlfahrt ist ein Unternehmen, das mit der Möglichkeit von Unfällen rechnen muss. Diagnostik, diagnostische Routinen, werden also auch daran gemessen, ob sie die Wahrscheinlichkeit von Unfällen minimieren können. Oder zumindest, dass man bei einem Unfall nicht blöd ausschaut, sondern zeigen kann, dass man eine fundierte Risikoeinschätzung gemacht hat.

Ich habe gesagt, dass die Jugendwohlfahrt ihre Entscheidungen in der Regel wohl angemessen trifft. Ich nehme an, dass die Forschungsbefunde aus Deutschland im wesentlichen auch auf Oberösterreich zutreffen: Maßnahmen sind i.d.R. angemessen, oft auch wirkungsvoll. Gleichzeitig zeigen sich systematische Probleme bei der Arbeit der Jugendwohlfahrt.

Was wird so beklagt?

Bekannte Probleme:

- Väter werden nicht wahrgenommen
- erweiterte Familie wird nicht wahrgenommen
- Timing: zu späte systematische Beschäftigung mit dem Fall
- keine echte Beteiligung der KlientInnen bei der Hilfeplanung
- Erzieherische Hilfen werden zu unspezifisch, zu schematisch eingesetzt
- mangelnde Nachvollziehbarkeit und fachliche Qualität der Gutachten und der Entscheidungsfindung

All diese Probleme zeigen sich auch auf der Ebene der Diagnostik. Ich werde versuchen, Wege für eine Diagnostik aufzuzeigen, die den Kontexten gerecht wird und die bekannten Probleme minimieren könnte.

Ich nehme an, dass es unter Ihnen unbestritten ist, dass SozialarbeiterInnen der behördlichen Jugendwohlfahrt immer schon diagnostizieren.

Sie sammeln Daten, konstruieren daraus das Bild einer Situation, treffen eine Einschätzung und leiten daraus

Entscheidungen über Interventionen oder Nicht-Interventionen ab. Genau das ist Diagnostik.

Mein Anliegen ist, diesen Prozess von der Datensammlung bis zur Entscheidung genauer anzusehen, ihm eine Form zu geben, die Form fachgerechter diagnostischer Verfahren.

Ein diagnostisches Verfahren ist ein beschreibbarer und beschriebener Standard dafür, welche Daten herangezogen werden sollen, wie diese zu ordnen und schließlich zu interpretieren sind.

Beschreibbar und beschrieben, das heißt auch: nachvollziehbar. Zumindest andere Profis wissen, wenn von einem angewendeten Verfahren gesprochen wird, auf welche Art und Weise die fallführende Kollegin zu ihrer Einschätzung der Situation gekommen ist. Beschreibbar und beschrieben, das heißt nicht, dass die Ergebnisse dann nicht mehr angezweifelt werden können. Klar ist der Rahmen, es bleibt ein beträchtlicher Spielraum für die Anwendung individuell gebundenen Erfahrungswissens oder für die Einbeziehung von Informationen, die über das Verfahren nicht erfasst worden sind.

So stelle ich sicherheitshalber gleich einmal klar, dass ich nicht glaube, es könnte ein einziges Verfahren sozialer Diagnostik geben, das uns in der Jugendwohlfahrt auch nur annähernd ein komplettes Bild der Situation geben könnte und aus dessen Ergebnis wir zweifelsfrei unsere Interventionsentscheidungen ableiten könnten.

Das darf aber keine Ausrede dafür sein, gleich auf Systematik, auf professionelle Standards zu verzichten.

Diagnostische Verfahren gibt es für den Bereich der Jugendwohlfahrt bereits mehr als genug, gleichzeitig aber doch zu wenig. Sprechen wir zuerst über das Viele, das es gibt, dann über das für die Sozialarbeit brauchbare, das es zu wenig gibt.

Also das Viele:

Verfahren psychologischer Diagnostik werden in der Jugendwohlfahrt breit angewandt. Sie reichen von Einschätzungen des Entwicklungsstandes der Kinder über Bindungsdiagnostik, also einer Einschätzung der Bindung der Kinder an die Eltern, bis zur Diagnose der Erziehungsfähigkeit der Eltern. Manche Verfahren sind sehr aufwändig, manche einfach. Über die Aussagekraft der Verfahren lässt sich trefflich streiten. Manche scheinen durchaus fragwürdig, andere wissenschaftlich recht gut abgesichert.

Direkte Schlüsse aus den Ergebnissen auf die zu setzenden Interventionen, vor allem die sozialarbeiterischen Interventionen, sind jedoch nur bedingt zulässig.

Das hat einfache logische Gründe: Sozialarbeit interveniert in Lebenssituationen, in soziale Systeme. Diese werden von der psychologischen Diagnostik nur in Ausschnitten erfasst. Sozialarbeit muss das ganze soziale

Setting, die Potenziale und Schwächen des Systems der erweiterten Familie ebenso in ihre Interventionsüberlegungen einbeziehen wie den bisherigen Prozessverlauf der Hilfe, die voraussichtlichen Reaktionen der Beteiligten und noch nicht Beteiligten (z.B. der Gerichte), die mehr oder weniger bekannten Stärken und Schwächen möglicher Sozialer Dienste, die Hilfen zur Erziehung lokal anbieten usw.

Also reden wir darüber, was für SozialarbeiterInnen in der behördlichen Jugendwohlfahrt sinnvoll verwendbar ist. Ich empfehle als ersten Schritt die Verwendung von Notationssystemen, die einmal einen ersten Blick auf den Fall ermöglichen, der die Komplexität sowohl sichtbar macht, als auch strukturiert und sie besprechbar macht. Personalliste

Personalliste

Ein einfaches Instrument ist die Personalliste. Das ist eine Auflistung aller Personen, die „Spieler“ im zu bearbeitenden Fall sind. Das sieht auf den ersten Blick wie ein Dokumentationsformular aus, wie ein bürokratisches Formular. Ist es nicht!

Die Personalliste funktioniert vorerst einmal wie ein Theaterzettel. Wie bei jedem diagnostischen Verfahren steht zuoberst der Name des Verfahrens und das Erstellungsdatum, denn jede Diagnose ist eine Momentaufnahme. Und natürlich der Name der erstellenden Sozialarbeiterin. Auf diesem Formular sträflicherweise nicht ersichtlich: Der Anlass der Beschäftigung mit dem Fall: das Presenting Problem. Das ist deshalb wichtig, weil das Problem den Fallraum eröffnet und definiert. Auf die Liste kommen nämlich alle Personen, die mit dem bearbeiteten Problem zu tun haben, von ihm beeinflusst werden oder auf die Lösung wie auch immer Einfluss nehmen oder Einfluss nehmen können.

Mit dieser einfachen Liste kartographieren wir den sozialen Raum des Falles. Die erste Spalte benennt die Personen – und hier sollen wirklich Personen stehen, nicht Organisationen. Personen interpretieren den Spielraum, den ihnen die Organisationen geben. Namen, die man nicht kennt, werden durch Platzhalter ersetzt. Die zweite Spalte, das Alter. Das Alter ist neben dem Geschlecht eines der markantesten Daten über eine Person, ihre soziale Stellung.

Die Altersangabe mag Ihnen banal erscheinen, ich will an ihrem Beispiel aber den Unterschied zwischen einer bürokratischen Dokumentation und einer diagnostischen Herangehensweise erklären. In einem Akt wird prominent nicht das Alter, sondern das Geburtsdatum erscheinen. Das hat praktische Gründe. Das Geburtsdatum ist invariabel, es ändert sich nicht. Es stimmt nach einigen Jahren immer noch, und das ist wichtig für einen Akt. An ihm lässt sich leicht ausrechnen, ob man noch zuständig ist oder nicht mehr.

Diagnostik hingegen ist immer eine Momentaufnahme, und sie soll Deutung und Bedeutung sichtbar machen.

Die Personalliste stimmt vielleicht schon in zwei Monaten nicht mehr, weil sich die SpielerInnen des Falles neu geordnet haben oder weil sich das zu bearbeitende Problem geändert hat. Aus der Momentaufnahme soll aber ein Höchstmaß an Wissen über die Struktur des Falles resultieren, das Entscheidungen begründen kann. Wir werden daher bei diagnostischen Verfahren, selbst bei einem so einfachen und elementaren wie der Personallisten-Notation das bedeutsamere Faktum des Alters aufzeichnen, damit wir es nicht erst mühsam errechnen müssen.

Diagnostik erfordert eine diagnostische Haltung, und die äußert sich eben auch darin, diagnostische Prozesse eindeutig von bürokratischen Prozessen abzugrenzen. Diagnose ist ein professioneller Vorgang, hier gelten die Regeln der Profession, nicht die Regeln der Organisation. Und sei es im Beharren auf dem Notieren des Lebensalters.

Jetzt bin ich schon bei der professionellen Haltung, die für die sozialarbeiterische Diagnosen erforderlich ist. Da kann ich gleich auch noch auf den sorgsam Umgang mit Daten hinweisen. Daten, die ich nur schätze und nicht genau kenne, muss ich als solche kennzeichnen. Hier in der Altersspalte mache ich das durch die geschwungene Linie vor der Altersangabe. Daten, die ich nicht kenne, werden ebenfalls gekennzeichnet. Hier durch die Fragezeichen.

Diese sorgfältige Unterscheidung zwischen Fakten, Schätzungen, Vermutungen und Unbekanntem ist Kennzeichen eines professionellen Umgangs mit Daten, zeichnet ExpertInnenwissen vor Alltagseinschätzungen aus. Ich werde später noch einmal darauf zurückkommen, wenn ich über Gutachten spreche.

Nun noch kurz zu den weiteren Spalten. Die Rolle, das ist jene Rolle, die die Person im Verhältnis zum Klienten, der in der Regel an der ersten Stelle der Tabelle steht, spielt. Das kann eine Verwandtschaftsrolle sein, eine andere private Rolle wie zum Beispiel Freund, oder eine berufliche Rolle. In unserem Beispiel hat die Kollegin bei der Mutter diese Rolle ignoriert und auch noch „Heimhelferin“ dazugeschrieben. Wahrscheinlich wollte sie damit auf den sozialen Ort, das Milieu, hinweisen, mit dem sie es in diesem Fall zu tun hatte.

An diesem Beispiel kann ich auf noch einen wichtigen Punkt hinweisen, der für alle diagnostischen Verfahren gilt: Sie machen bestimmte Aspekte eines Falles sehr gut sichtbar, andere Aspekte werden dafür unsichtbar. Das Eine ist Bedingung des Anderen. Ohne das Unsichtbar machen mancher Aspekte können andere nicht sichtbar werden. Daher sind alle diagnostischen Verfahren begrenzt in ihrer Aussagekraft. Es gibt immer andere Aspekte, die sie nicht abbilden. Hier wird die soziale Stellung, der soziale Status der Personen nicht sichtbar, und vieles anderes auch nicht. Trotzdem ist es sinnvoll, sich einmal auf diesen Ausschnitt einzulassen.

Das verlangt Diagnostik: Ich sehe für die Dauer der Beschäftigung mit dem Verfahren von allem anderen ab, das ich auch noch weiß oder zu wissen glaube. Ich gebe dem Verfahren eine Chance, mir etwas zu sagen, was ich noch nicht weiß, bisher noch nicht gewusst habe. Für eine so handlungsorientierte Profession, wie es die Sozialarbeit ist, ist das eine ziemliche Herausforderung. Das ist aber die Voraussetzung für den sinnvollen Einsatz diagnostischer Verfahren. Wenn ich sie behandle wie ein amtliches Formular, dann werde ich nicht klüger daraus, dann ist es besser, ganz darauf zu verzichten. Aber, wie vielleicht schon deutlich geworden ist, diesen Verzicht halte ich für keine gute Wahl.

Zurück zur Personalliste. Nach Name, Alter und Rolle finden Sie noch eine Spalte, über der vielleicht etwas missverständlich „Institution“ steht. Mit „Institution“ ist hier das Referenzsystem gemeint, vor dem die Akteure zuerst rechtfertigen müssen, was sie tun. Für Personen in privaten Rollen sind das zuerst jene Personen, mit denen sie in einem Haushalt leben. Ihnen müssen sie erklären, was sie tun und bleiben lassen, und wenn sie es vor denen nicht rechtfertigen wollen, müssen sie es ihnen bewusst verschweigen. Daher steht bei Personen in privaten Rollen ganz einfach Haushalt, abgekürzt Hsh. und dann eine Nummer. Denn Haushalte haben heutzutage keinen Namen mehr, spätestens seit es nicht mehr üblich ist, von einem Haushaltsvorstand zu sprechen.

Für Personen in beruflichen Rollen ist es die Organisation, für die sie arbeiten. Nach deren Regeln müssen sie sich richten, oder deren Regeln müssen sie bewusst umgehen. Diese Referenzsysteme spielen mit, sie spielen eine Rolle in unseren Fällen.

In der letzten Spalte sehen Sie noch einige Plus- und Minuszeichen. Ein Plus bedeutet, dass man als fallbearbeitende Sozialarbeiterin im Zuge der Problembearbeitung mit dieser Person Kontakt hatte. Ein Minus bedeutet, dass man eben keinen Kontakt hatte. Diese Spalte markiert den Interventionsraum, die Reichweite unserer Interventionen.

In Summe stellt die Personalliste eine komplette Kartographierung des Falles dar. Wir haben die Player aufgelistet, sehen die Beziehungen der Personen zum Klienten und unseren Interventionsraum. Die Personalliste beschränkt sich nicht auf verwandtschaftliche Verhältnisse, sie erfasst auch berufliche Akteure, relevante Freunde etc., sie vermisst den Fall.

Sie mögen denken, damit sei noch nicht viel gewonnen. Aber fürs Erste, meine ich, ist das nicht schlecht. Die personelle Konstellation des Falles ist eine spezifisch sozialarbeiterische Sicht. Hier finden sich die Ressourcen und die Gefahren. Bei der Vorstellung eines Falles im Team sollte eine Personalliste nicht fehlen. Sie macht den ganzen Raum sichtbar und stellt das Verhältnis zu ihm und zu seinen Akteuren zur Diskussion. Sie wirkt außerdem der Verengung des Blicks auf Kind und Mutter

– ich glaube, ich habe das irgendwo am Beginn dieses Referats als ein Problem der Jugendwohlfahrt benannt – entgegen.

Risiko

Ich habe zuerst die Personalliste vorgestellt, weil die Erweiterung des Blicks auf alle Akteure einer Fallsituation im Jugendamt besonders wichtig ist. Der breitere Blick dient der Erschließung der Ressourcen auch der erweiterten Familie. Auch die von mir sonst propagierte Netzwerkkarte ist da ein gut brauchbares Instrument.

Zu den großen und kritischen Aufgaben der Jugendwohlfahrt gehört allerdings die Abschätzung des Risikos für ein Kind, damit die Abschätzung des Interventionsbedarfs. Dazu gleich einige Verfahrensregeln und ein brauchbares Hilfsmittel.

Wenn die Rechte des Kindes in einer Lebenssituation möglicherweise gefährdet sind, so ist eine umfassende Erhebung der Lage angezeigt. Umfassende Erhebung, das bedeutet jedenfalls auch zumindest einen Hausbesuch, das bedeutet Gespräche mit den Beteiligten. Hinschauen, bewusst wahrnehmen, seiner Wahrnehmung trauen und sie festhalten.

Ich habe in meinem Buch zur Sozialen Diagnostik den Hausbesuch als Mittel der Sozialen Diagnostik beschrieben und einen Beobachtungsleitfaden zusammengestellt. Der kann vielleicht hilfreich sein, besonders für noch weniger erfahrene KollegInnen.

Was man gesehen und erfahren hat, sollte allerdings unbedingt mit einer Risikofaktorenliste verglichen werden. Ich gebe Ihnen ein Beispiel, das an Kinderrechten orientiert ist.

Es stammt aus Recklinghausen und wurde in einer – übrigens auch via Internet zugänglichen – Schrift des Instituts für Soziale Arbeit Münster über den Schutzauftrag der Jugendhilfe veröffentlicht.

Das ist ein Einschätzungsbogen. Er zählt Grundbedürfnisse des Kindes auf, dann typische Risikofaktoren, schließlich elterliche Kompetenzen. In jeder einzelnen Zeile ist eine Einschätzung gefragt. Grün bedeutet, die Bedürfnisse des Kindes werden sicher befriedigt, die Einschätzung zu bestimmten Merkmalen gibt keinen Anlass zur Besorgnis oder weist auf Ressourcen hin. Gelb heißt, die Einschätzung ist nicht sicher, es fehlen Wahrnehmungen.

Rot signalisiert den Gefahrenbereich: Risiken sind erkennbar, Grundbedürfnisse sind bedroht, die Einschätzung gibt Anlass zur Besorgnis.

Um diese Einschätzungen treffen zu können, muss man natürlich Wahrnehmungen haben. Ein Vorteil solcher Raster ist, dass sie Fragen stellen. Wir werden angeregt, jene Bereiche zu erkunden, zu denen wir beim Ausfüllen noch nichts sagen können. Raster wie diese leiten also

nicht nur die Einschätzung an, sondern sie verbessern mit der Zeit auch die Beobachtung.

Eine Risikoanalyse wie diese weist uns auf den Interventionsbedarf hin, aber sie zeigt nicht automatisch an, wie zu intervenieren ist. Das müssen wir aus unserer Einschätzung der familiären Situation und Dynamik ableiten, aus der Erfahrung, aus unserem Wissen über die Ressourcen. Was wir sehen, ist die Dringlichkeit der Intervention.

Die AutorInnen dieses Risikoanalysebogens weisen darauf hin, dass er keineswegs mathematisch anzuwenden sei, also durch Abzählen ausgewertet werden kann, und wenn es nicht eine Mindestzahl von roten Feldern gebe, könne man sich beruhigt zurücklehnen. Ich wäre nicht ganz so streng. Zwar können bereits einige wenige oder gar nur ein einziger roter Bereich Handlungsbedarf anzeigen, aber dass eine umso energischere Intervention zum Schutz des Kindes erforderlich ist, je mehr rote Felder angekreuzt sind, das ist m.E. unbestritten. Sie können also ruhig auch zählen.

In Hamburg ist eine Liste mit Indikatoren gebräuchlich, die Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung geben. Diese wie die anderen von mir heute erwähnten Listen und Texte zu diagnostischen Verfahren, können Sie auf meiner Website finden.

Risikofaktorenanalysen sind m.E. ein unentbehrliches Instrument in der behördlichen Jugendwohlfahrt, sie weisen auf nötige Interventionen hin und sie sind auch eine gute Grundlage für die Begründung von Interventionsentscheidungen.

Ich will Ihnen nun aber noch ein Instrument vorstellen, mit dem Sie nicht eine familiäre Situation, sondern eine geplante Intervention analysieren können.

Interventionsassessment

Manche Interventionen in der Jugendwohlfahrt sind invasiv, das heißt, sie greifen gravierend in das Leben der betroffenen Kinder und Eltern ein.

Nicht nur das, sie sind auch selbst risikobehaftet, Sie können Scheitern oder ungünstige Nebenwirkungen haben. Häufig wird, vor allem bei der Begründung von Interventionen, dieses Risiko ignoriert. Hat man sich einmal für eine Intervention entschlossen, dann werden nur mehr jene Argumente angeführt, die die Intervention als die einzig richtige erscheinen lassen. Das erhöht die Qualität der Entscheidungen nicht gerade.

Das Interventionsassessment ist ein Analysebogen für geplante Interventionen, mit dem verschiedene Varianten verglichen und systematisch durchdacht und schließlich begründet werden können.

Aufgefordert wird hier zu einer Einschätzung einiger entscheidungswichtiger Parameter. Wie hoch ist die Inten-

sität des Eingriffs? Im Falle einer Fremdunterbringung ist diese Intensität zum Beispiel besonders hoch. Wie stigmatisierend wirkt der Eingriff, trägt er zur Selbststigmatisierung der Klienten bei? Wie hoch ist der Nutzen, wenn die Intervention gelingt, und worin besteht dieser Nutzen.

Sie sehen, dass es hier 2 Spalten gibt, eine allgemeine und eine fallspezifische. Wir haben Erfahrungen, möglicherweise sogar statistisch erfasste Erfahrungen über die Erfolgchancen bestimmter Interventionen, etwa einer Pflegefamilienunterbringung. Das gehört in die Spalte allgemein. Daneben kann man aber abschätzen, ob im Fall aufgrund bestimmter Bedingungen z.B. die Eingriffsintensität geringer wäre, weil das Kind selbst und die Eltern die Unterbringung wünschen usw.

Interventionen können trotz ihres grundsätzlichen Gelingens ungünstige Nebenwirkungen haben, die Fremdunterbringung z.B. einen Abbruch der Beziehungen zu einigen Familienmitgliedern. Darüber hinaus besteht ein Risiko des Scheiterns, z.B. der Pflegerückstellung bei einer Unterbringung in einer Pflegefamilie. Das ist hoch und lässt sich sogar beziffern. Ich kann den Schaden einschätzen, der bei einem Scheitern der Intervention angerichtet wird, und ich kann ihn benennen.

Durch die Skalierung kann ich nun die Summe dieser Faktoreneinschätzung errechnen und der Summe anderer möglicher Interventionen gegenüberstellen. Je höher diese Kennzahl ausfällt, umso riskanter ist die Intervention.

Schließlich werden noch Faktoren herangezogen, die für die Interventionsentscheidung eine Rolle spielen: Wie hoch ist der Implementierungsaufwand, wer befürwortet die geplante Intervention mit welchen Argumenten, wer ist mit welchen Argumenten dagegen, welche Begleitmaßnahmen sind möglich, um Risiken und Nebenwirkungen zu reduzieren.

Der Bogen leitet eine bewusste Entscheidung an, kann den Vergleich zu anderen möglichen Interventionen inklusive der Nichtintervention erleichtern und strukturieren.

Resümee

Ich komme nun zum Schluss, zu einem Resümee. Ich habe Ihnen 3 Verfahren vorgestellt. Das sind nur Beispiele, Sie können wahrscheinlich mit Gewinn eine Reihe weiterer diagnostischer Verfahren für Ihre Arbeit verwenden. Aus den von mir propagierten sind zum Beispiel die Ecomap zur Kartographierung von Ressourcen und der biografische Zeitbalken in einer Version für Kinder in manchen Fällen gut verwendbar. In der Literatur finden Sie eine Reihe von weiteren Verfahren sehr unterschiedlicher Qualität und Brauchbarkeit. Ich appelliere an Sie, auf die sozialarbeiterische Brauchbarkeit der Verfahren zu achten, jedenfalls aber das zu pflegen, was ich vorhin als professionelle Haltung bei der Diagnostik bezeichnet habe.

Diese Haltung lässt sich mit Sorgfalt und Genauigkeit beschreiben. Sorgfältiger Umgang mit den Instrumenten, Genauigkeit bei der Erhebung der Daten. Sorgfältigkeit bei der Unterscheidung zwischen Wissen (wobei grundsätzlich zu vermerken ist, woher ich dieses Wissen habe) einerseits, Hörensagen und Vermutungen andererseits. Schließlich soll Diagnostik nicht zur üblen Nachrede verkommen.

Eine Kultur des professionellen Umgangs mit Daten, einer fachlichen und selbstkritischen Würdigung unserer Beobachtungen und Interpretationen, die muss vielfach erst gelernt werden. Ein kritisch-konstruktives Team ist dabei eine große Hilfe.

Diagnostik dient dazu, dass wir als Profis zu einer eigenen begründeten Einschätzung einer Situation kommen. Sie zeigt uns an, wo wir handeln müssen, was wir zum Thema machen müssen. Sie zeigt uns an, womit wir die KlientInnen zu konfrontieren haben und wobei sie Unterstützung brauchen. Sie zeigt uns an, welche Wege wir in der Fallbearbeitung gehen können. Welche dann wirklich gegangen werden, das hängt von der Würdigung der Gesamtsituation, von den Fachgesprächen mit den KollegInnen und von der Beratung mit den KlientInnen ab.

In der Vorbereitung eines Hilfeplangesprächs sollten systematische Einschätzungen durch diagnostische Verfahren nicht fehlen. Durch das Gespräch selbst wird die Einschätzung dann noch deutlicher, manchmal auch korrigiert, manchmal zeigt sich dann erst ein wirklich gangbarer Weg.

Jene diagnostischen Verfahren sind nützlich, die Ihre professionelle Handlungsfähigkeit erweitern, sie nicht einschränken. Die Ihnen ermöglichen, spezifischer auf den Fall einzugehen.

Und schließlich noch eine Regel: Wenden Sie die Verfahren zu einer systematischen Einschätzung möglichst früh an, nicht erst dann, wenn Situationen eskaliert sind. Je früher Sie sich bewusst mit der Konstruktion eines Falles, mit den Einschränkungen der Kinderrechte und dem Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisiko in einer Familie beschäftigen, umso gezielter können sie helfende Interventionen setzen, umso größer ist Ihr Handlungsspielraum.

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg bei Ihrer Arbeit.

Case Management

„Alter Wein in neuen Schläuchen oder Neuorientierung im Sozial- und Gesundheitsbereich“?

(Referat auf der Fachtagung „Hilfeplan, Zielvereinbarung – neue Instrumente in der Jugendwohlfahrt?“ der Oberösterreichischen Jugendwohlfahrt am 14. November 2006 in Linz)

Der gesellschaftliche Wandel und die damit einhergehende Veränderung des Sozialstaates bedingen auch einen Wandel im Bereich professionell helfender Berufe. An soziale Arbeit wird zunehmend die Anforderung gestellt, ihre Leistungen zu ökonomisieren und sie an Effektivitäts- und Effizienzkriterien zu messen. Gleichzeitig steigen auch die Erwartungen in der konkreten Fallarbeit mit Einzelnen und Familien, da die Lebenswelten und deren Ansprüche an professionelle Hilfe immer komplexer werden.

In der Sozialen Arbeit sind daher Konzepte gefragt, die diesen Wandlungsprozessen gerecht werden und die gewährleisten, dass gesellschaftliche Veränderungen methodisch so bewältigt werden, dass fachliche Standards erhalten bleiben.

In diesem Spannungsfeld erweist sich Case Management (CM) als hilfreiches und nützlich Handlungskonzept. Case ManagerInnen versuchen, nicht-professionelle (persönliche wie soziale Ressourcen in der privaten Lebenswelt von Klienten) und professionelle Hilfen so effektiv und effizient wie möglich zu verkoppeln. Ressourcenorientierung ist daher eine methodische Notwendigkeit. Case ManagerInnen müssen die konkrete Fallbearbeitung und die damit zusammenhängende Organisation sozialer Dienste sinnvoll und wirksam steuern. Differenzierte professionelle Hilfen sollen nur dort eingesetzt werden, wo privat-lebensweltliche Unterstützungen nicht (mehr) möglich sind und wo KlientInnen sich nicht mehr bzw. noch nicht selbst oder durch Unterstützung auf Basis privater lebensweltlicher Netzwerke bzw. anderer Laien helfen können¹. Dieses Handlungskonzept erfordert von den Fall führenden Fachkräften hohe Flexibilität und fachliche wie methodische Kompetenzen.

Ihre Aufgabe besteht darin, ein zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren, zu kontrollieren und auszuwerten, das passgenau am Unterstützungsbedarf der betroffenen Personen ausgerichtet ist; an der Herstellung dieser Hilfe-Systeme müssen die Betroffenen konkret beteiligt werden. Systemische und sozialräumliche Perspektiven und Interventionen sowie Aspekte der individuellen Fallsteuerung als auch der Systemsteuerung sind dabei grundlegend².

Damit werden auch die Kernpunkte des CM deutlich: „CM beansprucht eine ziel- und bedarfsorientierte Bearbeitung von Mehrfachproblemen durch Leit- und Arbeitsprinzipien, wie strikte KlientInnenorientierung,

Empowerment, Ressourcen-, Lebenswelt- und Sozialraumorientierung, kooperatives und interdisziplinäres Denken und Handeln“³.

Kritische Stimmen verweisen darauf, dass die Vermittlung bestmöglicher Hilfen, das Nutzen und Abstimmen vorhandener Ressourcen in der jeweiligen Lebenswelt und dem jeweiligen Arbeitsfeld, sowie ein systematisches, kontrolliertes, auftrags- und zielorientiertes Vorgehen schon immer Bestandteil der Sozialen Arbeit war bzw. Kennzeichen guter Praxis sein sollte. Die zentralen Kompetenzen und Aufgaben des Case Managements werden dabei als eigentlich nichts Neues kritisiert⁴. Folgt man diesem Einwand, scheint das einzig Neue am CM zu sein, dass es in der Definition als Spezialdisziplin dazu verleite, denkbare Praxis von CM dem Kontext der Sozialen Arbeit zu entziehen und als eigene Profession der Sozialen Arbeit schade. Es verleite außerdem dazu, als Arbeitsfeld/Berufszweig mit „diagnostischer Rundumkompetenz“, dem Wissen um bestmögliche Methode und die Fähigkeit zur allumfassenden Hilfeplanung alle anderen Dienste auf methodenbezogene Hilfsdienste zu reduzieren. „Der kompetente Casemanager auf der einen, die schmalspurausgebildeten Zuarbeiter auf der anderen Seite. Möglichst schnell wird die Klientel zum nächsten ‚Behandler‘ geschickt, denn der Casemanager hat den Überblick?! Für den Klienten soll alles viel einfacher werden. Doch wird es das? Und vor allem hilft es? Und wem?“⁵

Meint professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit nicht generell, soziale Diagnosen nach verschiedenen Methoden erstellen zu können und den sozialen Beratungs- und Hilfeprozess – von der Auftrags-Kontextanalyse bis hin zur Evaluation – auch in der Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen systematisch, reflektiert, kontrolliert und überprüfbar zu gestalten?

Ausgebildete DiplomsozialarbeiterInnen sind mit fundiertem theoretischem und methodischem Wissen ausgestattet. Man setzt voraus, dass sie Interventionen auf jeweilige theoretische Grundlagen beziehen können, dass sie Methoden und Handlungskonzepte differenzieren; dass sie diese kombiniert und fallbezogen, d.h. entsprechend den jeweiligen Erfordernisse von KlientInnen, der Situation und den spezifischen Problemlagen sowie des jeweiligen Arbeitsfeldes und der Institution aufgreifen und anwenden können. Kurz gesagt, man setzt voraus, dass sie über ein Methodenset verfügen; dass sie fähig sind,

1 Vgl. Kleve 2003, 47

2 Vgl. Rimmel-Faßbender 2005, 10

3 Rimmel-Faßbender 2005, 11

4 Vgl. Redaktion Forum Sozial 4/2000, 8

5 Ebd. S. 9

die Selbsthilfepotentiale und Ressourcen der jeweiligen KlientInnen und des Sozialraumes zu erkennen und gemeinsam geeignete Hilfemaßnahmen zu erarbeiten; dass sie um die Möglichkeit praktischer und materieller Hilfen wissen und interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammen arbeiten können. Es wird auch erwartet, dass sie mögliche ethische Dilemmata erkennen, reflektieren und konstruktiv mit dem Doppelmandat der Sozialen Arbeit – Hilfe und Kontrolle – umgehen. Die Kritik, was nun wirklich das Neue an CM ist, ist daher durchaus berechtigt und ernst zu nehmen.

Nach Wendt ist CM ausdrücklich „eine dem Konzept entsprechende Praxis“¹. Das bedeutet, dass CM als Gesamtkonzept zur Anwendung kommen muss und ein bloß fragmentarischer Einsatz zu kurz greift. CM ist mehr als Einzelfallorientierung und stellt eine Erweiterung strukturierter systematisierter Fallbearbeitung um die Systemebene dar. Nach den von der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit formulierten Prinzipien für CM ist die Systemebene folgendermaßen definiert: „Die Systemebene bezeichnet die Vernetzung der Dienstleistungsanbieter und informellen Hilfen vor Ort. Vernetzung bezeichnet die Initiierung und den Aufbau sowie die prozessbezogene Pflege und Überprüfung standardisierter Kooperations- und Koordinationsstrukturen im lokalen Versorgungsgefüge. Die Systemebene unterscheidet CM wesentlich von anderen Beratungsformen. Darüber hinaus hat CM den Anspruch, einzelfallübergreifend mittels des Abgleichs von Bedarfs- und Bestandsanalysen Einfluss auf die strategische und politische Ebene zu nehmen.“² Das methodische Vorgehen gliedert sich in fünf Phasen:

- Falleinschätzung („assessment“): Vertrauen bilden; Rollen klären; Problemeinschätzung, strukturierte und standardisierte sowie mehrdimensionale Aufnahme und Klärung der Ressourcen; Hindernisse ermitteln
- Hilfeplanung („service planing“): gemeinsame Ziele erarbeiten; Kontrakt, Schritte, Maßnahmen, Zeitrahmen, Verantwortliche, Durchführende festlegen; evtl. Kosten klären; Kriterien und Zeiten der Überprüfung bestimmen
- Durchführung der Hilfe („intervention“): Intervenieren, Koordinieren, Kooperieren, gemäß des vereinbarten Hilfeplanes Maßnahmen umsetzen
- Begleitung und Überprüfung der Hilfen („monitoring“): Hilfeprozess anhand festgelegter Kriterien überprüfen, ggf. findet auch ein Re-Assessment und die Reformulierung des Hilfeplanes statt
- Evaluation: Ergebnisse bewerten und auswerten, Auflösen des Hilfeprozesses³

Die Abfolge von CM wird deshalb als Regelkreis dargestellt, weil im laufenden Hilfeprozess im Sinne des Monitorings ggf. ein Re-Assessment stattfindet. Im Hinblick auf die zwei Ebenen (Fall- und Systemsteuerung) wird deutlich, dass CM ein Methodenset ist, „das je nach metatheoretischem Bezug, Handlungsfeld und Anwender unterschiedlich gefüllt werden kann. Case Management bietet demnach einen Handlungsrahmen auf der Basis von Leitprinzipien“⁴.

Das methodische Verfahren erhebt außerdem den Anspruch auf Transparenz und „prozedurale Fairness“⁵, „in dem in jeder Phase mit den Beteiligten der Arbeitsauftrag (nach vorher gemeinsam ausgehandelten Zielen) hinsichtlich Effektivität und Effizienz fachlich überwacht wird.“⁶ Abfolge, Ziele und Logik der Vorgehensweise bleiben trotz unterschiedlicher Terminologie verschiedener Autoren jedoch immer erhalten. CM ist daher als geschlossenes Verfahren zu betrachten, in dem die Arbeitsschritte systematisch aufeinander bezogen sind. Auch wenn die Anwendungsformen in verschiedenen Handlungsfeldern auf unterschiedliche Ausdifferenzierungen verweisen, muss ein gemeinsames Grundverständnis von CM gegeben sein. Damit wird auch verständlich, dass Wendt von einem „generalistischem Konzept“ spricht, welches sich den Spezialisierungen gegenüber „neutral“⁷ verhält. Ein nur auf ökonomische Aspekte reduziertes Verständnis von CM wird dieser Grundintention nicht gerecht.

CM ist kein Allheilmittel Sozialer Arbeit, das immer und überall eingesetzt werden kann und soll. Soziale Arbeit – wie andere Professionen auch – verlangt in spezifischen Handlungsfeldern/Arbeitsfeldern nach Spezialisierungen, nach theoretischen wie praktischen Vertiefungen. CM für Handlungsfelder Sozialer Arbeit zu definieren heißt, so meint Remmel-Faßbender, Aussagen zu treffen, was KlientInnen von diesem methodischen Konzept erwarten können und für welche Problemsituationen es als angemessene Hilfe gilt⁸. Die Frage der Indikation (Problemkomplexität, hohe Akteurlnendichte) ist daher entscheidend.

Den oben abgewerteten „schmalspurausgebildeten Mitarbeiter“ gibt es also gar nicht. Er/Sie ist ebenso wie der Case Manager/die Case Managerin Experte/Expertin auf seinem/ihrer speziellen Fach- und Einsatzgebiet. Auch KlientInnen werden als ExpertInnen ihrer Lebenswelt und ihrer Situation gesehen. Hier ist ein Denken in Hierarchien nicht angebracht. Nützlich und hilfreich ist jedoch die Frage, wer in welchem Feld kompetent und fachkundig ist, sei es durch arbeitsfeld- und berufsspezifische Erfahrung, durch ein spezifisches Studium bzw. eine spezifische Ausbildung und/oder durch theoretische und methodische Vertiefung in Form von Weiterbildungen.

Lernen ist nicht mit der Absolvierung eines Studiums abgeschlossen, sondern verlangt nach weiteren Aus- und Weiterbildungen - eine davon ist auch jene zum zertifizierten Case Manager/ zur zertifizierten Case Managerin. Case Management kann in ganz unterschiedlichen Feldern der Humandienstleistung im Sozial- und Gesundheitsbereich eingesetzt werden. Neuffer definiert CM in der Sozialen Arbeit folgendermaßen: „Case Management ist ein Konzept zur Unterstützung von Einzelnen, Familien, Kleingruppen. Case Management gewährleistet durch eine durchgängig fallverantwortliche Beziehungs- und Koordinierungsarbeit Klärungshilfe, Beratung, Zugang zu notwendigen Dienstleistungen und eine überwachte, qualifizierte Durchführung der Hilfen. Case Management befähigt die KlientInnen, Unterstützungsleistungen

selbständig zu nutzen und greift so wenig wie möglich in die Lebenswelt von KlientInnen ein“⁹. In dieser Definition wird deutlich, dass es nicht darum geht, KlientInnen möglichst schnell zum nächsten „Behandler“ zu überweisen, sondern dass Case ManagerInnen fallverantwortlich für den Einzelfall bleiben, dass sie Beziehungs- und Koordinierungsarbeit leisten, in deren Rahmen geklärt, geplant, umgesetzt, koordiniert, überwacht und bewertet wird, was an Dienstleistungen zur individuellen Bedarfsdeckung notwendig ist und im Hinblick auf verfügbare Ressourcen auch Kosten sparend möglich ist.

CM erfordert eine qualifizierte Ausbildung. Voraussetzung dafür müssen allgemeingültige fachliche Standards für alle am CM-Prozess Beteiligten sein. Standards dürfen nicht nach unten angepasst werden, um möglichst viele Fachkräfte, möglichst schnell, für möglichst viele Bereiche weiterzubilden. Effektivität und Effizienz von CM hängen nicht nur von einer „in das Gesamtkonzept einer Einrichtung passenden durchdachten Implementierung ab, sondern wesentlich auch von gut ausgebildeten

Case ManagerInnen, die ihr Handeln unter berufsethischen Leitprinzipien reflektieren“¹⁰. Die verabschiedeten „Standards und Richtlinien, für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen und Beschäftigungsförderung“, die die Deutsche Gesellschaft für Case und Care Management (DGCC) verabschiedet hat, sind daher voll inhaltlich zu begrüßen und zu unterstützen. Im Bereich Qualifizierung und Weiterbildung sind diese Richtlinien des DGCC sehr bedeutsam. Es braucht ein Forum, das sich den Fragen, Problemen sowie der inhaltliche Weiterentwicklung, der Forschung und der fortlaufenden qualifizierten Diskussion in Theorie und Praxis, auch unter berufsethischen und interdisziplinären Perspektiven annimmt. Einen Beitrag hierzu leistet auch die neu erschienene Fachzeitschrift „Case Management“. Es ist zu hoffen, dass sich dieser Austausch auch über die Landesgrenzen hinweg entwickelt und weiter fortsetzt und dass die verantwortlichen StudiengangsleiterInnen und Lehrende in der Aus- und Weiterbildung von Case ManagerInnen eine Kooperation und konstruktive Zusammenarbeit anstreben.

1 Wendt 2004 zit.n. Remmel-Faßbender 2005, 10

2 DGS, DBSH, DBfK zit.n. Mennemann 2005, 22

3 Vgl. Wendt 1999, Remmel-Faßbender 2005, 12, Mennemann 2005, 21 Kleve 2003, 51ff

4 Mennemann 2005, 21

5 Wendt 1999 zit.n. Remmel-Faßbender 2005, 12

6 Remmel-Faßbender 2005, 12

7 Vgl. Wendt 1999, 2005, 4

8 Vgl. Remmel-Faßbender 2005, 12

9 Neuffer 2002, 19

10 Remmel-Faßbender 2005, 14

Hilfe(n)planung bei „schwierigen Jugendlichen“

(Vortrag bei der Fachtagung „Hilfeplanung, Zielvereinbarung – Neue Instrumente in der Jugendwohlfahrt“ der Oberösterreichischen Jugendwohlfahrt am 14.11.2006 in Linz.)

Ich bin als letzter Redner gebeten worden, etwas zur Praxis der Hilfeplanung im großen Themenbereich Case Management / Hilfeplan zu sagen, als Mitarbeiter der Abteilung Jugendwohlfahrt beim Amt der Oberösterreichischen Landesregierung also zu: Hilfeplanung bei schwierigen Jugendlichen oder, wie es im OÖ JWG 1991 im §40/2 steht:

„Minderjährige, die auf Grund ihres Sozialverhaltens einer besonders intensiven Betreuung bedürfen“.

Wenn Sie (die schon länger in der Jugendamtsarbeit tätigen Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen) sich erinnern, war die frühere Bezeichnung für solche Minderjährige bis 1989 bzw. mit in Krafttreten des Oö. JWG 1991 „Minderjährige mit geistiger, seelischer oder sittlicher Verwahrlosung“.

Dazu vorweg: Die Anführungszeichen bei den „schwierigen Jugendlichen“ (im Vortragstitel) lassen die Vermutung zu, dass das Wort „schwierig“ möglicherweise nicht nur bei den Jugendlichen, sondern auch vor der Hilfe(n)planung stehen könnte – also „schwierige Hilfe(n)planung bei Jugendlichen“ – oder doch zumindest „schwierige Hilfe(n)planung bei schwierigen Jugendlichen.“

Bleiben wir noch etwas beim Wort, bei der Bezeichnung, der Zuschreibung „schwierig“.

Wer oder was ist schwierig oder laut Definition im Österreichischem Wörterbuch: „schwer / mühsam“ – was ist so mühsam an unserer Arbeit mit „mühsamen Klienten“? Oder sind wir es, die mühsam sind? Könnte man vielleicht in Anlehnung an den provokanten Ausspruch „Pubertät ist die Zeit, wo die Eltern schwierig werden“ sagen, „Aufälligkeit ist der Zeitpunkt, wo die Helfer schwierig / mühsam werden“, und wenn ja, wo sind wir dann gefordert, uns zu (be)mühen – (redlich mühen)?

Ganz allgemein möchte ich einmal sagen, dass es bei der Arbeit mit schwierigen Jugendlichen, unter oft mühsamen Rahmenbedingungen, eine Hilfe(n)planung braucht. Die Betonung kann dabei sowohl auf Hilfeplanung, als auch auf braucht liegen.

Bewusst habe ich hier auch die Mehrzahl gewählt, also Hilfeplanung, weil sich in der Geschichte der Fürsorge, der Jugendamtssozialarbeit immer wieder gezeigt hat, dass es zur Planung mehrere Hilfen braucht. Dazu unterstreicht es auch die Annahme, dass es tatsächlich immer mehrere Hilfen gibt oder, wie es der Psychiater und „Begründer der österreichischen Systemtherapie“ Prim. Hary Merl vor kurzem bei einem Vortrag ausgedrückt hat: „Es gibt immer mehr Lösungen als Probleme!“.

(Anm.: Für Dr. Merl zählt diese Annahme, diese Grundhaltung zu den zentralen Einstellungen von Sozialarbeitern, generell von Helfern im, wie er es formuliert, „ökosystemischen Denken“.)

Ich möchte Ihnen nun im Folgenden etwas aus der (näheren) Geschichte zu Hilfen bzw. der Hilfeplanung erzählen, dann über die derzeitigen Möglichkeiten sprechen und am Ende noch einen kurzen Ausblick wagen.

(Wichtig ist mir dabei, diese verschiedenen Zeiten nicht gegeneinander ab- oder aufzuwerten, sondern einfach zu beschreiben, was wann möglich war.)

(1)

Beginnen möchte ich ab dem Jahr 1954/55, also mit der Zeit in der zum ersten Mal (die Jugendwohlfahrtsverordnung des Deutschen Reichs vom 20.3.1940 ausgenommen) ein österreichweites Jugendwohlfahrtsgesetz den Auftrag bzw. die Basis zu Hilfen erteilt hat.

Für ganz schwierige Minderjährige, den so genannten „Fürsorgezöglingen“, die, wie bereits vorher erwähnt, bereits geistig, seelisch oder sittlich verwahrlost waren, lässt sich die Helfersituation ganz gut mit dem Spruch beschreiben:

„Wer nur einen Hammer als Werkzeug hat, für den wird jedes Problem zum Nagel.“

Der Hammer (um bei dieser Metapher zu bleiben), der vom Gericht angeordnet und von der Jugendwohlfahrt durchgeführt wurde, diese eine Hilfe war in diesen Fällen die Fürsorgeerziehung mit dem Fürsorgeheim.

Wenn dieses Mittel nicht zum Ziel führte, wurde der Minderjährige aus der Einrichtung entlassen und war dann mit dem Stempel „nichterziehbar“ oft auf sich allein gestellt bzw. wurde wieder den Eltern übergeben. Die Helfer fühlten sich auf Grund mangelnder Werkzeuge nicht mehr in der Lage zu helfen und daher nicht mehr zuständig.

Auch wenn dieser enge Rahmen noch bis 1989 bzw. 1991 galt, bleibt doch die Tatsache, dass sich Sozialarbeiter in den Bezirken, wie auch bei der Landesfürsorgebehörde und Erzieher in den Einrichtungen immer wieder bemühten, für den Einzelfall noch oft informelle Angebote zu erstellen bzw. immer wieder deponierten, dass sie schon wüssten, was die Minderjährigen im speziellen Einzelfall bräuchten, dieses aber von den Pädagogen nicht oder besser, nicht offiziell, angeboten wird oder angeboten werden darf, bzw. die behördlichen Sozialarbeiter nicht

die rechtliche Möglichkeit bzw. die Erlaubnis haben, das umzusetzen.

Das Anbieten bzw. Umsetzen dürfen steht natürlich (auch heute noch) eng im Zusammenhang mit sozialpolitischen, moralischen und „amtlichen“ Vorgaben und Vorschriften.

Es bleibt der Umstand, dass (um beim oben definierten Wort schwierig zu bleiben) das damals Schwierige oft nicht die Jugendlichen waren (oder ihr Verhalten), sondern dass mehr die Schwierigkeit darin bestand, dass die Hilfsangebote nicht zur Verfügung standen (also kein passender Betreuungsplatz oder Betreuungskonzept frei war) bzw. diese Hilfen (bei uns) noch gar nicht angeboten wurden.

(2)

Was in den späten 80er Jahren in Einzelfällen informell umgesetzt wurde, bekommt nun ab 1989 mit dem JW Bundesgesetz, bzw. auf Landesebene 1991, einen neuen Rahmen, der langsam zu einer großen Aufbruchsstimmung führte, wo bis heute nach passgenauen Angeboten für unsere Jugendlichen gesucht wird. Vieles wird und ist möglich, nach dem Motto: „Wo nichts mehr geht, ist noch viel zu tun“.

Es entstehen neue stationäre, teilstationäre und ambulante Betreuungsformen, die nun auch gemischt und speziell für den Jugendlichen zusammengesetzt werden können. Zum Vergleich: In der Fürsorgeerziehungszeit war das nicht möglich, da es z.B. nicht gestattet war, für noch nicht tatsächlich verwahrloste Minderjährige (also Minderjährige, denen Verwahrlosung erst drohte) in einem Fürsorgeheim zu betreuen (und umgekehrt).

Nun wird mehr möglich, als nur entweder Heim oder Erziehungshilfe bei Belassung der Minderjährige bei den Eltern. Neue Worte bzw. Bezeichnungen entstehen für diese Betreuungskonzepte, wie im ambulanten Bereich: Einzelbetreuung, Familienbetreuung, Wohnbetreuung, Haftbetreuung, Straßenbetreuung. Inhaltlich einmal mit mehr Fokus auf die Familie, dann auf den Klienten oder wie zuletzt immer häufiger auf das Herkunftssystem, z.B. auf die (Wohn)Gegend, aus der der Jugendliche kommt oder aus dem Haus, in dem er aufgewachsen ist. (Dazu aber später mehr).

Zusätzlich entstehen am stationären Sektor ambulant betreute WGs., AußenWGs, betreute Wohnungen, Intensivgruppen, Erlebnishöfe und verschiedene neue erlebnispädagogische Projekte, wie bei uns in OÖ „Wüste“ oder die Projekte in Salzburg, rund um den Soz. Päd. Hans Jörg Lindenthaler. Auch dort mit verschiedenen Inhaltsbezeichnungen.

In der Praxis erfahren und erleben wir nun, dass nicht alle Bedeutungen der Worte, also die Bezeichnungen der Konzepte, mit allen die damit umgehen müssen (Pädago-

gen, Sozialarbeiter, Behörden, Gerichte) gleich „verhandelt“ sind, wodurch es bis heute nicht immer ganz klar ist, was da in einem Konzept jeweils umgesetzt wird. Der Wirklichkeit oder Wahrheit für den Klienten tut das aber keinen Abbruch. Auf den Zusammenhang von Klarheit und Wahrheit möchte ich am Ende noch einmal kurz zurück kommen.

Zusammenfassend noch einmal zur Geschichte der sozialarbeiterischen Praxis:

In der Fürsorgeerziehung stellte sich oft nur die Frage, in welches Heim eine Einweisung erfolgen soll, z.B. in das Fürsorgeheim Wegscheid oder Gleink.

Die Planung dazu war in erster Linie die Tätigkeit, zu fragen, ob dort ein Platz frei ist und wenn ja, die Organisation der Überstellung. Ob das Heim „passt“, war weniger Thema. Vielleicht noch, ob die Einrichtung weit weg sein soll, als, wie es früher immer wieder genannt wurde, „Kilometertherapie“.

Was bedeutet nun aber Planung bei den vielen neu entstandenen differenzierten Hilfeangeboten?

Wenn auch heute noch oft die Primärfrage ist: „Ist in einer Wohneinrichtung ein Platz frei, bzw. hat der Verein Betreuungskapazitäten?“, kann im Prinzip bei der Planung inhaltlich ganz speziell auf die Notwendigkeiten für den Minderjährigen eingegangen werden. Also nicht nur, ob die Betreuungseinrichtung weit weg ist, was heutzutage auf Grund der vermehrten Arbeit mit dem Herkunftssystem ohnehin kaum mehr umgesetzt wird, sondern, was die Betreuung konkret abdecken soll bzw. was der Minderjährige braucht, ist Thema. Das reicht vom Grundauftrag, dem Schutz des Minderjährigen und pädagogischer Begleitung über Schaffung von schulischer oder beruflicher Tagesstruktur, speziellen therapeutischen Angeboten bis zur Stützung bzw. Betreuung der Eltern (des Herkunftssystems).

Wurde früher generell z.B. in das Landesfürsorgeheim Wegscheid eingewiesen, wird heute auf Grund der Spezialisierung der Gruppen und der dortigen Sozialpädagogen, auch innerhalb einer großen Einrichtung wie Wegscheid (natürlich genauso bei den freien Trägern), genauer reflektiert, welche Gruppe mit welchen Strukturen, Stärken, Besonderheiten, Betreuungsschlüssel, Altersschnitt, Haltungen der Pädagogen etc. dem Minderjährigen hilfreich ist.

Dazu kommt noch eine wesentliche Veränderung in der Planung der Zukunft. Wenn man einige Fälle ausnimmt, endete die Fürsorgeerziehung auch mit Fürsorgeerziehung, d.h. mit dem gleichen Konzept. Heute machen wir die Erfahrung, dass wir bei einem Minderjährigen (den wir bei uns in der Regel ab dem 11. Lebensjahr bekommen) meist 3-4 verschiedene Betreuungskonzepte, beim Versuch das jeweilige Erziehungsziel zu erreichen, benötigen.

Daher wird bereits bei der Planung der ersten Betreuungseinrichtung bei der Erstkonzeptionierung versucht,

die erwarteten, erhofften, oder gelegentlich auch befürchteten Weiterentwicklungen zu berücksichtigen.

Dazu ein Beispiel

Ein 13-jähriges Mädchen, das bereits einige Einrichtungen durch massive Aggressivität „verbraucht“ hat und „nichts mehr will“ bzw., die „keiner so mehr will“, lebt, nachdem sie auch die Mutter aus Angst nicht mehr in die Wohnung lässt, auf der Straße.

Hier wäre früher mit großer Wahrscheinlichkeit vom Gericht Fürsorgeerziehung angeordnet worden – die Fürsorgerin/der Fürsorger hätte einen Heimplatz gesucht, das Mädchen überstellt und gehofft bzw. erwartet, dass die Erziehung gelingt.

Nach meiner, zugegeben geringen, Fürsorgeerziehungserfahrung waren das aber oft Kinder, die bereits nach Erfahrungen auf der Straße mit all den krankmachenden Einflüssen kaum mehr im Heim haltbar waren.

Wie läuft heute so ein Fall, dieser Fall, in der Planung ab?

In einem Übergabegespräch mit der erstzuständigen Behörde (Anm.: Die Zuständigkeit wechselt gem. §40 Abs. 2 Oö. JWG 1991 ähnlich wie bei der seinerzeitigen Fürsorgeerziehung von der Bezirksverwaltungsbehörde zur Landesregierung) wird reflektiert bzw. zusammengetragen, wie weitere Betreuungs-Settings aussehen könnten. Wichtigste Botschaft an die Jugendliche bzw. an das Herkunftssystem ist: „Wir sind zuständig!“. Das ist natürlich nur möglich, wenn wir Partner haben, die mit uns den Auftrag übernehmen.

In unserem Fall wird versucht, mit einer Einzelbetreuerin, einer Sozialpädagogin einer sozialpädagogischen Wohngruppe, in der einmal vorerst wir uns (noch nicht die Jugendliche) ein Wohnen vorstellen können, Kontakt bzw. Beziehung zu dem Mädchen herzustellen. Das gelingt und das Mädchen lässt sich in der Folge in eine während der Nacht betreute Notschlafstelle integrieren. Da das Ziel natürlich eine möglichst Rund-um-die-Uhr-Betreuung ist (die Minderjährige ist erst 13 J.), bekommt das Mädchen die Möglichkeit, in einer Tagesstruktur zu sein, und zwar in der sozialpädagogischen Einrichtung, in der ihre Einzelbetreuerin arbeitet (Regelschule war zu diesem Zeitpunkt auf Grund einer längeren Suspendierung kein Thema). Das Mädchen kann in dieser Tagesstruktur lernen, spielen, Freizeit verbringen und kleinere Tätigkeiten verrichten, um sich Taschengeld zu verdienen. Die Nächte verbringt sie weiterhin in der Notschlafstelle.

Langsam wächst bei dem Mädchen der Wunsch, dort, wo sie den Tag verbringt, auch zu wohnen. Um nicht „mehr von dem zu tun, das in der Vergangenheit nicht funktioniert hat“, wird nicht sofort die Übersiedelung organisiert (dazu ist zu diesem Zeitpunkt auch kein Platz frei), sondern es wird wieder, unterstützend mit Einzelbetreuung, ihr Einzug langsam vorbereitet. Daneben gibt

es laufend Abstimmung mit weiteren Helfern, wie Streetwork, Jugendpsychiatrie und natürlich der Mutter.

Nach einer Phase des begleiteten Pendelns zwischen WG und Notschlafstelle kommt es zu ersten Übernachtungen „als Gast“ und die Minderjährige zieht (nach einer Zeit, in der die Übernachtungen gesteigert werden) offiziell in die Gruppe ein. Sie hat sich diesen Platz erarbeitet.

Wichtiges Signal der Einrichtung (der Sozialpädagogin) an die Jugendliche war wieder: „Wir sind zuständig“. Diese Aussage wird das Mädchen nun in der weiteren Folge oft prüfen, wenn sie aggressiv ist oder, wenn sie flüchtet. Die Beziehung ist aber bereits so weit gefestigt, dass sie, auch wenn sie wieder vorübergehend auf die Straße pendelt, mit den Helfern im Gespräch bleibt.

(Zum Vergleich)

Wäre unsere Jugendliche früher aus einem Fürsorgeerziehungsheim geflüchtet, hätte sie sich, wie es damals durchaus üblich war, mit Leintüchern abgeseilt, dann hätten wir sie mit der Polizei gesucht und einige Male zurückgebracht, bzw. bei „Aussichtslosigkeit“, also regelmäßiger Flucht, wie oben schon erwähnt, möglicherweise als „unerziehbar“ entlassen.

In unserem heutigen Fallbeispiel passiert die Flucht, das „aus-dem-Feld-gehen“ auch, jedoch mit dem Unterschied, dass die Jugendliche die Betreuerin in der Abgängigkeit anruft und sagt, sie (die Pädagogin) soll sich keine Sorgen machen, sie passt schon gut auf sich auf und kommt eh am Abend wieder...! Was sie dann auch tatsächlich immer wieder macht.

Neben dieser intensiven Betreuung der Minderjährigen wird und wurde viel Augenmerk auf die Betreuung der Mutter im Sinne der Erhaltung des Herkunftssystems gerichtet.

Zur Zeit ist das Mädchen, das bereits 16 ½ Jahre alt ist, stabil in der Wohngruppe. Die enge Einbindung der Mutter hat es möglich gemacht, dass sie wieder regelmäßig daheim zu Besuch ist. Die WG ist nur wenige Gehminuten von der Wohnung der Mutter entfernt. (Auch ein Unterschied zu früher, wo in ähnlich gelagerten Fällen durchaus auch „Kilometertherapie verordnet“ wurde). Die Betreuerin, was natürlich ein Glücksfall ist, ist immer noch dieselbe.

(An weiterführenden Betreuungskonzepten, ambulant betreute Settings, eventuell auch in Verbindung mit einem Lehrplatz, wird gearbeitet.)

Hier möchte ich das Fallbeispiel bewusst beenden und doch auch sehr kritisch die Unwägbarkeiten oder Hindernisse bei dieser/diesen Hilfeplanungen benennen, denn, ob sich die Konzepte auch tatsächlich umsetzen lassen, hängt nicht nur, wie früher auch, vom Vorhandensein der Angebote ab, sondern stark davon, ob sich eine – und ich nehme diesen Ausdruck nun bewusst

auf – „Erziehungs- oder Fürsorgebehörde“ (nicht nur in Oberösterreich) das (finanziell) leisten möchte, bzw. auch den Mut, nicht nur den der Sozialarbeiter, sondern auch den der Juristen, Politiker ... aufbringt, solche Konzepte auch umzusetzen.

Nehmen wir dazu nun einmal an, es ist genug Geld da und die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter dürfen und trauen sich (muten sich das zu), so kommt ein weiterer Faktor dazu:

Der Zeitaufwand: Mehrere Möglichkeiten erfordern mehr Abklärung, mehr Personen in den Helferkonferenzen, mehr Fallbesprechungen etc. Dazu stellt sich sofort die Frage: Ist diese Zeit für den Sozialarbeiter für die Hilfeplanung und in weiterer Folge, in der Fallführung zur notwendigen persönlichen Qualitätskontrolle im Einzelfall auch vorhanden? (Z.B.: Kann der fallführende Sozialarbeiter in eine Einrichtung fahren oder wird ihm verordnet, dass ein Telefonanruf auch ausreicht?).

Da die Zeit ein wesentlicher Parameter in der sozialen Arbeit, vor allem am Beginn der Hilfeplanung ist, habe ich mir das für das Jahr 2005 in einer kleinen Studie (bei „meinen neu angefallenen Jugendlichen“) genauer angesehen.

Das Ergebnis in Kurzform:

- Ein neuer Fall benötigt im Schnitt 14,3 Stunden an Arbeitszeit, gerechnet vom Zeitpunkt der Fallzuteilung bis zum Abschluss einer Vereinbarung mit den Erziehungsberechtigten, (sehr selten Gerichtsbeschluss) bzw. einer Betreuungsvereinbarung mit einem Helfersystem (Träger).
- In den 14,3 Stunden sind durchschnittlich 29 Tätigkeiten, vom Familiengespräch bis zur Dokumentation, enthalten
- Das ist ca. 4x so viel Zeitaufwand als ein „normal laufender“ Fall, der sich mit ca. 4,1 Stunden pro Monat (entspricht einem Fallkontakt mit Fahrtzeit und Dokumentation pro Monat) berechnet.
- Das Verhältnis „inhaltliche Tätigkeit“ wie Einzel- und Familiengespräche, Gespräche mit Helfern und „Administration“, wie Aktenvermerke, Falldokumentationen, Verträge mit Einrichtungen, liegt bei ca. 70% zu 30%.

Noch einmal anders formuliert: Ein „neuer Fall“ - und da nehme ich an, dass es keinen Unterschied macht, ob dieser bei Ihnen auf den Bezirksverwaltungsbehörden oder gem. §40/2 bei uns anfällt, benötigt durch die Hilfeplanung 4 Mal so viel Zeit wie ein laufender oder umgerechnet auf die Arbeitszeit, benötigt ein neuer Fall in der Anfallszeit 12,72% der gesamten monatlichen Arbeitszeit.

Aber auch der Klient braucht Zeit!

Wir wissen, nicht erst seit den Untersuchungen im Rahmen der „Effizienz in der Jugendhilfe“ (2002) von Dr. Michael Macenaere (Er arbeitet am Institut für Kinder und Jugendhilfe in Mainz), der das in einer Heimaufenthalts-

studie recht eindrucksvoll nachgewiesen hat, dass Entwicklung genügend Zeit braucht und die Erfolgsaussichten größer sind, wenn z.B. ein Kind in einer Einrichtung nicht innerhalb kürzester Zeit wieder herausgenommen wird. Die Erfolgsrate steigt gerade im letzten Drittel der Heimzeit noch einmal stark an. Dr. Macenaere dazu zitiert: „Hilfedauer ist ein Wirkfaktor, kurze Hilfedauer erhöht die Wahrscheinlichkeit für teurere Anschlusshilfen.“ Die Zeitressource (für Helfer und Klienten) spielt natürlich auch im Bereich einer möglichen Verlängerung von Hilfen bis zum 21. Lebensjahr (im JWG 1991 § 43/2) eine große Rolle, da sich da in der Hilfeplanung besonders die Frage stellt, ob z.B. einem 17-jährigen noch die Zeit gegeben wird, sich in/mit einer Jugendwohlfahrtshilfe bis zum 21. Lebensjahr zu entwickeln. Was früher, vor 2001, im Bereich der „Verlängerung der Minderjährigkeit“ (Anordnung durch das PflEGschaftsgericht) dann keine Frage mehr war (Der junge Erwachsene war weiterhin „minderjährig“ und hatte einen eindeutigen Rechtsanspruch gegenüber der Jugendwohlfahrt), wird das heute z.T. sehr heftig und kontroversiell diskutiert und angewendet.

(Die Frage dazu wieder: „Wie viel Zeit darf der Sozialarbeiter, der Helfer aufwenden, wie viel Zeit zur Entwicklung hat der junge Erwachsene?“)

(3)

Aber selbst wenn „alles rosa“ ist, also: wir können, wollen, dürfen, es ist genug Zeit da, bleibt inhaltlich die Frage und damit bin ich bereits bei einem kurzen Ausblick:

„Ist es das ersehnte Ziel in der JW Sozialarbeit bei der Betreuung schwieriger Jugendlicher das anzubieten, was am Markt ist und wenn es das noch nicht gibt, es zu erfinden bzw. zu realisieren, damit der Jugendliche die notwendige Hilfe bekommt?“

Bei der Planung, mit Fokus auf den Jugendlichen, also im konkreten Einzelfall, wird man die Frage sicher mit „JA“ beantworten. Alles andere könnte ethisch zumindest als zynisch empfunden werden.

Dazu wird aber meines Erachtens ein großer oder größerer Fokus auf die Gemeinschaft zu richten sein (Stichwort Gemeinwesenarbeit), d.h. die Fragestellung: Wo beziehen wir in unsere Hilfeplanung nicht nur die „Profis“ ein und entlasten zwar, aber leider auch oft entlassen wir dadurch die Eltern, das Herkunftssystem, die Gemeinschaft, das Gemeinwesen von ihrer Zuständigkeit, ihrem familiären, gesellschaftlichen bzw. gemeinschaftlichen Auftrag.

Wurde früher von Einrichtungen bei einer Heimunterbringung öfter gefordert, die Sozialarbeiter mögen doch die Eltern und alles, was aus dem Herkunftsmilieu noch in die Erziehungsarbeit hineinwirkt fernhalten, damit die Erzieher „in Ruhe arbeiten können“, stellt sich heute massiv die Frage: Was können wir Sozialarbeiter, Sozialpädagogen tun, damit sich die Gemeinde, die Umgebung, die Nachbarn im Hochhaus, der Hausmeister, der Trafikant

nebenan wieder ihrer Verantwortung für schwierige soziale Situationen bewusst werden und Verantwortung, oder nehmen wir ruhig das alte Wort Fürsorge, übernehmen? Und das alles nicht nur unter dem Argument, dass das Geld knapp wird!

Was bedeutet das aber dann im Hinblick auf Hilfeplanung oder, um bei einem heute bereits verwendeten Vortragstitel zu bleiben, für das Case Management?

Ist Case Management die Lösung?
(Einiges haben wir dazu heute bereits gehört – Ich möchte das Thema noch einmal kurz aufnehmen)

Die Definition des Wortes selber gibt uns vielleicht schon eine Antwort:

Management oder managen ist ein angloamerikanischer Begriff: to manage bedeutet handhaben, leiten oder, wie es in Knurs Fremdwörterbuch steht:

„managen: ugs.: zuwege bringen, bewerkstelligen, jemanden managen= betreuen, um ihn in den Vordergrund zu rücken.“

Heißt das für den Sozialarbeiter nun, dass er den auffälligen Minderjährigen betreut, um ihn in den (gesellschaftlichen) Vordergrund zu rücken? Wie z.B. bei einer sicherlich gutgemeinten Weihnachtsaktion einer Zeitung mit Bild, Name und Leidensgeschichte?

Wohl doch eher ihn betreut, um **das Problem**, die Schwierigkeit in den Vordergrund zu rücken, zu thematisieren. Den Fall, das Thema (nicht die Einzelperson) in den Vordergrund rücken ist bei der Betreuung Aufgabe der sozialen Arbeit. Aufzeigen, thematisieren, verändern, nicht nur managen (handhaben, leiten).

Dazu wird deutlich, dass managen nur ein Teil der Sozialarbeit sein kann.

Es geht nicht nur um kennen, anbieten und umsetzen von dem, „was da ist“, d.h. letztlich die Anpassung des Klienten an die vorhandenen Hilfen, sondern auch um Anpassung, Veränderung des Umfelds (Systems) auf die Bedürfnisse und Notwendigkeiten des Klienten. und natürlich auch der Helfer.

Fachliche Sozialarbeit, (Einzel)Fall-Arbeit, ist daher nicht auf Case Management reduzierbar. Wir würden sonst wahrscheinlich nur einen Teil und zwar den Verwaltungsteil der Sozialarbeit wahrnehmen.

Was braucht es noch?

Im Gernert/Handwörterbuch für Jugendhilfe und Sozialarbeit/Boorberg 2001 steht dazu unter Fachlichkeit in der Jugendhilfe und Sozialarbeit:

„Unter F. ist die Qualität professionell ausgebildeten Personals in den jeweiligen Arbeitsfeldern zu verstehen. Wachsende berufliche Anforderungen an Fachkräfte der Jugendhilfe und Sozialarbeit führen zu einer ganzheitli-

chen Definition von F.: Nicht allein Kenntnisse, Erfahrungen u. Fertigkeiten sind erforderlich, sondern zunehmend spezielles Fachwissen und (Anm.: und das erscheint mir als besonders wichtig) eine hohe persönliche und soziale Kompetenz. ...“

(Und)

Wenn wir Bedürfnisse der schwierigen Jugendlichen und deren Integration ernst nehmen, wird es nicht ausreichen, sie unseren Bedürfnissen mit ständig neuen Sonderkonzepten (so dringend die auch in Einzelfällen notwendig sind) anzupassen. Integration ist (nicht nur wie zuletzt bei Diskussionen über Ausländer thematisiert wurde) ein beidseitiger Prozess. Daher auch die dringende Frage an uns: Wo braucht es sozialarbeiterische Hilfen für das Gemeinwesen?

Zusammenfassend möchte ich sagen, dass natürlich weiterhin neue Hilfen, von denen wir Helfer glauben, dass sie unsere Minderjährigen brauchen, erarbeitet, organisiert und angeboten werden müssen. Z.B. Zirkuspädagogik oder Baucontainer für Straßenjugendliche.

Aber genauso oder vielleicht vermehrt ist es notwendig, gemeinsam mit Helfern den Jugendlichen und dem Herkunftssystem, den Eltern, der Gemeinde, der Gesellschaft Rahmenbedingungen zu erarbeiten, in denen sie nach ihrem Lebensentwurf miteinander „sein können.“ Auch da eignet sich der Baucontainer als Beispiel, da dieser ja wahrscheinlich auf Gemeindegebiet stehen würde...

(Den Umsetzungsideen dazu sind auf jeden Fall keine Grenzen gesetzt. Hier noch einmal aus den dazu notwendigen Einstellungen im ökosystemischen Denken nach Dr. Merl den Satz: „Es gibt immer mehr Lösungen als Probleme“ haben wir bereits gehört – weitere Einstellungen sind: „Alles kann immer anders sein, als ich und du glauben“, „Jeder kann immer mehr als ich, du er/sie glauben.“ – Und, wer es nehmen kann: „Es gibt auch Wunder!“)

Ich habe an Hand von verschiedenen Mottos versucht, Ihnen etwas über das Thema Hilfenplanung einst und jetzt näher zu bringen. – Von dem Motto, „Wer nur einen Hammer als Werkzeug hat, für den wird jedes Problem zum Nagel“ bis zu „Wo nichts mehr geht, ist noch viel zu tun“.

Einen Leitsatz für die Zukunft möchte ich Ihnen noch nachliefern, nämlich die Tatsache, dass, egal wo wir systemisch am Problem bzw. Lösung ansetzen – ob am Einzelfall, wo die Konzepte immer „verrückter / schräger“ werden oder am Umfeld, wo es noch kaum Ideen gibt, wie wir diese wieder betroffen und dann handlungsfähiger machen können, die Frage bleibt:

- **Hilft das, was wir tun? Hat der Klient etwas davon? Hat die Hilfe Auswirkung auf seine subjektive Wirklichkeit / Wahrheit, nämlich, dass es ihm „einfach besser geht“?**
- **Und, kann ich das klar feststellen bzw. an Werten, mit Zahlen messen und somit objektive Klarheit erzeugen?**

Ich habe bereits eingangs erwähnt, dass es für die Wirkung einer Hilfe für den Klienten unerheblich ist, ob diese Hilfe klar beschreibbar ist oder nicht. Andererseits, wenn Hilfen nicht beschreibbar sind, werden wir diese nicht mehr anbieten und umsetzen können, da auch in der Sozialarbeit Beschreibbarkeit, Kennzahlen etc. immer mehr eingefordert werden.

Da hilft es vielleicht, sich den Zusammenhang von Wahrheit und Klarheit von einem völlig fremden (oder doch nicht so fremden?) Gebiet zu vergegenwärtigen. – Auch wenn es vielleicht nur ein Gedankenexperiment ist.

Niels Bohr, der berühmte dänische Physiker und Nobelpreisträger (1885 - 1962), hat versucht, Erkenntnisse aus der Quantenphysik für das tägliche Leben zu beschreiben.

Physikalisch hat sich Bohr unter anderem dem Phänomen der Teilchenphysik gewidmet und zwar, dass (Sie erinnern sich noch vielleicht an ihren Physikunterricht) Ort und Geschwindigkeit eines Teilchens nicht zugleich messbar (erfahrbar) sind.

Also, je genauer ich den Ort eines Teilchens kenne, desto weniger Information habe ich über die Geschwindigkeit und umgekehrt. Die Quantenphysik hat das als Heisenbergsche Unschärfebezeichnung definiert. N. Bohr hat dazu den Begriff der Komplementarität eingeführt.

Und darüber hat Bohr nun philosophiert:

„**Wahrheit und Klarheit** eines Ausdrucks sind zueinander komplementär“.

Also, je klarer ein Ausdruck ist, desto weniger wahr ist er und umgekehrt, je wahrer ein Ausdruck ist, desto unklarer wird er. Folgern wir weiter, dass Klarheit und Wahrheit einer Hilfe komplementär sind, würde das bedeuten, dass nicht jedes Konzept, jede Hilfe, die für uns klar ist (klar beschreibbar ist), auch für den Klienten wahr (hilfreich) ist. Wenn man diesen Gedanken weiterführt, könnte es sein, dass, je näher (passgenauer) wir beim Klienten sind, desto weiter sind wir von einer z.B. durch Kennzahlen, Rahmenrichtlinien definierten Klarheit entfernt. Und umgekehrt, je klarer wir z.B. mit ISO 9002 einen Fall abbilden, desto unwahrer (unstimmiger) wird es für den Klienten.

Wenn das so ist, dass Klarheit und Wahrheit in der Sozialarbeit komplementär sind, werden wir uns, wenn wir nicht nur im Mittelmaß agieren möchten, gelegentlich entscheiden müssen, ob wir mehr Klarheit oder Wahrheit haben möchten...(!)

Aber, was ist schon wahr, sei es für den Klienten oder Helfer? Und, ist nicht jedes Konzept das nicht wahr ist, dann automatisch falsch?

Auch diese Komplementarität hat N. Bohr philosophisch zu lösen versucht, in dem er, meines Erachtens sehr tröstlich für uns Sozialarbeiter und „unseren anvertrauten Klienten“ sagt und, mit diesem Motto möchte ich enden:

„Das Gegenteil einer jeden Wahrheit ist falsch, jedoch ist das Gegenteil einer tiefen Wahrheit wieder eine tiefe Wahrheit.“

Ich möchte uns wünschen, dass wir bei der Hilfe(n)planung dieser „Tiefenwahrheit“ immer wieder auf der Spur sind.

Danke für ihre Aufmerksamkeit!

Von der „Sozialen Diagnose“ zur Entscheidung

(Beitrag zur Internationalen Fachtagung „Soziale Diagnostik“ am 8./9. Mai 2008, FH St. Pölten, Artikel zum Tagungsworkshop: Praktische Fragen der sozialen Diagnostik bei „schwierigen Jugendlichen“)

Versuchen wir uns mit folgenden Definitionen (u.a. bei Wikipedia) dem Thema zu nähern:

sozial ([http://de.wikipedia.org/wiki/Lateinlat. socius](http://de.wikipedia.org/wiki/Lateinlat._socius) = gemeinsam, verbunden, verbündet) bezeichnet wechselseitige Bezüge als eine Grundbedingtheit des Zusammenlebens, insbesondere des Menschseins. sozial: die menschliche Gesellschaft, Gemeinschaft betreffend. In der Sozialethik: Beziehung Mensch <—> Gemeinschaft

Diagnose (griechisch διάγνωση,) wörtlich „die Durchforschung“ („Unterscheidung“, „Entscheidung“); aus δια-, „durch-“ und γνῶσις, gnósi, „die Erkenntnis“

Fügen wir die beiden definierten Begriffe zusammen, können wir folgern: **„Soziale Diagnose ist eine Erkenntnis im wechselseitigen Bezug „Klient – Gemeinschaft“ / Gesellschaft, die zu einem Ergebnis (Einschätzung) führt, „was (zur Abhilfe) zu tun ist.“**

Wir beschäftigen uns also mit sozialer Erkenntnis. Das Wissen darüber alleine reicht nicht aus. Wir werden dazu ein großes Maß an Bildung brauchen. Konrad Paul Liessmann schreibt dazu, dass es dabei um ein Verstehen geht, wenn er Theodor Adorno zitiert: „Bildung ist der Anspruch auf angemessenes Verstehen“ und beklagt, dass wir z.Z. eher dazu neigen, Wissen zu verwalten. „Der Wissensgesellschaft geht es weder um Wahrheit noch um Bildung. (...) Statt um Erkenntnis geht es um Best practice“, was in unserem Fall bloße soziale Verwaltung bedeuten würde. (Liessmann 2006: 18, 149)

In einem weiteren Schritt folgt die Entscheidung, was getan wird, mit einer Aussage darüber, „wer darauf schaut, dass es passiert“.

Sozial zu diagnostizieren (und damit „sozial zu arbeiten“) stellt sich dabei als ein dynamischer Prozess dar und die Diagnose sollte letztlich im **Dialog** aller Beteiligten verhandelt sein.

Im Themenbereich „Soziale Diagnose“ sind folgende Fragen von Bedeutung:

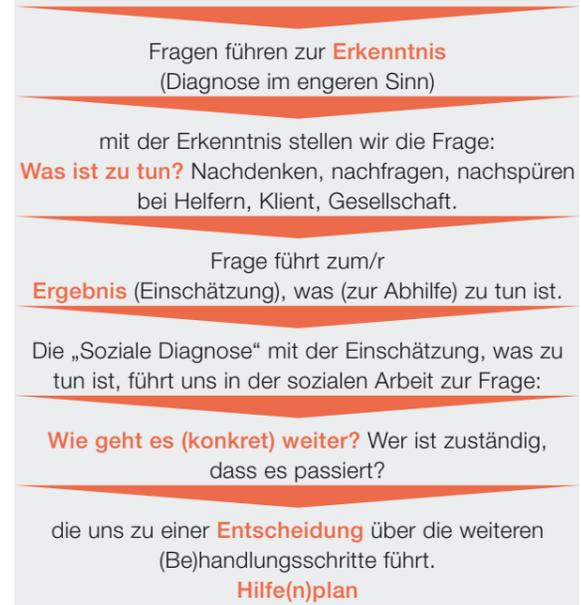
- **was war,**
 - **was ist (wirkt),**
 - **um zu einer sozialen Diagnose zu kommen** und
 - **was ist zu tun,**
 - **wie geht es (konkret) weiter**
- und wer ist zuständig (schaut darauf), dass „es passiert“, um **damit „sozial zu arbeiten“**.

Anm.

Vor allem die letzte Frage wirft uns oftmals auf den sozialarbeiterischen Alltag des Möglichen, Gewollten, Erlaubten, Finanzierbaren etc. zurück, was uns aber nicht abhalten darf, sorgsam zu diagnostizieren und die daraus folgende Frage „was ist zu tun“ unabhängig vom „wie geht es konkret weiter“ zu stellen und zu argumentieren. Die Umsetzung, die Abhilfe, wird sich natürlich an der „Realität“ orientieren (müssen). Wir versuchen dabei als Sozialarbeiter (nach einem alten Sozialarbeiterspruch) nicht nur den Klienten, sondern auch die Gesellschaft (und wenn wir es gut mit uns meinen, auch uns selber) dort abzuholen, wo er/sie/wir steht/stehen.

Wie kann so ein „Diagnoseablauf“ mit den oben gestellten Fragen aussehen bzw. welche Fragen können mit welchen Methoden / Instrumenten (ab)geklärt werden?

Frage	Methode / Instrument
was war?	<ul style="list-style-type: none"> • Aktenstudium (Berichte, Stellungnahmen, Arztbriefe, etc) • Anamnese (was half/hilft / hinderte/hindert) • Genogramm, Zeitschiene (Zusammenfassen der Info nach geschichtlicher Zeitabfolge) • sich und /oder Informierte Fragen nach Geschichte oder Fehlendem stellen
was ist?	<ul style="list-style-type: none"> • aktuelle Situation durch Gespräche / Mail / Treffen mit Sozialarbeiter (DSA), den derzeitigen Helfern, klären • Treffen mit DSA, Helfer, Klient (z.B. Hausbesuch) und für die Hilfe wichtige Personen, z.B. aus dem Herkunftssystem, Familie, ehem. Helfer, etc. dazu noch einmal die Fragen nach „was war / was ist wichtig, dass ich erfahre“ stellen • hineinfühlen, hineinspüren, was ist, was wirkt • ggf. Supervision, Team, Intervision, Austausch im Kollegenkreis • Einbindung eines möglichen zukünftigen Helferkreises



Ich werde nun versuchen, diesen Ansatz allgemein für den Arbeitsbereich der Jugendwohlfahrt in Oberösterreich und speziell in der Zusammenarbeit zwischen den Bezirksverwaltungsbehörden und dem Amt der Oberösterreichischen Landesregierung im Aufgabengebiet „Volle Erziehung“ zu beleuchten.

Oft haben Kinder und Jugendliche, noch bevor diese von der Jugendwohlfahrt betreut werden, bereits viele Diagnosen, die von verschiedenen Institutionen, wie Schule, Jugendpsychiatrie, aber auch von den Medien (Zeitung), gestellt werden. Mit ganz unterschiedlichen Instrumenten (Tests, Verhaltensbeschreibungen, Interview) kommen diese Institutionen zu unterschiedlichen Erkenntnissen und zu daraus resultierenden „Behandlungsvorschlägen.“ Da stellt sich für die SozialarbeiterInnen der Jugendwohlfahrt durchaus die Frage, wie bzw. was sie diagnostizieren sollen, wenn dies (oft auch einschließlich einer fertigen Klassifizierung) bereits (in der Öffentlichkeit) geschehen ist.

Helfen kann da vielleicht die Frage nach den Werkzeugen, mit denen von den verschiedenen Institutionen und den dort beschäftigten Berufsgruppen diagnostiziert wird. Also, wer diagnostiziert mit welchen Werkzeugen, um zu erkennen (um zu Bildern zu kommen), was zur Abhilfe eines Problems zu tun ist? Mit welchen Werkzeugen erstellt die Schule eine Schul- oder Leistungsdiagnose, die Psychiatrie eine psychiatrische (medizinische) Diagnose, der Psychologe eine psychologische oder der Sozialarbeiter eine soziale? Wer hat z.B. im Diagnoseverfahren einen Hausbesuch gemacht oder mit der Trafikantin von nebenan oder dem Mann, der immer aus dem Fenster sieht, gesprochen? Es ist auffallend, dass der Hausbesuch (als Beispiel für ein wichtiges Diagnosewerkzeug der Sozialarbeit) bei Kindern und Jugendlichen oft nur von der Jugendwohlfahrt als Instrument der Erkenntnisgewinnung eingesetzt wird. Das mag vielleicht u.a. daran liegen, dass die Jugendwohlfahrt dazu eine gesetzliche Berechtigung (einen gesetzlichen Auftrag) im §40 Abs. 4 des OÖ JWG 1991 hat:

„Die mit der Durchführung von Erziehungshilfen befassen Organe (...) sind berechtigt, den (die) Minderjährige(n) an seinem (ihrem) Wohnort und an sonstigen Aufenthaltsorten aufzusuchen sowie alle sonstigen maßgebenden Verhältnisse festzustellen, die das Wohl des(r) Minderjährigen gefährdet erscheinen lassen.“

Ein zweiter Punkt ist zu reflektieren, was für Menschenbild (Ethik/Haltung/Bilder) hinter welcher Erkenntnis und daraus resultierender Folgerung steht. Also wer oder was leitet mich bei den Fragen „wer oder was ist zu behandeln, schwierig, veränderungsbedürftig“ und „warum bzw. wozu ist das so oder soll das so sein?“

Wie schaut beispielsweise eine Soziale Diagnose mit folgender Haltung / Bildern gegenüber Kindern und Jugendlichen aus:

„Wir müssen Vorbilder dafür sein, nicht, was man lernt, sondern dass und wie man lernt, und die Jungen nicht lehren, dass sie unseren Entscheidungen zu folgen haben, sondern dass es wichtig ist, eigene Entscheidungen zu treffen und zu verantworten.“
(Hartmut von Hentig, 2006; 72)

Da kann es durchaus ein Spannungsfeld zwischen der Erkenntnis und der Annahme, was aus dieser heraus zu tun ist, geben und weitere Meinungsverschiedenheiten bei der Beantwortung der Frage, was tatsächlich möglich ist und wer es sichert, dass es dazu kommt. Wie aber bereits erwähnt, kommen wir dennoch nicht umhin, (unsere) Soziale Diagnose, weil diese eben eine gemeinschaftliche Komponente hat, mit dem Klienten und der Gesellschaft im Dialog zu verhandeln, und das laufend; denn um den streitbaren Pfarrer aus Wittenberg Friedrich Schorlemmer zu zitieren:

„Dialog führt zu größerer Ganzheit im persönlichen und gesellschaftlichen Leben hilft, widersprüchliche Impulse zu integrieren und ihre Potenzen für Weiterentwicklung zu gewinnen.“ (Fischer 1998: 30)

Dabei stehen wir immer wieder einmal vor dem Umstand, dass ein Problem zwar „sozial“ diagnostiziert werden kann, dort aber (in der Gesellschaft) nicht lösbar erscheint.

Zum Beispiel bei Problemen mit massiver Gewalt oder schwerem Missbrauchshintergrund an Kindern, wo immer wieder das Verständnis seitens der Gesellschaft für Hilfe für die Täter fehlt oder wenn keine Bereitschaft der Gesellschaft da ist, sich (von SozialarbeiterInnen) „diagnostizieren“ und in weiterer Folge „behandeln“ zu lassen.

Dazu stellt sich natürlich die Frage, ob eine generelle, lückenlose gesellschaftliche Erkenntnis überhaupt möglich bzw. gewünscht ist, oder ob das eine der vielen Ambiguitäten ist, mit denen wir es in der Sozialarbeit zu tun haben.

Um wieder auf das Klientel in der Jugendwohlfahrt zurück zu kommen: Wer als Kind oder Jugendlicher Klientel der Jugendwohlfahrt wird bzw. ist, hat ab diesem Zeitpunkt neben den (wie bereits erwähnt) Diagnosen der verschiedenen Institutionen in denen er/sie lebt bzw. sich aufhält eine weitere in der Gesellschaft „erschreckende“ Diagnose:

Er/Sie ist ein „Fall für die Jugendwohlfahrt“, ein „Fürsorgefall“, wie nicht nur früher klassifiziert wurde.

Die breite Gesellschaft meint damit ganz allgemein, dass Eltern mit der Erziehung ihrer Kinder nicht zurecht kommen und daher die Jugendwohlfahrt einschreitet. Als gravierendsten Eingriff wird dabei die Fremdunterbringung gesehen, also wenn die Kinder nicht im Familienverband wohnen bleiben können. Dies wird in Österreich als „Volle Erziehung“ bezeichnet, die in Oberösterreich

entweder von den Bezirksverwaltungsbehörden oder von der Landesregierung (Amt der Oberösterreichischen Landesregierung) gewährt bzw. durchgeführt wird.

Das Amt der Oberösterreichischen Landesregierung (JW Land) ist gem. §40 Abs2 Oö. JWG 1991 dann zuständig, wenn es sich, etwas verkürzt, um einen besonders schwierigen Jugendlichen ab 11 Jahren handelt. Wurde vor 1989 ein Jugendlicher von der JW Land betreut, lautete die Bezeichnung, die Diagnose, die letztlich ein Gericht zu stellen hatte, „Fürsorgeerziehung.“

Heute lautet diese einschneidende Maßnahme eben: „Volle Erziehung §40/2“

Diese Diagnose (§40/2) wird von SozialarbeiterInnen der Bezirksverwaltungsbehörden (BVB) mit einem Antrag an das Amt der Oberösterreichischen Landesregierung auf Fallübernahme gestellt. Die dabei verwendeten Werkzeuge, um zu dieser Einschätzung zu kommen sind:

- eine Punkteliste, die das Verhalten, die Auffälligkeiten des Mj. und des Herkunftssystems mit Zahlenwerten beschreibt,
- Ein Datenblatt mit einem Sozialarbeiterbericht
- Beilagen (Berichte, Befunde, Anzeigen)
- event. Telefonate mit der JW Land

Der Antrag (die Diagnose) wird von der JW Land „überprüft“ und bei Fallübernahme arbeitet der zuständige Sozialarbeiter beim Amt der Oberösterreichischen Landesregierung damit weiter.

Wenn dem Jugendwohlfahrtsträger im Rahmen der Volle Erziehung die Pflege und Erziehung bei einem Mj. (freiwillig oder mit Gerichtsbeschluss) übertragen wurde, trägt dieser zuständige Sozialarbeiter (analog der bei der BVB) die Verantwortung für Auswahl und Qualitätskontrolle der Maßnahme (Betreuungskonzept) im Einzelfall, was ein sorgsames soziales Erkennen der Gegebenheiten und Umstände erfordert.

Kommen wir noch einmal genauer auf die „Diagnose §40/2“ und die „Grundbehandlung“, die sich daraus ergibt, zurück. Beschrieben wird diese über drei wesentliche Aussagen zu dem/der Minderjährigen und seinem nahem Umfeld, die im Jugendwohlfahrtsgesetz verankert sind (§§37, 40 Oö. JWG 1991):

1. **Pflege und Erziehung durch die Erziehungsberechtigten gewährleisten nicht ausreichend das Wohl des / der Minderjährigen**
2. **eine Unterstützung der Erziehung (Anm.: Mj. bleibt in der Familie) erscheint nicht zielführend oder hat sich als nicht zielführend erwiesen**
3. **Mj., ist in der Regel über 11J. und benötigt auf Grund seines Sozialverhaltens eine besonders intensive Betreuung**

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, führt das ganz allgemein zur Setzung einer Erziehungshilfemaßnahme (einer

Obsorge(teil)übertragung), die auf Grund der Fallverschiedenheit zu sehr unterschiedlichen „Behandlungsmethoden“ (Heim, Wohngemeinschaft, Einzelbetreuung, Erlebnispädagogik, Intensivgruppe, individualpädagogisches Konzept etc.) führen kann.

Das zentrale Ziel (Inhalt / Wirkung) dieser Intervention ist aber in jedem Fall, **„dass das (die Kindeswohlgefährdung) aufhört“**

Dieser Ablauf kann im oben beschriebenen Raster wie folgt aussehen:

Abklärung bei der Bezirksverwaltungsbehörde:
Die Fragen nach

- was war
- was ist (wirkt)
- was ist zu tun

führt zur Sozialen Diagnose der BVB: „Volle Erziehung §40/2“

Die JW Land überprüft den oben beschriebenen Antrag mit den beigelegten Unterlagen und übernimmt bei Fallübernahme diese Diagnose.

In weiterer Folge werden mit allen Beteiligten die nächsten Schritte, wie Helfergespräch, Familiengespräch, Fallübergabegespräch etc. geplant. Dabei werden erneut die Fragen nach

- was war
- was ist (wirkt) aktuell

gestellt und damit im Dialog mit den Beteiligten die Diagnose bzw. die sich daraus automatisch zu ergebenden Behandlungsmethoden (weg von Familie, Heimeinweisung) bearbeitet.

Bei dieser Arbeit mit der Diagnose bzw. Vertiefung der Erkenntnis wird versucht, nicht mit Zahlenwerten (Skalen, Punktelisten etc.) zu arbeiten, sondern im Dialog die Wortbedeutungen zu verhandeln, um so zu einem guten Gesamtergebnis zu kommen.

Das Motto dazu könnte lauten: *„Weg von der Magie der Zahlen hin zur Alchemie der Worte“* (Hochschild 2003).

Bei dieser „Verhandlung“ stellt sich konkret immer wieder einmal ein Problem, wenn bei der „Diagnose §40/2“ nur die oben beschriebene 1. und 3. Aussage stimmig ist (also Pflege und Erziehung durch die Erziehungsberechtigten gewährleisten nicht ausreichend das Wohl des Jugendlichen. Er ist über 11J. und benötigt auf Grund seines Sozialverhaltens eine besonders intensive Betreuung), jedoch die 2. Aussage bzw. die Konsequenz daraus (weg von der Familie, Einweisung in ein Heim) wegen der Fallweiterentwicklung (oft von allen Beteiligten) im Verlauf des Gespräches anders gesehen wird. Die Praxis dazu zeigt, dass diese Jugendlichen, auch wenn keine Fremdunterbringung (mehr) notwendig oder durchführ-

bar ist, nicht „unschwieriger“ sind und eine Betreuung im Rahmen des §40Abs 2 und die darin eingebettete Hilfe- maßnahme mit einer gänzlichen Übertragung der (Aus- übung) der Pflege und Erziehung als dennoch notwendig und sinnvoll gesehen wird.

In weiterer Folge stellen sich, wie im Raster beschrieben, die Fragen.

- was ist zu tun, was ist zur Abhilfe (bei alle Beteiligten) notwendig, was braucht es, damit „es“ (die Kindeswohlgefährdung) aufhört.

und:

- wie geht es (konkret) weiter, wo ist die Wahrscheinlichkeit einer „Normalisierung“ am höchsten und wer ist zuständig (schaut darauf), dass „es passiert“.

um damit „sozial (weiter) zu arbeiten“.

Dazu folgt eine Entscheidung über die weiteren (Be) handlungsschritte, die schriftlich (so gut es möglich ist) in einem Hilfeplan festgehalten sind.

Die Methoden, Werkzeuge / Instrumente zu dem Diagnoseprozess verdienen noch ein paar Anmerkungen.

Unter der Annahme, dass Schriftliches zu mehr Klarheit und Schriftfreies zu mehr Wahrheit beiträgt und wenn wir den berühmten Quantenphysiker Niels Bohr mit seinem Ausspruch „Wahrheit und Klarheit eines Ausdrucks sind zueinander komplementär,“ (Zeilinger, Anton: Einsteins Schleier. 2005 Goldmann, S 172) mitdenken, können wir unterscheiden in:

- schriftliche Instrumente, „um es klar(er) zu haben“
- und schriftlose Instrumente, um „es wahr(er) zu bekommen“

Die schriftlichen Instrumente, wie Datenblatt, Anamneseblatt, Zeitschiene, Genogramm, Betreuungsvereinbarung, Zielvereinbarung, Hilfeplan, Evaluationsblatt, etc. sind zwar nicht das Wesentlichste, um eine Soziale Diagnose zu stellen, aber – nicht nur von der Verwaltung geforderte – durchaus sinnvolle Dokumentationen des Handelns. Anm.: *„wer schreibt, der bleibt“* (Klinglmaier 1994)

Schriftlose Instrumente, wie die Wahrnehmung aus einem Dialog, Hausbesuche, Kontakte mit dem Herkunftssystem (Gemeinwesen), hineinfühlen, hineinspüren, was ist, was wirkt, Supervision, Intervision, Austausch im Kollegenkreis und vor allem nachdenken (!) führen zu einem „Mehr an Erkenntnis“ und „Gefühl für den Klienten und seiner Umgebung“ und somit zu mehr „Wahrheit“, da (um es frei nach Steve de Shazer zu formulieren) eine Landkarte eben nur ein schriftlicher Plan ist, aber nicht die Wirklichkeit abbildet. (vgl. de Shazer, 1989: 99)

Aber alle Instrumente zur Sozialen Diagnose (schriftlich wie schriftlos) dienen letztlich dazu, uns (SozialarbeiterIn / Klient / Gesellschaft) gegenseitig besser zu verstehen und das eigene Handeln nachvollziehbar und fachlich argumentierbar zu machen, damit in Anlehnung an Ambrose Bierce (1842-1914) einem US-amerikanischen Schriftsteller (Zitat: *„Diagnose ist die ärztliche Vermutung darüber, was den Krankheitszustand mit dem geringsten Schaden für den Patienten am besten verlängert.“*), die Soziale Diagnose nicht zur sozialarbeiterischen Vermutung darüber wird, was die Auffälligkeit mit dem geringsten Schaden für den Klienten am besten verlängert. Die Landkarte ist nicht die Landschaft.

Das würde letztlich, wie anfangs bereits erwähnt, soziale Verwaltung ohne Veränderungsauftrag oder Veränderungsanliegen, gleich von welcher Seite, bedeuten.

Im Gegenteil: Wichtig im Diagnoseprozess erscheint, dass wir uns immer wieder erlauben, auch außerhalb ausgetretener Pfade, Ungewöhnliches zu denken und zu thematisieren.

Sich keine Denkverbote aufzuerlegen führt dazu, Möglichkeiten, Bedürfnisse und Notwendigkeiten (der Klienten und der Gesellschaft) differenzierter zu erkennen, was zu passgenaueren Konzepten in der Behandlung führt. Wie vorher bereits erwähnt, wird es dabei aber notwendig sein, dass diese im Sinne sozialer Arbeit (noch) argumentierbar sind.

Und abschließend zum Wahrheitsgehalt von Diagnosen wird mit dem Blick heiterer Gelassenheit, der in der Sozialarbeit oft so wichtig ist und etwas Augenzwinkern wahrscheinlich folgender Spruch vom Schweizer Politologen Gerhard Kocher (*1939) zutreffen:

„Die meisten Diagnosen stimmen mit an Wahrscheinlichkeit grenzender Sicherheit.“

Literaturliste

zu den Beiträgen von Heidemarie Graf und Hubert Hofer:

Harnach, V.

Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe, Grundlagen und Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme, Juventa 1995

Heiner, M.

Diagnostik: psychosoziale. In: Otto – Thiersch (Hrsg), Handbuch Sozialarbeit – Sozialpädagogik, Luchterhand 2003

Kleve, H.

et al. Systemisches Case-Management, Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit, Carl-Auer (2006)

Lindemann, K.H.

Gutachten der Sozialen Arbeit zwischen professioneller Objektivität, Betroffenenbeteiligung und formalisierten diagnostischen Verfahren. In: Peters, F. (Hrsg) Diagnosen – Gutachten - hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung, Frankfurt am Main S. 49-72

Müller, C. W.

Diagnose: Das ungeliebte Handwerk – Herausforderung für die Fachleute des Jugendamtes. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit Nr. 1 S. 42 – 45 (2002)

Münder, J.

Elterliche Sorge/Elternrecht. In: Kreft – Mielenz (Hrsg) Wörterbuch Soziale Arbeit, Edition Sozial – Beltz (1996)

Pantucek, P.

Soziale Diagnostik, Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit, Böhlau (2006)

Wiesner, R.

Kindeswohl. In: Gernert, W. (Hrsg), Handwörterbuch für Jugendhilfe und Sozialarbeit, Boorberg (2001)

zum Beitrag von Peter Pantucek

Armutskonferenz

(2006): Materialsammlung Kinderarmut. Definition, Ursachen, Auswirkungen, Bekämpfung. Wien.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus

(Hg.) (2002): Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Entscheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. Weinheim und München.

Harnach-Beck, Viola

(2000): Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Grundlagen und Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim.

Institut für Soziale Arbeit e.V.

(2006): Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung. Arbeitshilfe zur Kooperation zwischen Jugendamt und Trägern der freien Kinder- und Jugendhilfe. In: <http://www.kindesschutz.de/Arbeitshilfe/arbeitshilfe%20kindesschutz.pdf>: abger. am 10.7.2006. Münster.

Jacob, André / Wahlen, Karl

(2006): Das Multiaxiale Diagnosesystem Jugendhilfe (MAD-J). München und Basel.

Kindler, Heinz / Lillig, Susanna / Blüml, Herbert / Werner, Annegret

(Hg.) (2005): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst. In: http://213.133.108.158/asd/ASD_Inhalt.htm: Entwurfsfassung 30.12.2005. München.

Pantucek, Peter

(2005): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. Wien und Köln.

zum Beitrag von Irene Hiebinger

Kleve, H., Haye, B., Hampe-Grosser, A., Müller, M.

(2003): Systemisches Case Management. Aachen.

Mennemann, H.

(2005): Case Management – vernetztes Arbeiten in der gesetzlichen Betreuung. In: Case Management 1/2005 Heidelberg.

Neuffer, M.

(2002): Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim und München.

Remmel-Faßbender, R.

(2005): Case Management – Chancen für eine Neuorientierung im Sozial- und Gesundheitsbereich!? In: Forum SOZIAL 4/ 2005 Essen.

Wendt, W.R.

(1999): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg

Wendt, W.R.

(2005): Die generelle Rolle und Bedeutung von Case Management in Humandiensten. In: Case Management 1/2005 Heidelberg.

zum Beitrag von Ingmar Freudenthaler

de Shazer, Steve

(1989): Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. New York: Carl-Auer-Systeme

Fischer, Dieter

(1998): ...den Dialog suchen. Würzburg: edition bentheim.

Hochschild, Michael

(2003) bei einem Vortrag in Gallneukirchen

Klinglmaier, Alfred

(1994) bei einem Vortrag in Linz

Landesgesetz vom 3. Juli 1991 über die Jugendwohlfahrt

(Oö Jugendwohlfahrtsgesetz 1991 – Oö JWG 1991)

Liessmann, Konrad Paul

(2006): Theorie der Unbildung. Wien: Paul Zsolnay Verlag

Hentig, Hartmut von

(2006), Bewährung: Von der nützlichen Erfahrung nützlich zu sein. München Wien: Carl Hauser Verlag

Zeilinger, Anton (2005)

Einsteins Schleier. Die neue Welt der Quantenphysik. München: Goldmann

<http://de.wikiquote.org/wiki/Diagnose> (Mai 2008)



GLOSSAR

Glossar

Abklärung von Gefährdungsmeldungen (GM) ist der Schlüsselprozess zur Gewährung von Erziehungshilfemaßnahmen. GM müssen unverzüglich geprüft werden. Die Prüfung erfolgt zügig und nachvollziehbar. Sie endet mit einer eindeutigen Aussage zum Grad der > Kindeswohlgefährdung

Anamnese als Teil der > Sozialen Diagnose; (von griech. ἀνάμνησις anamnēsis „Erinnerung“) die Vorgeschichte eines Klienten in Bezug auf aktuelle Problemstellungen. Die biographische Anamnese ist darüber hinaus erweitert auf die gesamte Lebensgeschichte der einzelnen Familienmitglieder. Eine sorgfältige Anamneseeerhebung schließt soziale, psychische, biografische und physische Aspekte mit ein. Die dabei erhaltenen Einzelinformationen erlauben Rückschlüsse auf Risikofaktoren und kausale Zusammenhänge. Ziel der Anamnese ist das größtmögliche Verständnis von Ursachen / Auslösern für aktuelle Problemstellungen. Zur Erstellung eines Hilfeplanes sind in der Regel weitere Abklärungsschritte (z.B. medizinische od. psychologische Befunde; Beobachtungen Dritter etc.) erforderlich.

Autonomie (von griech. Autos = selbst, nomos = Gesetz) Selbstgesetzgebung, Selbstgesetzlichkeit; je nach Fachbereich bedeutet Autonomie Selbständigkeit, Unabhängigkeit, Selbstverwaltung, Selbstbestimmung, Eigenständigkeit, Eigenverantwortlichkeit. Die Autonomie der Familie bedeutet, Familien haben das Recht, ihre Angelegenheiten autonom zu regeln. Dabei müssen sie natürlich die geltenden Gesetze beachten.

Case – Management (engl. für Fallmanagement) bezeichnet ein sozialarbeiterisches Ablaufschema organisierter bedarfsgerechter Hilfeleistung, in dem der Versorgungsbedarf eines Klienten sowohl über einen definierten Zeitraum als auch quer zu bestehenden Grenzen von Einrichtungen, Dienstleistungen, Ämtern und Zuständigkeiten geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert wird.

Child – neglect (engl. für „Vernachlässigung“, „Verwahrlosung“) Vernachlässigung ist die mangelhafte Versorgung, die Nicht-Betreuung und das Vergessen, auch das Vorenthalten von Hilfe für einen anderen Menschen. Vernachlässigung betrifft sowohl die körperliche wie die geistige und seelische Entwicklung von Kindern.

Doppeltes Mandat der Sozialarbeit bezeichnet das Spannungsverhältnis zwischen den Interessen der Gesellschaft und den Interessen der Klienten. Sozialarbeiter stehen dadurch in der Praxis in einem dynamischen Spannungsverhältnis; es geht bei Problemlösungen stets darum, in zwei Richtungen zu blicken und den richtigen Weg zwischen den Interessen der Klienten und dem Auftrag der Gesellschaft zu finden.

Erziehungshilfe(n) sind staatliche Leistungen der Jugendwohlfahrt für Familien mit Kindern zur Abwendung von > Kindeswohlgefährdung, die auf Grund gesetzlicher Regelungen gewährt werden. In Österreich finden sich einschlägige Regelungen im ABGB und den Jugendwohlfahrtsgesetzen des Bundes und der Länder.

Hermeneutik (von griech. ἑρμηνεύειν hermēneuein mit den Bedeutungen: (Gedanken) „ausdrücken“, (etwas) „interpretieren“, „übersetzen“). Hermeneutik als wissenschaftliche Methode bezeichnet strukturiertes, planmäßiges Vorgehen mit dem Ziel des „Verstehens“. Gegenstand der Hermeneutik ist der „Text“, etwa ein Buch oder ein Brief. Als „Texte“ können jedoch auch Gespräche, Bilder, Gesetze, Filme, Sitten, Institutionen oder Handlungen verstanden werden. Das Wissen um die Bedeutung soll hierbei eine präzise Interpretation ermöglichen.

Hilfeplan – Das Hilfeplanverfahren dient in der Jugendwohlfahrt dazu, eine geeignete Erziehungshilfe für Kinder, Jugendliche und Familien zu regeln bzw. die Ziele und Rahmenbedingungen der Hilfe festzuschreiben. Ziele und Rahmenbedingungen der Erziehungshilfe sind in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und an die aktuellen Bedürfnisse anzupassen.

ICD 10 Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt. Die Abkürzung ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation. Die ICD-10 ist Teil der Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen.

ICF Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person.

Inklusion (von lat. inclusio, „der Einschluss“) bedeutet Einbeziehung, Einschluss, Einbeschlossenheit, Dazugehörigkeit. Der Begriff Soziale Inklusion bringt zum Ausdruck, dass jeder Mensch in seiner Individualität akzeptiert wird und die Möglichkeit hat, in vollen Umfang an der Gesellschaft teilzuhaben. Das Recht zur Teilhabe bezieht sich dabei auf sämtliche Lebensbereiche.

Kindeswohl bezeichnet ein Rechtsgut aus dem Familienrecht, welches das körperliche, geistige und seelische Wohlergehen eines Kindes oder Jugendlichen als auch seine gesunde Entwicklung umfasst.



Amt der Oö. Landesregierung
Direktion Soziales und Gesundheit
Abteilung Jugendwohlfahrt
Bahnhofplatz 1
4021 Linz
Tel.: (+43 732) 7720-15200
Fax: (+43 732) 77 20-215328
E-Mail: jw.post@ooe.gv.at
www.jugendwohlfahrt-ooe.at