



Realisierung von Kosteneinsparungen durch fachliche Standards bei der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung nach § 35 a KJHG durch die Jugendämter

Abschlußbericht

Projektleitung: Prof. Dr. J. M. Fegert und Dr. M. Kölch

Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm
unter Mitarbeit von Prof. Dr. M. Wolff, Dr. D. Gutschner und PD Dr. U. Ziegenhain

Transkription: C. Gürntke

August 2006

Gliederung

1. Ausgangslage und Ausgangsvoraussetzungen.....	S. 4
2. Geplanter Projektablauf.....	S. 9
3. Überblick über international eingeführte Instrumente zur Erfassung von Teilhabe, Social Functioning und Impairment.....	S. 11
3.1. The Brief Impairment Scale (BIS)	
3.2. HoNOSCA-I (HON)	
3.3. The Caregiver Strain Questionnaire (CGSQ)	
3.4. The Columbia Impairment Scale (CIS)	
3.5. Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD)	
3.6. Elterneinschätzungsskala (PGAS) und Jugendlichenskala (YGAS)	
3.7. Children's Global Assessment Scale (CGAS)	
3.8. Global Assessment Functioning Scale (GAF)	
3.9. Child & Adolescent Measures of Functional Status (CAFAS)	
4. Erste Fachtagung.....	S. 28
4.1. Teilnehmer	
4.2. Methodik	
4.3. Inhalte	
4.4. Fachreferate	
4.5. Ergebnisse	
4.5.1. Derzeitige Praxis	
4.5.2. Anforderung an ein Modul/ Feststellungsraster/ Erhebungsinstrument	
4.5.3. Spezielle Probleme im Zusammenhang mit der ersten Fachtagung und Auswirkungen auf die Fragestellung des Projekts	
5. Modulentwurf.....	S. 78
6. Zweite Fachtagung.....	S. 92
Dokumentation Prof. Dr. M. Wolff	
7. Ergebnis des Projekts und zusammenfassende Expertise.....	S. 129
8. Anhang.....	S. A 1
8.1. Projektteam	
8.2. Präsentationen der ersten Fachtagung	
8.3. Transkriptionen der ersten Fachtagung	
8.4. Transkriptionen der zweiten Fachtagung	

1. Ausgangslage und Ausgangsvoraussetzungen

Der Gesetzgeber hat im Sommer 2005 das Kinder- und Jugendhilfe-Gesetz (KJHG) durch das Kinder- und Jugendhilfe-Fortentwicklungsgesetz (KICK) novelliert. Dabei wurde auch der §35a, Hilfen für seelisch kranke Kinder und Jugendliche, verändert. Präzisierung erfuhr der Teil des Paragraphen, der definiert, wer zur Feststellung der Eingangsvoraussetzung geeignet ist, d.h. wessen Kompetenz es ist, die psychische Erkrankung zu diagnostizieren. Im Gesetzestext werden nun als dazu Befähigte primär explizit Fachärzte und speziell ausgebildete Psychotherapeuten benannt. Die Formulierung, dass auch der Arzt, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, die Eingangsvoraussetzungen feststellen kann, stellt einen Kompromiss hinsichtlich der Versorgungsrealität dar, da eine ausreichende Versorgung mit Fachärzten/ Psychotherapeuten nicht überall gegeben ist. Der Feststellende der Eingangsvoraussetzungen darf nicht mehr zugleich Anbieter der Hilfe sein. In der Novellierung wurde nochmals die Zweigliedrigkeit der Norm explizit herausgearbeitet, nach der die Eingangsvoraussetzungen ärztlich, bzw. psychotherapeutisch festgestellt werden und in einem zweiten Schritt die Teilhabebeeinträchtigung am sozialen Leben, bzw. der Hilfebedarf zur Behebung derselben unter Federführung des zuständigen Jugendamts erhoben und definiert wird.

Im Projekt „Realisierung von Kosteneinsparungen durch fachliche Standards bei der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung nach § 35 a KJHG durch die Jugendämter“ ging es um diese zweite Stufe der Norm, die inhaltliche Feststellung und zeitliche Bemessung der Teilhabebeeinträchtigung durch die sozialpädagogischen Fachkräfte des Jugendamts. Ziel des Projekts war einmal, die Begrifflichkeit der Teilhabebeeinträchtigung auf dieser Ebene zu substantiieren und die Möglichkeiten der Präzisierung und Homogenisierung des Begriffs und des Verfahrens der Feststellung zu analysieren. Ergebnis sollte eine Expertise dazu sein, in wiefern eine Standardisierung des Feststellungsverfahrens gelingen kann, welche Voraussetzungen dafür gegeben sein müssen und welche inhaltlichen Anforderungen an eine Standardisierung gestellt werden müssen. Dabei spielt auch die Frage der Allokationsgerechtigkeit eine Rolle. Ziel der Standardisierung war nicht die Erhöhung der Schwelle der Eingangsvoraussetzungen. Die Standardisierung soll eine gerechte, bedarfsgerechte und nachvollziehbare Verteilung der Ressourcen zur Folge haben, ein Aspekt der nicht zuletzt auch hinsichtlich der verwaltungsrechtlichen Überprüfbarkeit eine Rolle spielt.

Insgesamt war bereits bei Antragsstellung zu diesem Projekt deutlich, dass es aus der Disziplin der Sozialpädagogik, also der Disziplin, die für den zweiten Schritt, die Einschätzung der Beeinträchtigung zuständig ist, kaum publizierte Literatur zur Theorie des Begriffs und zur Methodik der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung vorliegt. Es besteht kein Konsens über

das Vorgehen und Ansätze der Standardisierung sind nur regional vorhanden und sie sind aus Gründen der föderalen Struktur der Bundesrepublik nicht übertragbar auf andere Bundesländer. Zudem befinden sich die vorhandenen Bemühungen zur Standardisierung des Feststellungsverfahrens im Versuchsstadium.

Grundlegende Begriffe und Definitionen zur Teilhabe, dem §35a KJHG und der Teilhabebeeinträchtigung

Im Kinder- und Jugendhilfe-Gesetz wird im §35a die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche definiert. Der Begriff der Beeinträchtigung der Teilhabe stellt sich wie folgt dar:

Beeinträchtigung der Teilhabe (Abs.1 Nr.2). a) Begriff.

Teilhabe bedeutet die aktive und selbstbestimmte Gestaltung des gesellschaftlichen Lebens (VG Sigmaringen unter Vereins auf Stähler/ Wimmer, NZS 2002, 570). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Kinder und Jugendliche je nach Alter und Entwicklungsstand erst graduell zur Selbstverantwortung vielmehr Teil des Erziehungsauftrags ist (§ 1 Abs.1). Die Teilhabebeeinträchtigung (Integrationsrisiko) kann sich auf alle Lebensbereiche erstrecken. Ein zentraler Lebensbereich für Kinder und Jugendliche ist neben der Familie und dem sozialen Umfeld die Schule. Vor dem Hintergrund der Kostenfolgen wird gegenwärtig heftig gestritten, welche Anforderungen an die Teilhabebeeinträchtigung erfüllt sein müssen, um eine Leistungspflicht nach § 35 a auszulösen. So ist umstritten, ob die gesellschaftlichen Nachteile einer weniger erfolgreichen Absolvierung der Schulzeit mit der Gefahr, Nachteile bei der Suche nach einem Arbeitsplatz zu erleiden, für sich alleine den Tatbestand des Abs.1 Nr.2 erfüllen (bejahend VG_Düsseldorf –19 K 8067/ 01 –juris; verneinend VG Sigmaringen JAmt 2005, 2469; restriktiv auch BVerwG FEVS 49, 488, 489, VG Oldenburg ZJJ 2003, 419; kritisch gegenüber einer restriktiven Auslegung von § 35 a durch die Gerichte Mrozynski § 35 a Rn. 6 ff.). Die in den meisten Bundesländern unzureichend ausgestaltete Verantwortung der Schule für eine angemessene

Förderung aller Kinder kann nicht auf deren Rücken ausgetragen werden. Daher müssen die Jugendbehörden auf allen Ebenen zusammen mit den kommunalen Spitzenverbänden den politischen Druck auf die Kultusverwaltungen erhöhen. (aus Wiesner (Hg.) SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe, Kommentar, 3. Auflage, München 2006, Seite 556, Randziffer 19)

Die Beurteilung einer Teilhabebeeinträchtigung soll individuell festgestellt werden:

Eigenständige Beurteilung.

Wie nach der alten Definition die seelische Störung für sich genommen noch nicht die Behinderung darstellte, sondern lediglich die unverzichtbare Voraussetzung dafür, so stellt auch die nach Nr. 1 festzustellende Funktionsbeeinträchtigung noch nicht die (drohende) seelische Behinderung dar. Diese liegt vielmehr in der Auswirkung der Funktionsbeeinträchtigung im Hinblick auf die Teilhabe des Kindes oder Jugendlichen am Leben in der Gesellschaft (Nr. 2). Während die Feststellung der Abweichung der seelischen Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand in die Kompetenz des Arztes oder Psychotherapeuten fällt, ist der zweite Schritt eine individualisierte Feststellung, die auf Beiträgen aller am Hilfeplanungsprozess Beteiligten beruhen kann und die von den Fachkräften im JAmt (z.B. Sozialarbeiter(inne)n, Sozialpädagog(inn)en, Heilpädagog(inne)en) federführend getroffen wird. Es reicht also für eine Leistungsbewilligung nicht aus, dass ein (Fach)Arzt bzw. Psychotherapeut nach Abs.1 a die Grundvoraussetzung – also eine Abweichung des Zustandes der seelischen Gesundheit, die mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate dauern wird – feststellt, sondern auf dieser Basis muss dann die soziale Beeinträchtigung der Eingliederung – insbesondere in Schule, Gleichaltrigengruppe etc. – beschrieben werden, welche sich aus der nach ICD-10 klassifizierten Problematik ergibt.

(aus Wiesner (Hg.) SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe, Kommentar, 3. Auflage, München 2006, Seite 557, Randziffer 21)

Verständnis der WHO.

Da der Begriff der Teilhabebeeinträchtigung auf die International Classification of Functioning zurückzuführen ist (d.h. die internationale Klassifikation des Zurechtkommens, welche aus der internationalen Klassifikation von Behinderungen und Handicaps der Weltgesundheitsorganisation hervorgegangen ist), sollte beim Versuch einer Definition der Teilhabebeeinträchtigung die dort zu Grunde liegende Denkweise Berücksichtigung finden. Die WHO unterscheidet hier die Ebene der Körperfunktionen und Strukturen und das Aktivitätsniveau und trennt diese beiden behinderungsrelevanten Aspekte vom Aspekt der Teilhabe (Participation) ab. Schließlich berücksichtigt sie kontextuelle Faktoren die im positiven Sinne als unterstützende Faktoren, Erleichterer oder in der WHO Sprache als Facilitatoren wirken können oder aber im negativen Sinne Barrieren und Hinderungsgründe die eine Teilhabe verhindern. Zu unterscheiden sind also bei der Beurteilung der Folgen einer Behinderung das Zurechtkommen auf der körperlichen Ebene. Ist diese Ebene beeinträchtigt, spricht die WHO vom Impairment, dies entspricht ungefähr der ärztlichen Feststellung nach Satz 1 der Norm und hat noch nichts mit der Teilhabebeeinträchtigung zu tun. Die zweite Ebene des

Zurechtkommens ist die individuelle Ebene der Person als Ganzes. Hier geht es um die schon nicht mehr allein ärztlich zu leistende Erfassung, des Aktivitätsniveaus oder der individuellen Aktivitätseinschränkung. Dies ist eine wichtige Grundvoraussetzung um überhaupt über Teilhabe oder Teilhabebeeinträchtigung nachdenken zu können, da unterschiedliche Personen in unterschiedlichen Entwicklungsphasen verschiedene Aktivitätsansprüche haben und Einschränkungen wie Barrieren nur erlebt werden, wenn die Aktivität dazu führt, dass sie wahrgenommen werden.

(aus Wiesner (Hg.) SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe, Kommentar, 3. Auflage, München 2006, Seite 558, Randziffer 22)

Aspekte der Teilhabe.

Die tatsächliche Dimension der Teilhabe bezieht sich auf das gesellschaftliche Leben und ist bestimmt durch Umweltfaktoren, die erleichternd oder einschränkend wirken können und durch persönliche Faktoren, die internal das Zurechtkommen mit einer beeinträchtigenden Situation mitbestimmen. Insofern gehört auch die subjektive Krankheitsverarbeitung und das Umgehen mit der Problematik zur Partizipation. Offensichtlich müssen bei der Einschätzung der Teilhabebeeinträchtigung durch die Jugendhilfe also objektive Faktoren des sozialen Umfelds genauso erfasst werden wie Einstellung der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihrer Sorgeberechtigten. Nach der WHO wird die Teilhabe charakterisiert und beschrieben durch die wahrnehmbare Teilhabe an Situationen des sozialen Lebens (Involvement in life situations).

Die WHO schlägt vor, zunächst das Ausmaß der Restriktion bei der Teilhabe zu definieren (first qualifier) und dann Faktoren wie die Bereiche auf die sich die Beeinträchtigung bezieht, die notwendige Unterstützung und die subjektive Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit der Situation zu erfassen. (aus Wiesner (Hg.) SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe, Kommentar, 3. Auflage, München 2006, Seite 558, Randziffer 23)

Aufgabe der Fachkräfte im Jugendamt.

Es erscheint wichtig, dass die inhaltliche Ausfüllung und Definition des Begriffs der Teilhabe bzw. der Teilhabebeeinträchtigung nicht nur der verwaltungsgerichtlichen Rechtssprechung überlassen wird sondern dass die Praxis der Jugendhilfe, basierend auf Ergebnissen der pädagogischen, soziologischen, psychologischen und rehabilitationsmedizinischen Forschung einen eigenen inhaltlichen Zugang entwickelt. Dabei kann es angesichts der vielen zu beachtenden Dimensionen und der Subjektivität einzelner Bereiche des empfundenen Zurechtkommens im Alltag und des gewünschten Aktivitätsniveaus nicht um starre Prozentwerte oder Grenzen gehen sondern das Jugendamt muss aufgrund der Bündelung unterschiedlichster Informationen, z. B. aus der Schule, aus dem Freizeitbereich, aus dem Elternhaus, von Ärzten aber insbesondere von den Betroffenen selbst, für eine nachvollziehbare Einschätzung der Teilhabebeeinträchtigung im

Einzelfall gelangen. Für die Hilfeplanung relevant ist es, die Barrieren und Hinderungsgründe zu beschreiben, die diese Teilhabebeeinträchtigung aufrecht erhalten, weil sich daraus Hilfen zur Überwindung dieser Hindernisse, so genannte Facilitatoren ableiten lassen. Entsprechende Erleichterer sind nicht nur staatliche Hilfen nach den unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern sondern selbstverständlich auch individuelle Ressourcen und Ressourcen in der Familie oder z. B. in Selbsthilfegruppen.

(aus Wiesner (Hg.) SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe, Kommentar, 3. Auflage, München 2006, Seite 560, Randziffer 25)

Die WHO hat in der International Classification of Functioning unterschiedliche Komponenten definiert, die das Funktionsniveau bzw. Beeinträchtigungen beschreiben.

ICF der WHO:

Überblick über Komponenten des Funktionsniveaus

	Body Functions & Structures	Activities	Participation	Contextual Factors
Level of Functioning	Body <i>(body parts)</i>	Individual <i>(person as a whole)</i>	Society <i>(life situations)</i>	Environmental Factors <i>(external influence on functioning)</i> + Personal Factors <i>(internal influence on functioning)</i>
Characteristics	Body function Body structure	Performance of individuals activities	Involve- ment in life situations	Features of the physical, social, and attitudinal world + Attributes of the person
Positive aspect (Functioning)	Functional and structural integrity	Activity	Partici- pation	Facilitators
Negative aspect (Disability)	Impairment	Activity limitation	Partici- pation restriction	Barriers / hindrances
Qualifiers: <i>First Qualifier</i>	<i>Uniform Qualifier: Extent or Magnitude</i>			
<i>Second Qualifier</i>	Localization	Assistance	Subjective satisfaction (under development)	(under development)

Overview of components of ICF

2. Projektablauf

Hinsichtlich des Ziels Standardisierungsansätze bilden zu können, war als Ausgangspunkt für das Projekt einmal der internationale Standard, wie Teilhabebeeinträchtigung festgestellt werden kann essentiell. Dazu wurde der Begriff der Teilhabe bzw. der Teilhabebeeinträchtigung im internationalen Gebrauch analysiert und ein Überblick über derzeit international vorhandene und eingesetzte Erfassungsverfahren erarbeitet. Zweitens war die Erhebung der momentanen Praxis der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung durch die Fachkräfte der Jugendämter Bestandsaufnahme notwendig. Insofern war es eine Aufgabe im Rahmen einer ersten Fachtagung diese Praxis möglichst repräsentativ zu erheben. Um diese Repräsentativität zu gewährleisten wurden entsprechende Vertreter aus der Leitungsebene verschiedener Jugendämtern eingeladen, die ihre aktuellen Vorgaben an die Praxis der Erhebung und auch erste Ziele hinsichtlich einer möglichen Standardisierung formulieren sollten.

Um eine gleiche Ausgangsbasis für die Diskussion zur Begrifflichkeit der Teilhabebeeinträchtigung zu erhalten sollten eingangs für alle Teilnehmer exemplarisch die unterschiedlichen disziplinären und methodischen Sichtweisen dieses Begriffs dargestellt werden. In einer Einführung wurden ausgehend von einem Urteil des Verwaltungsgerichts Sigmaringen zu einem zwischen Eltern und Jugendamt streitigen Fall bzgl. der Teilhabebeeinträchtigung, Kriterien für die Diagnose aus interdisziplinärer Sicht vorgestellt. Aus Sicht der beteiligten Fachdisziplinen, die im Fall der Feststellung des §35a KJHG beteiligt sind, des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, der sozialpädagogischen Fachkräfte des Jugendamts, und ergänzend, weil im Streitfall zwischen Anspruchsbegehrenden und Leistungsgewährenden letztentscheidend, die Sicht des Verwaltungsrichters, wurde anhand des konkreten Fallbeispiels dieses Falls (4K2105/03 VG Sigmaringen) die relevanten Kriterien und die differenten Sichtweisen verdeutlicht.

Innerhalb der Tagung wurden die möglichen Erfassungssysteme und -instrumente dargestellt. Rein begrifflich bestehen deutliche Unterschiede, so werden in der Literatur Begriffe wie „social functioning“, „impairment“, „quality of life“ etc. verwendet. Bei genauerer Analyse zeigt sich aber, dass es zwischen den Begriffen große Bereiche der Überschneidung gibt. Diese Analyse sollte auch zur Grundeinigung über die Inhalte des Begriffs beitragen, da die Zugangswege zur Erhebung der Kriterien sehr unterschiedlich sind und der Fokus, was letztlich Teilhabe bzw. Teilhabebeeinträchtigung bedeutet, derzeit in der Praxis noch verschieden gesetzt wird.

Drittens wurden die Forschungsergebnisse zu Beeinträchtigungen (impairment) der Teilhabe am sozialen Leben in verschiedenen Populationen dargestellt. Diese unterschiedlichen Settings (Adressaten der Jugendhilfe, Internatsbewohner, chronisch kranke Minderjährige) ermöglichten eine Einschätzung der epidemiologischen Relevanz, bot aber auch die Chance, weiter die Begrifflichkeit und Erfassungsstandards anhand konkreter Forschungsergebnisse zu präzisieren.

Die Ergebnisse der ersten Tagung sollten die inhaltliche Vorarbeit für ein standardisiertes Erhebungs- und Diagnoseverfahren darstellen und in einem Vorschlag für ein modulares Instrument zusammengefasst werden. Dieser modulare Vorschlag wurde inhaltlich als Erhebungsleitfaden angelegt, der die Heterogenität der Praxis mit sehr unterschiedlichen Verfahren, die komplexen Anforderungen und den Konsensus der ersten Fachtagung aufnahm. Das Modul sollte die verschiedenen Bereiche mit einer möglichen Beeinträchtigung abbilden, die Beeinträchtigung in der Fremd- und Eigeneinschätzung erfragen, bzw. aufzeigen und auch eine Globaleinschätzung ermöglichen. Der modulare Aufbau sollte es ermöglichen vorhandene und eingeführte Instrumente zur Erhebung verschiedener Aspekte der Funktionsbeeinträchtigung zu integrieren. Zudem sollte eine flexible Ausgestaltung des Erhebungsprozesses, z.B. je nach Schwere des Falls, bei einer dennoch insgesamt standardisierten Vorgehensweise.

Im Rahmen der zweiten Fachtagung sollte der Vorschlag für ein Instrument diskutiert und modifiziert werden. Dieses Modul war weniger als ein Endprodukt, gleichsam neues – auch methodisch evaluiertes – Instrument gedacht, sondern als Konsensus der beteiligten Experten.

Die zweite Tagung sollte auch Implementationsmöglichkeiten für ein standardisiertes Erhebungsverfahren ergründen, Vorbehalte aufnehmen und Möglichkeiten der Praktikabilität eines solchen Instruments in der breiten Praxis analysieren. Die zweite Tagung, der Diskussionsprozess und die Ergebnisse wurden im Rahmen eines Werkauftrags inhaltlich analysiert und Rückschlüsse für eine erfolgsversprechende Implementation eines Feststellungsrasters gezogen. Aus den Anregungen beider Tagungen wurden dann im Projektteam die abschließende Expertise und der Vorschlag für einen Erhebungsleitfaden/Feststellungsraster erarbeitet.

3. International eingeführte Instrumente zur Erfassung von Aspekten der Teilhabebeeinträchtigung (ohne Lebensqualität)

Dieser Beitrag soll einen Überblick zu den gängigen internationalen Instrumenten verschaffen. Diese Instrumente wurden danach ausgewählt, ob diese in Anwendung sind und im Allgemeinen Aspekte der Teilhabebeeinträchtigung erfassen. Diese sollten in einem vertretbaren Zeitaufwand anzuwenden sein und ohne größeren Aufwand eingesetzt werden können. Es wird nicht der Anspruch erhoben alle Instrumente erfasst zu haben, jedoch stellen diese die wichtigsten Instrumente dar.

Im Anhang befindet sich eine übersichtliche Zusammenstellung aller vorgestellten Instrumente, die ein Vergleich und Gegenüberstellung erleichtert.

Nachfolgend werden folgende Instrumente beschrieben:

- 3.1. The Brief Impairment Scale (BIS)
- 3.2. HoNOSCA-I (HON)
- 3.3. The Caregiver Strain Questionnaire (CGSQ)
- 3.4. The Columbia Impairment Scale (CIS)
- 3.5. Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD)
- 3.6. Elterneinschätzungsskala (PGAS) und Jugendlichenskalen (YGAS)
- 3.7. Children's Global Assessment Scale (CGAS)
- 3.8. Global Assessment Functioning Scale (GAF)
- 3.9. Child & Adolescent Measures of Functional Status (CAFAS)

3.1. The Brief Impairment Scale (BIS)

Der Brief Impairment Scale (BIS) wurde von H.R. Bird von der Columbia University, New York, zur Erfassung allgemeiner funktionaler Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen zwischen 4 und 17 Jahren entwickelt. Die Zuverlässigkeit und die Handhabbarkeit wurden in einer grossangelegten Studie überprüft, bei welcher insgesamt 3777 Probanden miteinbezogen wurden. Generell erwies sich die BIS als sehr zuverlässiges, valides und gut anwendbares Instrument (Bird 2005).

Das Instrument wird von den Eltern ausgefüllt und bezieht sich auf das Verhalten in den letzten 12 Monaten. Der Zeitaufwand wird auf 3-5 Minuten angegeben und umfasst folgende Dimensionen:

1. Zwischenmenschliche Beziehungen
(Eltern, Geschwister, Freunde, Lehrer und andere Erwachsene)
2. Schul-/Arbeitsverhalten
(Mitarbeit, Leistung und Verantwortung)
3. Selbstfürsorge, -pflege
(Sportliche Aktivitäten, Hobbys, Selbstpflege, Freunde)

Der Fragebogen besteht aus 23 Items mit folgender Skalierung:

- 0 = kein Problem
- 1 = einige Probleme
- 2 = erhebliche Probleme
- 3 = ernsthafte Probleme.

Wie aus der Untersuchung (Brid 2005) hervorgeht, ist die „The Brief Impairment Scale“ ein gutes und schnelles Instrument zur Erfassung von allgemeinen funktionalen Beeinträchtigungen. Es ist einfach in der Handhabung und setzt kaum fachliches Vorwissen voraus. Die Auswertung ist schnell und unkompliziert durchzuführen. Einziger Nachteil ist, dass die subjektive Sichtweise des Kindes nicht erhoben wird.

3.2. HoNOSCA Interview Version (HoNOSCA-I)

Der HoNOSCA (Health of the Nation Scale) Interview Version (HoNOSCA-I) wurde in Zusammenarbeit von der Universität von Manchester, Department of Health, und The Royal College of Psychiatrists (Harrington R.C. et al.) zur Verlaufsuntersuchung mit Kindern und Jugendlichen mit psychischer Störung, 1995, entwickelt. Zudem ist eine Selbst- und Fremdeinschätzungsversion vorhanden.

In Untersuchungen (Gerralda 2000, Brann 2001, Growers et al. 2002) erwies sich das Instrument gutes und gut anwendbares Verlaufsinstrument. Das Interview kann mit den Eltern, Grosseltern, Pflegeeltern etc. sowie mit den Kindern und Jugendlichen angewendet werden. Externe Berichte von Ärzten, Schule o.ä. können miteinbezogen werden. Der Zeitaufwand wird für geübte und Fachpersonen mit ca. 5 Minuten angegeben.

Verhaltensprobleme, Beeinträchtigungen und soziale Probleme sind die Hauptdimensionen, mit folgenden Subdimensionen:

1. Dissoziales oder aggressives Verhalten
2. Probleme mit Hyperaktivität, Aufmerksamkeit oder Konzentration
3. Selbstverletzendes Verhalten
4. Alkoholprobleme / Drogenkonsum
5. Schul- oder Sprachprobleme
6. Körperliche Erkrankungen oder Störungen
7. Halluzinationen und Wahnvorstellungen
8. Psychosomatische Symptome
9. Emotionale Störungen
10. Freundeskreis
11. Selbstpflege und Unabhängigkeit
12. Familienleben und Beziehungen
13. Schulbesuch

Jede der 13 Dimensionen umfasst 12-15 Items mit folgender Skalierung:

- 0 = keine Probleme
- 1 = geringe Probleme
- 2 = leichte Probleme
- 3 = mässige Probleme
- 4 = schwerwiegende Probleme.

Das Instrument wurde zur Verlaufsuntersuchung von psychischen Störungen entwickelt, eignet sich jedoch gut zur Erfassung von Aspekten der Teilhabebeeinträchtigung. In Untersuchungen (Manderson et al. 2003, Stein 1999) konnte die Zuverlässigkeit und Handhabbarkeit nachgewiesen werden.

Es ist ein ausführliches Instrument, was sich auch im Zeitaufwand widerspiegelt. Ungeübte benötigen für das klassische Interview ca. 20 Minuten, die Auswertung dauert ca. 5 Minuten. Die erhobenen Daten sind sehr ausführlich und für die Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung nicht generell nötig, jedoch kann hier die subjektive Sichtweise miteinbezogen werden.

3.3. The Caregiver Strain Questionnaire (CGSQ)

Der Caregiver Strain Questionnaire (CGSQ) wurde von Brannan M. et al. als Selbsteinschätzungsfragebogen zur Erfassung der Auswirkungen und des Betreuungsaufwands aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr entwickelt. Für die Beurteilung werden die letzten 6 Monate herangezogen. Das Instrument eignet sich ideal zur Erhebung des Betreuungsaufwands, als für klinische Untersuchungen. (Brannan et al. 1998; Heflinger et al. 1998)

Der Fragebogen besteht aus 21 Items, die folgenden Dimensionen zugeordnet werden:

1. Zerrüttetes Familienleben und Beziehungen
2. Körperliches Wohlbefinden
3. Zeitaufwand/-beanspruchung
4. Negative psychische oder physische Auswirkung, auch auf andere Familienmitglieder
5. Finanzieller Aufwand
6. Aufopferung
7. Störung des sozialen und gemeinschaftlichen Lebens
8. Schuldgefühle und Traurigkeit
9. Ermüdungserscheinungen
10. Verlegenheit
11. Beziehung zwischen Betreuungsperson und Kind

Die Items der einzelnen Dimensionen haben folgende Skalierung:

- 1 = überhaupt nicht
- 2 = ein wenig
- 3 = etwas
- 4 = ziemlich viel
- 5 = sehr viel.

Diese Dimension können in objektive und subjektive Belastung zusammengefasst werden. Der Zeitaufwand wird mit 5 Minuten angegeben.

Zur Erfassung der Auswirkungen und des Betreuungsaufwands aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen ist dies ein sehr gutes Instrument. Es ist einfach in der Handhabung ist und setzt kaum fachliches Vorwissen voraus. Der Zeitaufwand ist sehr gering und die Auswertung sehr einfach.

3.4. The Columbia Impairment Scale (CIS):

Der Columbia Impairment Scale (CIS) wurde von Bird H.R. et al. entwickelt und ist ein Elternfragebogen zur Erfassung psychosoziale Beeinträchtigung bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 17 Jahren und umfasst folgende Dimensionen:

1. Zwischenmenschliche Beziehungen
2. Psychopathologische Dimensionen
3. Schul-/ Arbeitsverhalten
4. Freizeitverhalten

Die 13 Items der einzelnen Dimensionen sind von 0 = keine Probleme bis 4 = sehr viele Probleme skaliert. Die Auswertungsscores liegen zwischen 0 und 52. Je höher der Wert, desto höher die Beeinträchtigung.

Ab 15 oder höher wird eine klinisch relevante Beeinträchtigung angenommen. Der Zeitaufwand wird in der Literatur mit 5 Minuten angegeben.

Generell ist die CIS ein gutes und handhabbares Instrument zur Erfassung der psychosozialen Beeinträchtigung bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 17 Jahren (Bird et al. 1993). Es ist einfach in der Handhabung ist und setzt kaum fachliches Vorwissen voraus. Schnelle und unkomplizierte Auswertung. Jedoch ist diese Instrument etwas älter und vergleichbar mit der Brief Impairment Scale (BIS), welche vom selben Autor entwickelt wurde.

3.5. Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD)

Der Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD) ist zur Einschätzung Globalurteil der psychosozialen Anpassung nach Achse VI des Multi-axialen Klassifikationsschemas (MAS) für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters, zum Zeitpunkt der Störung.

Die einzelnen Achsen der MAS erfassen psychische Störungen (Achse I), umschriebene Entwicklungsstörungen (Achse II), das Intelligenzniveau (Achse III), die körperliche Symptomatik (Achse IV), die psychosoziale Belastungen im Umfeld (Achse V) und die allgemeine psychosoziale Anpassung (Achse VI).

Außer bei sehr akuten Störungsbildern sollte sie für den Zeitraum der vergangenen drei Monate beurteilt werden, wobei die Codierung das Funktionsniveau während der Krankheitsphase widerspiegeln soll. Die Codierung bezieht sich auf Beeinträchtigungen, die als direkte Folge der psychiatrischen Erkrankung aufgetreten sind.

Die Achse VI erfasst Globalurteil zur psychosozialen Anpassung. Diese operationalisieren das Funktionsniveau neunstufiger in folgenden fünf Lebensbereichen:

1. in der Familie (operationalisiert durch den Beitrag zum Funktionieren der Familie)
2. bezüglich schulischer Leistungen (operationalisiert durch den Leistungsstand und den hierfür nötigen Arbeitsaufwand)
3. bezüglich der Beziehungen zu Gleichaltrigen (operationalisiert durch die Anzahl und Enge von Freundschaften sowie die Position im Freundeskreis)
4. bezüglich des Freizeitverhaltens (operationalisiert durch die Vielzahl der Interessen und die Intensität der Ausübung)
5. bezüglich der Selbständigkeit (operationalisiert durch exemplarische Alltags-Aufgaben, die nach Altersstufen formuliert sind).

Aufgrund der Orientierung der Operationalisierung, erscheint es angemessener nicht von psychosozialem Funktionsniveau oder Anpassung, sondern von psychosozialen Kompetenzen zu sprechen.

Die Skalen reichen von:

- 0 = Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten
- 1 = Mäßige soziale Funktion
- 2 = Leichte soziale Beeinträchtigung
- 3 = Mäßige soziale Beeinträchtigung
- 4 = Deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen

- 5 = Ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung
- 6 = Funktionsunfähigkeit in den meisten Bereichen
- 7 = Braucht beträchtliche Betreuung
- 8 = Braucht beständige Betreuung (24-Std.-Versorgung)

Mit GAPD ist die Erfassung der psychosozialen Anpassung, im Bezug auf eine psychische Störung, schnell und unkompliziert möglich. Die Auswertung geht schnell, setzt aber Fachwissen und klinische Erfahrung voraus. In Untersuchungen (Dyrborg et al. 2000) konnte auf die Zuverlässigkeit hingewiesen werden.

3.6. Elterneinschätzungsskala (PGAS) und Jugendlichenskala (YGAS)

Eltern- und Jugendlicheinschätzungsskala (PGAS) und (YGAS) wurde von Fegert J.M., zur Beurteilung, wie das Kind oder der Jugendliche in der Familie, in der Schule und mit Gleichaltrigen zurechtkommt entwickelt.

Dazu sind sechs Bewertungsmöglichkeiten möglich, die die Stärke des Ausmasses erfassen.

1. kommt auf allen Gebieten (Familie, Schule, mit Gleichaltrigen etc.) sehr gut bzw. gut zurecht.
2. nicht mehr als leichte Funktionsbeeinträchtigungen entweder zu Hause oder in der Schule oder mit Gleichaltrigen
3. hat Schwierigkeiten auf einem Gebiet
4. hat unterschiedliche Schwierigkeiten z.B. zu Hause und in der Schule und/oder auch mit Gleichaltrigen
5. kommt in den meisten Bereichen weniger gut zurecht oder er/sie zeigt eine schwere Beeinträchtigung in einem Gebiet
6. noch stärker beeinträchtigt

Die PGAS und YGAS sind gute und handhabbare Instrumente zur Erfassung der psychosozialen Anpassung, im Bezug auf eine psychische Störung. Sie sind vergleichbar mit der 5. Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD). Die Anwendung sollte durch Fachpersonen gewährleistet sein, die Auswertung geht schnell, setzt aber Fachwissen und klinische Erfahrung voraus.

3.7. Children's Global Assessment Scale (CGAS)

Der Children's Global Assessment Scale (CGAS) ist eine Bewertungsskala zur Beurteilung des allgemeinen Zurechtkommens über einen bestimmten Zeitraum hinweg bei einem Kontinuum von psychologischer oder psychiatrischer Krankheit bis zu Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 16 Jahren, im Sinne der ICD-10 Achse VI. Für die Bewertung wird der Zeitraum des letzten Monats herangezogen.

Die Skalen reichen von:

- 100 – 91 (ICD-10 = 0) Hervorragende Funktion
- 90 – 81 (ICD-10 = 0) Gute Funktionsfähigkeit
- 80 – 71 (ICD-10 = 1) Leichte Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit
- 70 – 61 (ICD-10 = 2) Leichte Schwierigkeiten auf einem Gebiet
- 60 – 51 (ICD-10 = 3) Wechselnde Funktionsfähigkeit
- 50 – 41 (ICD-10 = 4) Mäßige Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit
- 40 – 31 (ICD-10 = 5) Erhebliche Funktionsbeeinträchtigung
- 30 – 21 (ICD-10 = 6) Funktionsbeeinträchtigung in fast allen Bereichen
- 20 – 11 (ICD-10 = 7) Benötigt erhebliche Beaufsichtigung
- 10 – 1 (ICD-10 = 8) Benötigt ständige Beaufsichtigung
(24-Stunden-Pflege)

Mit CGAS ist die Erfassung der psychosozialen Anpassung, im Bezug auf eine psychische Störung, schnell und unkompliziert möglich. Die Auswertung geht schnell, setzt aber Fachwissen und klinische Erfahrung voraus.

3.8. Global Assessment Functioning Scale (GAF)

Der Global Assessment Functioning Scale (GAF), die Achse V des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV), dient zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus auf psychischer, physischer und beruflicher Ebene. Die Beurteilung sollte sich auf den aktuellen Zeitraum beziehen; in jedem Fall jedoch Angabe des Zeitraumes angeben. Skala zwischen 1 und 100.

- 100 – 91 Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten, Schwierigkeiten im Leben scheinen nie ausser Kontrolle zu geraten, wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt, keine Symptome.
- 90 – 81 Keine oder nur minimale Symptome, gute Leistungsfähigkeit, interessiert und eingebunden in breites Aktivitätsspektrum, sozial effektives Verhalten, im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen

- 80 – 71 Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren; höchstens leichte Beeinträchtigungen der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
- 70 – 61 Einige leichte Symptome ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit, aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen
- 60 – 51 Mäßig ausgeprägte Symptome ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
- 50 – 41 Ernste Symptome ODER eine ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
- 40 – 31 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation ODER starke Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung
- 30 – 21 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
- 20 – 11 Selbst- und Fremdgefährdung ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation
- 10 – 1 Ständige Gefahr sich oder andere schwer zu verletzen ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht
- 0 Unzureichende Informationen

Mit GAF ist die Erfassung der allgemeinen Funktionsniveaus auf psychischer, physischer und beruflicher Ebene, im Bezug einer psychischen Störung, schnell und unkompliziert möglich. Sie setzt jedoch Fachwissen und klinische Erfahrung voraus. Die Auswertung ist einfach und schnell möglich.

3.9. Child & Adolescent Measures of Functional Scale (CAFAS)

Der Child & Adolescent Measures of Functional Scale (CAFAS) wurde von K. Hodges entwickelt und wird zur Erfassung des Beeinträchtigungsniveaus bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 – 17 Jahren aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen verwendet. Berücksichtigt werden die letzten 3 Monate.

Der Fragebogen besteht aus 315 Items mit einer mehrdimensionalen Skalierung, die zu folgenden Dimensionen zugeordnet werden:

1. Schule
2. Familie
3. Verhalten gegenüber anderen
4. Stimmung/Emotionen
5. Selbstverletzendes Verhalten
6. Drogenkonsum
7. Denkstörungen
8. Material Needs
9. Familiärer / sozialer Rückhalt

Der Zeitaufwand wird in der Literatur mit 10 – 30 Minuten angegeben.

Die CAFAS ist als Interview zur Erfassung Beeinträchtigungsniveaus bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 – 17 Jahren aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen einsetzbar. Über die Zuverlässigkeit und Handhabbarkeit wurden unterschiedliche Untersuchungen durchgeführt (Hodges 1990, 1994, Summerfelt 1995, Kinney 1996), die sehr viel versprechend klingen. Jedoch ist der Zeitaufwand für die Bearbeitungszeit und Auswertung im Vergleich mit anderen Instrumenten etwas größer, jedoch ist der Informationsgehalt dementsprechend reichhaltiger. Dieses Instrument setzt Fachwissen und ein entsprechendes Training voraus.

Literaturliste:

- American Psychiatric Association (1994) Multiaxial Assessment. In: American Psychiatric Association (1994) DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, Washington DC, pp 25–35
- American Psychiatric Association (2002) Multiaxial assessment. In: American Psychiatric Association DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, Washington DC
- Bird HR, Canino G, Davies M, Ramírez R, Chávez L, Duarte C, & Shen S. (2005). The Brief Impairment Scale (BIS): A Multidimensional Scale of Functional Impairment for Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 44(7): 699-707.
- Bird, H.R., Andrews, H., Schwab-Stone, M., Goodman, S., Dulcan, M., Richters, J., Rubio-Stipec, M., Moore, R.E., Chiang, P.H., Hoven, C., Canino, G., Fisher, P., & Gould, M.S. (1996). Global measures of impairment for epidemiologic and clinical use with children and adolescents. *International Journal of Psychiatric Research* 6, 295-307.
- Bird, H.R., Shaffer, D., Fisher, P.W., Gould, M.S., Staghezza, B., Chen, J.Y., & Hoven, C. (1993). The Columbia impairment scale (CIS): Pilot findings on a measure of global impairment for children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 3, 167-176.
- Bird, H.R., Yager, T.J., Staghezza, B., Gould, M.S., Canino, G., & Rubio-Stipec, M. (1990). Impairment in the epidemiological measurement of childhood psychopathology in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29 29, 796-803.
- Bird, H.R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M.S., Ribera, J., Sesman, M., Woodbury, M., Huertas-Goldman, S., Pagan, A., Sanchez-Lacay, A., & Moscoco, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico: The use of combined measures. *Archives of General Psychiatry* 45 45, 1120-1126.
- Bird, H.R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., & Ribera, J.C. (1987). Further measures of the psychometric properties of the Children's Global Assessment Scale. *Archives of General Psychiatry* 44 44, 821-824.
- Blackman M, Eustace J, Chowdhury T (1991) Adolescent residential treatment: a one to three year follow-up. *Can J Psychiatry* 36:472–479
- Botteron KN, Vannier MW, Geller B, Todd RD, Lee BC (1995) Preliminary study of magnetic resonance imaging characteristics in 8- to 16-year-olds with mania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:742–749
- Brann, P., Coleman, G., & Luk, E. (2001). Routine outcome in a child and adolescent mental health service: an evaluation of HoNOSCA. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 370-376.
- Brannan, A.M., Heflinger, C.A., and Bickman, L.: The Caregiver Strain Questionnaire: Measuring the Impact on the Family of Living with a Child with Serious Emotional Problems. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 5(4):212-222, Winter 1997.
- Brannan, A.M., Heflinger, C.A., and Foster, E.M.: The Role of Caregiver Strain and Other Family Variables in Determining Children's Use of Mental Health Services. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 11(2):78-92, Summer 2003.

- Fegert, J.M., Schrappner, C. (Hrsg.) (2004). Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Juventa, Weinheim
- Gerralda, M.E., & Yates, P. (2000). Commentary: HoNOSCA: Uses and Limitations. *Child Psychology and Psychiatry*, 5(3), 131-132.
- Häßler, F., Fegert, J.M. (2004). Geistige Behinderung und seelische Gesundheit. Schattauer, Stuttgart - New York
- Ferdinand RF, Stijnen T, Verhulst FC, Van der RM (1999) Associations between behavioural and emotional problems in adolescence and maladjustment in young adulthood. *J Adolesc* 22: 123–136
- Fombonne E (1994) The Chartres Study: I. Prevalence of psychiatric disorders among French school-age children. *Br J Psychiatry* 164:69–79
- Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (VI. Achse). Eigen- und Fremdeinschätzungsfragebögen. Eigenverlag Bonn 1999
- Gold J, Shera D, Clarkson B Jr. (1993) Private psychiatric hospitalization of children: predictors of length of stay. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 135–143
- Goldman HH, Skodol AE, Lave TR (1992) Reversing Axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry* 149:1148–1156
- Goodman, S.H., Hoven, C.W., Narrow, W.E., Cohen, P., Fielding, B., Alegria, M., Leaf, P.J., Kandel, D., Horwitz, S.M., Bravo, M., Moore, R., & Dulcan, M.K. (1998). Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiologic community survey: the NIMH Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33 33, 162-173.
- Goodman R, Scott S (1997) Classification. In: Goodman R, Scott S (1997) *Child psychiatry*. Blackwell Science Ltd, Oxford pp 22–29
- Gourzis P, Katrivanou A, Beratis S (2002) Symptomatology of the initial prodromal phase in schizophrenia. *Schizophr Bull* 28:415–429
- Gowers SG, Harrington RC, Whitton A, Beevor A, Lelliott P (1999) HoNOSCA Health of The Nation Outcome Scale for Children and Adolescents. *Br J Psychiatry* 36:428–431
- Grøholt B, Sommerschild H, Garløv I (2001) Klassifikasjon. In: Grøholt B, Sommerschild H, Garløv I 3rd edn *Lærebok i barnepsykiatri*. Universitetsforlaget, Oslo pp 108–110
- Guze, S.B., Goodwin, D.W., & Crane, J.B. (1969). Criminality and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry* 20 20, 583-591.
- Harwood, R.L., Miller, J.G., & Lucca Irizarry, N. (1995). *Culture and Attachment: Perceptions of the child in context*. Guilford: New York.
- Hatfield B, Spurrell M, Perry A (2000) Emergency referrals to an acute psychiatric service: demographic, social and clinical characteristics and comparisons with those receiving continuing services. *J Ment Health UK* 9: 305–317
- Health of the Nation Outcomes Scales Interview, Child and Adolescent Mental Health Interview Version 1.3 of August 1999 (HoNOSCA-I) by Richard Harrington. Adapted from the clinical version developed by S.G. Gowers, R.C. Harrington, A. Whitton, A.S. Beevor, P. Lelliott, R. Jezzard and J. Wing (*Br J Psychiatry*, 1999, vol 174, pp 413-416 & pp 428-431).
- Herjanic, B. & Campbell, W. (1977). Differentiating psychiatrically disturbed children on the basis of a structured interview. *Journal of Abnormal Child Psychology* 5, 127-134.

- Herjanic, B., Herjanic, M., Brown, F., & Wheatt, T. (1975). Are children reliable reporters? *Journal of Abnormal Child Psychology* 3, 41-48.
- Hodges, K., Bickman, L., Kurtz, S., & Reiter, M. (1992). A multidimensional measure of the level of functioning for children and adolescents. In *A System of Care for Children's Mental Health* (ed. A. Algarin and R.M. Friedman), pp. University of South Florida:Tampa, FL.
- Hodges, K. & Cheong-Seok, K. (2000). Psychometric study of the child and adolescent functional assessment scale: Prediction of contact with the law and poor school attendance. *Journal of Abnormal Child Psychology* 28 28, 287-297.
- Hodges, K., Doucette-Gates, A., & Liao, Q. (1999). The relationship between the Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS) and indicators of functioning. *Journal of Child and Family Studies* 8, 109-122.
- Hodges, K. & Wong, M. (1997a). Use of the Child and Adolescent Functional Assessment Scale to predict service utilization and cost. *Journal of Child and Family Studies* 5, 445-467.
- Hodges, K. & Wong, M.M. (1996). Psychometric characteristics of a multidimensional measure to assess impairment: The Child and Adolescent Functional Assessment Scale. *Journal of Child and Family Studies* 5, 445-467.
- Hodges, K. & Wong, M.M. (1997b). Use of the child and adolescent functional assessment scale to predict service utilization and cost. *Journal of Mental Health Administration* 24 24, 278-290.
- Hodges, K., Wong, M.M., & Latessa, M. (1998). Use of the child and adolescent functional assessment scale (CAFAS) as an outcome measure in clinical settings. *Journal of Behavioral Health Services and Research* 25 25, 325-336.
- Holcomb WR, Otto RL (1988) Concurrent validity of the Global Assessment Scale:What's in a number? *Psychol Rep* 62:279-282
- Hösch, I. (1994). Erprobung der Mannheimer Beurteilungsskala des Funktionsniveaus bei Kindern. Dissertation, Universität Heidelberg.
- Jaselskis CA, Cook EH Jr, Fletcher KE, Leventhal BL (1992) Clonidine treatment of hyperactive and impulsive children with autistic disorder. *J Clin Psychopharmacol* 12:322-327
- Kjelsberg E (1999) A long-term followup study of adolescent psychiatric inpatients. Part III. Predictors of disability. *Acta Psychiatr Scand* 99:243-46
- Kjelsberg E (1999) A long-term followup study of adolescent psychiatric inpatients. Part IV. Predictors of a nonnegative outcome.*Acta Psychiatr Scand* 99:247-251
- Kinney, Judith Sottile (1996). Evaluating the psychometric properties of the Child and Adolescent Functional Assessment Scale for youth with a psychiatric diagnosis *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* . 57(6-B), 3651.
- Kuhlman T,Bernstein M,Kloss J, Sincaban V,Harris L (1991) A team format for the Global Assessment Scale: reliability and validity on an inpatient unit. *J Personality Assess* 56:335-347
- Manderson, J., & McCune , N. (2003). The use of HoNOSCA in a child and adolescent mental health service. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 20(2), 52-55.
- Marsteinsdottir I, Furmark T, Tillfors M,Fredrikson M,Ekselius L (2001) Personality traits in social phobia.*Eur Psychiatry* 16:143-150

- Masi G, Cosenza A, Mucci M, Brovedani P (2001) Open trial of risperidone in 24 young children with pervasive developmental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:1206–1214
- Masi G, Cosenza A, Mucci M, De Vito G (2001) Risperidone monotherapy in preschool children with pervasive developmental disorders. *J Child Neurol* 16:395–400
- Masi G, Milone A (1998) Clozapine treatment in an adolescent with bipolar disorder. *Panminerva Medica* 40: 254–257
- Masi G, Mucci M, Favilla L, Millepiedi S (2001) Anxiety comorbidity in referred children and adolescents with dysthymic disorder. *Psychopathology* 34: 253–258
- Muratori F, Picchi L, Bruni G, Patarnello M, Romagnoli G (2003) A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42:331–339
- Nunes EV, Weissman MM, Goldstein R, McAvay G, Beckford C, Seracini A, Verdelli H, Wickramaratne P (2000) Psychiatric disorders and impairment in the children of opiate addicts: prevalences and distribution by ethnicity. *Am J Addict* 9:232–241
- Nunes EV, Weissman MM, Goldstein RB, McAvay G, Seracini AM, Verdelli H, Wickramaratne PJ (1998) Psychopathology in children of parents with opiate dependence and/or major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:1142–1151
- Rund BR (1994) The relationship between psychosocial and cognitive functioning in schizophrenic patients and expressed emotion and communication deviance in their parents. *Acta Psychiatr Scand* 90:133–140
- Rutter M (1994) Classification: Conceptual Issues and Substantive Findings. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (1994) 3rd edn *Child and adolescent psychiatry. Modern approaches*. Blackwell Scientific Publications, Oxford pp 3–21
- Rutter M, Tuma A (1988) Diagnosis and Classification: Some Outstanding Issues. In: Rutter M, Tuma A, Lann IS (1988) *Assessment and diagnosis in child psychopathology*. David Fulton Publishers Limited, London pp 437–464
- Settertobulte, W. & P., K. (1997). Gender-specific factors in the utilization of medical services during adolescence. *Journal of Adolescence* 20 20, 121-132.
- Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, Aluwahlia S (1983) A children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 40:1228–1231
- Skodol AE, Link BG, Shrout PE, Horwarth E (1988) The revision of Axis V in DSM-III-R: should symptoms have been included? *Am J Psychiatry* 145: 825–829
- Smith C, Thienemann M, Steiner H (1992) Defense style and adaptation in adolescents with depressions and eating disorders. *Acta Paedopsychiatr* 55: 185–186
- Sorensen JL, Hargreaves WA, Friedlander S (1982) Child global rating scales: selecting a measure of client functioning in a large mental health system. *Evaluation and Program Planning* 5:337–347
- Sorensen JL, Hargreaves WA, Friedlander S (1984) Choosing a Global Assessment Scale to describe the functioning of children. *Arch Gen Psychiatry* 41:1186–1186
- Stanger, C. & Lewis, M. (1993). Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology* 22 22, 107-115.
- Stein, G.S. (1999). Usefulness of the Health of the Nation Outcome Scales - Editorial. *British Journal of Psychiatry*, 174, 375-377.
- Steinhausen HC (1987) Global Assessment of Child Psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26: 203–206

- Steinhausen HC, Metzke CW (2001) Global measures of impairment in children and adolescents: results from a Swiss community survey. *Aust N Z J Psychiatry* 35:282–286
- Summerfelt, William Thomas (1995). Examination of the validity of the child and adolescent functional assessment scale. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 56(1-B), 0562.
- Wing, J.K. (1974). *Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Oxford University Press:Oxford.
- World Health Organization (1988) *WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a guide to its use*. World Health Organization, Geneva 123.
- World Health Organization (1996) *Axis Six Global Assessment of Psychosocial Disability*. In: *World Health Organization (1996) Multi-axial classification of child and adolescent psychiatric disorders: the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders in children and adolescents*. Cambridge University Press, Cambridge pp 271–272
- Yates BT, Fullerton CS, Goodrich W, Heinssen RK, Friedman RS, Butler VL, Hoover SW (1989) Grandparent deaths and severe maternal reaction in the etiology of adolescent psychopathology. *J Nerv Ment Dis* 177: 675–680
- Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs (1994) *Diagnostic Classification: 0–3. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. Zero to Three/ National Center for Clinical Infant Programs, Arlington
- Zuddas A, Di Martino A, Muglia P, Cianchetti C (2000) Long-term risperidone for pervasive developmental disorder: efficacy, tolerability, and discontinuation. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 10:79–90
- Zuddas A, Di Martino A, Muglia P, Cianchetti C (2000) Long-term risperidone for pervasive developmental disorder: efficacy, tolerability, and discontinuation. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 10:79–90

	Brief Impairment Scale (BIS)	HoNOSCA-I (HON)	Caregiver Strain Questionnaire (CGSQ)
Dimensionen	1. Zwischenmenschliche Beziehungen 2. Schul-/Arbeitsverhalten 3. Selbstfürsorge, -pflege	1. Dissoziales oder aggressives Verhalten 2. Probleme mit Hyperaktivität 3. Aufmerksamkeit oder Konzentration 4. Selbstverletzendes Verhalten 5. Alkoholprobleme / Drogenkonsum 6. Schul- oder Sprachprobleme 7. Körperliche Erkrankungen oder Störungen 8. Halluzinationen und Wahnvorstellungen 9. Psychosomatische Symptome 10. Emotionale Störungen 11. Freundeskreis 12. Selbstpflege und Unabhängigkeit 13. Familienleben und Beziehungen 14. Schulbesuch	1. Zerrüttetes Familienleben und Beziehungen 2. Körperliches Wohlbefinden 3. Zeitaufwand/-beanspruchung 4. Negative psy. oder phy. Auswirkung 5. Finanzieller Aufwand 6. Aufopferung 7. Störung des sozialen und gemeinschaftlichen Lebens 8. Schuldgefühle und Traurigkeit 9. Ermüdungserscheinungen 10. Verlegenheit 11. Beziehung zwischen Betreuungsperson und Kind
Skalierung	0 – keine Probleme 1 – einige Probleme 2 – erhebliche Probleme 3 – ernsthafte Probleme 7 – keine Antwort 8 – nicht zutreffend 9 – weiß nicht	0 – keine Probleme 1 – geringe Probleme 2 – leichte Probleme 3 – mässige Probleme 4 – schwerwiegende Probleme	1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – etwas 4 – ziemlich viel 5 – sehr viel
Items	24	Ca. 130	21
Informant(en)	Eltern	Eltern, Jugendliche, Drittpersonen	Eltern
Zeit	3-5 Minuten	ca. 5 Minuten	5 Minuten
Alter	4-17	7-17	0-18
Bemessgs.-zeitraum	letztes 12 Monate	letzten 12 Monaten und Verlauf	letzten 6 Monaten

	Columbia Impairment Scale (CIS)	Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD)	Elterneinschätzungsskala (PGAS) und Jugendlichenskala (YGAS)
Dimensionen	1. Zwischenmenschliche Beziehungen 2. Psychopathologische Dimensionen 3. Schul-/ Arbeitsverhalten 4. Freizeitverhalten	1. in der Familie 2. bezüglich schulischer Leistungen 3. bezüglich der Beziehungen zu Gleichaltrigen 4. bezüglich des Freizeitverhaltens 5. bezüglich der Selbständigkeit	1. in der Familie 2. bezüglich schulischer Leistungen 3. bezüglich der Beziehungen zu Gleichaltrigen 4. bezüglich des Freizeitverhaltens 5. bezüglich der Selbständigkeit
Skalierung	0 – keine Probleme bis 4 – sehr viele Probleme	0 - Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten 1 - Mäßige soziale Funktion 2 - Leichte soziale Beeinträchtigung 3 - Mäßige soziale Beeinträchtigung 4 - Deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen 5 - Ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung 6 - Funktionsunfähigkeit in den meisten Bereichen 7 - braucht beträchtliche Betreuung 8 - braucht beständige Betreuung (24-Std. Versorgung)	1. kommt auf allen Gebieten (Familie, Schule, mit Gleichaltrigen etc.) sehr gut bzw. gut zurecht. 2. nicht mehr als leichte Funktionsbeeinträchtigungen entweder zu Hause oder in der Schule oder mit Gleichaltrigen 3. hat Schwierigkeiten auf einem Gebiet 4. hat unterschiedliche Schwierigkeiten z.B. zu Hause und in der Schule und/oder auch mit Gleichaltrigen 5. kommt in den meisten Bereichen weniger gut zurecht oder er/sie zeigt eine schwere Beeinträchtigung in einem Gebiet 6. noch stärker beeinträchtigt
Items	13	-	-
Informant(en)	Eltern	Kinder, Jugendliche, Eltern	Eltern, Jugendliche
Zeit	5 Minuten	5 Minuten	5 Minuten
Alter	5-17	0-18	4-16
Bemessgs.-zeitraum	keine spezifischen Angaben	vergangene 3 Monate	letztes Monat

	Children's Global Assessment Scale (CGAS)	Global Assessment Functioning Scale (GAF)	Child & Adolescent Measures of Functional Scale (CAFAS)
Dimensionen	Allgemeines Funktionsniveau	Globale Erfassung der Funktionsniveaus	1. Schule 2. Familie 3. Verhalten gegenüber anderen Stimmung/Emotionen 4. Selbstverletzendes Verhalten 5. Drogenkonsum 6. Denkstörungen 7. Material Needs 8. Familiärer/sozialer Rückhalt
Skalierung	100- 91 (ICD-10 = 0) Hervorragende Funktion 90- 81 (ICD-10 = 0) Gute Funktionsfähigkeit 80- 71 (ICD-10 = 1) Leichte Beeinträchtigung 70- 61 (ICD-10 = 2) Leichte Schwierigkeiten auf einem Gebiet 60- 51 (ICD-10 = 3) Wechselnde Funktionsfähigkeit 50- 41 (ICD-10 = 4) Mäßige Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit 40- 31 (ICD-10 = 5) Erhebliche Funktionsbeeinträchtigung 30- 21 (ICD-10 = 6) Funktionsunfähigkeit in fast allen Bereichen 20- 11 (ICD-10 = 7) Benötigt erhebliche Beaufsichtigung 10 - 1 (ICD-10 = 8) Benötigt ständige Beaufsichtigung (24-h-Pflege)	100- 91 Hervorragende Leistungsfähigkeit 90- 81 Gute Leistungsfähigkeit 80- 71 Leichte Beeinträchtigungen 70- 61 Leichte Schwierigkeiten 60- 51 Ausgeprägte Schwierigkeiten 50- 41 Ernste Beeinträchtigung 40- 31 Starke Beeinträchtigungen 30- 21 Ernsthafte Beeinträchtigungen 20- 11 Grobe Beeinträchtigung 10- 1 Anhaltende Unfähigkeit 0 Unzureichende Informationen	Mehrdimensional
Items	-	-	315
Informant(en)	Eltern, Jugendliche, Drittpersonen	Kinder, Jugendliche, Eltern	Clinician rating or parent Interview
Zeit	5 Minuten	5 Minuten	10 - 30 Minuten
Alter	4-16	Keine Altersbegrenzung	7-17
Bemessgs.-zeitraum	letzten Monat	keine spezifischen Angaben	keine spezifischen Angaben

4. Erste Fachtagung am 6. und 7. Dezember 2005

Ziel:

Einführung in die Thematik und Übersicht über den internationalen Forschungsstand und Stand der deutschen Fachdebatte.

4.1. Teilnehmer

Eingeladen waren Vertreter aus übergeordneten Instanzen der Jugendhilfe (Landesjugendämter, Landesärzte, Fachreferate der Ministerien), aus einem Jugendamt, aus der Verwaltungsgerichtsbarkeit, aus der Disziplin der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Pädiatrie und Rehabilitationsmedizin, aus der Wissenschaft (Medizin, Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik) und dem Bereich Pflege.

Nicht alle angefragten Teilnehmer konnten zusagen, da eine Einladung aufgrund der Finanzierungsfreigabe nur sehr kurzfristig ausgesprochen werden konnte.

Teilnehmer waren:

Frau Prof. Dr. Denner,

Fachhochschule Dortmund, FB Soziales

Frau Dr. Elben (II),

Universität Ulm

Frau Eisenschink (I),

Universität Ulm

Frau Freimuth (I),

Universität Ulm

Herr PD Dr. Goldbeck,

Universität Ulm

Herr Prof. Dr. Haas (II),

Kommunalverband für Jugend u. Soziales Baden-Württemberg

Herr Goller-Martin,

Landratsamt Ravensburg, Jugendamt

Herr Gutemann,

Landratsamt Ravensburg, Jugendamt

Herr Hillmeier,

Bayrisches Landesjugendamt, München

Herr Dr. Hoppe,

Verwaltungsgericht, Sigmaringen

Herr Dr. Jungmann (II),

Klinikum am Weissenhof, Weinsberg

Herr PD Dr. Keller,

Universität Ulm

Frau Köhler,

Kommunalverband für Jugend u. Soziales Baden-Württemberg

Frau Lutz,

Universität Ulm

Frau Peleikis,
 Universität Ulm

Frau Porr,
 Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Mainz

Herr Dr. Rank,
 CJD Asthmazentrum, Berchtesgaden

Frau Steffen,
 Universität Ulm

Herr Sailer,
 Universität Ulm

Frau Prof. Dr. Schepker (I),
 Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Ravensburg

Herr Schmid,
 Universität Ulm

Herr Dr. Tetzner,
 Institut für Sozialpädagogik, Universität Lüneburg

Herr Weissinger,
 Universität Ulm

Frau Prof. Dr. Wolff,
 Fachhochschule, Landshut

Frau Zander,
 Universität Ulm

Frau PD Dr. Ziegenhain,
 Universität Ulm

Projektverantwortliche: Prof. Dr. Fegert, Herr Dr. Kölch, Herr Dr. Gutschner
 Transkriptionssekretärin: Frau Gürmtke

(I)= Anwesenheit nur 1. Tag; (II)= Anwesenheit nur 2. Tag.

4.2. Methodik

Methodisch wurde folgender Zugang gewählt: anhand eines Praxisbeispiels sollte die derzeitige Praxis des Feststellungsverfahrens einer Teilhabebeeinträchtigung interdisziplinär (Jugendhilfe, Medizin, Recht) erhoben werden. Diese Praxis auf die Defizite und Desiderate der Substantiierung der Begrifflichkeit überprüfend, sollten aktuelle Lösungsansätze aus der Disziplin der Jugendhilfe heraus analysiert werden. Diese sollten mit internationalen Lösungsversuchen auf wissenschaftlich-methodischer Ebene (Erfassungsinstrumente, methodische Anforderungen an Instrumente, epidemiologische Ergebnisse zu psychischer Störung und Jugendhilfe) verglichen werden und Anknüpfungspunkte, Überschneidungen, aber auch Differenzen und Inkompatibilitäten erfasst werden.

Aktuelle Forschungsergebnisse zur Teilhabebeeinträchtigung und dem sozialen Funktionsniveau und Forschungsfeldern wie Lebensqualität und

Selbstpflege wurden in die Fachtagung einbezogen, um in einem möglichst breit angelegten interdisziplinären Diskurs eine Ausgangslage zur Entwicklung eines Instrumentariums zur standardisierten Erfassung von Teilhabe und deren Beeinträchtigung zu erhalten.

Im Anschluss an die einzelnen Fachreferate wurden Diskussionen eingeplant, um die Inhalte und Ergebnisse der Referate zu der in der Tagung im Mittelpunkt stehenden Fragestellung ausführlich diskutieren zu können. Ziel war auch, sich prozesshaft einer konsensuellen Definition über die, dem Begriff Teilhabebeeinträchtigung immanente Aspekte zu einigen und einen Konsens zu den, für eine Standardisierung des Prozesses der Einschätzung von Funktions- und Teilhabebeeinträchtigung notwendigen Elemente zu finden. Diese Einigung sollte die Ausgangsbasis bilden für die Entwicklung eines Instruments zur standardisierten Erhebung entsprechend dem zweiten Teil der Norm.

4.3. Inhalte:

In der zweitägigen Tagung wurde der Einstieg in die Thematik aus der Praxis heraus vorgenommen. Anhand eines praktischen Falls wurde der Begriff der Teilhabebeeinträchtigung aus drei Blickwinkeln beleuchtet: aus der Sicht eines zuständigen Jugendamtes (Herr Goller-Martin), das den Ausschlag eines sehr gründlichen Verfahrens bei einem Mädchen mit Legasthenie zur Ermittlung der Tatbestände gab. Aus Sicht des Gutachters (Dr. Kölch) und aus verwaltungsrechtlicher Sicht (Herr Hoppe). Der Fall gelangte bundesweit Relevanz, da das Urteil den Aspekt der Teilhabebeeinträchtigung im Rahmen des Verfahrens nach §35a KJHG hinsichtlich der subjektiv empfundenen und objektiv festzustellenden Beeinträchtigung differenzierte und die Teilhabebeeinträchtigung und weniger den ersten Schritt der Norm, die Diagnose in dem Mittelpunkt stellte. In dem Verfahren wurde auf die verschiedenen Ebenen der Entscheidungsfindung im Rahmen des §35a Verfahrens fokussiert. Das Jugendamt hatte Zweifel, ob hier eine Teilhabebeeinträchtigung vorlag. Der erste Teil der Norm, die Diagnose, war nie in Zweifel gezogen worden. Im Zusammenhang mit der Bedarfsfeststellung kam es zu einem verwaltungsgerichtlichen Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in Sigmaringen, welches ein fachärztliches, kinder- und jugendpsychiatrisches Gutachten zu einer komplexen Fragestellung einforderte. Fragen waren unter anderem die aktuelle Teilhabebeeinträchtigung, das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung – auch retrospektiv betrachtet - sowie eine Prognoseeinschätzung. Dieses Gutachten wurde in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm erstellt. Im Gutachten wurde berücksichtigt, welche Auswirkung diese Diagnose hat, und damit Bezug genommen auf den zweiten Teil der Norm, die aus einer Störung resultierende Teilhabebeeinträchtigung.

Herr Hillmeier (Bayerisches Landesjugendamt) formulierte einen Anforderungskatalog an ein zu schaffendes Instrument zur Erhebung der Teilhabebeeinträchtigung. Dabei betonte er auch entwicklungsabhängige Variablen, verschiedene Bereiche, in denen Teilhabe stattfinden kann und den Aspekt der notwendigen Standardisierung. Herr Hillmeier betonte auch, dass trotz des Anspruchs der möglichst umfassenden Erfassung und standardisierten Vorgehensweise, die Praktikabilität eines solchen Instruments bedacht werden müsste, da die Fälle in ihrem Aufwand sehr heterogen seien. Deshalb müsste auch der (zeit)ökonomische Aspekt bedacht werden, d.h. nicht jeder Fall könnte mit der gleichen Ausführlichkeit behandelt werden, da hier ansonsten – etwa bei leichten Fällen – Ressourcen innerhalb der Jugendämter bei der Feststellung vergeudet würden.

Aus Sicht der Pflegewissenschaft (Herr Sailer und Frau Eisenschink), die sich in den letzten Jahren verstärkt mit einem dem Begriff Teilhabe vergleichbaren Begriff und theoretischen Konstrukt, dem der Selbstpflege, beschäftigt, wurde die Selbstpflege-Defizit-Theorie vorgestellt, die vom Funktionsbegriff, den die International Classification of Functioning (ICF) der WHO vorgibt ausgeht. Die Pflege hat Konzepte entwickelt, um die Selbstständigkeit zu fördern und Teilhabe des Patienten wieder zu ermöglichen. Die Selbstpflegetheorie setzt sich mit Möglichkeiten der verstärkten Partizipation des Patienten am Genesungsprozess und eine verstärkte Einbeziehung des Patienten in seine Versorgung auseinander. Ziel ist dabei, die Selbstpflegekompetenzen zu erhöhen, um damit eine bessere Transmission des Genesungserfolgs in den Alltag des Patienten zu gewährleisten, da Forschungsergebnisse gezeigt haben, dass eine erhöhte Partizipation des Patienten den dauerhaften Heilungserfolg besser sichert. Das Konzept der ICF der WHO kennt in diesem Zusammenhang die Begriffe der „hindrances“ und „facilitators“, also Hinderungsfaktoren/Barrieren und Erleichterungsfaktoren/positive Faktoren, die das Funktionsniveau eines Menschen beeinflussen.

„Die ICF hat zwei Teile mit je zwei Komponenten:

Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung

- (a) Körperfunktionen und -strukturen
- (b) Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Teil 2: Kontextfaktoren

- (c) Umweltfaktoren
- (d) Personbezogene Faktoren
 - Jede Komponente kann in positiven oder negativen Begriffen ausgedrückt werden.
 - Jede Komponente besteht aus verschiedenen Domänen und, innerhalb jeder Domäne, aus Kategorien, welche die Einheiten der Klassifikation bilden.“

Aus: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Stand Oktober 2005, Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen World Health Organization, Genf, S. 16

Die Begrifflichkeiten der WHO zeigten sich als sehr relevant und vergleichbar zu den im §35a beinhalteten Begriffen. Das der ICF zugrunde liegende Konzept bot eine Möglichkeit auf bereits vorhandene Standardisierungen, sowohl auf begrifflicher Ebene, als auch auf methodischer Ebene, den Erfassungsinstrumenten, zurückzugreifen und diese in das §35a Verfahren gegebenenfalls einzuführen. Im Überblick über die aktuell international vorhandenen und verwendeten Instrumente zeigte sich, dass diese Teilaspekte und spezielle Aspekte von Teilhabebeeinträchtigung erfassen, den Gesamtbegriff aber nicht abdecken. Das Referat (Dr. Gutschner) zeigte im Einzelnen auf, welche Aspekte über alle Instrumente hinweg als zentrale Faktoren für Teilhabe gelten, und welche besonderen Aspekte für spezifische Fragestellungen, etwa bei psychisch Kranken, bei Kindern, bei Eltern etc., von Bedeutung sind,

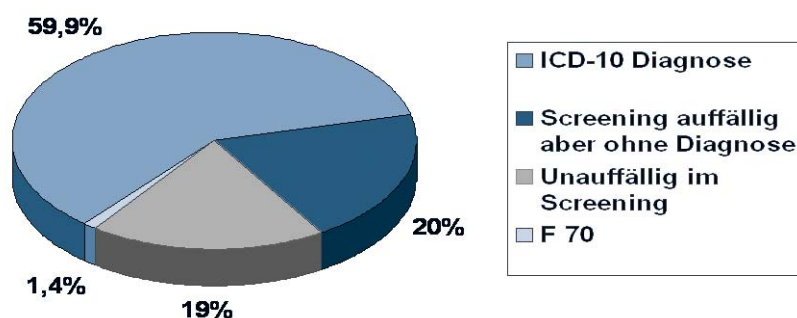
Eng mit dem Begriff Teilhabe verbunden ist das Konstrukt der Lebensqualität. Hierzu hatte sich in den letzten Jahren ein breites Forschungsfeld etabliert. Zur Erfassung der Lebensqualität wurde eine Vielzahl an Instrumenten entwickelt. Oftmals, so zeigte ein diesbezügliches Überblicksreferat (PD Dr. Goldbeck), sind die Begriffe und Konstrukte zur Lebensqualität weitgehend deckungsgleich zu den Begriffen, die in der ICF vorkommen. Für die Diskussion bezüglich der Möglichkeiten, Teilhabebeeinträchtigung zu erfassen war insbesondere bedeutsam, dass die Lebensqualitätsinstrumente auch subjektive Aspekte der Betroffenen erfassen. Die subjektive Komponente ist einerseits ein wichtiger Faktor, der Schwere und Ausmaß einer etwaigen Beeinträchtigung stark beeinflusst, gleichzeitig aber unter dem Aspekt der Allokationsgerechtigkeit diskutiert werden musste. Eine Gefahr bei der Einbeziehung subjektiven Belastungsempfindens könnte sein, so ergab die Diskussion, dass Ungerechtigkeit dadurch entstehen könnte, dass die individuelle Begabung seitens der Betroffenen, Belastung zu formulieren, dazu

führt, Hilfen zu erhalten, während weniger starke Artikulation von Hilfebedarf zu einer möglicherweise fehlerhaften Unterschätzung des Hilfebedarfs führen könnte. Zusammenfassend kristallisierte sich die Frage hervor, wie stark der subjektive Aspekt bei der Beurteilung der Beeinträchtigung sein dürfe. Unter Subjektivität wurde dabei in der Diskussion immer die Sicht der Betroffenen, also der Minderjährigen und ihres Lebensumfelds, der Familien verstanden. Nicht thematisiert wurde an dieser Stelle die Subjektivität der Einschätzung seitens der beteiligten Professionen, also der individuelle Aspekt, den der beteiligte Mitarbeiter der Jugendhilfe, Lehrer, Arzt in das Verfahren einbringt. Eine Problematisierung der Begriffe subjektiv vs. objektiv, bzw. inwieweit eine Objektivierung möglich ist, wurde an dieser Stelle nicht geleistet. Wichtig war an dieser Stelle die Einführung der Sicht der Betroffenen und die Möglichkeiten, diese Sicht zu erfassen und in das Verfahren mit einfließen zu lassen.

Die Erfassung des subjektiven Beeinträchtigungsempfindens passt sich insofern stringent in das Bestreben einer besseren Erfassung von Teilhabebeeinträchtigung ein, als auch das Aktivitätsniveau sehr individuell definiert werden muss. Das Aktivitätsniveau ist ein Aspekt der Teilhabe. So wie die ICF in ihrem Konzept des Aktivitätsniveaus auf das individuelle Niveau abzielt, so muss auch in der Teilhabebeeinträchtigung nach §35a berücksichtigt werden, dass interindividuell ein sehr unterschiedlicher, von verschiedensten Faktoren abhängender Bedarf oder Wunsch nach Aktivität und Partizipation besteht. Analog werden Beeinträchtigungen und Einschränkungen sehr individuell wahrgenommen. Die Einbeziehung subjektiver Aspekte führte auf Seiten der Kostenträger zu Bedenken, da sie für die Praxis unter dem Aspekt der Gerechtigkeit einerseits, andererseits aber auch unter ökonomischen Zwängen im Falle einer stark auf subjektiven Bedürfnissen und Faktoren beruhenden Hilfestellung sensible Punkte der Gerechtigkeit berührt sahen. Die Frage, wer letztlich sich Zugang zu Hilfen verschaffen kann, bzw. Ressourcen besitzt, diese im Zweifelsfall auch gerichtlich zu erstreiten wurde anhand einiger Praxisbeispiele erläutert. Vor allem die Gefahr, dass sich hier zwischen sozialen Schichten große Unterschiede ergeben könnten, wurde betont. Hier zeigte sich ein starker Aushandlungs- und auch weiterer Diskussionsbedarf.

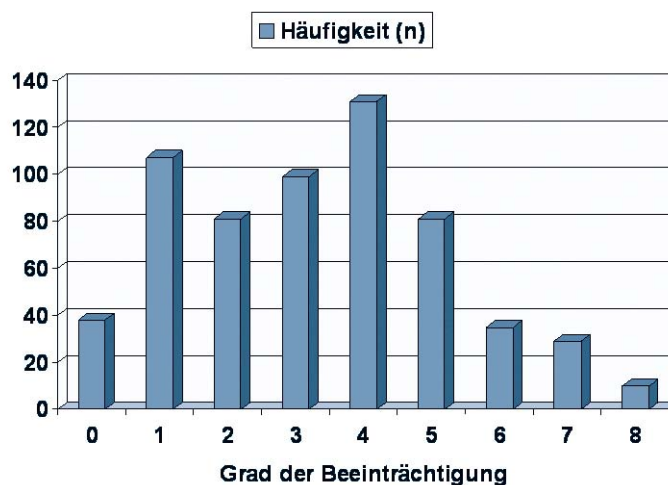
In der Vorstellung der Ergebnisse der Ulmer Heimkinderstudie (Herr Dipl.Psych. Schmid) ging es nicht primär um die Fragestellung, wie häufig die seelischen Störungen in der Heimkinderpopulation sind. Für die Tagung besonders relevant war, wieweit in einer Hochrisikopopulation, die seitens der Jugendhilfe maximale und kostenintensive Förderung, also stationäre Hilfen erhält, einerseits im diagnostischen Prozess Lücken auffallen und andererseits, wie bei dieser Population versucht wird, Teilhabe wiederherzustellen bzw. inwieweit diese im Rahmen der Jugendhilfemaßnahmen gewährleistet wird. Ein Ergebnis war, dass über alle Hilfeformen hinweg, gleichgültig, ob es sich um Hilfen nach §27, nach §34 oder nach §35a handelte, die Häufigkeit seelischer Störungen bei ungefähr 60 % lag.

Abbildung Häufigkeit psychischer Störungen in der Population der Ulmer Heimkinderstudie



Dabei zeigten sich deutliche Mängel in der Diagnostik, so dass viele der psychischen Störungen nicht bekannt waren und auch – trotz aufwändiger Hilfeplanverfahren vor Eintritt in die Hilfemaßnahme - nie diagnostiziert wurden.

Abbildung Psychosoziales Funktionsniveau bei Teilnehmern der Ulmer Heimkinderstudie



MW = 3,25 SD = 1,9

Hinsichtlich der Teilhabe von Minderjährigen, die sich in solchen Hilfen befanden, zeigte sich, dass der Zugang zu anderen Hilfesystemen, wie medizinische Behandlung nicht immer gewährleistet war. Konsens war, dass der Zugang zu anderen Hilfesystemen auch ein Kriterium für Teilhabe ist. Hinsichtlich der Diagnostik war ein wichtiges Ergebnis, dass offenbar das recht einfache Instrument der Achse-VI des kinder- und jugendpsychiatrischen multiaxialen Klassifikationssystems (MAS), das Global Assessment of Functioning, eine sehr gute Differenzierung leistet zwischen Kindern, die eine

psychische Störung haben und Kindern ohne psychische Störung. Nach den Daten der Ulmer Heimkinderstudie zeigte sich hier ein signifikanter Unterschied in der diagnostischen Einschätzung zwischen den beiden Gruppen dergestalt, dass die belasteten Kinder, die im Alltag nicht zurecht kommen gleichzeitig diejenigen Kinder sind, die auch eine psychische Störung aufweisen.

Problematisiert wurde auch in einem Übersichtsreferat zum MAS Achse-VI (Prof. Dr. Fegert), dass die Einschätzung nach Achse-VI zwar gute Trenneigenschaften zwischen Belasteten und Nichtbelasteten Minderjährigen besitzt, sie aber wenig differenziert, in welchen Bereichen eine Einschränkung und Beeinträchtigung besteht, bzw. in welcher Form sich die Beeinträchtigung zeigt. Aus rechtlicher Sicht wurde an dieser Stelle nochmals auf verfahrensrechtliche Aspekte eingegangen, insbesondere das Kriterium der Nachprüfbarkeit des Entscheidungsprozesses und der Entscheidungsfindung. Hier wurde in der Diskussion sehr deutlich, dass die Einschätzung nach Achse-VI zu grobmaschig ist und ein Element der Überprüfung und Erfassung der verschiedenen Bereiche und Aspekte der Teilhabe sein kann.

Abb.: Inanspruchnahme gesamt (N = 1324) KJP Ulm

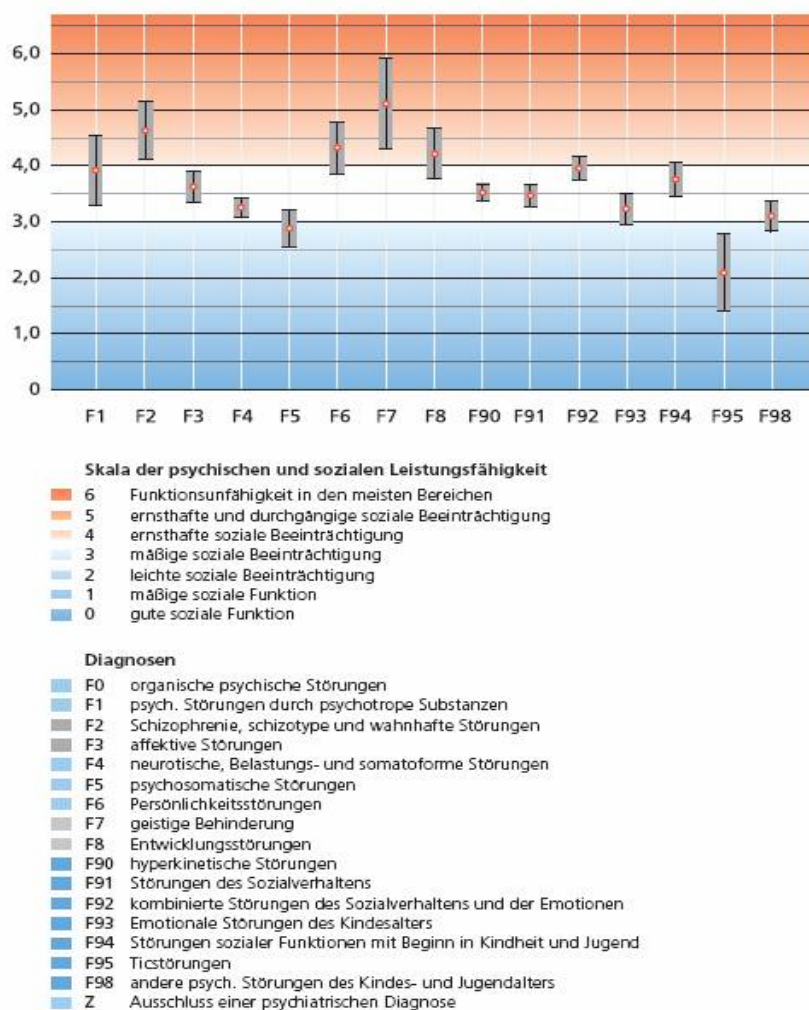
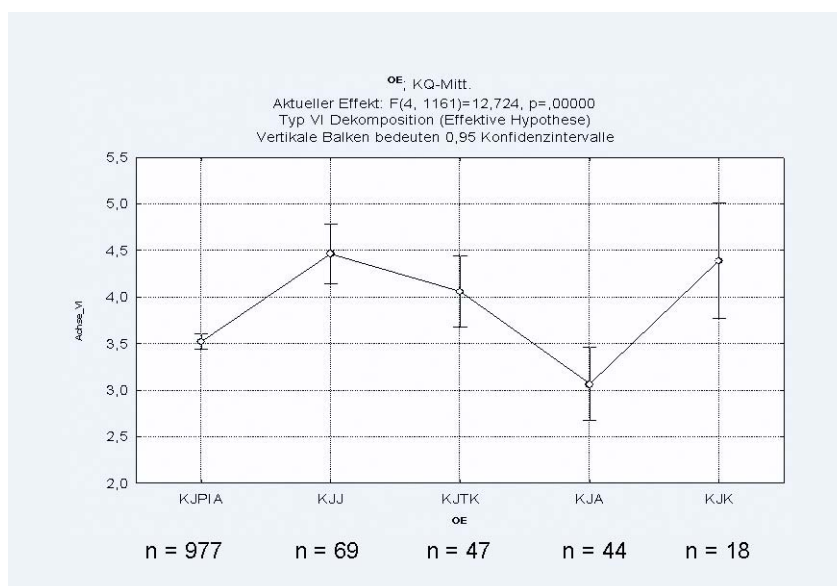
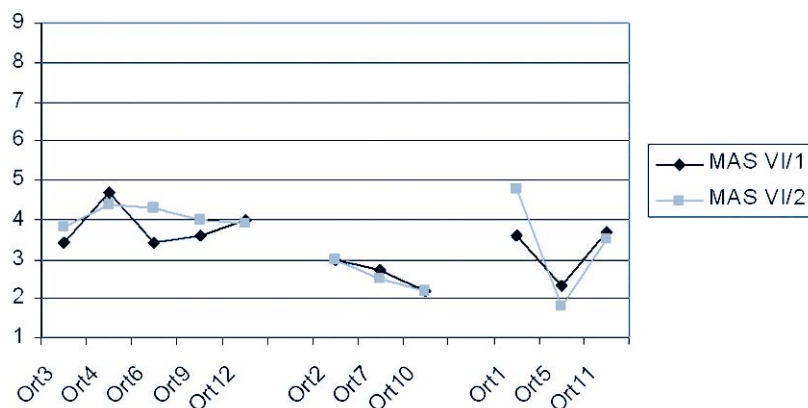


Abb.: Unterschiede zwischen ambulanten und (teil-)stationären Kliniksettings



In einem Referat (Fr. Dipl.-Psych. Lutz) zu bereits implementierten Instrumenten zur Erfassung der Zielerreichung in der Jugendhilfe wurde nochmals auf die Achse-VI Bezug genommen. Auch in dieser Stichprobe eines Anbieters unterschiedlichster Jugendhilfeeinrichtungen (CJD) zeigte sich die Achse-VI als trennscharfes Instrument. Das Projekt zeigte, dass die Implementierung eines standardisierten Verfahrens zur Definition von Zielen und zur Verlaufsmessung zur Erreichung der Ziele unter Einbeziehung auch subjektiver Parameter im Feld der Jugendhilfe möglich ist. Dabei wurde auch eine computerbasierte Fassung vorgestellt und auf die Akzeptanzprobleme im Feld eingegangen. Die Akzeptanz hing ganz wesentlich von der Praktikabilität und der Möglichkeit, Ressourcen der Mitarbeiter im Verfahrensablauf zu sparen, ab.

Abb.: Unterschiede zwischen ambulanten und (teil-)stationären Kliniksettings



Abschließend (PD Dr. Dipl.-Psych. Keller) wurden in einem Referat methodische Anforderungen an ein Erfassungsinstrument vorgestellt, etwa Aspekte der Reliabilität, messtheoretische Aspekte und Möglichkeiten ein Instrument zur Entscheidungsfindung nach statistischen Kriterien zu gestalten.

4.4. Tagungsabstracts und Vorträge sowie Präsentation der Referentinnen/en

Dr. Michael Kölch

(Universität Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie)

Teilhabebeeinträchtigung im Rahmen eines verwaltungsgerichtlichen Verfahrens aus der Sicht des kinder- und jugendpsychiatrischen Gutachters

Das Verwaltungsgericht Sigmaringen schickte dem Gutachter einen Auftrag zu einem Gutachten über ein 13-jähriges Mädchen, bei dem vorbefundlich eine Lese-Rechtschreib-Schwäche bei durchschnittlicher (bzw. überdurchschnittlicher) Intelligenz vom Kinderarzt diagnostiziert worden war. Das Mädchen besuchte die 7. Klasse einer Realschule. Die Familie schilderte sich als weitgehend unauffällig, das Mädchen war zum Zeitpunkt der Untersuchung weitgehend integriert (Verein, Freundinnen). Aufgrund der bereits vor Jahren diagnostizierten Legasthenie hatte über längere Zeit ein LRS-Training stattgefunden.

Die Sicht der Familie/ der Mutter auf den Fall kann wie folgt zusammengefasst werden: Mädchen ziehe sich zurück, es sei depressiv, verweigere die Schulleistungen und in der Freizeit aktive Teilnahme an Sportveranstaltungen wegen einer Leistungsangst.

Das Jugendamt dagegen sah keine Teilhabebeeinträchtigung; der Förderbedarf sei va. Im schulischen Bereich notwendig.

Fragestellung des Gutachtens

Die Fragen an den Gutachter lauteten folgendermaßen:

- a) Frage: Leidet X über die festgestellte Legasthenie hinaus an weiteren Erkrankungen der seelischen Gesundheit und treten diese weiteren Erkrankungen voraussichtlich kurzfristig auf?
- b) Frage: Besteht zwischen der Legasthenie und der weiteren seelischen Erkrankung ein kausaler Zusammenhang?
- c) Frage: Ist eine Therapie der weiteren seelischen Erkrankung ohne Therapie der Legasthenie voraussichtlich erfolgversprechend?
- d) Frage: Falls die Vorfrage zu verneinen ist, führt die weitere Erkrankung zu einem Rückzug von X aus jedem sozialen Kontakt oder zu einer umfassenden Lern- oder Prüfungsverweigerung oder hat sie dazu geführt oder wird wahrscheinlich dazu führen?
- e) Frage: Falls in der Vorfrage die Wahrscheinlichkeit eines Rückzugs von X aus ihrem sozialen Kontext/ oder einer umfassenden Schul-, Lern- und Prüfungsverweigerung für die Zukunft bejaht wird, kann diese und wie wird diese Wahrscheinlichkeit quantifiziert?
- f) Frage: Falls X nicht an einer weiteren psychischen Störung leidet, ist dann aufgrund dieser weiteren Erkrankung ein Rückzug der Klägerin aus jedem sozialen Kontext Kontakt und/oder zu einer umfassenden Schul-, Lern- oder Prüfungsverweigerung hat oder wahrscheinlich führen wird?
- g) Frage: Falls in der Vorfrage die Wahrscheinlichkeit eines Rückzuges von X aus jedem sozialen Kontakt und/oder eine umfassende Schul-Lern- oder Prüfungsverweigerung besteht, ob und wie diese quantifiziert werden kann in ihrer Wahrscheinlichkeit?
- h) Frage: Können Aussagen zu den Vorfragen mit einiger Verlässlichkeit auch bezogen auf November 2003 gemacht werden? Sind die Fragen auf diesen Zeitpunkt bezogen anders zu beantworten?

Methodik des Gutachtens

Das Gutachten bediente sich folgender Untersuchungen: Es wurde ein Aktenstudium durchgeführt, um auch die Vorbefunde einzusehen, das Mädchen und die Mutter wurden exploriert, und zwar sowohl zur Anamnese, als auch zur Fragestellung des Gutachtens. Es wurde mehrfach der Kinderarzt telefonisch exploriert. Es wurde eine testpsychologische Untersuchung durchgeführt, der psychopathologische Befund erhoben und aufgrund der

Untersuchungen die Diagnosen nach ICD-10 und dem sechsachsigen multiaxialen Diagnose-Systems gestellt. Hier waren für die Fragestellung vor allem die 1. Achse, auf der klinisch-psychiatrische Erkrankungen diagnostiziert werden, die 2. Achse, auf der etwaige Teilleistungsstörungen kodiert werden und die 6. Achse, die das psychosoziale Funktionsniveau beschreibt, wichtig. Abschließend wurde eine kinder- und jugendpsychiatrische Beurteilung abgegeben und es wurden die Fragestellungen des Gutachtens beantwortet.

Untersuchungsergebnisse

Das Mädchen äußerte, dass LRS-Training jede zweite Woche für 1 ½ Stunden sie „nervig“ und sie wusste nicht, wie lange „das“ noch gehen solle. Einen Nutzen sah sie insofern, als sich ihre Fehlerzahl in Diktaten von früheren 26 Fehlern auf aktuell 17 Fehler reduziert habe. Insgesamt waren bei ihr Auffälligkeiten im Bereich externalisierender Störungen, vornehmlich im häuslichen Bereich, festzustellen. Das Mädchen selbst neigte zum Dissimulieren.

In den Testverfahren ergaben sich auch Auffälligkeiten im Bereich internalisierender Störungen (Ängste), der IQ lag aber im unteren Durchschnittsbereich an der Grenze zur Lernbehinderung. Die Rechtschreibleistung wiederum war zwar schlecht, das Mädchen genügte aber nicht den in den Leitlinien angegebenen Differenzen zwischen IQ-Wert und Rechtschreibleistung.

Diagnosen

Als Diagnosen wurde folgendes festgestellt:

Achse-I (klinisch-psychiatrisches Syndrom): keine Diagnose.

Aber: subklinische Symptome einer Angst- und Somatisierungsstörung und einige Symptome einer auf den familiären Rahmen beschränkten Störung des Sozialverhaltens

Achse-II (umschriebene Entwicklungsstörungen): anamnestisch Lese-Rechtschreibstörung, aktuell eine deutliche Besserung (F81.0)

Achse-III (Intelligenz): durchschnittlich.

Achse-IV (körperliche Erkrankungen): Migräne (G43.0)

Achse-V (psychosoziale Belastungen): aktuell kein abnormer psychosoziale Belastungsfaktor, anamnestisch durch Bloßstellung in der Schule psychosozialer Belastungsfaktor (8.2).

Achse-VI (Ebene des Funktionsniveaus): mäßige Beeinträchtigung (aufgrund Problemen in der Schule)

Beantwortung der Fragestellung

Kinder- und jugendpsychiatrisch konnte nach den Untersuchungen festgestellt werden, dass das Mädchen altersentsprechend entwickelt war und eine durchschnittliche Intelligenz zeigte, eine LRS anamnestisch vorlag, diese aber deutlich gebessert war. Es lag aktuell keine ICD-10 Diagnose vor, sondern subklinische Symptome, zwischen denen und der LRS durchaus ein Zusammenhang bestand. Ohne die vormalige LRS- Therapie wäre ein Fortbestehen der Belastungen wahrscheinlich, aber aktuell bestand keine Indikation für eine Psychotherapie. Insbesondere war der Leidensdruck des Mädchens sehr gering. Ein Rückzug aus außerschulischen Aktivitäten fand nicht statt, jedoch entzog sie sich schulischen Anforderungen, was prognostisch als eher ungünstiges Coping einzuschätzen war. Wichtig war aber, dass in diesem Fall die vormals durchgeführte IQ-Diagnostik revidiert werden musste und eine allgemeinte Überforderungssituation des Mädchens in der Schule (Realschule) festzustellen war. Diese Überforderung resultierte nicht aus der Legasthenie, sondern der Intelligenz im Grenzbereich zur Lernbehinderung.

Eine Quantifizierung der „Wahrscheinlichkeit des Rückzugs aus soz. Kontext, Schule etc.“ war nicht möglich, qualitativ aber war eine mäßige Beeinträchtigung (MAD Achse-VI) feststellbar. Rückblickend war der Zustand 2003 eher schlechter als aktuell einzuschätzen.

Entscheidungsrationalen für den Gutachter in derartigen Verfahren

- Beeinträchtigung in drei Bereichen: Schule, Familie und Freizeit
- Tatsächliche intellektuelle Begabung des Kindes
- Vorhandenen bzw. fehlende Copingstrategien des Kindes und der Familie
- Abwägung des Wunsches des Kindes/Jugendlichen vs. der Wünsche der Eltern, da diese differieren können, und mit zunehmenden Alter die Wünsche des Minderjährigen in die Entscheidung mit einzubeziehen sind. Hier jedoch ist eine genaue diagnostische Klärung notwendig, ob sich die Wünsche aufgrund der zugrunde liegenden Störung unterscheiden (eventuell mangelnde Krankheitseinsicht).

K. Gutemann und S. Goller-Martin

Jugendamt Ravensburg

Verfahrensverlauf im Jugendamt Ravensburg zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen des § 35a SGB VIII in einem ausgewählten Einzelfall bei festgestellter Legasthenie

Die Eltern des betroffenen 13 – jährigen Mädchens Karin (Namen geändert) haben beim Jugendamt Ravensburg Antrag auf Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII in Form der Kostenübernahme einer Legasthenietherapie gestellt.

Nach der Antragsstellung erfolgte ein Beratungsangebot durch den Sozialen Dienst des Jugendamtes Ravensburg auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben zum § 35 a. In der Beratung wurde der weitere Verfahrensablauf zur Bearbeitung des Antrags dargestellt und die Erfordernisse der Überprüfung der Teilhabe des betroffenen Kindes in den Sozialisationsfeldern Familie, Schule und Berufe sowie soziales Umfeld und Freizeit erläutert. Die Überprüfung erfolgt individuell bezogen auf die tatsächliche Teilhabefähigkeit des betroffenen Kindes.

Grundsätzlich zu beachten sind bei der Prüfung auf Anspruch auf Eingliederungshilfe die Voraussetzungen des § 35a SGB VII mit seinen Vorgaben. Grundvoraussetzung für den Beginn der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen durch das Jugendamt ist durch einen Arzt oder eine entsprechende medizinische Fachkraft festgestellte Abweichung der seelischen Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit für länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand mit einer Diagnose nach ICD 10. Ohne diese Krankheitsfeststellung wird der zweite Teil der fachlichen Prüfung nach § 35a, die darauf aufbauend dann das Jugendamt vorzunehmen hat, nicht aufgenommen. Bei fehlen einer entsprechenden fachärztlichen Diagnose sind die Voraussetzungen des § 35a SGB VIII grundsätzlich nicht gegeben. Im zweiten Teil der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen ist es dann Aufgabe des Jugendamtes eine (drohende) Teilhabebeeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft beim betroffenen Kind oder Jugendlichen zu prüfen. Nur bei festgestellter (drohender) Teilhabebeeinträchtigung sind die Leistungsvoraussetzungen für § 35a SGB VIII gegeben.

Im hier dargestellten Einzelfall Karin wurden durch einen anerkannten Facharzt die Diagnose Legasthenie festgestellt. Die grundsätzlichen Voraussetzungen für eine fachliche Prüfung durch das Jugendamt waren somit gegeben. In der Folge überprüfte der Soziale Dienst des Jugendamtes in eigener pädagogischer Fachlichkeit die Ausgrenzungskriterien in den Bereichen Familie, Schule und Freizeit. Die Diagnose des anerkannten Facharztes selbst war durch das Jugendamt nicht bestritten.

Als Grundlage für den Sozialen Dienst des Jugendamtes zur Beurteilung der Teilhabebeeinträchtigung dienten neben dem ärztlichen Bericht die Zeugnisse der 3ten und 4ten Klasse der Grundschule, Zeugnisse und Be-

richte der Realschule und eigene Erhebungen durch Gespräche, auch im Rahmen eines Hausbesuches.

Im Detail bedeutet dies für die Vorgehensweise des sozialen Dienstes des Jugendamtes, dass er die Eltern anschreibt, eine Einverständniserklärung zur Informationseinholung bei anderen Stellen benötigt und sich die Zeugnisse und Beurteilungen der vergangenen Jahre vorlegen lässt. Das Verfahren und die damit verbundenen erforderlichen Daten werden auf der Grundlage des Formblattes J (vom Jugendamt Ravensburg teilweise bereits weiterentwickelte Arbeitshilfe des KVJS Baden – Württemberg) erhoben. Die Vorlagen der Arbeitshilfe Formblatt J beinhalten eine strukturierte Datenerhebung beim Facharzt, eine psychologische Stellungnahme sowie eine fachliche Stellungnahme der Schule. Diese beinhalten auch Aussagen dieser Stellen zum Sozialverhalten des Kindes oder Jugendlichen in den verschiedenen Sozialisationsfeldern.

Bei Karin wurde auf dieser Grundlage eine Lese – Rechtschreib – Schwäche / Legasthenie bestätigt. Es wurde dargestellt, dass Karin Erfolgserlebnisse fehlen. Sie entzieht sich immer mehr den schulischen und privaten Anforderungen und verfällt in Gleichgültigkeit. Dies führt zu verstärkten schulischen und häuslichen Problemen. Die Eltern sind aktuell nicht mehr in der Lage die Situation zu kompensieren und sowohl die Eltern und Karin benötigen fachliche Hilfe. Karin ist deutlich häufiger krank als früher und das Familienleben ist erheblich beeinträchtigt. Aus der Legasthenie resultieren eine gravierende Selbstwertproblematik und eine Somatisierungstendenz. Karin selbst benutzt oft Formulierungen wie „Alles ist scheiße“, „Die Schule ist doof“, Bei den Eltern besteht Unverständnis, dass Eingliederungshilfe nach § 35a erst greifen sollte, wenn bereits deutliche Störungen und Ausgrenzungen stattgefunden haben und so ein Rückzug aus der Gesellschaft eingetreten ist.

In der Eigenerhebung des Sozialen Dienstes wurden nachfolgende Fakten festgestellt.

In der Klasse 3 und 4 hatte Karin jeweils die Note 3 in Deutsch. Sie nahm regelmäßig an AG – Angeboten teil. In den Beurteilungen wurde festgehalten, dass sie gerne eigene Initiativen einbrachte. Karin war in der Lage Aufgaben für die Klassengemeinschaft verantwortungsbewusst zu übernehmen (Klassensprecherin) und sie ging offen auf Mitschüler ein und war kontaktfreudig. Sie setzte sich helfend für schwächere ein und unterstützte andere. Karin konnte in einer Lern- und Spielgruppe kooperativ mitarbeiten und hatte keine Probleme bei gruppenorientiertem Arbeiten.

In den Zeugnissen und Beurteilungen der Realschule gab es bei Karin ebenfalls bisher keine Auffälligkeiten. So hatte sie in den Klassen 5 und 6 in Deutsch jeweils die Note 3 – 4 und 3 bzw. 3- 4 in Englisch. Im Verhalten zeigte sie soziales Verhalten und konnte weiterhin gut mit anderen zusammenarbeiten. Karin beteiligte sich meistens am Unterricht, war motiviert und lernte interessiert. Ergänzende schulische Angebote wegen ihrer Legasthe-

nie konnten von der Schule nicht angeboten werden, die Schule sieht aber auch keinen zusätzlichen Bedarf.

Die sozialpädagogische Diagnose des Jugendamtes im Bereich Familie beinhaltet, dass das Verhältnis zur Mutter stabil ist. Das Verhältnis zum Bruder stellt sich ambivalent dar, der Kontakt zum Vater ist überwiegend konfliktuell. Karin sieht sich teilweise als Sündenbock der Familie. Die Eltern haben unterschiedliche Auffassungen über Karin. Karin werden die Eigenschaften „unsortiert“ und „chaotisch“ zugeordnet. In der Lernzeit von Karin gibt es oft Tränen und sie klagt über Kopfschmerzen.

In der Schule hat Karin ein gutes Verhältnis zu Mitschülern und hat auch Freundinnen. Das Verhältnis zu den Lehrern ist mit einer Ausnahme gut, aber von den Jungs werde sie manchmal gehänselt.

Im Freizeitbereich geht Karin einmal in der Woche zu einem Vereinsangebot und besucht das Jugendrotkreuz sowie das Geräteturnen, ebenso eine Mädchengruppe. Sie ist Mitglied bei einer Kinderfestgruppe. Wettkämpfen im Sportverein gegenüber ist sie wenig aufgeschlossen. Karin geht zweimal in der Woche in die Legasthenietherapie, die bis zur Entscheidung über den Antrag von den Eltern finanziert wurde.

Zusammenfassend kommt der Soziale Dienst des Jugendamtes zu der Einschätzung, dass eine Legasthenie vorliegt und in Teilen in der Familie eine Ausgrenzung festgestellt werden kann. In den anderen Sozialisationsfeldern ist keine durchgängige Ausgrenzung oder eine Bedrohung von Ausgrenzung feststellbar. Karin entwickelt sich alterstypisch unter der besonderen Berücksichtigung der Pubertätsproblematik und der gesellschaftlichen Entwicklung von Jugendlichen in den verschiedenen Sozialisationsfeldern. Karin benutzt eine negative Selbstverbalisation.

Der Soziale Dienst kann aus diesen Gründen ein Vorliegen aller Voraussetzungen des § 35a SGB VIII nicht feststellen und das Jugendamt lehnt somit eine Gewährung von Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII ab. Der Soziale Dienst empfiehlt als geeignete Hilfe eine Erziehungsberatungsstelle bei einem Freien Träger der Jugendhilfe aufzusuchen.

Auf dieser Grundlage ergeht ein Ablehnungsbescheid, gegen den die Eltern Widerspruch einlegen. Der Widerspruch wird von den Eltern mit Hypothesen und möglichen Entwicklungen begründet. Eine Veränderung in der aktuellen Situation wird nicht dargestellt. Der Widerspruch war somit abzulehnen. Daraufhin haben die Eltern Klage vor dem VG Sigmaringen erhoben. Zur Urteilsfindung wurde vom VG Sigmaringen ein Gutachten bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Ulm eingeholt. Auf der Grundlage der Fallbearbeitung des Jugendamtes Ravensburg und der Ergebnisse des Gutachtens wurde die Klage abgewiesen (vgl. VG Sigmaringen, Urte. vom 25.01.2005 – 4 K 2105/03)

Michael Hoppe

Richter am Verwaltungsgericht Sigmaringen

Verfahrensgang und Urteil des Verwaltungsgerichts Sigmaringen zu Fragen der Teilhabebeeinträchtigung im Sinne des § 35a Abs. 1 SGB VIII¹

I. Der Gang des Verfahrens

Die 4. Kammer des Verwaltungsgerichts Sigmaringen wurde im November 2003 durch die 13 Jahre alte Klägerin Z. angerufen, welche die Übernahme einer Legasthenietherapie im Rahmen der Jugendhilfe nach § 35a SGB VIII begehrte. Nachdem ein Erörterungstermin² vier Monate nach Eingang der Klage aufgezeigt hatte, dass eine gütliche Beilegung des Rechtsstreits nicht im Bereich des Machbaren lag, entschied sich das Gericht, ein Sachverständigengutachten einzuholen, dass sich im Wesentlichen mit drei Fragen zu beschäftigen hatte, nämlich

- a) ob die Klägerin neben der Legasthenie³ an einer weiteren Störung der seelischen Gesundheit leidet oder litt, und
- b) ob die Legasthenie in der Zukunft voraussichtlich zu einem Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben führen wird, oder
- c) ob die möglicherweise vorliegende weitere Störung der seelischen Gesundheit in der Zukunft aus dem gesellschaftlichen Leben führen wird.

Das Gericht entschied sich für die die Fragen zu dem oben unter a) dargestellten Komplex, nachdem die Klägerin über ihren Prozessbevollmächtigten gerade im gerichtlichen Verfahren Atteste vorlegen ließ, wonach weitere seelische Störungen, insbesondere Depressionen, zumindest nicht auszuschließen seien. Die Fragen zu b) und c) stellte das Gericht, weil es nach den in den Akten befindlichen Berichten und Aufzeichnungen⁴ davon überzeugt war, dass zwar derzeit keine Teilhabebeeinträchtigung vorliegt, dass aber nicht bereits aufgrund dieser Unterlagen eine demnächst drohende Teilhabebeeinträchtigung ausgeschlossen werden könne.

Nach der Erstellung des Gutachtens wurde die Rechtssache mündlich verhandelt. Aufgrund dieser Verhandlung erging dann ein klagabweisendes Urteil. Das Gericht sah die Tatbestandsvoraussetzungen des § 35a Abs. 1 SGB VIII⁵ nicht als gegeben an.

¹ Urteil vom 25.01.2005 - 4 K 2105/03 -, JAmt 2005, 246 - 249 (mit Anmerkung von *Heilemann*).

² Nach § 87 Satz 2 Nr. 1 VwGO sind solche Erörterungstermine möglich.

³ Diese Diagnose war zwischen den Beteiligten unstrittig und wurde nicht in Frage gestellt.

⁴ Hierbei handelte es sich um Stellungnahmen der Schule, ärztliche Atteste, Berichte des Legasthenietherapeuten und Aufzeichnungen des Jugendamtes des beklagten Kreises über einen Hausbesuch bei der Familie der Klägerin.

⁵ Grundlage der gerichtlichen Beurteilung war § 35a SGB VIII in der zum Zeitpunkt des Urteils geltenden Fassung vom 01.01.2005 (G. v. 27.12.2003; BGBl I, 3022).

II. Das Urteil - Zusammenfassung und Erläuterung

Das Gericht betont in seinem Urteil zunächst die Zweigliedrigkeit des Tatbestandes des § 35a Abs. 1 SGB VIII. Neben des Abweichens der seelischen Gesundheit vom typischen Normalzustand (§ 35a Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII) wird eine darauf beruhende Teilhabebeeinträchtigung oder eine darauf beruhende drohende Teilhabebeeinträchtigung verlangt.

Das Gericht definiert zunächst die **Teilhabe am Leben in der Gesellschaft** unter Berufung auf *Stähler* und *Wimmer*⁶ als **aktive und selbstbestimmte Gestaltung des gesellschaftlichen Lebens**. Das Gericht untersucht dann die Lebensbereiche „Schule“, „Familie“ und „Freunde / Freizeit“.⁷ Es stellt anhand der vorliegenden Stellungnahmen und Unterlagen fest, dass die Klägerin weder im Bereich der Schule noch im Lebensbereich „Freunde / Freizeit“ mit erheblichen Ausgrenzungserscheinungen zu kämpfen hat. Auch die familiären Probleme beurteilt das Gericht nicht als so erheblich, als dass bereits ein Teilhabedefizit anzunehmen sei. Insbesondere betont das Gericht, dass die möglichen Nachteile im Rahmen der Schulbildung und der möglichen Folgeprobleme bei der Suche nach einem Ausbildungsplatz, die allein aufgrund der Legasthenie drohen, keine Teilhabebeeinträchtigung darstellen⁸.

Im Anschluss daran verneint das Gericht auch eine drohende Teilhabebeeinträchtigung. Damit eine Teilhabebeeinträchtigung zu erwarten steht, fordert die Rechtsprechung⁹ eine hohe Wahrscheinlichkeit für das zukünftige Auftreten dieser Beeinträchtigung¹⁰. Das Gericht fordert für diese Prognoseentscheidung eine Gesamtbetrachtung des sozialen Verhaltens der Betroffenen in den oben bezeichneten Lebensbereichen. Es führt ausdrücklich aus, dass sich eine schematische Betrachtungsweise, wie sie vom Beklagten angedacht worden war, verbiete. Damit verwirft es den Ansatz, dass eine drohende Teilhabebeeinträchtigung nur dann anzunehmen sei, wenn in einem der drei Lebensbereiche eine Ausgrenzung schon vorliege und in einem weiteren erste Erscheinungen der Ausgrenzung festzustellen seien. Vielmehr bedürfe es einer genauen Analyse des Einzelfalls.

⁶ Stähler/Wimmer; Die Neuordnung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts, NZS 2002, 570 ff..

⁷ Das Jugendamt des beklagten Landkreises ist systematisch hier ebenso vorgegangen.

⁸ Dies sieht das VG Düsseldorf in seinem Urteil vom 28.07.2003 - 19 K 8067/01 - anders.

⁹ Vgl. nur VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 04.11.1997 - 9 S 1462/96 -, VGHBW-Ls 1998, Beilage 1, B 2-3.

¹⁰ Dies ist seit dem 01.10.2005 (Gesetz vom 08.09.2005 (BGBl. I S. 2729) nunmehr auch gesetzlich so definiert: § 35a Abs. 1 Satz 2 SGB VIII.

III. Ausblick

Mit der Entscheidung des VG Sigmaringen ist der Blick auf das zweite erhebliche Tatbestandselement des § 35a Abs. 1 SGB VIII, nämlich die Teilhabebeeinträchtigung, gelenkt worden. Die Entscheidung zeigt, dass nicht nur die Diagnose der seelischen Störung, sondern auch deren Auswirkung Beachtung verdient und ihr eine eigenständige Bedeutung zukommt. Während das Vorliegen einer Teilhabebeeinträchtigung in aller Regel allein durch die Fachkräfte des zuständigen Jugendamtes durch eine sorgfältige Ermittlung des sozialen Verhaltens des Antragstellers ermittelt werden muss, wird bei der Frage der drohenden Teilhabebeeinträchtigung regelmäßig auch ein Kinder- oder Jugendpsychiater bzw. -therapeut zu beteiligen sein, da die Prognose über die weiteren Auswirkungen der vorhandenen seelischen Störung sowohl vom sozialen Umfeld und dem bisherigen sozialen Verhalten des Antragstellers als auch vom typischen Krankheitsverlauf abhängen werden. Letzteren zu beurteilen wird Aufgabe des Arztes oder des Psychotherapeuten sein, während die anderen Teilaspekte von dem Pädagogen oder Sozialarbeiter beurteilt werden müssen. Es bedarf hier also eines interdisziplinären Zusammenwirkens, um das Drohen einer Teilhabebeeinträchtigung aufgrund einer vorhandenen seelischen Störung sinnvoll beurteilen zu können.

Dipl.-Pflegepädagogin (FH) M. Sailer

Leiter der Innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung Universitätsklinikum Ulm

Die Selbstpfledefizittheorie als Grundlage pflegerischer Handlungen

Um die pflegerische Perspektive der Erfassung von Situationen bei Kinder und Jugendlichen mit vermeintlichen Beeinträchtigungen zur Teilhabe darzustellen, soll hier eine kurze Zusammenfassung des zugrunde gelegten theoretischen Rahmenkonzeptes gegeben werden. Die Theorie stellt einen ausgesprochenen Ansatz der Ressourcen- und Personenorientierung dar und verweist auf die Prämisse einer umfassenden Förderung von Handlungskompetenzen (de la Chau, Sailer, 2002).

Ausgehend von der Frage, warum Patienten Pflege benötigen, beschäftigt sich die Theorie von D.E. Orem mit der Frage des zentralen Gegenstandsbereichs (proper object) der Pflege. Geleitet von diesen Überlegungen entwickelten sich die Strukturkonzepte von D. E. Orem auf der Annahme, dass Pflegenden Patienten zielgerichtet unterstützen können, für sich selbst zu sorgen und die notwendigen Handlungen (wieder) zu erlernen und durchzuführen. Das Hauptaugenmerk richtet sich damit auf menschliche Handlungen im Zusammenhang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Aus diesen gesundheitsgeleiteten Situationen ergeben sich für betroffene Menschen jeweils spezifische Handlungsanforderungen. Die Handlungen werden als Selbstpflege beschrieben, genauer wird die Selbstpflege als ein

Komplex von Handlungsgefügen bezeichnet, welches dauerhaft vorhanden bzw. notwendig ist. Die Selbstpflege wird weiterhin als eine menschliche, regulatorische Funktion zur Lenkung einer Handlung verstanden, die erlernt ist und bewusst sowie zielgerichtet durchgeführt wird. Bei Erwachsenen wird vorausgesetzt, dass sie über das Recht und die Verantwortung verfügen, sich selbst zu versorgen, um ihr eigenes sinnvolles Leben und ihre Gesundheit bzw. das Leben der von ihnen abhängigen Personen (Dependenzpflege) zu erhalten (Orem, 1997).

Orem definiert fünf grundlegende Konzepte (Foundational Concepts) für ihre Theorie, um den Bezugsrahmen für das Pflegesystem zu verdeutlichen. Dazu gehören die Konzepte „Mensch, Handlung, Prozess, Organisation und System.

Neben der grundlegenden Theorie der Selbstpflege bilden die Theorie des Selbstpflegedefizits und die Theorie des Pflegesystems das gesamte Theoriegebäude der so genannten Selbstpflegedefizit-Theorie.

Um die Selbstpflege in spezifischen Krankheitssituationen zu erforschen, wurden weltweit über 100 Instrumente und Verfahren entwickelt. Exemplarisch seien hier verschiedene, verbreitete und überprüfte Instrumente genannt:

- Self-As-Carer Inventory (Geden, E.A.; Taylor, S.G.)
- Exercise of Self-Care Agency Instrument (Kearney, B. & Fleischer, B.)
- Chemotherapy Knowledge Questionnaire (Dodd, M.)
- Appraisal of Self-Care Agency ASA (Evers, G.M. et al.)
- Self-Care Medication Behavioral Rating Scale (Harper, D.)

Das Konzept der Selbstpflegekompetenz (Self-Care Agency) nach D.E. Orem

Das konzeptuelle Element der Selbstpflegekompetenz beschreibt das Potenzial von einzelnen Personen in der Ausübung ihrer Selbstpflege (Orem et. al 1979; Orem 1997, 2000, 2004). Grundlage für das Konzept bilden zwei komplementär verwendete Modelle. Ein psychologisches Handlungsmodell enthält drei miteinander verbundene Bezugsrahmen: *„einen zentralen Rahmen der faktischen Realitätswahrnehmung, der sich auf Menschen in ihrer materiellen Umgebung konzentriert, einen soziokulturellen Rahmen, der sich auf Menschen in ihrem sozialen Umfeld mit gegebenen Rollen und Rollenerwartungen bezieht, und einen persönlichen Bezugsrahmen, der sich auf persönliche Werte, das Selbst, wie es gefühlt und verstanden wird, das Selbstideal und langfristige Zielorientierungen konzentriert (Orem, 1997, S. 239).“*

Ein physiologisches Modell verbindet höhere mentale Prozesse mit sensorischen und motorischen, neurologischen Funktionen bei der Ausführung von intern oder extern gerichteten Handlungen. Die Selbstpflegekompetenz wird als ein komplexes, erworbenes Charakteristikum bezeichnet und wurde als dreiteilige Struktur formalisiert:

1. Eine umfassende konzeptuelle Struktur mit Fähigkeiten zur Durchführung von einschätzenden, transitiven und produktiven Selbstpflegetätigkeiten.
2. Ein Set von Potenzialkomponenten, die die Durchführung von Selbstpflegetätigkeiten ermöglichen.
3. Fünf Formen grundlegender Fähigkeiten und Dispositionen, verbunden mit den Potenzialkomponenten in ihren Beziehungen mit den operationalen Fähigkeiten.

Orem, 1997, S. 236

Die Struktur der Selbstpflegetätigkeiten beschreibt Phasen des bewussten Handelns. Dabei wird in einschätzende Tätigkeiten, transitive Tätigkeiten der Reflexion, des kritischen Urteilens und des Entscheidens sowie den produktiven Tätigkeiten unterschieden. Die entwickelten Selbstpflegetätigkeiten dienen dazu, den Bedarf an Selbstpflege in einem zeitlich-räumlichen Rahmen zu erkennen und erfüllen. Die Differenzierung der Tätigkeiten der Selbstpflege dient dem Verständnis von operationalen Fähigkeiten.

Die Potenzialkomponenten beschreiben die Fähigkeiten von Personen, Selbstpflegetätigkeiten in konkreten Situationen durchzuführen. Diese menschlichen Potenziale stehen zwischen der Durchführung von Selbstpflegemaßnahmen auf der einen, und den menschlichen Funktionen und Dispositionen auf der anderen Seite. Sie umfassen eine Liste von zehn Komponenten, darunter die Erhaltung der Aufmerksamkeit und Wachsamkeit, der Einsatz der verfügbaren körperlichen Energien, das logische Denkvermögen oder auch die Motivation im Sinne der Zielorientiertheit der Selbstpflege.

- Die Grundlegenden Dispositionen und Fähigkeiten als drittes Strukturelement beschreiben umfassende menschliche Fähigkeiten und Dispositionen, die für die Selbstpflegekompetenz grundlegend sind. Dazu gehören unter anderem:
- Bedingende Faktoren wie genetische und konstitutionelle Faktoren oder die soziale Organisation.
- Grundlegende Fähigkeiten wie die Aufmerksamkeit, Wahrnehmung oder Erinnerung.
- Fähigkeiten zum Verstehen und Ausführen wie das operationale Verstehen, die Lernfertigkeiten oder die Selbstbeständigkeit.
- Dispositionen, die die Zielsuche beeinflussen wie das Selbstkonzept, das Selbstbild oder die Zukunftsorientierung.
- Signifikante Orientierungsfähigkeiten und Dispositionen wie das persönliche Prioritätensystem und Wertehierarchie, Interessen, Sorgen und Gewohnheiten.

(Orem, 1997)

Diese Fähigkeiten, Dispositionen, Potenziale und Tätigkeiten führen dazu, dass Personen sich in ihrer Selbstpflege engagieren können. Sie führen ihre entwickelten und operationalen Fähigkeiten aus und schätzen ab, wann welche Selbstpflegehandlungen erforderlich sind. Nach Orem ist die Selbstpflege kein bewußtes Anliegen, so lange Menschen gesund sind. Der persönliche Gesundheitszustand bzw. der von Angehörigen, beispielsweise Kindern, hat jedoch einen erheblichen Einfluss auf die Selbstpflege und kann sowohl die persönliche als auch die familiäre Situation erheblich beeinträchtigen.

Literatur

- de la Chaux, C.; Sailer, M. (2002). Die konzeptionelle Verankerung der Patientenorientierung in Patientenschulungs- und –anleitungsprogrammen. PR-INTERNET-Pflegepädagogik 10/02, S. 221-234.
- Orem, D.E.; Allison, S.E.; Balmat, C.S; Crews, J.; Malatesta, M.A.; McCarthy, S.M. & Rauckhorst, L.H. (1979). Concept Formalization in Nursing - Process and Product. The Nursing Development Conference Group. Sec. Ed. O. Ort: Little, Brown and Company.
- Orem, D.E. (1997). Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Bern: Huber.
- Orem, D.E. (2004). Reflections on Nursing Practice Sciences: The Nature, the Structure and the Foundation of Nursing Science. In: Working Papers. The Orem Study Group. Cloppenburg: Institut für Pflegediagnostik & Praxisforschung.

Dipl. Psych. Hans Hillmeier

Leiter des Sachgebiets Hilfen zur Erziehung im Bayerischen Landesjugendamt

Zur Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung gemäß § 35 a Abs. 1 Nr. 2 SGB VIII in Zuständigkeit des Jugendamts

Wie so oft im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe haben wir es mit Bedarfslagen zu tun, die multifaktoriell bedingt sind, multidisziplinär festgestellt und multimodal behandelt werden müssen. Die Internationale Klassifikation der Krankheiten ICD und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF sind probate sprachliche Verständigungs- und Deutungsmuster, suspendieren jedoch nicht die originäre sozialpädagogische Fachlichkeit und Verantwortung im Vollzug des SGB VIII. Ob eine seelische Behinderung droht oder bereits vorliegt, lässt sich nicht nur anhand der Entwicklungsstörungen und klinisch-psychiatrischen Syndrome des Kindes oder Jugendlichen festmachen. Um den Leistungstatbestand nach § 35a SGB VIII zu erfüllen, muss durch die zuständige sozialpädagogische Fachkraft im Jugendamt eine damit verbundene Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft festgestellt worden sein. Insbesondere ist hierbei die Integration des Kindes oder Jugendlichen in die Familie, Kindertagesstätte, Schule oder Ausbildungsstelle und die Gleichaltrigengruppe in Betracht zu ziehen. Hinzu kommen die Beurteilung der

Bewältigung sozialer Situationen, lebenspraktische Fähigkeiten, persönliche Hygiene und Ordnung des jungen Menschen sowie seine Interessen und Freizeitaktivitäten. Die Lebensumstände der Familie sowie akute belastende Lebensereignisse und gesellschaftliche Belastungsfaktoren können eine Rolle spielen. Die Achse V des Multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS) für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände), aber auch und gerade die in Ziffer 5 der vom Landesjugendamt (2001) herausgegebenen Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen (a.a.O. S. 17 und vertiefend S. 61-73) beschriebenen Merkmale sind hilfreich, zu einem qualitativen und quantitativen Urteil zu gelangen, ob zusätzlich zu einer ärztlich bzw. psychotherapeutisch diagnostizierten psychischen Störung auch eine Teilhabebeeinträchtigung vorliegt. Die abschließende Beurteilung der psychosozialen Anpassung (Sechste Achse des MAS) obliegt der zuständigen Fachkraft des Jugendamts, die die Befunde anderer Stellen berücksichtigt, Risikofaktoren und Ressourcen abwägt, die Leistungsadressaten in gebührendem Maß beteiligt und den Eingliederungshilfebedarf *de lege lata* feststellt.

Aus der Sicht des öffentlichen Trägers der Kinder- und Jugendhilfe werden vor dem Hintergrund vorliegender Erfahrungen der Jugendämter in Bayern und eigener Arbeiten des Bayerischen Landesjugendamts verfahrensrechtliche, fachlich-inhaltliche und methodologische Standpunkte eingebracht.

1. Die Herrschaft des Verfahrens liegt beim öffentlichen Träger der Kinder- und Jugendhilfe, d.h. beim Jugendamt.
2. Die Ressourcen und die Beteiligung der Leistungsadressaten dürfen nicht aus dem Blick geraten.
3. Das „daher“ zwischen Nr. 1 und Nr. 2 im ersten Absatz des § 35a SGB VIII bedingt nicht einen Automatismus.
4. Ein Instrument zur Feststellung einer Teilhabebeeinträchtigung im Sinne des § 35a Abs. 1 Nr. 2 SGB VIII muss
 - a) sozialpädagogisch,
 - b) objektiv,
 - c) valide,
 - d) reliabel,
 - e) wirksam und vor allem auch
 - f) praktikabel, d.h. nutzerfreundlich, plausibel und verfahrensökonomisch sein
5. Wir werden nicht umhin kommen, altersspezifisch zu differenzieren.

6. Neben der Feststellung der leistungserheblichen Merkmale im Einzelnen („Was ist da los?“) muss gleichzeitig die Frage beantwortet werden „Wie kann ich das erkennen?“ sowie die Frage „Was könnte da getan werden?“
7. Eine geeignete Software kann und muss die Güte und Usability des Instruments unterstützen und gewährleisten.

Skizzenhafte Überlegungen dazu:

- I. Zielsetzung: Feststellung der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.
- II. Merkmale in den Lebensbereichen (mit Leitfragen):
 1. Alltagsbewältigung
 - Hygiene und Ordnung (pflegt er sich?)
 - Selbstständigkeit (kann sie für sich sorgen?)
 - Mobilität (kann er sich bewegen?)
 - Finanzen (kommt sie mit dem was sie hat zurecht?)
 - Regeln und Grenzen (weiß er, was sich gehört?)
 2. Soziale Integration
 - Familiale Umgangskontakte (hat sie Kontakte zu Mutter, Vater, Geschwistern, Verwandten u.a.?)
 - Familienverband (ist er im Familienverband akzeptiert?)
 - Integration in Wohnumfeld und Kultur (ist sie hier zuhause?)
 - Gleichaltrige (hat er Freunde/Freundin?)
 - Bewältigung sozialer Situationen (kann sie sich verständigen?)
 3. Leistungsbereich
 - Ort (ist er in dieser Kita, Schule Ausbildungsstelle richtig?)
 - Besuch (geht sie auch regelmäßig hin?)
 - Leistungsniveau (kommt er zurecht?)
 - Integration (ist sie in der Gruppe, Klasse akzeptiert?)
 - Kontakt zu Führungspersonen (kommt er mit der Erziehungsperson, der Lehrkraft, dem Ausbilder zurecht?)
 4. Freizeitinteressen
 - Zugang (hat sie Zugang zu Freizeitangeboten?)
 - Hobbies (hat er Hobbies, treibt er Sport, besucht er Veranstaltungen?)
 - Gesellung (ist sie Mitglied in einem Verein, in einer Clique, Jugendgruppe?)
 - Geselligkeit (hat er die Möglichkeit, Feste und Feiern mitzuerleben?)
 - Medien (hat sie Zugang zu Medien und nutzt sie altersgemäß?)

III. Differenzierung nach alterstypischen Entwicklungsaufgaben

1. Säugling
2. Kleinkind
3. Schulkind
4. Jugendliche(r)
5. Junger Volljähriger

IV. Informationen der Beteiligten

1. Junger Mensch
2. Personensorgeberechtigte
3. Facharzt
4. Schule
5. Einrichtung/Dienst der Kinder- und Jugendhilfe
6. Sozialpädagogische Fachkraft im Jugendamt

V. Abschließende Beurteilung nach der VI. Achse MAS (psychosoziales Anpassungsniveau: Skalierung 0 bis 9) oder der ICF-Kategorisierung durch die federführende Fachkraft im Jugendamt unter Berücksichtigung der Informationen und Aussagen der Verfahrensbeteiligten

1. Beeinträchtigung der Teilhabe - kaum vorhanden
2. Beeinträchtigung der Teilhabe - mäßig ausgeprägt
3. Beeinträchtigung der Teilhabe - erheblich ausgeprägt
4. Beeinträchtigung der Teilhabe - voll ausgeprägt.

PD Dr. Dipl.-Psych. L. Goldbeck

Universität Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Lebensqualität – ein nützliches Konstrukt zur Beschreibung von Teilhabe(-beeinträchtigung)?¹¹

In ihrer Präambel hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1947 programmatisch definiert: Gesundheit ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen, sondern vollkommenes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden. Auf diesem Hintergrund hat sich in der Medizin die gesundheitsbezogene Lebensqualität als wichtiges Ziel für die Behandlung und Rehabilitation kranker Personen etabliert. Lebensqualität ist ein mehrdimensionales Konstrukt, das die körperliche, seelische und soziale Funktionsfähigkeit sowie das Wohlbefinden eines Individuums umfasst. Es kann gleichermaßen auf erkrankte und gesunde Personen bezogen werden.

¹¹ Die zum Vortrag zugehörigen Präsentationen sind im Anhang unter Präsentationen 1. Fachtagung zu finden.

Es gibt eine Vielzahl von Messinstrumenten zur standardisierten Erfassung der Lebensqualität. Als Gold-Standard der Diagnostik werden mehrdimensionale psychometrische Selbstbeurteilungsverfahren angesehen. Bei der Messung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen müssen entwicklungsabhängige Besonderheiten berücksichtigt werden. Beispiele für die Operationalisierung der Lebensqualität werden präsentiert. Ein Modell der Lebensqualität in Abhängigkeit von Belastungen, Ressourcen, individueller und familiärer Adaptationsfähigkeit wird vorgestellt. Vergleichende Untersuchungen verschiedener gesunder und klinischer Populationen beschreiben vor allem psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche als Risikogruppe für eine reduzierte Lebensqualität.

Überschneidungen zwischen den Konstrukten Teilhabe und Lebensqualität werden diskutiert. Es wird vorgeschlagen, zur Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung auch auf Lebensqualitäts-Instrumente zurückzugreifen, insbesondere um den subjektiven Hilfebedarf abzuschätzen und die Partizipation von Kindern und Jugendlichen an der Hilfeplanung zu verbessern.

Marc Schmid

Universität Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie; Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik der UPK Basel

Verschiedene Methoden zur Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung in der stationären Jugendhilfe – Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung

Einleitung

Kinder und Jugendliche aus stationären Jugendhilfeeinrichtungen sind oder waren zumeist extremen und kumulierten psychosozialen Belastungen (z.B. Misshandlung, Deprivation) ausgesetzt. 60 % der Kinder und Jugendlichen aus Heimen haben Missbrauchs-, Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen (Meltzer et al. 2003, Richardson & Lelliot 2003). Diese massiven psychosozialen Belastungsfaktoren stellen ein erhebliches Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung und einer Teilhabebeeinträchtigung dar. In Anbetracht der bekannt hohen psychosozialen Risiken in dieser Stichprobe ist es verwunderlich, dass es wenig epidemiologische Untersuchungen zur Prävalenz von psychischen Störungen in dieser Population gibt. In einem epidemiologischen Forschungsprojekt wurden die psychische Belastung, die Prävalenz von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen, und der Behandlungsstatus in dieser Hochrisikogruppe untersucht. Zusätzlich wurde die Lebensqualität und das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder und Jugendlichen aus der stationären Jugendhilfe erfasst. In dieser Abhandlung wird darauf fokussiert, wie diese Jugendlichen in diesen Verfahren zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus abschneiden, in welchen Lebensbereichen die Teilhabe der Heimkinder be-

sonders beeinträchtigt ist, welchen Einfluss das Vorliegen einer psychischen Störung auf die Teilhabebeeinträchtigung hat und wie hoch die drei verwendeten Verfahren zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus miteinander korrelieren.

Stichprobe

Grundlage dieser Untersuchung war die vollständige Untersuchung einer repräsentativen Stichprobe von 20 Jugendhilfeeinrichtungen. Die kleinste teilnehmende Einrichtung verfügte über 6 stationäre Plätze, die größte Einrichtung über 106, so dass das ganze Spektrum der stationären Jugendhilfe in die Studie eingebunden war. 12 Einrichtungen hatten eine eigene Schule für Erziehungshilfe. 14 Einrichtungen beschäftigten einen psychologischen Fachdienst. Insgesamt wurden 689 Kinder und Jugendliche (480 Jungen, 209 Mädchen) untersucht. Der Altersdurchschnitt betrug 14,4 Jahre.

Methode

Es wurde ein zweiphasiges Untersuchungsdesign gewählt. Zuerst wurden den Jugendlichen und den Pädagogen standardisierte klinische Fragebögen (CBCL/YSR) vorgegeben, um eine Fremd- und Selbsteinschätzung des Verhaltens der Jugendlichen zu erhalten. Neben den klinischen Fragebögen hat die CBCL/der YSR auch eine Kompetenzskala mit drei Subskalen (Aktivitäten, Soziale Kompetenz, Schule), die das psychosoziale Funktionsniveau abbilden. Kinder und Jugendliche, die eine Standardabweichung über dem Mittelwert der Normpopulation lagen wurden in einem zweiten Untersuchungsschritt mit einem klinischen Interview (DISYPS-KJ) untersucht, um eine kinder- und jugendpsychiatrische ICD-10 Diagnose abzusichern. Ein T-Wert der eine Standardabweichung über dem Mittelwert der Normstichprobe liegt differenziert am zuverlässigsten zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankung (Schmeck et al. 2001). Zur Erfassung der Lebensqualität wurde das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern (ILK) (Mattejat et al. 1998) im Fremd- und Selbsturteil verwendet.

Nur über die Gruppenpädagogen das psychosoziale Funktionsniveau nach Achse-VI des Multiaxialen Systems (Remschmidt et al. 2001) erfasst. Allerdings wurde entgegen der Instruktion von Remschmidt et al. (2001) nicht das krankheitsbedingte, eingeschränkte, sondern das allgemeine Funktionsniveau beurteilt.

Ergebnisse

Die untersuchte Stichprobe erreichte in einem klinischen Fragebogen (CBCL) Ergebnisse die sehr weit über der Normstichprobe lagen. 82 % der Kinder und Jugendlichen erreichten in der Screeninguntersuchung mit klinischen Fragebögen entweder im Fremd- oder Selbsturteil Ergebnisse im klinisch auffälligen Bereich. 30 % der Stichprobe erreichten mit einem T-Wert von über 70 in der CBCL - Gesamtskala einen derart extrem auffälligen Wert, wie ihn nur 2 % der Allgemeinbevölkerung erreichen. Es zeigte sich

eine sehr hohe Prävalenz von psychischen Störungen in dieser Stichprobe, wobei externalisierende Störungen (Störung des Sozialverhaltens, ADHD) überwiegen. 60 % der Kinder und Jugendlichen aus den untersuchten Heimen erfüllten die Diagnosekriterien für eine psychische Störung. Im Vergleich zur psychischen Auffälligkeit zeigte sich eine kinder- und jugendpsychiatrische Unterversorgung. Lediglich ca. 50 % der Kinder und Jugendlichen mit einer Diagnose erhalten eine Form von psychologischer, psychotherapeutischer oder kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Nur 12 % aller Kinder wurden medikamentös behandelt. Außerdem zeigte sich, dass nur 13 % der Kinder und Jugendlichen über die Rechtsgrundlage des § 35 a in ihren Jugendhilfeeinrichtungen lebten (vgl. Schmid & Fegert 2006). Dies ist in Anbetracht der Vielzahl der Kinder und Jugendlichen, die die Kriterien für eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose erfüllen, überraschend. Dieses Ergebnis deutet daraufhin, dass eher die an der Heimaufnahme beteiligten Institutionen über die Rechtsgrundlage der Heimunterbringung (§35 a vs. § 27) entscheiden als die seelische Belastung des Jugendlichen. Die Ergebnisse zur Teilhabebeeinträchtigung und zur Lebensqualität zeigen, dass die Gesamtstichprobe insgesamt sehr beeinträchtigt ist, dass die Varianz der Teilhabebeeinträchtigung in der untersuchten Population aber erheblich ist und es neben Kindern und Jugendlichen die ständige Betreuung benötigen auch Kinder mit sehr hoher Lebensqualität und hohem psychosozialen Funktionsniveau gibt.

Am Stärksten beeinträchtigt ist die Lebensqualität in den Bereichen "Psyche", „Schule“ und der Globalskala. Die Gruppenerzieher schätzten die Lebensqualität der Jugendlichen signifikant schlechter ein als die Jugendlichen im Selbsturteil. Diese Unterschiede in der Einschätzung zeigten sich im Bereich der Familie am Deutlichsten, während die Erzieher bei über 60 % der Jugendlichen diesen Bereich beeinträchtigt erlebten, gaben nur 30 % der Jugendlichen in diesem Bereich Schwierigkeiten an. Die Qualität der Beziehung zu den Pädagogen wurde von den Erziehern und den Jugendlichen ähnlicher beurteilt. Die Pädagogen sahen in 40 % der Fälle die Beziehung als problembelastet an, die Jugendlichen selbst beurteilten ihre Beziehung zu den Pädagogen in 33 % der Fälle als schwierig.

Erwartungsgemäß zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der psychischen Belastung und der Teilhabebeeinträchtigung. Die Kinder mit psychischen Störungen ($n = 240$) unterscheiden sich in ihrem sozialen Funktionsniveau hochsignifikant ($3,8$ vs. $2,2$ $p < 0.001$) von den Probanden ohne psychische Störung ($n = 171$). Auch in der Lebensqualität unterscheiden sich die Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen hochsignifikant von denen ohne psychische Störung. Die Heimkinder ohne psychische Störungen liegen in ihrer Lebensqualität im Bereich einer Schülerstichprobe ($n = 1867$) und unterscheiden sich damit in ihrer Lebensqualität nicht von Kindern, die in ihren Familien leben. Die Jugendlichen aus der Stichprobe mit psychischen Störungen sind in ihrer Lebensqualität und ihrem psychosozialen Funktionsniveau aber stark beeinträchtigt.

Die Ergebnisse der Gesamtskalen der drei verwendeten Verfahren korrelieren auf mittlerem Niveau, wobei die Korrelation zwischen ILK-Gesamteinschätzung und der Achse VI des MAS mit $r = .49$ deutlich höher ausfällt als die Korrelationen dieser Skalen mit der Gesamt-Kompetenzskala der CBCL die im Bereich vom $-.35$ (ILK) und $-.37$ (Achse-VI) lagen.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Kinder und Jugendliche aus stationären Jugendhilfeeinrichtungen sind stark von der Chronifizierung einer psychischen Störung bedroht. 60 % der Kinder und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe erfüllen die Diagnosekriterien für eine psychische Störung. Diese psychisch kranken Kinder sind in ihrer Teilhabe an der Gesellschaft massiv beeinträchtigt. Auch sehr globale Verfahren, wie die Achse-VI und ILK, scheinen die Teilhabebeeinträchtigung valide abbilden zu können, und können von Gruppenpädagogen sehr ökonomisch angewendet werden. Die Korrelationen im mittleren Bereich zeigen aber, dass jedes dieser Verfahren zwar ähnliches erfasst, aber jedes Verfahren neben der Globaleinschätzung noch unterschiedliche Teilbereiche erfasst. Aufgrund der deutlichen Unterschiede zwischen Fremd- und Selbsturteil scheint es sinnvoll beide Informationsquellen zu nutzen und mit den verwendeten Verfahren die wichtigsten Lebensbereiche der Jugendlichen abzubilden.

Die Hauptschwierigkeiten im schulischen Bereich und im Bereich der „Psyche“, legen bei den stetig steigenden Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt nahe, dass diese Kinder und Jugendlichen eine sehr intensive Förderung im schulischen Bereich benötigen, weshalb die Vernetzung zwischen Jugendhilfeeinrichtungen, Schule, beruflichen Ausbildungszentren und privaten Firmen weiter ausgebaut (vgl. Bürger 1999), und ein Zuständigkeitsgerangel zwischen SGB VIII und SGB II bzw. SGB III, vermieden werden sollte.

Eine frühzeitige kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Diagnostik und gegebenenfalls auch eine Intervention scheint angesichts der Tatsache, dass die Teilhabebeeinträchtigungen in der stationären Jugendhilfe vor allem in Verbindung mit psychischen Störungen vorkommen, indiziert, so dass niederschwellige Kooperationsformen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationärer Jugendhilfe implementiert und evaluiert werden sollten.

Literatur

- Bürger U. (1999). Heimerziehung und Arbeit. In: Colla G., Millham S., Müller-Teuser S., Winkler M. Handbuch der Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa. Neuwied. Leuchtenhand.
- Mattejat F., Jungmann J., Meusers M., Moik C., Nölkel P., Schaff C., Scholz M., Schmidt M.-H., Renschmidt H. (1998): Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) – Eine Pilotstudie. Kinder- und Jugendpsychiatrie 26: 174-182.

- Meltzer H., Lader D., Corbin T., Goodman R., Ford T. (2003): The mental health of young people looked by the authorities in England. Norwich. St Clements House
- Richardson J. & Lelliot P. (2003): Mental health of looked after children. *Advances in Psychiatric Treatment* 9: 249-256
- Remschmidt H., Schmidt M.H., Poustka F. (Hrsg.) (2001): Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Verlag Hogrefe, Göttingen.
- Schmeck K., Döpfner M., Plück J., Berner W., Fegert J.M., Lenz K., Huss M., Lehmkuhl U., Lehmkuhl G. & Poustka F. (2001): Discriminant Validity of the Child Behavior Checklist CBCL/4-18 in German samples. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 10.240-247
- Schmid M., Fegert J.M. (2006): Viel Lärm um nichts - Wie gebräuchlich ist die Wiedereingliederungshilfe nach § 35a SGB-VIII in der stationären Jugendhilfe. *Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe*. 1 31-35.

Prof. Dr. J. M. Fegert

Universität Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Teilhabebeeinträchtigung – bisherige Praxis der Einschätzung und Klassifikation im MAD-System

Seit den 70er Jahren hat sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, zunächst auf Basis einer europäischen Arbeitsgruppe, dann im Rahmen der WHO (Genf), die multiaxiale Diagnostik psychischer Störungen eingebürgert. Auf der ersten Achse werden die psychischen Störungen aus dem Kapitel F der ICD-10 klassifiziert. In Abweichung zur ICD-10 Klassifikation werden die umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, wie die im Sozialrecht häufig umstrittene Lese-/Rechtschreibschwäche, auf der Achse 2 des multiaxialen Systems getrennt kodiert, da sie häufig mit anderen Achse 1 Diagnosen kombiniert auftreten und deren Verlauf dann beeinflussen. Auf der Achse 3 wird das Intelligenzniveau kodiert, während auf der Achse 4 körperliche Grund- oder Begleiterkrankungen angegeben werden. Die Achse 5, welche für die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe besonders relevant ist, erfasst psychosoziale Belastungen wie z. B. sexuellen Missbrauch, Migrationsfolgen etc. Auf der Achse 6 wird das allgemeine Zurechtkommen im Alltag in einer 10-stufigen Skala mit entsprechenden operationalisierten Ankern erfasst. Die Achse 6 entspricht am ehesten einem Maß für die Teilhabebeeinträchtigung. Das multiaxiale System und die Umsetzung in eine pragmatische, standardisierte Stellungnahme werden vor dem Hintergrund der Veränderungen in der Norm im Vortrag dargestellt.

Dipl.-Psych. K. Lutz

Universität Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Zielerreichung im pädagogischen Setting - Eine Möglichkeit zur Messung von Teilhabefähigkeit: Umsetzung im Projekt PädZi

In diesem Beitrag werden Ergebnisse aus dem Kooperationsprojekt Pädagogische Zielerreichung „PädZi“, das die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm gemeinsam mit einem Jugendhilfeträger (Christlichen Jugenddorfwerk Deutschland e.V., CJD) durchgeführt hat, dargestellt. Grundlage der Studie war die Erhebung in 11 sozialpädagogischen Einrichtungen, die neben der Evaluation der Hilfen auch Praxisrelevanz für die pädagogische Arbeit bieten sollte. Hierbei wurden Jugendliche aus Jugendhilfeeinrichtungen, Internaten und Berufsförderausbildungen untersucht. Im Sinne einer Kundenorientierung wurden die Jugendlichen aktiv in die Erhebung mit einbezogen. Neben standardisierten klinischen Fragebögen und Instrumenten wurden auch pädagogische Zielbeschreibungs- und Zielerreichungsskalen entwickelt. Diese bieten die Möglichkeit, Entwicklungseinschätzungen individualisiert und in Bezug auf generelle Zielgrößen, welche in einer Vorstudie von den pädagogischen Mitarbeitern aus den Einrichtungen formuliert worden waren, mit zu erheben. Es wurden zwei Skalen entwickelt und eingesetzt, auf denen Ziele mit ihrem Ausgangsniveau beschrieben und auf denen später die Zielerreichung gemessen wurde. Die „Skala zu pädagogischen Zielen“ beinhaltet unterschiedliche Aspekte von Teilhabe wie beispielsweise das Sozialverhalten, die Verantwortungsübernahme/ Ver selbständigung oder das Verhalten in der Schule/ Ausbildung. In einer weiteren Skala werden individuelle Aspekte von Verhalten bzw. Teilhabefähigkeit gemessen. In der gewollt sehr heterogenen Stichprobe zeigte sich ein großes Ausmaß an klinisch bedeutsamen Verhaltensauffälligkeiten und Belastungen. Die Ergebnisse und Profilbildungen der standardisierten Fragebögen lassen sich auch mit den Zielerreichungsskalen abbilden und Defizite aber auch Ressourcen und deren Veränderungen sowohl auf Einrichtungsebene als auch im Einzelfall darstellen.

PD Dr. Dipl.-Psych. Ferdinand Keller

Universität Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

„Teilhabeeinträchtigung“: Methodische Anmerkungen zur Instrumentenentwicklung

Ausgehend von der bisherigen Diskussion während der Tagung sollten in diesem Beitrag noch einige „basics“ für die Instrumentenentwicklung vorgestellt werden. Grundlage war dabei die psychologische Forschungsmethodik, wie sie z.B. in Bortz (2002) vertreten wird.

Als erstes ist die Art des Interviewverfahrens festzulegen. Interviews können strukturiert, halb strukturiert oder offen geführt werden. Entsprechend werden eher quantitative oder qualitative Daten erhoben, und dies kann in direktem Gespräch, telefonisch oder auf schriftlichem Weg ablaufen. Auch die Anzahl der Befragten kann variieren (einzeln, Gruppe, Survey), ebenso die Anzahl der Befrager, wo auch Tandems eingesetzt werden können.

Die „Quelle“ der Information ist ebenfalls zu überlegen, d.h. wird der Betroffene selbst befragt oder andere Personen geben Auskunft über den Betroffenen. Anzustreben wäre beides, da immer wieder gezeigt wurde, dass Selbst- und Fremdbeurteilung nicht unbedingt hoch miteinander korrelieren.

Für die Instrumentenentwicklung wichtig ist der Zweck des Instruments.

- (1) Soll es eine algorithmische Zuordnung ermöglichen, z.B. die Zuschreibung einer Diagnose, wenn bestimmte Symptomkombinationen erfüllt sind, oder
- (2) dient es als „screening“-Instrument, das Personen herausfinden soll, die einen bestimmten Grenzwert überschreiten, um sie dann eingehender zu untersuchen, oder
- (3) soll es prognostische oder verlaufsorientierte Messungen ermöglichen.

Bei der Vorgabe fester Fragen (Items) muss das Antwortformat festgelegt werden. Hier bietet sich ein weiter Bereich von dichotom (ja/nein) über 3 – 7 Kategorien, wie sie meist in psychometrischen Fragebogen verwendet werden, bis hin zu 100 Unterteilungen, z.B. bei visuellen Analogskalen, wobei letztere für diesen Zweck wenig hilfreich sind. Eine Größenordnung von 3-7 Kategorien erscheint hier sinnvoll und wird in den bestehenden Instrumenten genutzt (vgl. den Beitrag von D. Gutschner). Die Kategorien einer Frage sollten in jedem Fall genau formuliert sein und sich nicht überlappen. Interessant ist im sozialrechtlichen Zusammenhang auch der Umgang mit fehlender Information. Neben „nicht bekannt“ und „nicht gefragt“ könnten hier auch die Kategorien „Auskunft verweigert“ und „verleugnet“ unterschieden werden.

Zusammengehörige Fragen, die gemeinsam eine Skala bilden (z.B. interpersonale Probleme in der BIS von Bird et al.), sollten ausreichend reliabel sein, wie auch die weiteren Testgütekriterien Objektivität und Validität gegeben sein sollten.

In der Konzeptualisierung eines Fragebogens ist auch zu beachten, ob eher state- oder trait-Aspekte gefragt werden sollen. Dadurch wird auch der zu betrachtende Zeitraum in der Fragebogeninstruktion bestimmt. Inhaltlich sind verhaltensnahe Items besser zu operationalisieren und vermutlich auch verlässlicher als „Gefühle“, doch hängt dies natürlich von der gewünschten Itemauswahl ab. Antworten können schließlich von Kontextfaktoren abhängen, z.B. der sozialen Erwünschtheit, oder aber auch von einer „allgemeinen Klagsamkeit“ überlagert sein. Aus der Fragebogenforschung ist bekannt, dass eine Gruppe von Probanden die Extremkategorien eher meidet, während sie von einer anderen Gruppe bevorzugt wird.

In der anschließenden Diskussion wurde m.E. noch einmal die Diskrepanz zwischen den methodischen Herangehensweisen der unterschiedlichen Professionen der Teilnehmer (Pädagogen, Sozialpädagogen und Psychologen, Mediziner) deutlich. Erstere „sehen sehr viel, können es aber nicht klassifizieren“, letztere versuchen, diagnostische Kategorien abzufragen und Personen dann einer Diagnose zuzuordnen, wobei die Besonderheit des Einzelfalls vielleicht dabei verschwindet.

Ein Fragebogen bzw. ein strukturiertes Interview dient daher auch der Verfahrenssicherheit und schafft eine gewisse Verpflichtung zu einheitlichem Vorgehen. „Subjektive“ Entscheidungen müssen dennoch getroffen werden, gerade wenn sich verschiedene Quellen widersprechen oder wenn ein screening auf mehreren Ebenen durchgeführt wurde und eine integrierte Bewertung vorzunehmen ist. Aus der Sicht eines Instrumentenentwicklers gibt es freilich keinen Grund, dies nicht zumindest teilweise in die Erhebungsinstrumente aufzunehmen, indem der „diagnostische Prozess“, der in den Köpfen geübter Pädagogen (u.ä.) abläuft, offen und transparent gemacht wird. Gelingen wird dies nie vollständig, aber auch kleinere Fortschritte dabei könnten für viele (neuere) Mitarbeiter hilfreich sein und eine Vereinheitlichung von Regeln anstoßen.

4.5. Ergebnisse

4.5.1. Derzeitige Praxis

Problemfälle

Konsens herrschte darüber, dass weniger die Extremfälle mit hoher und eindeutiger Teilhabebeeinträchtigung und Funktionseinschränkung Probleme in der Einschätzung und der Prognose bereiten, sondern die Fälle, die im Mittelbereich hinsichtlich der Einschränkungen liegen. Bei diesen Fällen ist unter dem Allokationsaspekt entscheidend, mit hoher Trennschärfe zu unterscheiden, wann welche Hilfeform notwendig ist. Diese Fälle wurden prognostisch als am schwersten einzuschätzen befunden.

Heterogenität und Interdisziplinarität

Die erste Fachtagung zeigte als hervorstechendes Merkmal im Bereich der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung eine große Heterogenität der Praxis auf.

Diese Heterogenität ließ sich auf mehreren Ebenen feststellen: einmal auf der Ebene der Diagnosenstellung im ersten Teil der Norm, also der fachlichen Feststellung einer psychischen Störung und der daraus folgenden psychiatrisch-medizinischen Implikationen.

Bezüglich der Feststellung der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnose wurde festgehalten, dass hier große Qualitätsunterschiede vorkämen und teilweise Untersuchungsergebnisse widersprüchlich und inkonsistent seien.

„...zum einen haben wir es mit dem Problem inkonsistente Untersuchungsergebnisse zu tun...dieser erste Schritt, Feststellung einer seelischen Störung bedarf ja einer gewissen fachlichen Standardisierung und das ist in der alltäglichen Praxis längst nicht der Fall.“ (Goldbeck 6.12.05, S. A 8)

Dies führe einerseits zur Verunsicherung der Betroffenen (Kinder, Eltern) andererseits zur Auseinandersetzungen zwischen den Eltern und den Jugendämtern, da die Gefahr bestehe, dass jeder sich auf eine andere Feststellungsgrundlage berufe. Eine besondere Gefahr wurde in dem, durch die Novellierung abgeschafften, Usus gesehen, dass Anbieter von Leistungen auch die Diagnose erstellen. Dennoch wurde bei der Diagnostik zur Eingangsvoraussetzung für den §35a bereits ein weitergehendes Problem angesprochen, nämlich die diagnostisch korrekte Überprüfung der Eingangsvoraussetzung als Grundlage des sich dann erst anschließenden Prozesses der Feststellung der daraus resultierenden Teilhabebeeinträchtigung. Hier wurden Unsicherheiten aber auch Vorbehalte seitens der Jugendämter und Sozialpädagogik gegenüber der medizinischen Disziplin evident. So wurde deutlich, dass einerseits von den Jugendämtern die präzise psychiatrische Diagnostik gewünscht wird, andererseits diese Diagnostik auch zu einem gewissen Teil als mit der Methodik der Sozialpädagogik, die die Arbeit der Jugendämter dominiert, als nicht kompatibel angesehen wurde.

„...für uns ist schon die Diagnose insofern relevant, dass wir mit manchen Krankheitsbildern nichts anfangen können und dann kann man nachfragen, um die Diagnose zu erfragen, das wäre der einzige Punkt, wo wir sagen würden, dafür brauche ich einen Amtsarzt.“ (Goller-Martin 6.12.05, S. A 9)

Aus juristische Sicht wurde betont, wie entscheidend die Diagnose der Eingangsvoraussetzung und die Einschätzung der daraus resultierenden Probleme für das betroffene Kind/ den betroffenen Jugendlichen sind, was nach Auffassung des beteiligten Juristen in den Jugendämtern so nicht nach fachlichen Standards erhoben werde.

„...aber es gibt Jugendämter, da fragt man sich, nutzen die die Gerichtskostenfreiheit des Verfahrens aus. Schieben wir das zum Gericht und die Gerichtskasse zahlt das Gutachten, also da gibt es alles und da stellt sich natürlich schon die Frage und wohin soll das führen, das macht mit Sicherheit auch keinen Sinn, wenn wir alles zum Gericht schicken und hier erst das Gutachten einholt, dann dauert das ewig und dann erfährt eine 16-jährige ob sie mit 12 einen Anspruch auf eine Leistung hatte.“ (Hoppe 6.12.05, S. A 10)

Obwohl im eigentlichen nicht Hauptinhalt der Tagung, die den zweiten Schritt, die Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung fokussieren sollte, wurde sehr deutlich, dass in der momentanen Praxis das Problem der Erhebung der Eingangsvoraussetzungen nicht vom zweiten Schritt zu trennen ist. Deutlich wurden hier auch die Schnitt- aber auch Trennstellen zwischen den beteiligten Disziplinen, der Medizin und der Sozialpädagogik.

„...es sind ja zwei Disziplinen mit unterschiedlichen diagnostischen Komponenten an die gleiche Fragestellung gegangen, nämlich die Sozialpädagogen sind mit multifaktorieller Tiefe herangegangen und wie sie das eben beschrieben haben, verschiedene Ebenen, irgendwie gekuckt, so dass sie da Hinweise erhalten können, kommen interessanter Weise zu einem anderen Ergebnis, also in einer Frage zumindest, als die Psychiater gelangen. Sie haben aber auf die gleiche Art und Weise ja differenziert recherchiert und sehr differenziert ihre Ergebnisse eingeholt. In sofern ist ja die Frage, wenn wir hier diskutieren wollen eigentlich eine konkurrenente Frage, weil es hier um zwei Disziplinen geht, die hier mit unterschiedlichen diagnostischen Verfahren vorgehen...“ (Wolff 6.12.05, S. A 11)

Diese Frage der Interdisziplinarität, die auch Fragen der Hegemonie einer Disziplin, bzw. Ängste vor einer solchen beinhaltet, war insofern von ganz entscheidender Bedeutung, als sich daran auch Hinderungsgründe für die Entwicklung von Standards in der allgemeinen Jugendhilfearbeit und im speziellen Fall im Feststellungsprozess zur Teilhabe festmachen ließen. Es wurde mehrfach ein methodisches Defizit in der Sozialpädagogik erkannt und beklagt, das dazu führe, dass entscheidende Impulse für Diagnostik und Standardisierungen aus anderen Disziplinen vorgeben würden. Andererseits wurde ersichtlich, dass es auch Bestrebungen gibt, eigene Qualitätsentwicklungsprozesse zu initiieren und zu steuern.

Generelle Aspekte

Als im diagnostischen Prozess unbedingt zu erfassende, bzw. zu beachtende Elemente konnten die folgenden drei Elemente, die auch die WHO analog in der ICF verwendet, herausgearbeitet werden:

- die **Pervasivität**, d.h., ob das Störungsbild in mehreren Bereiche Auswirkungen hat, z.B. ob eine Funktionsbeeinträchtigung sich in der Familie, in der Schule und auch in der Freizeit auswirkt, oder ob die Funktionsbeeinträchtigung nur auf einen Bereich beschränkt ist. Die Pervasivität trägt erheblich zum Ausmaß der Beeinträchtigung bei.
- die **Intensität**, d.h., ob das Störungsbild in einem (oder mehreren) Bereich(en) so stark ausgeprägt ist, dass die Stärke der Funktionsbeeinträchtigung nicht mehr mit einer Teilhabe vereinbar ist. Das bedeutet, dass z.B. auch bereits ein Bereich genügt, um eine Teilhabebeeinträchtigung festzustellen, obwohl das Funktionsniveau in den anderen Bereichen hoch und ausreichend sein kann.
- die **Chronizität**, d.h. die Dauer der Funktionsbeeinträchtigung. Für die Chronizität liegt bereits in der Norm des §35a KJHG ein Kriterium vor, da dort der Halb-Jahreszeitraum in der Regel vorausgesetzt wird

Chronizität und Überprüfung der Teilhabebeeinträchtigung im Verlauf

Die Frage der Chronizität war auch in der Diskussion über mögliche Instrumente der Erfassung der Funktionsbeeinträchtigung thematisiert worden. Die vorhandenen Instrumente differieren zum Teil deutlich in den Bezugszeiträumen, auf die sie rekurrieren. Manche Instrumente verwenden als Ankerzeitraum eine Zwei-Monatsfrist, andere einen Sechs-Monatszeitraum, wiederum andere ein ganzes Jahr. Einigkeit herrschte darüber, dass für die Frage der Diagnostik eine Anlehnung an die durch das KJHG vorgegebene Dauer von sechs Monaten sinnvoll ist, und ein Abweichen bei der Erfassung von diesem in der Norm angesprochenen Zeitraum in der Regel nicht stattfinden sollte.

An die Frage, wie eine Teilhabebeeinträchtigung erstmalig festgestellt werden könne, schloss sich die Frage an, wie die Wirksamkeit der Hilfen überprüft werden kann. Als kritischer Punkt zeigte sich, dass zwar oftmals eine Auseinandersetzung um die erstmalige Feststellung stattfindet, dann aber die Frage in den laufenden Hilfemaßnahmen, ob sich die Beeinträchtigung reduziert hat, und also eine Hilfe gegebenenfalls beendet werden kann, zu wenig thematisiert wird. Es wurde Einigkeit darüber erzielt, dass bei einer Überprüfung der Teilhabebeeinträchtigung letztlich der gleiche Standard angewendet werden müsste, wie bei der erstmaligen Feststellung. Allerdings, so zeichnete sich ab, könnte die daraus folgende Handlungsimplikation eine völlig andere sein. In diesem Verfahren müsste auch die Diagnose, ob eine psychische Störung immer noch vorliegt, erneut gestellt werden. Sollte sich eine solche nicht mehr erheben lassen, so betonten die Teilnehmer, wäre deshalb nicht unbedingt die Hilfe zu beenden, da in diesem Fall geprüft werden müsste, ob aufgrund der Hilfemaßnahme die Störung remittiert wäre und eine Veränderung der aktuellen Lebenssituation, also eine Beendigung der Hilfe, zu einem erneuten Auftreten der Störung führen würde. In der Diskussion musste nochmals geklärt werden, dass ohne das Vorliegen der Diagnose einer „Abweichung der seelischen Gesundheit“ die Eingangsvoraussetzung für den §35a entfallen und also für eine drohende seelische Behinderung nach der Norm des §35a die Diagnose der Abweichung der seelischen Gesundheit Voraussetzung ist. Ohne Diagnose entfielen die Eingangsvoraussetzung, damit griffe das im §35a KJHG niedergelegte Kriterium der „drohenden seelischen Behinderung“ nicht bzw. käme gar nicht zum Tragen. Allerdings wäre das Kriterium der drohenden seelischen Behinderung in jenen Fällen hinreichend, bei denen zwar die Diagnose noch vorliegt, aber die seelische Behinderung remittiert ist, diese jedoch bei einer Beendigung der Hilfe mit hoher Wahrscheinlichkeit wieder aufträte. Sollte eine solche seelische Behinderung jedoch nicht mehr drohen, oder die Eingangsvoraussetzung für den §35a nicht mehr vorliegen, aus sozialpädagogischer Sicht aber dennoch weiterer Hilfebedarf bestehen, so wären Hilfen gemäß §27 KJHG, also ein Wechsel in der Rechtsanspruchsgrundlage, notwendig. Deutlich wurde, dass für die Überprüfung nach erfolgter Hilfegewährung ebenfalls Standards notwendig sind, die in Teilbereichen von

denen bei der Erstfeststellung differieren. Vorhandene Entwicklungen wie Zielerreichungsinstrumente (Pädzi) oder Erziehungspläne sind kontrovers diskutiert worden: während diese Ansätze grundsätzlich begrüßt wurden, wurde ihre Praktikabilität im Feld in Frage gestellt und Wert auf die Verfahrenshoheit vor Ort mit sehr heterogenen Ansätzen der Erfolgsüberprüfung gelegt.

Bezüglich der Fragestellung, welcher Zeitraum als sinnvoll erachtet werden kann, um eine Überprüfung vorzunehmen, wurde teilweise auf die in der Norm genannte Zeitspanne von sechs Monaten rekurriert. Gleichzeitig wurde aber, da ein solches Überprüfungsverfahren aufwändig und ressourcenverbrauchend für die Jugendämter ist, die gewünschte Praktikabilität eines solchen standardisierten Verfahrens betont und die Möglichkeit eingefordert, individualisiert von fixierten Zeitpunkten abweichen zu können, wenn sich dies aus dem Fall heraus ergäbe, etwa bei Kindern mit bekanntermaßen sehr chronischen Beeinträchtigungen. An diesem Punkt zeigten sich wieder interdisziplinäre Anknüpfungspunkte, da die Kinder- und Jugendpsychiatrie hinsichtlich prognostischer Einschätzungen als hilfreich angesehen wurde. Andererseits wurde aus Ergebnissen der Ulmer Heimkinderstudie die Differenziertheit der benötigten Hilfen deutlich, ebenso der Umstand, dass es blinde Flecke der Diagnostik gibt, auch bei Jugendlichen, die sich bereits im Hilfesystem befinden. So zeigte sich bei Minderjährigen, die sich im Hilfesystem der Jugendhilfe befinden, eine mangelnde Partizipation an anderen sozialen Systemen, etwa dem medizinischen Hilfesystem, obwohl diese Systeme wiederum die Jugendhilfe unterstützen könnten. Es besteht die Gefahr, dass bei Kindern und Jugendlichen, die bereits in einer Hilfemaßnahme sich befinden, diagnostisch ein „blinder Fleck“ vorkommt.

„...was ich gestern ganz wichtig gefunden habe war, dass von verschiedenen Seiten noch mal gesagt wurde, und dann im Bereich der Heimkinderstudie auch nochmals als ein Kriterium der Teilhabe gezeigt wurde, dass Teilhabe auch den Zugang zur sozialen Sicherung bedeutet. Gestern haben wir gesehen, dass es Gruppen gibt, die dazu keinen Zugang hatte oder zu anderen medizinischen Leistungen. Das ist etwas, was offenbar in der Praxis manchmal unter den Tisch fällt, bzw. so gar nicht bisher im Fokus war oder gesehen wurde.“ (Kölch 7.12.05, S. A 60)

Wahrscheinlichkeitsbegriff in der Prognosestellung

Allerdings führte der Bezug auf die Norm, die auch den Begriff der „drohenden seelischen Behinderung“ kennt, zu einer Diskussion, wie Aussagen prospektiv getroffen werden können, also eine Abschätzung für einen Zeitraum in der Zukunft zu leisten sein kann. Prinzipiell ist begrifflich zu trennen zwischen der „Abweichung der seelischen Gesundheit“, dem Begriff der Teilhabebeeinträchtigung und der drohenden seelischen Behinderung. Droht eine Behinderung, so ist implizit, dass in der Zukunft eine Teilhabebeeinträchtigung erwartet wird, bzw. aus der Störung resultierend abgeleitet

wird. Dazu prospektiv Aussagen zu treffen, wurde von einem Teil der Tagungsteilnehmer als ungleich schwieriger angesehen, als in jenen Fällen, in denen die Teilhabebeeinträchtigung und seelische Behinderung bereits vorliegt. Ein Aspekt war, inwiefern die Wahrscheinlichkeit operationalisiert werden kann und welcher Wahrscheinlichkeitsbegriff juristisch sinnvoll ist. Der zweite Punkt war die inhaltliche Begründung für Prognosen, d.h. inwieweit bereits eine Diagnose prognostische Einschätzungen erlaubt, bzw. bei welchen Diagnosen und Funktionseinschränkungen Unsicherheiten bei der Prognose bestehen und inwieweit eine sichere Diagnostik bezüglich des Hilfebedarfs mit hoher Trennschärfe geleistet werden kann.

Der in der Rechtsprechung eingeführte, jetzt in die Norm des §35a übernommene Begriff der hohen Wahrscheinlichkeit wurde seitens des Verwaltungsgerichts klar abgegrenzt von im Strafrecht notwendigen Wahrscheinlichkeiten und deutlich geringer angesetzt. Dies bedeutet für die Feststellung einer Teilhabebeeinträchtigung eine gewisse Unsicherheit, bzw. für die Jugendämter in der Folge bei ablehnenden Bescheiden bzgl. gewünschter Hilfen, eine umso höhere Verpflichtung zur Transparenz und fachlichen Fundierung der Entscheidungsprozesse/-findung und der Einschätzung, weshalb nach Auffassung des Jugendamts keine Teilhabebeeinträchtigung folgen wird.

Einbeziehung der subjektiven Sicht

Großen Wert legten die Teilnehmer darauf, dass die unterschiedlichen Sichtweisen der Betroffenen, also von Eltern und Kind, aber auch weitere Beteiligte bereits bisher in die Erhebung des Ausmaßes der Beeinträchtigung einbezogen werden. Dies geschehe durch die sozialpädagogische Diagnostik, also Gespräche, Hausbesuche etc. Gleichzeitig wurde aber deutlich, dass hier eine sehr große Variabilität zwischen den Ämtern besteht, aber auch eine interindividuelle Variabilität innerhalb eines Amtes bestehen kann. Eine systematisierte Einbeziehung der unterschiedlichen Sichtweisen findet bisher nicht statt, allerdings würden die Betroffenen am Hilfeplan beteiligt, was die Einbeziehung der Sichtweisen der Betroffenen zumindest garantiere, meinte ein Teil der Teilnehmer.

4.5.2. Anforderung an ein Modul

Sozialpädagogische Methodik und Zugang zur Erhebung

Als Hauptkritikpunkt an den vorhandenen und im Rahmen der Tagung vorgestellten und diskutierten Erhebungsinstrumenten wurde die Selektivität der erhobenen Kriterien benannt. Es wurde deutlich, dass diese Instrumente der Komplexität der Fragestellung nach Meinung der Beteiligten nicht gerecht würden und eine Reduktion im Rahmen des Feststellungsprozesses auf diese Instrumente, bzw. die von diesen erfragten Items die Komplexität der betreffenden Fälle verfehlen würde.

„Mir kommt bei den Instrumenten die Dimensionalität sehr zu kurz, sie sind zu wenig dimensional. Es sind in Wirklichkeit ja sehr viel mehr Bereiche. Je differenzierter Lebensbereiche (Jugendpsychiatrie/Jugendhilfe unterschiedlich) abgefragt werden, umso besser. Nicht so wichtig die Anzahl der Items, sondern evt. mehr größere Überschriften.“ (Schepker 6.12.05, S. A 30)

Die Instrumente wurden als zu wenig dimensional empfunden. Damit ist gemeint, dass die Instrumente vor allem Bereiche erfragen und letztendlich aus den beantworteten Fragen kategorial eine Einschätzung über (klinische) Auffälligkeiten ergeben.

„Sie haben da Probleme sich festzulegen, wenn man ja und nein abfragt, da hat man natürlich schwarz und weiß, das grau oder so etwas (fehlt dann), von daher ist mein Vorschlag, eine Abstufung vorzusehen.“ (Eisenschink 6.12.05, S. A 29)

„Ich würde aus dem Bereich der Eingliederungshilfe jetzt für körperlich geistig behinderte Erwachsene noch folgendes anmerken wollen. Wir haben da Punktsysteme zur Bewertung des Hilfebedarfes. Es ist folgendes passiert, die Verwaltung macht an der Höhe des Punktwertes fest, welche Leistungen (der Betroffene) bekommt. Das ist nicht richtig und trifft auch nicht zu. Deshalb würde ich auch in diesem Kontext davor warnen. Es so nicht zu machen. Das ist einfach nicht richtig.“ (Haas 7.12.05, S. A 87)

„Also was mich noch so umtreibt, ist die soziale Pädagogik mit ihrem beruflichen Instrument, denn Hilfeplanung hat ja eigentlich eher eine Philosophie, da stoßen mehrere Perspektiven zusammen: da gibt es die Position der Kinder und Jugendlichen, die Position der Eltern, der Fachkräfte, die Position dessen, der entscheiden kann. So und von der Idee her geht es da um eine Aushandlung, um eine Aushandlung von Definition, um eine Aushandlung von Wirklichkeit, die jeder für sich definiert, weil alles ist ja irgendwie eine Konstruktion, eine individuelle, ob ich als Profi rede, als Eltern, oder als Kind, so und das geht also irgendwie um dieses Aushandeln dieser verschiedenen Sichten und da ist ja der Prozess dieser Aushandlung im Grunde genommen eigentlich schon der erste Schritt, der offen legt, wo habe ich möglicherweise Ressourcen, wo könnte ich möglicherweise erste Schritte in dieser Situation schon etwas bewältigen, um, ja also zu wissen, wo hat jeder Ressourcen, was könnte er damit tun.“ (Wolff 6.12.05, S. A 42)

Erforderliche Kriterien

Als unverzichtbar für ein Instrument wurde die Definition von Kriterien zur Teilhabebeeinträchtigung angesehen. Drei unterschiedliche Kategorien an Kriterien für ein solches Instrument wurden erarbeitet:

- entwicklungsspezifische Kriterien,
- anforderungsspezifische Kriterien,
- situationspezifische Kriterien.

Als **entwicklungsspezifische** Kriterien wurden Altersspezifika in der Entwicklung des Minderjährigen benannt, wie Vereinsmitgliedschaften, familiäre Orientierung vs. Außenorientierung, Scholorientierung, Integration in den Kindergarten etc. Je nach Alter, so herrschte Einigkeit, bestünden verschiedene Kriterien für Teilhabe. Konsens herrschte darüber, dass es hier noch keine gut ausgearbeitete Definition oder einen alterstypischen Katalog für diese Kriterien gibt, wenngleich erste Ansätze bestünden (vgl. Bayerisches Landesjugendamt). Wert wurde insbesondere auf die Praktikabilität eines solchen Katalogs mit Ankerpunkten bzw. altersspezifischen Kriterien gelegt; d.h. er müsse der Fachkraft rasch und ressourcenorientiert einen Überblick geben können.

„Die Frage ist immer wieder, kann man nicht mit sozialpädagogischer Nomenklatur versuchen diese Bereiche mit einzufüllen? Dazu glaube ich, wäre notwendig den Entwicklungsgedanken einzuführen und da will ich fragen, ob das schon gemacht wurde. Sie haben ja vorhin ein paar bestimmte Stücke genannt, die sie schon diskutiert haben, ich meine eigentlich, dass die Entwicklungsorientierung der Teilhabe ein wesentlicher Aspekt sein müsste für Kinder und Jugendliche. Der Begriff der Entwicklungsstufen oder der Entwicklungsarbeit oder Entwicklungsaufgabe, wie auch immer man es formulieren möchte. Wir wissen ja, dass Kinder in jeder verschiedenen Altersstufe verschiedene Entwicklungshürden zu nehmen haben, die schon physiologisch mit Krisen verbunden sind. So und wenn man die Teilhabestörung spezifisch auf dieses Scheitern von einer Stufe auf die andere kommen, mal ins Blickfeld rücken würden, vielleicht wäre das eine Grundlage, auf der man gemeinsam pädagogisch wie medizinisch zu einer Verbalisierung kommen könnte.“ (Jungmann 7.12.05, S. A 63)

Anforderungsspezifische Kriterien wurden aufgrund der Heterogenität der Praxis in den Jugendämtern und Unterschiedlichkeit der Ausprägung der Schwere der Teilhabebeeinträchtigung als notwendig erachtet. Damit ist gemeint, dass ein Instrument flexibel einsetzbar sein müsse, je nach dem, wie sich die Anforderungen an die Diagnostik und Evaluation im Einzelfall, bzw. im jeweiligen Jugendamt darstellen. So sollte z.B. bei komplexen und schwierigen Fällen eine sehr umfangreiche Diagnostik anhand des Instruments möglich sein, bei leichteren Fällen sollte das Instrument auch die Möglichkeit zulassen nur ein Minimum an Diagnostik und Evaluation durchzuführen. Auch die unterschiedlichen Bereiche, also Familie, Schule/Beruf und Freizeit müssen je nach Ausprägung und Schwerpunkt der Beeinträchtigung mit unterschiedlicher Tiefe und Breite erfasst werden.

Entsprechend der unterschiedlichen Lebensräume der Klienten und der Unterschiedlichkeit der Struktur der Sozialräume, die die Jugendämter zu betreuen haben ist eine **situationsspezifische** Offenheit des Instruments notwendig. So sind verschiedene Lebensrealitäten wie Stadt oder Land als soziales Umfeld, Erreichbarkeit von Maßnahmen zur Integration, kulturelle Kontexte und Migrationshintergründe als spezifische situative Anforderungen im Diagnostikprozess zu berücksichtigen.

„Es geht für mich auch noch mal, so hab ich sie auch verstanden, um ein Stückweit eine Optimierung der Sammlung von Informationen eben auch mit dem Blick darauf, nicht wichtige Sachen zu übersehen. Aber (es geht) um das Verfahren, Verfahren heißt für mich zu wissen, wer muss denn alles gehört werden. Zumindest auch die Sicht der Betroffenen, da haben wir im Moment ja schon noch mal Defizite. Was mir auch gut gefallen hat, was sie noch mal eingebracht haben, zu sagen, wir brauchen ganz unterschiedliche Instrumente für die unterschiedlichen Situationen und Personen. Ich glaube, da würde ich auch gerne weiter drüber nachdenken.“ (Porr 7.12.05, S. A 85)

Prognose

Die Prognoseeinschätzung war eine Frage, die das Verwaltungsgericht an die Gutachter in dem am Beginn der Tagung vorgestellten Verfahren stellte. Die Prognoseeinschätzung wurde mehrfach im Verlauf der Tagung diskutiert. Einmal hinsichtlich der Frage, ob und wie eine valide Prognose überhaupt in diesem diffizilen und von verschiedensten Einflussvariablen Bereich der Teilhabebeeinträchtigung möglich sei. Zum anderen wurde diskutiert, wie eine Prognose überprüft werden könne und gegebenenfalls steuernd in die Hilfe eingegriffen werden könne. Auch die Frage, wann eine Hilfe wieder beendet werden kann spielte diesbezüglich eine Rolle.

Als Möglichkeit, diese Probleme zu lösen wurde ein inhaltlich zweigliedriges Vorgehen vorgeschlagen: einmal sollte das aus (psychiatrisch) wissenschaftlichen Untersuchung bekannte Wissen über Prognosen einzelner Störungen einbezogen werden. Hier herrschte Einigkeit darüber, dass es Störungen mit einem hohen Risiko von Komplikationen und einer hohen Chronizität mit dauerhafter Funktionsbeeinträchtigung, wie etwa autistische Störungen, gibt. Für den Einzelfall müssen dann – im zweiten Schritt – noch konkrete Faszilitatoren und Hinderungsaspekte berücksichtigt werden. Bei anderen Störungen, deren Prognosen uneindeutiger sind, zeigte sich ein individuelleres Vorgehen als sinnvoller. Hier wäre das Hauptgewicht auf Faszilitatoren und Unterstützungsebenen zu legen und daran eine Einschätzung für den individuellen Fall über den Verlauf zu erstellen. Zur Erfüllung des in der Norm festgeschriebenen Verfahrens und der Aufgaben der Jugendämter ist auch für den Fall von Verwaltungsgerichtsverfahren eine Schematisierung notwendig. Dies umso mehr, als die meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder die Prognosen sehr individuell sind und eine hohe Entwicklungsoffenheit beim einzelnen Kind besteht.

Das Instrument müsse die epidemiologischen Erkenntnisse mit einbeziehen, war eine Forderung. Dies könnte am besten dadurch gelingen, dass die medizinisch-psychiatrisch exakte Diagnose in die sozialpädagogische Diagnostik einbezogen wird. Durch Einbeziehung der Prognoseeinschätzung des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie könne die wissenschaftliche Erkenntnis über die zugrunde liegende Störung einbezogen werden. Desweiteren müsse das Instrument einen Rückgriff auf etablierte, international validierte und an die ICF angelehnte Instrumente,

wie die in der Tagung vorgestellten Erfassungsinstrumente zum social-functioning und impairment ermöglichen.

Die unmittelbare Erfahrung und Fachlichkeit des bearbeitenden Sachbearbeiters des Jugendamts müsse aber ebenso einbezogen werden können, wurde gefordert.

Die Validierung der Prognose erfolge am besten in einer Überprüfung der Hilfemaßnahme nach einem geeigneten Zeitintervall. Hier müsste die Möglichkeit bestehen, Veränderungen im Instrument abbilden zu können, also Verlaufsmessungen und -darstellungen zu ermöglichen.

„Wenn man über Zielformulierung spricht oder jetzt mal ein Instrument noch mal entwickelt, glaube ich, was wir gestern auch noch mal diskutiert haben, was stellt die Voraussetzung für die Beendigung der Maßnahme dar. Ich glaube, darüber muss man sich auch vorher klar werden. (...) Wann sind die Voraussetzungen da, dass ich gut begründet sagen kann, die Jugendhilfemaßnahme ist beendet, jetzt kann ein Kind/Jugendlicher zurückgehen. Das sind ja auch die Diskussionen, die sie im Moment mit ihren Einrichtungen führen. Also ich glaube, das wäre mir noch mal wichtig, dass man das in seinem Team auch noch versucht mit herauszuarbeiten, was sind hierfür Kriterien. (Porr 7.12.05, S. A 71)

Mehrdimensionalität

Im Rahmen der Referate zu den Instrumenten wie zu den Studien zu Teilhabe bzw. Zielerreichung und den Diskussionen kristallisierte sich die unbedingte Notwendigkeit heraus, dass jede Erfassung der Teilhabe/Teilhabebeeinträchtigung mehrdimensional erfolgen muss. Dabei zeigte sich, dass diese Mehrdimensionalität nicht nur die zu untersuchenden Bereiche betrifft, sondern auch die Sicht auf diese Bereiche, also die Erfassung der einzelnen Bereiche aus verschiedenen Perspektiven erfolgen muss.

Als Bereiche zeichneten sich die Lebensumfelder Minderjähriger ab: Familie, Schule/Beruf und Freizeit. Diese wurden als variabel in ihrer Wichtigkeit je nach Alter des Minderjährigen angesehen, so könne etwa die Familie mit fortschreitendem Alter weniger relevant werden, während sie in den ersten Lebensjahren der dominierende Bereich eines Kindes darstellt. Im letzten Fall müsste dann in die Erfassung auch einbezogen werden, wie die Familie selbst wieder am sozialen Leben etc. partizipieren kann, damit auch das Kind teilhabefähig ist.

Mehrdimensionalität hinsichtlich der Erhebung meint auch die Einbeziehung der tangierten Informationsquellen und des/der Betroffenen. So war es Konsens, dass in manchen Fällen u.a. auch die Schule, der Kindergarten befragt werden müssten. In der Diskussion wurde dann darauf abgezielt, dass in der Erhebung „subjektive“ und „objektive“ Einschätzungen der Beeinträchtigung gebe. Unter „objektiv“ wurde weniger ein Analogon zu „neutral“ verstanden, sondern es wurde als die Sicht von Aussenstehenden und ge-

gebenfalls durch psychometrische Instrumente oder anderweitig durch Fakten validierte Erhebungsergebnisse verstanden. Subjektiv wurde die Einschätzung der Betroffenen, also des Kindes und der Eltern verstanden. Dabei sollten, vor allem wenn es Hinweise auf eine divergente Sicht, die Sicht des Kindes und der Eltern auch getrennt erfasst werden. Dabei wurde auf das am Beginn der Tagung referierte Gutachten Bezug genommen, das diese unterschiedlichen subjektiven Empfindungen durch eine Störung explizit problematisierte.

„Wir machen gerade die Erfahrung, die Qualität einer guten Entscheidung liegt darin, möglichst viele Fremdeinschätzungen zu haben, von Eltern, von Lehrern, von Personen, die im Freizeitbereich Kontakt zum Kind haben und dass das sicherlich noch mal die Frage ist, kann es dann ein Instrument sein oder ein Methode, oder müssen es nicht unterschiedliche sein, die dann verschmelzt werden zu einem Gesamteindruck?“ (Goller-Martin 7.12.05, S. A 77)

Diese mehrdimensionale Sicht, so die Diskussion, müsse aber schließlich dennoch wieder reduziert werden, um zu einer Entscheidung zu gelangen, vor allem wenn die Einschätzungen in den verschiedenen Bereichen bzw. den unterschiedlichen Informationsquellen divergent ausfallen. Wie diese Reduktion zu einer entscheidungsfähigen Grundlage gelingen könne, wer diese zu leisten habe, wurde lange diskutiert (vgl. weiter unten).

„Ja und umgekehrt muss man jedoch sagen, es werden doch Entscheidungen getroffen. Also von daher muss das Instrument einfach auch abbilden, wie die Entscheidung zustande kommt. Nicht nur am Schluss. In der Diagnostik hat man auch versucht, künstliche Intelligenz (einzusetzen), dass irgendwelche Systeme Diagnosen treffen, dass ist aber nicht wirklich gelungen. Im Prinzip, weil es natürlich zu komplex ist. Aber im Prinzip müssten jetzt Jugendamtsmitarbeiter, die damit befasst sind, eigentlich mal ihren Entscheidungsprozess zusammenfassen. Wir müssten schauen in Flussdiagrammen, was ist wichtig, was beeinflusst gegenüber anderem mehr oder weniger, und was spielt dann (eine Rolle), wenn das auftritt. Das (müsste) dann spezialisiert werden. (Alles) auf eine Regel (zusammenzufassen), das geht sicher nicht wirklich. Aber man muss die Entscheidungen zusammenführen, ich denk die sind ja da. Und dann soll das Instrument die Entscheidung abbilden.“ (Keller 7.12.05, S. A 92)

Für das Instrument bedeuteten diese Vorgaben, dass es die Möglichkeit verschiedene Informanten einzubeziehen offerieren muss. Zudem muss es alle für den Minderjährigen und seine Familie relevanten Lebensbereiche erfassen, mit der Möglichkeit individuell die Gewichtung auf die im Einzelfall relevanten und besonders betroffenen Bereiche legen zu können.

Desweiteren wurde durch die Tagung die Notwendigkeit deutlich, die unterschiedlichen Standardisierungsversuche des Erfassungsprozesses, aber auch des Hilfeplanprozesses, wie Qualitätsvereinbarungen und Erzie-

ungspläne in ein solches Instrument zu integrieren. Insbesondere auch deshalb, da das Instrument auch Verlaufsbeurteilungen, etwa im Sinn der Hilfeplanung in gewissen Zeitintervallen ermöglichen soll.

„Ich glaube es ist unstrittig, dass diese Zielformulierung ganz zentrale Anforderungen an Qualitätsentwicklung der Einrichtung stellt. Ich glaube, dass viele Einrichtungen auch einen Entwicklungsbedarf haben, die Ziele so konkret zu formulieren, dass sie auch wirklich überprüfbar und auch nachvollziehbar sind, dass ist klar.“ (Porr 7.12.05, S. A 71)

Transparenz und Dokumentation

Wichtige Anregung seitens des Verwaltungsrichtlers, aber auch seitens der übergeordneten Jugendamtsstrukturen war die Anforderung an ein zu entwickelndes Instrument, dass dieses den Erfassungsprozess transparent machen muss, den Prozess insgesamt nachvollziehbar macht und damit gerichtlich überprüfbar. Einmal wurde darin ein Gewinn an Gerechtigkeit im Sinn von besserer Qualitätskontrolle und einer besseren, zielgerichteteren Zuordnung der Ressourcen gesehen, zum anderen auch Verfahrenssicherheit in etwaigen Anfechtungsfällen vor Verwaltungsgerichten.

„(...) aber das war einfach eine Entscheidung, die weder den Eltern vermittelbar war, was sich da geändert hat, noch dem Gericht. Wir haben unsere Sachbearbeiter gewechselt, und ich gehe schon davon aus, das mein Kollege das richtig gemacht. Solchermaßen waren die Argumente. Doch das ist sehr wenig, wenn man das überprüfen soll und auch in dem Punkt, nicht nur für einen selbst ist das dann ja eine Kontrollüberlegung, dass man auch mal was tatsächlich vor sich hat und nicht das, mehr oder weniger im Gespür hat, dass man da jetzt was ändern muss, es trifft ja meistens zu, was man im Gespür hat, und dann auch als Dokumentation eben für den Fall, dass es doch mal Streit gibt.“ (Hoppe 7.12.05, S. A 70,71)

Auch von Seiten der Jugendhilfe wurde der Wunsch nach Transparenz geäußert, vor allem vor dem Hintergrund, dass eine solche Transparenz in der täglichen Arbeit auch Verfahrenssicherheit geben könnte.

„Also zunächst einmal Verfahrenssicherheit, das ist das, was der soziale Dienst braucht.“ (Goller-Martin 7.12.05, S. A 80)

Um nicht nur eine neue Formalisierung des Diagnostik- und Hilfeplanprozesses mit einem solchen Instrument zu etablieren, wurde seitens der Teilnehmer auch der Wunsch an ein Instrument artikuliert, dass dieses ermöglichen solle, Synergieeffekte durch die Nutzung der unterschiedlichen, an der Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung beteiligten Systeme zu schaffen. Als eminenten Gewinn eines solchen Instruments wurde gesehen, dass es mehrfache Diagnostik und Informationsverlust durch mangelnde Vernetzung verhindern könnte. Das Jugendamt könnte so schneller und mit höherer

Wahrscheinlichkeit auf Erfolg, weil präziser und umfassender erhoben, Hilfen zur Wiederherstellung, bzw. Erhöhung der Teilhabe zu gewährleisten, bzw. wieder herzustellen Für die Klienten des Jugendamts könnte sich, so der geäußerte Wunsch, dadurch eine zeitnähere Hilfeplanung, und eine Erhöhung der Chancen Teilhabe wieder zu gewinnen ergeben.

„Das Problem ist hier auch in der Regel nicht die Kinder- und Jugendpsychiatrie, sondern es ist die Qualität der Bewertung von schulischer Seite, die überhaupt nicht in irgendeiner Form zuordenbar ist für die Entscheidung, die wir herbeiführen sollen. Das braucht aber der Sozialarbeiter der Jugendhilfe nicht die Instrumente der anderen Disziplin, sondern muss schauen, dass die jeweilige Disziplin ihre Qualität auch zur Verfügung stellt. Aber dann sind wir jetzt auf der Ebene, wie bewerten sie aus ärztlicher Sicht den Einzelfall und stellen uns das zur Verfügung.“ (Goller-Martin 7.12.05, S. A 91,92)

Algorithmus mit Handlungsrelevanz? - Kostensparen oder Gerechtigkeit?

Kontrovers und letztlich nicht auflösbar waren die unterschiedlichen Meinungen dazu, welche Implikation ein solches Instrument auf die Arbeit der sozialpädagogischen Fachkraft haben wird, bzw. haben sollte. Wie bereits weiter oben erwähnt, steht am Ende des Erfassungsprozesses, wie mehrdimensional er auch gewesen ist, die Reduktion dieser verschiedenen Ebenen und Informationen auf eine Entscheidung über die Gewährung von Hilfen. Diese Entscheidung ist kategorial, nämlich entweder positiv oder negativ. Wenn sie positiv ist, so schließt sich daran noch eine qualitative Entscheidung an, welche Hilfemaßnahmen installiert werden.

Einigkeit herrschte, dass letztlich die sozialpädagogische Fachkraft die Synthese der verschiedenen erhobenen Informationen zu einer Entscheidungsgrundlage leisten müsse. Hinsichtlich der Entscheidung herrschte Uneinigkeit, ob diese in einer Hilfeplankonferenz, vom Fachdienst o.ä. getroffen werde. Diese Heterogenität spiegelt letztlich die unterschiedlichen Konzeptionen bzgl. der Praxis der einzelnen Ämter wieder. Auch gab es unterschiedliche Meinungen, inwiefern aus dem Instrument direkte Handlungsimplikationen erwachsen sollten. Von einem Teilnehmerteil wurde im Sinne der gerechten und nachvollziehbaren Hilfestellung durchaus gewünscht, das Instrument solle unmittelbare Entscheidungen über einzelne Hilfen und die prinzipielle Entscheidung, ob Hilfen notwendig sind, leisten. Dagegen vertrat ein anderer Teil diesbezüglich eine ablehnende Haltung. Sie argumentierten, für sie könne aus einem solchen Instrument keinesfalls eine Vorgabe im Sinne eines Algorithmus über anstehende Hilfen folgen. Immer wieder schien bei einem Teil der Tagenden die Meinung auf, eine Standardisierung der Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung führe dazu, dass Einsparungen zu erwarten wären, während sie den einer Standardisierung potentiell immanenten Aspekt der Gerechtigkeit eher vernachlässigten. Dass eine standardisierte und inhaltlich fundierte und substantiierte Erfassung in

erster Linie die Grundlage dafür schaffen soll, dass Hilfen gerecht verteilt werden können, wurde von diesen Diskutanten weniger gesehen, bzw. vernachlässigt. Dieser reflexhaften Verknüpfung von Standardisierung mit Kosteneinsparung wurde aber seitens anderer Teilnehmer entgegengehalten, dass gerade aufgrund der Heterogenität der Praxis der Ämter, aber auch aufgrund der Heterogenität der Qualifikation und Erfahrung der in den Ämtern Beschäftigten eine Standardisierung Hilfestellung für die gerechte Verteilung geben kann und eine Argumentationshilfe im Entscheidungsprozess sein sollte. Der Vorteil von „Checklisten“ liegt in der Neutralität, die den individuellen Gegebenheiten, wie Erfahrung des einzelnen Mitarbeiters, Amtsstruktur, oder aber eben auch den finanziellen Heterogenitäten zwischen unterschiedlichen Ämtern („reiche Kreise“ vs. „soziale Brennpunkte“), die letztlich zu Ungerechtigkeiten führen können, entgegenwirken könnte.

„Das heißt, man müsste gucken, dass das Instrument für das Jugendamt anwendbar ist und da wäre dann auch, also wir waren ja auch an dem Punkt dran, und hatten Überlegungen gemacht, ob in Richtung von einer Positivcheckliste welche Anzeichen, Merkmale können für eine Teilhabebeeinträchtigung sprechen und da die verschiedenen Bereich, wo so was zum Tragen kommt, die Teilhabefähigkeit und dann die Frage auch den Beteiligten aufzumachen. Also wenn ich die Dimensionen sehe, die Frage ist noch offen, der Bewertung, ob man jetzt 4 von 7 Punkten (benötigt), um das zutreffen(d zu haben), oder 4 von 7 reichen oder (die Probleme) können ja auch in einem Bereich ganz gravierend sein. Ist es unerheblich, ob es quantitativ erfasst wird? Und dann sind in den Bereichen dann eben noch mal diese Checklisten, da ist die Operationalisierung auch noch mal unterlegt mit einer alterstypischen Entwicklungsaufgabe, die es da zu bewältigen gibt, das wären so die Dimensionen die wir uns im Vorgespräch mit ein paar Jugendamtsvertretern da gewünscht hätten.“ (Köhler 7.12.05, S. A 78,79)

„(...) ich würde mir für die Jugendhilfe kein Instrument wünschen, was ab einem Punktwert quasi Hilfe auslöst oder nicht auslöst. Ich denke, was denkt die Jugendhilfe da. Die denkt da ganz unterschiedlich, es gab ganz viele Jugendämter, die sich genau das wünschen: ein Instrument, das nach Punkt x=ja, Punkt y=nein (wertet), dann ist die Sache entschieden, kann ich zum Gericht gehen, die Sache ist dann klar. Ich glaube nicht, dass das die Probleme der Praxis lösen wird. Ich wünsche mir schon ein Instrument, das mir Sicherheit gibt, das auch klare Nachvollziehbarkeit (beinhaltet), aber (das die) Entscheidung quasi nicht für mich trifft, weil ein bestimmter Punktwert rauskommt. Das ist nicht das, was ich mir jetzt für die Jugendämter wünsche.“ (Porr 7.12.05, S. A 80)

„Ich glaube, was es zu bedenken gilt, ist so eine Feststellung über den Punktwert, dass das auch teilweise die Struktur der Jugendhilfe nicht widerspiegelt, wie wir es momentan haben. Weil das zum einen zu Konkurrenz zwischen sozialem Dienst, wirtschaftlicher Jugendhilfe und auch noch mal (der) Leitungsebene führen kann. Dass man nur noch Punktwerte errei-

chen will, um Maßnahmen zu bekommen, als dass das hier sicherlich noch mal für uns auf jeden Fall eine große Relevanz hat. Und (es ist) die Gefahr, aber auch bei den sozialen Diensten, jetzt für mehrere Jugendämter gesprochen, nicht nur(eine) Strukturierungshilfe (zu bekommen), sondern (eine) Punktwerteskala, auf die man kommt mit den verschiedenen Ebenen.“ (Goller-Martin 7.12.05, S. A 82)

„Da war die Frage der Bewertung. Die einen wollen Punkte haben, weil es dem Landrat gerade passt, die anderen wollen es möglichst frei haben, weil sie mehr sozialpädagogisch orientiert sind und sie Geld haben.“ (Köhler 7.12.05, S. A 93)

„(...) aber ich hab gesagt, (...) was wir immer fordern, macht eine gescheite Leistungstatbestandsfeststellung, trennt die Spreu vom Weizen, dann sagen die (Jugendämter), das ist so aufwendig, da zahlt man lieber die Therapie, das ist ja heute schon mal genannt worden, aber das ist natürlich vom fachlichen Anspruch her, da kommen wir wieder in BSHG-Zeiten. Da ist dann das Jugendamt blanke Zahlstelle, das kann man schon so machen, wenn man es politisch will, aber dann müssen wir unseren fachlichen inhaltlichen Anspruch aufgeben. Dann mische ich mich nicht mehr ein, dann soll der Dr. Linder in Regensburg oder Dr. Fegert in Ulm sein Kreuzelgutachten machen und ich öffne die Schatulle und zahle. Da mische ich mich fachlich und inhaltlich gar nicht mehr ein, aber das SGB VIII war nicht so gedacht, (...), da könnte sich eigentlich die Arbeitsverwaltung bei SGB II oder des BSHG SGB XII, die könnten da alle ein ganze Stück sich von unserer Kultur des § 35 a abschneiden und letzter Satz dazu, wir haben die Erfahrungen gerade gemacht, dass die Jugendämter, die sich Spezialdienste oder sogar Psychiatriefachkräfte angeschafft haben, sage ich jetzt mal so, dass die nicht nur besser, sondern auch kostengerechter arbeiten, als diejenigen die inkompetente Leute da sitzen haben und die alles durchwinden, weil sie es nicht blicken, so sag ich jetzt einmal flapsig, aber wie so eine Strategie Ressourcenschonender Informationserhebung aussehen könnte, dazu kann ich keine Antwort geben. Ich denke, dass da mit der Skizze ein paar Dinge angesprochen worden sein könnten, auf die wir aufpassen müssen, die wir nicht vergessen dürfen, nicht außer Acht lassen dürfen. Das bei den 20 Spiegelstrichen, ob die es sind, oder andere, ist mir im Moment jetzt, selbst wenn es bei denen bleibt, wenn wir die multiplizieren in die altersdifferenzierten Gruppen dann kommen wir auf einen Haufen Informationen, die ich erst einmal erheben und verarbeiten muss, auch im Dialog der verschiedenen Berufsgruppen und mit den Leistungsberechtigten. Also das ist keine pragmatische Antwort oder keine praktische Antwort, die ich darauf gebe. Ich sehe das Problem schon, es nutzt das beste Instrument nichts, wenn ich nicht die Gelegenheit und Zeit habe, es auch zu nutzen. Wir sagen es allen Politikern, allen Landräten und Oberbürgermeistern, die Investition der Politik in dieses Casemanagement, in dieses Soziale rechnet sich alle mal. Wir machen trotzdem die Erfahrung, dass es viele Berufsanfänger gibt in der

Bezirkssozialarbeit, die auch alleine gelassen werden, wo es eine hohe Fluktuation gibt, gemessen an der, ja an der Wirkungsmacht und auch an den finanziellen Ressourcen, die da im Feuer stehen, ist es eigentlich unverantwortlich zur Zeit. Da muss man auf anderen Ebenen etwas tun, Qualifizierung und Implementierung müssen letztlich dazukommen, wenn die Blaupause mal auf den Prüfstand soll.“ (Hillmeier, 6.12.05, S. A 22)

4.5.3. Spezielle Probleme im Zusammenhang mit der ersten Fachtagung und Auswirkungen auf die Fragestellung des Projekts.

Die Artikulation der Ambivalenzen durch die in der Jugendhilfe Tätigen bezüglich etwaiger Standardisierungsversuche und einer Instrumentenentwicklung, war ein wichtiges Ergebnis der ersten Tagung. Einerseits wurde ein starker Wunsch nach **Verfahrenssicherheit**, gerade auch im Hinblick auf Erfahrungen mit verwaltungsrechtlichen Verfahren zum §35a, artikuliert und Standardisierung hier als Chance begriffen. Andererseits wurden aber auch **Ängste vor dem Verlust der „Verfahrenshoheit“, der Individualität der Arbeit** und eine Sorge **vor einer Ent-Professionalisierung des Feststellungsverfahrens** thematisiert. Ein allzu standardisiertes Instrument, an dessen Auswertungsergebnis der zuständige Sozialarbeiter/ die zuständige Fachkraft gebunden wäre, wurde als Verlust der Verfahrenshoheit eingeschätzt und abgelehnt, da die eigene Entscheidungskompetenz und auch die Kompetenzen im Diagnostikverfahren eingeschränkt wären. Die Individualität der Entscheidung des einzelnen Sozialpädagogen wurde von einem großen Teil der Tagungsgäste über einen möglichen Gewinn an Gerechtigkeit durch Standardisierung gestellt. In diesen Kontext fügten sich auch Bedenken ein, ein Instrument könnte die Individualität des einzelnen Falls, aber auch die Individualität der einzelnen Jugendämtern mit ihrer unterschiedlichen Konzeption zur Hilfeplanung und den sehr verschiedenen Konzepten zu den angebotenen Hilfen vernachlässigen, oder sogar diese unmöglich machen. Es wurde befürchtet, die fachliche Kompetenz und inhaltliche Konzeptionen der Jugendämter könnten durch ein solches Instrument berührt werden.

Hier wurde deutlich artikuliert, dass etwa ein in der Medizin oder Psychologie verwendetes Verfahren oder Erfassungsinstrument – einschließlich der entsprechenden Auswertungsmethodik (cut-off Werte für klinisch signifikante Beeinträchtigung im Vergleich zu einer Normstichprobe) – von den Jugendämtern eher abgelehnt werden: sie würden in der Arbeit der Jugendhilfe methodisch und konzeptionell als fremd empfunden. Fast alle Beteiligten aus dem Bereich der Jugendhilfe formulierten sehr homogen, dass es für die Jugendhilfe nicht vorstellbar ist, Instrumente aus Medizin/Psychologie in die Arbeit der Jugendämter zu übernehmen. Dabei wurde aber von der wirklich irrigen Vorstellung ausgegangen, es gäbe medizinische/psychiatrische/psychologische Instrumente, bzw. eine spezifische Methodik solcher Instrumente. Dass einem Instrument letztlich immer messtheoretische

Grundlagen und Gesetze zugrunde liegen, ist den Teilnehmern oftmals nicht bewusst gewesen, analysiert man die Diskussionen. Insofern basierten die Vorbehalte gegen ein Instrument auch auf den mehrfach artikulierten Ängsten vor einer Dominanz der Disziplinen Psychiatrie/Medizin und Psychologie über die Jugendhilfe/Sozialpädagogik und machten sich dann an Instrumenten fest, die als „medizinisch“ empfunden wurden. Die Instrumente nahmen insofern eher eine Stellvertreterrolle für die offenbar im Alltag empfundene mangelnde Emanzipation der Profession gegenüber der medizinischen Disziplin.

Selbstkritisch wurde aber angemerkt, selbst ein methodisches Defizit insofern zu haben, als es keine eigenen Entwicklungen zu standardisierter sozialpädagogischer Diagnostik gäbe.

Aber je länger die Diskussion geht, die Frage war schon, gibt es bestimmte Punktwerte, die eine Hilfe auslösen oder nicht auslösen. Da würde ich immer noch dagegen halten, gerade noch mal mit Blick darauf, wenn man sich die Schnittstelle zur Hilfeplanung ansieht, wenn man also eine Teilhabebeeinträchtigung festgestellt hat, dann greifen die Hilfeplanungen hier. Das heißt, ich hätte hier einen Systembruch (wenn ich hier ein neues Instrument einsetze). (Porr 7.12.05, S. A 86)

„Für mich ist es ein Stückweit eine Bewertungshilfe für eine sozialpädagogische Einschätzung. Dann kann ich auch mitgehen. Ich möchte aber auch daran erinnern, das Urteil in Sigmaringen hat ja auch Kritik an die Jugendhilfe geäußert, dass es kein schematisiertes Bewertungsverfahren geben darf, wo alle Fälle über einen Kamm geschert werden. Das war der Abschlussatz. Das ist die Gefahr einer Ampel. Grün, dann gewähren wir die Hilfe, Gelb, dann prüft noch mal jemand, rot dann wird der Ablehnungsbescheid versandt. Nur gilt hier dann wieder, das was gestern auch thematisiert wurde. Die individuelle Bewertungsmöglichkeit des subjektiven Erlebens der belastenden Situationen, also das ist ja eher die objektivierte Betrachtungssituation und ich weiß nicht, wo (dann) die Individualität des Einzelfalles ist.“ (Goller-Martin 7.12.05, S. A 91)

Da ein vorgegebenes Instrument auf starke Ablehnung stieß, den artikulierten Anforderungen in der Tagung auch nicht genügen würde, wurde davon abgesehen, ein bereits bestehendes Instrument wie den Care-giver-Strain-Questionnaire auf eine deutsche Stichprobe zu normieren und diesen den Jugendämtern als Standardinstrument zur Implementierung anzubieten. Vielmehr zeigte sich, dass die Entwicklung eines neuen Verfahrens mit direkter Einbeziehung der in der Tagung artikulierten Wünsche der sozialpädagogischen Profession notwendig ist.

Insgesamt lassen sich die Ergebnisse der Tagung, die speziell für die Entwicklung eines Instruments im Rahmen der Expertise relevant waren, in drei Punkten zusammenfassen:

- Es bestehen Vorbehalte gegen als fachfremd empfundene, also von Medizin oder Psychologie entwickelte, Diagnostiksysteme zur Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung.
- Die Festlegung auf bestimmte klinische (signifikante) Werte als Endergebnis des sozialpädagogischen Diagnostikprozesses wird größtenteils abgelehnt, da dies nicht mit der Praxis der Ämter und Individualität der Fälle kompatibel wäre.
- Es besteht ein starker Wunsch, die Heterogenität der aktuellen Praxis beibehalten zu können.
- Der einer Standardisierung möglicherweise innewohnende Gerechtigkeitsaspekt wird oftmals mit Einsparmöglichkeiten gleichgesetzt und damit eine Diskussion um Ungerechtigkeiten der aktuellen Praxis vermieden.

5. Modulentwicklung

Für die Grundfassung eines Instruments mussten die aus der ersten Tagung gewonnen Anregungen und Vorgaben berücksichtigt werden. Das Modul sollte die Chronizität, Pervasivität und Intensität der Teilhabebeeinträchtigung erfassen. Dabei sollte als Kernanforderungen entwicklungspezifische, anforderungsspezifische Kriterien, und situationsspezifische Kriterien einbeziehen.

Als Lösungsmöglichkeit wurde ein modularer Aufbau eines Instruments gesehen, das folgende Kriterien beinhalten sollte:

- visuell eine direkte Evidenz haben
- die Art der Zusammenfassung (der Empfehlung) gut planen
- im Zweifelsfall ohne jegliche psychometrische Instrumente und nur mit den Informationen, die der Sozialarbeiter so zur Verfügung hat funktionieren

Der letzte Punkt bedeutete konkret, dass etwa auch die Möglichkeit bestehen sollte, das Instrument nur mit den Informationen, die aus Gesprächen gewonnen wurden, auszufüllen. Dennoch sollte das Instrument ausbaufähig sein für eine mehr optimierte und standardisierte Diagnostik unter Einbeziehung auch der interdisziplinär gewonnenen Erkenntnisse. Z.B. sollte die vom Arzt gelieferte Information über das globale Funktionsniveau (Achse VI) einfließen können; ebenso, wenn es um psychosoziale Belastungen geht, die Information der Achse V des multiaxialen Diagnosesystems.

Überlegung war, dies auf ein schachbrettartiges Muster zu übertragen, das die verschiedenen Bereiche und Informationsquellen visualisiert.

Soll z.B. die subjektiv empfundene Elternbelastung einbezogen werden, so wäre dann der Einsatz weiterer Instrumente innerhalb dieses Rasters möglich, z.B. der Einsatz des Caregiver-Strain-Questionnaire möglich. Wenn Instrumente nicht angewendet werden, (bzw. bestimmte Informationen nicht beachtet/einbezogen werden), so wäre dies dann eine bewusste Entscheidung des Mitarbeiters des Jugendamts, und kann von diesem auch gegebenenfalls begründet werden. Dies wäre hinsichtlich der Verfahrenssicherheit ein großer Gewinn.

Die Vorgabe von Minimalstandards wäre auch für die Praxis der Jugendhilfe von großem Vorteil, da damit auch ein Trainingsinstrument für die Arbeit im Jugendamt gegeben wäre. Selbst wenn das Instrument in der Jugendhilfe nicht generell angewendet würde, würden dennoch die Bereiche und Inhalte, über die als fachliches Minimum bei der Erhebung der Teilhabebeeinträchtigung Konsens besteht, transparent und als Leitlinie den Mitarbeitern an die Hand gegeben werden können.

Ob die einzelnen Fragen und Erhebungsinstrumente standardisiert werden sollten, sollte den Wünschen des jeweiligen Amtes überlassen werden,

auch die Ausführlichkeit der Erhebung. Obwohl diese Entscheidung vor Ort bleiben sollte, war das Ziel dennoch, einen Standard zu setzen und eine Orientierung vorzugeben. Das Endprodukt konnte nach dem Ergebnis der ersten Fachtagung nur eine orientierende Entscheidungshilfe sein, in der aber bereits Bewertungsschritte beinhaltet sein sollten. Ebenso sollte die Möglichkeit zur Unterlegung dieser Entscheidung und Bewertung mit Messungen möglich gemacht werden. Auch sollte eine spätere wissenschaftliche Auswertung und Forschung ermöglicht werden, etwa eine Untersuchung zu den Prozessen in der Jugendhilfe.

Ein völliger Verzicht auf Bewertungen erschien nicht möglich, da sonst keine Entscheidung am Ende des Diagnostikprozesses möglich wäre (vgl. auch Beitrag Keller).

Als Lösungsmöglichkeit bot sich eine Dokumentationsleitlinie für den Entscheidungsprozess an, die die verschiedenen Bereiche der Beeinträchtigung abbildet.

Das Modul standardisierte wichtige Bereiche und Fragenkomplexe, bot aber gleichwohl eine Offenheit für individuelle Entscheidungen im Prozess, und zwar sowohl für Schwere des Falls, als auch für Bedürfnisse des Jugendamts.

Die Integration bereits bestehender Instrumente wurde ermöglicht, wobei der Einsatz optional gestaltet wurde, die Frage inwieweit ein Nichteinsatz begründet oder zumindest dokumentiert werden sollte als Diskussionspunkt für die zweite Fachtagung offen gelassen wurde.

Als essentielle Besonderheit des Instruments wurden die Kategorien „objektiv“ vs „subjektiv“ eingeführt. Objektiv war als Außensicht und evt. testdiagnostische Verifizierung subjektiver Einschätzungen gemeint, während subjektiv die Schilderung und das subjektive Empfinden von Beeinträchtigung bedeuten sollte.

Das Ergebnis sollte auswertbar sein, jedoch nicht im Sinne, dass es etwa Cut-off-Werte für bestimmte Graduierungen der Teilhabebeeinträchtigungen geben sollte, oder gar für eine kategoriale Entscheidung, ob eine Beeinträchtigung vorliegt oder nicht. Auch sollte kein Wert als Ergebnis des Instruments generiert werden, der kategorial Leistungsansprüche oder –notwendigkeiten impliziert.

Als praktikabelste Lösung bot sich daher ein Farbschema an, um einen visuellen Eindruck der Schwere des Falls und eine Nachvollziehbarkeit der einzelnen Beeinträchtigungsgrade zu gewährleisten, ohne dass dadurch starre Entscheidungskonsequenzen abgeleitet werden können.

Neben den bereits erwähnten Zielen, sollte das Instrument eine Differenzierung zwischen den verschiedenen Fällen der Teilhabebeeinträchtigung leisten, wobei eine bessere Trennschärfe vor allem bei jenen Fällen erreicht werden sollte, die im Grenzbereich liegen, da hier individuelle und subjektive

ve Faktoren bei der Entscheidung über eine Hilfe, bzw. das Vorliegen einer Teilhabebeeinträchtigung die größte Rolle spielen.

Beurteilungsbogen bezüglich der Teilhabebeeinträchtigung nach §35a SGB VIII

Dieser Beurteilungsbogen soll als Arbeitshilfe für die Praxis der Jugendämter zur Erfassung einer möglichen Teilhabebeeinträchtigung nach §35a SGB VIII dienen. Eine Teilhabebeeinträchtigung liegt vor, wenn eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft feststellbar ist. Sie umfasst die Prüfung der Teilhabe bei der Alltagsbewältigung im häuslichen Bereich, bei der Unterstützung Anderer, bei der Teilhabe an Bildung, Arbeit und Beschäftigung und bei der Teilhabe an sozialen Beziehungen. Eine Teilhabebeeinträchtigung liegt nur vor, wenn es sich nicht um geringfügige Beeinträchtigungen handelt. Z.B. reichen bloße Schulprobleme, wie sie auch andere Kinder haben („kein Bock auf Schule“) nicht aus; erst eine auf Versagensängsten beruhende Schulphobie, die zum Rückzug aus jedem sozialen Kontakt in der Schule führt, ist eine Teilhabebeeinträchtigung und somit eine seelische Behinderung.

Die psychosoziale Diagnostik sollte sich als Tatsachenfeststellung verstehen. Sie sollte mehrdimensional und systematisch stattfinden und sich nach der Persönlichkeit, auf das Umfeld, auf das Handeln und auf die Beziehungen richten. Es soll erhoben werden, was ein junger Mensch für seine weitere Entwicklung benötigt und nicht allein auf das Erheben der Schwächen und Defizite abzielen. Die Ressourcen und das Potenzial des Jugendlichen und der Eltern sind wichtige Punkte, die zur Planung weiterer Massnahmen erfasst werden sollen.

Die Diagnostik sollte klare Aussagen zu den Problembereichen und Interventionsmöglichkeiten beinhalten und dennoch vom Verfahren und Verständnis her alltagstauglich und praktikabel sein. Sie sollte bemüht sein um Intersubjektivität, Zuverlässigkeit, Gültigkeit und Nachvollziehbarkeit sowie Transparenz und Klarheit der Aussagen. Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe ist nicht nur ein Akt aufgabenbezogenen Erkenntnisgewinns, sondern wirkt verändernd bereits von Anfang an (Hillmeier 1998).

Standardisierte Erfassungsinstrumente finden in der psychosozialen Diagnostik immer mehr Einzug. Sie werden auch benötigt in der Erfassung einer möglichen Teilhabebeeinträchtigung. Die standardisierte Erfassung des Sachverhalts sorgt für die nötige Transparenz und Nachvollziehbarkeit. Daneben erhöht die standardisierte Vorgehensweise die Zuverlässigkeit der Aussagen, der Empfehlungen und der anschließenden psychosozialen Diagnostik. Dabei geht es nicht um eine Etikettierung oder Stigmatisierung von Kinder oder Familien, sondern es soll vielmehr der Erkenntnis Rechnung getragen werden, dass zwischen der Entstehung und Bewältigung von Entwicklungs- und Erziehungsproblemen und Risiken, Ressourcen und Reaktionen von Kindern und Erziehungsproblemen kein linearer, kausaler Zu-

sammenhang besteht. Deshalb gilt es, einzelfallbezogen und alterstypisch abzuwägen (Hillmeier 2005).

Im Kontext der Erfassung von möglicher Teilhabebeeinträchtigung haben viele verschiedene soziale Faktoren positive und negative Auswirkungen. Hier hilft eine standardisierte Erhebung möglichst aller dieser Faktoren eine umfassende und kriterienorientierte Bewertung vornehmen zu können.

Gebrauchsanweisung

Einleitung:

Diese Arbeitshilfe ist mehrdimensional aufgebaut und erfasst folgende Dimensionen:

- 1.) Kindergarten/Schule
- 2.) Aufgaben in der Familie
- 3.) Freizeitaktivitäten
- 4.) Selbstfürsorge, -pflege
- 5.) Zwischenmenschliche Beziehungen zu Gleichaltrigen
- 6.) Zwischenmenschliche Beziehungen zu Erwachsenen

Zur Erhebung dieser Dimensionen sind Ankerpunkte festgelegt, die auf jeden Fall erhoben werden müssen.

Durch ein Interview oder eine Befragung des Kindes oder Jugendlichen, der Eltern und der Schule (oder unter Einbezug der verschiedenen Informationsquellen wie z.B. Schulberichte etc.), und/oder auf der Basis ausreichender Aktenkenntnis sollen die angegebenen Dimensionen erhoben werden. Danach soll eine zusammenfassende Bewertung im nachfolgenden „Auswertungsschema“ stattfinden. Die Einschätzung des Kindes oder Jugendlichen und der Eltern soll nach objektiver und subjektiver Wahrnehmung differenziert werden. Mit „subjektiv“ ist dabei gemeint, dass das Kind/der Jugendliche selbst seine Beeinträchtigung, bzw. die Auswirkungen auf die Teilhabe einschätzt. „Objektiv“ bedeutet in diesem Kontext die Einschätzung des Mitarbeiters der Jugendhilfe, der Schule oder aber auch einen objektivierten Befund durch ein Testverfahren. Diese Differenzierung in subjektiver versus objektiver Beeinträchtigung soll kenntlich machen, inwieweit durch Dritte festgestellte Funktionsdefizite auch subjektiv als Einschränkung wahrgenommen werden. Ziel ist auch die Erfassung der vom Kind/Jugendlichen wahrgenommenen Beeinträchtigung.

Anschliessend bewertet die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter der Jugendhilfe im „Auswertungsschema“ die Dimensionen unter den fachlichen Gesichtspunkten der Jugendhilfe. Nach dieser Bewertung sollte durch die Mitarbeiterin/den Mitarbeiter der Jugendhilfe die Überlegungen schriftlich darlegen, in

welchem Umfang und mit welchem Gewicht sie/er die erhobenen Informationen in ihre/seine Überlegungen einbezogen hat.

Abschliessend wird eine zusammenfassende Beurteilung des Eingliederungshilfebedarfs gemäss § 35a SGBVIII abgegeben.

Dieser Beurteilungsbogen besteht aus vier Teilen, einem Datenblatt, einer Liste mit zu erhebenden Ankerpunkt inkl. Vertiefungsfragen, einem Auswertungsschema und einem Raum für die zusammenfassende Beurteilung.

Datenblatt

Auf dem Datenblatt sollen alle sachlichen Informationen bezüglich des Jugendlichen, der Schule und der Familiensituation, sowie die diagnostischen Informationen und die Prognose des Kinder- und Jugendpsychiaters/ - Psychotherapeuten vermerkt werden.

Liste mit den Ankerpunkten und Vertiefungsfragen:

Hier sind zu den Bereichen Kindergarten/Schule, Funktion in der Familie, Freizeitaktivitäten, Selbstfürsorge, -pflege, zwischenmenschliche Beziehungen zu Gleichaltrigen und zwischenmenschliche Beziehungen zu Erwachsenen Ankerpunkte und Vertiefungsfragen formuliert.

Wichtig ist, dass alle diese Ankerpunkte in der Abklärung mittels der sozialpädagogische Diagnostik, Fragebogenverfahren oder Interviews erhoben werden. Die vorgeschlagenen Vertiefungsfragen dienen dazu, genauer über diese Bereiche Auskunft zu erhalten.

Zudem ist es wichtig, dass Sie versuchen, die subjektive und objektive Sichtweise des Kindes und der Eltern erheben.

Zum Beispiel können Sie das Kind fragen, „Gehst Du gut mit Deinen Eltern um?“, „Was sagen die Eltern oder andere Personen dazu?“ oder „Sind Deine Schulleistungen genügend?“, „Was sagt der Lehrer oder Deine Eltern dazu?“. So und ähnlich soll versucht werden, die subjektive und die objektive Sichtweise zu trennen. Bei der Befragung der Eltern, verfahren Sie in gleicher Weise.

Auswertungsschema

Nachdem Sie alle diese Bereiche abgefragt haben, ist es wichtig, dass Sie diese einzeln im Auswertungsschema bewerten. Mittels eines Farbschemas ähnlich einer Ampel, bei dem Grün bedeutet, es besteht keine Beeinträchtigung, die sozialen Funktionen sind hervorragend, während tiefrot eine starke Beeinträchtigung signalisiert können Sie den Beeinträchtigungsgrad in den einzelnen Bereichen bewerten.

Gehen Sie jeden Bereich einzeln durch, lesen Sie was Sie erhoben haben und bewerten Sie diese im Schema. Nachdem Sie die Bereiche des Kindes,

der Eltern und des Lehrers (objektive Sichtweise) bewertet haben, machen Sie Ihre Bewertung (objektive Sichtweise) aufgrund der erhobenen Angaben.

Zusammenfassende Beurteilung

In diesem Teil sollen Sie in kurzen Worten diejenigen Aussagen zusammenfassen, welche Sie zu der Beurteilung des Auswertungsschemas geführt hat.

Wenn Sie alle Bereiche beschrieben haben, finden Sie Platz, um die ausschlaggebenden Punkte oder Informationen, die Sie zur allgemeinen Beurteilung veranlasst hat.

Klärung des Leistungsanspruchs auf

- Eingliederungshilfe gemäss § 35a SGB VIII
- Hilfe für junge Volljährige gemäss § 41 i.V.m. 35a SGB VIII

für (junger Mensch):

Name, Vorname: Geburtsdatum:
 Geschlecht: Geburtsort:
 Staatsangehörigkeit: Konfession:
 Aufenthalt (derzeitiger Aufenthaltsort):
 Aufenthaltsbestimmungsrecht bei:
 Bisherige Aufenthaltsverhältnisse:

vertreten durch (Personensorgeberechtigte):

Name, Vorname: Mutter Vater
 Anschrift:
 Geburtsdatum:
 Staatsangehörigkeit:
 Konfession:
 Familienstand:
 Geschwister (Namen, Alter)

Zuständiges Jugendamt: Zuständige Fachkraft:
Stelle/Zimmer-Nr.:
 Telefon: Aktenzeichen:
 Datum:
 Handzeichen:

Aus der Kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen / kinder- und jugendpsychotherapeutischen Stellungnahme:

Erstellten Diagnosen nach ICD-10:

- klinisch-psychiatrisches Syndrom (Achse I)
 - körperliche Symptomatik (Achse II)
 - Intelligenzniveau (Achse III)
 - umschrieben Entwicklungsstörungen (Achse IV)
 - aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V)
 - psychosoziale Anpassungsniveau (Achse VI)
-
-

Erstellte Prognose:

Handelt es sich um eine Störung mit Krankheitswert im Sinne des SGB V?

Welche Massnahmen wurden ärztlich verordnet

Funktion in der Familie**(Hier wird auf folgende Instrumente verwiesen: BIS; BARO; CGSQ)****Kind/Jugendlicher:**

Stellung in der Familie; Aufgaben zu Hause; Bewältigung des Alltags zu Hause; Umgang mit Erwartungen und Regeln; Umgang mit Konflikten

Vertiefungsfragen:

- Welche Aufgaben hast Du zu Hause? Kannst Du alle diese Aufgaben zur angegebenen Zeit erledigen?
- Wie kommst Du mit den Eltern oder Geschwistern aus?
- Wo gibt es Konflikte und wie kannst Du diese lösen?

Eltern:

Stellung in der Familie; Aufgaben zu Hause; Umgang mit den Eltern, Umgang mit den Geschwistern; Zeitaufwand zur Erledigung der Aufgaben; Bewältigung des Alltags zu Hause; Umgang mit Erwartungen und Regeln; Umgang mit Konflikten

Vertiefungsfragen:

- Ist der normale Tagesablauf aufgrund der Schwierigkeiten Ihres Kindes beeinträchtigt?
- Wie geht das Kind mit Regeln um?
- Wie reagieren Sie bei Nicht-Beachtung der Regeln?
- Gibt es wegen Ihrem Kind oft Auseinandersetzungen/Streit in der Familie?

Freizeitaktivitäten**(Hier wird auf folgende Instrumente verwiesen: ICF; BARO; CGSQ)****Kind/Jugendlicher:**

Freundeskreis; Umgang mit Freunden; Stellung im Freundeskreis; Hobbys; Interessen; Desinteressen; Einschränkungen der Interessen aufgrund andere Schwierigkeiten; Mangel an Freizeitaktivitäten aufgrund anderer Aufgaben

Vertiefungsfragen:

- Was machst Du in Deiner Freizeit?
- Hast Du genügend Freizeit?
- Besuchst Du Vereine?
- Würdest Du gerne in Vereinen, Sportgruppen oder anderen Gruppen sein?
- Hast Du Interessen, die Du nicht ausüben kannst?

Eltern:

Freundeskreis; Umgang mit Freunden; Stellung im Freundeskreis; Hobbys; Interessen; Desinteressen; Freizeitgestaltung allgemein; Mangel an Freizeitaktivitäten aufgrund anderer Aufgaben; Bewältigung der Freizeitaktivitäten; Einschränkungen der Interessen aufgrund anderen Schwierigkeiten;

Vertiefungsfragen:

- Kann Ihr Kind manche Hobbys aufgrund anderer Schwierigkeiten nicht ausüben? Wieso?
- Wie verbringt Ihr Kind die Freizeit? Haben Sie Kontrolle über das Freizeitverhalten?
- Müssen Sie auf allgemeines verzichten aufgrund der überdurchschnittliche Betreuung bzgl. der Ausübung der Freizeitaktivitäten?

Selbstfürsorge, -pflege**(Hier wird auf folgende Instrumente verwiesen: ICF; CGSQ, HONOSCA)****Kind/Jugendlicher:**

selbständige Auswahl der Kleider; selbständiges Anziehen; selbständige Körperpflege; Umgang mit Geld; Erkennen von Gefahren; allfällige Hilfestellungen selbständig holen

Vertiefungsfragen:

- Die Fragen scheinen auf den ersten Blick mit den angegebenen Bereichen wenig Zusammenhang zu haben
- Weißt Du was für Dein Leben wichtig ist?
- Was machst Du, wenn es Dir nicht gut geht?
- Weißt Du was für Dich nicht gut ist?

Eltern:

selbständige Auswahl der Kleider; selbständiges Anziehen; selbständige Körperpflege; Umgang mit Geld; Erkennen von Gefahren; allfällige Hilfestellungen selbständig holen; Aufwand für die Betreuungspersonen in diesen Bereichen

Vertiefungsfragen:

- Kann Ihr Kind allgemeine Dinge zur Selbstversorgung erledigen?
- Kann er sich entsprechend Hilfe holen?
- Haben Sie einen erheblich Mehraufwand in diesem Bereich?

Kindergarten/Schule			Funktion in der Familie			Freizeitaktivitäten			Selbstfürsorge, -pflege			Zwischenmenschl. Beziehungen zu Gleichaltrigen			Zwischenmenschl. Beziehungen zu Erwachsenen		
*K/ J	*E	* J L M A	*K/ J	*E	* J M A	*K/ J	*E	* J M A	*K/ J	*E	* J M A	*K/ J	*E	* J M A	*K/ J	*E	* J M A
* *	* *	* *	* *	* *	* *	* *	* *	*	* *	* *	*	* *	* *	*	* *	* *	*
S O	S O	O O	S O	S O	O O	S O	S O	O	S O	S O	O	S O	S O	O	S O	S O	O
																	Keine Beeinträchtigung

Bitte bilden Sie hier in kurzen Worten Ihren Entscheidungspfad ab. Beachten Sie, dass hier Ihre Überlegungen und Gewichtungen aufzuführen sind, welche Sie zu der Bewertung des Auswertungsschemas geführt hat:

Kindergarten/Schule

Funktion in der Familie

Freizeitaktivitäten

Selbstfürsorge, -pflege

Zwischenmenschliche Beziehungen zu Gleichaltrigen

Zwischenmenschliche Beziehungen zu Erwachsenen

Welches waren die ausschlaggebenden Punkte, die zusammenfassend zur Beurteilung geführt haben.

**Zusammenfassende Beurteilung des Eingliederungsbedarf
gemäss § 35a SGB VIII**

Hilfeart:

Die Eingliederungshilfe gemäss § 35a SGB VIII wird

- in ambulanter Form
 - in einer teilstationären Einrichtung
 - in Tageseinrichtungen für Kinder
 - durch eine geeignete Pflegeperson
 - in einer Einrichtung über Tag und Nacht
- gewährt und geleistet

Ausgestaltung:

Träger der Hilfe

.....

Ort der Hilfe

.....

Leistungserbringende Person

.....

Umfang/Häufigkeit

.....

Hilfeplan bis spätestens

.....

Leistungsbescheid bis spätestens

.....

Kostenbeteiligung

.....

Wiedervorlage bis spätestens

.....

Datum und Unterschrift der zuständigen Fachperson

.....
.....

Literatur

- Bird HR, Canino G, Davies M, Ramírez R, Chávez L, Duarte C, & Shen S. (2005). The Brief Impairment Scale (BIS): A Multidimensional Scale of Functional Impairment for Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 44(7): 699-707.
- Brannan, A.M., Heflinger, C.A., and Bickman, L.: The Caregiver Strain Questionnaire: Measuring the Impact on the Family of Living with a Child with Serious Emotional Problems. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 5(4):212-222, Winter 1997.
- Brannan, A.M., Heflinger, C.A., and Foster, E.M.: The Role of Caregiver Strain and Other Family Variables in Determining Children's Use of Mental Health Services. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 11(2):78-92, Summer 2003.
- Fegert, J.M: PGAS (Elterneinschätzungsskala nach der SGKJ; in Was ist seelische Behinderung? Anspruchsgrundlage und kooperative Umsetzung von Hilfen nach § 35a KJHG. 2. Auflage, Münster (1996): 193-194
- Gowers SG, Harrington RC,Whitton A, Beevor A, Lelliott P (1999) HoNOSCA Health of The Nation Outcome Scale for Children and Adolescents. *Br J Psychiatry* 36:428–431
- Gutschner D.: Das Screeninginstrument BARO.ch für sozial auffällige Jugendliche. *Vierteljahresschrift der Heilpädagogik* 2004; 73: 191-202.
- Hans Hillmeier, Gisela Eschenbach 2005; Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe. Hinweise zum Vollzug der gesetzlichen Bestimmungen nach § 35a SGB VIII. Dokumentation eines Workshops 2005.
- Hans Hillmeier, Gertraud Huber Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen, Formulare zum Hilfeplan und Vordrucke zur Erfassung der Hilfen zur Erziehung für die Jugendhilfeplanung, München, 5. unveränderte Auflage 2005
- Health of the Nation Outcomes Scales Interview, Child and Adolescent Mental Health Interview Version 1.3 of August 1999 (HoNOSCA-I) by Richard Harrington. Adapted from the clinical version developed by S.G. Gowers, R.C. Harrington, A. Whitton, A.S. Beevor, P. Lelliott, R. Jezzard and J. Wing (*Br J Psychiatry*, 1999, vol 174, pp 413-416 & pp 428-431).
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) hg.v. WHO (2004)
- Marcus, Blanz, Esser, Niemeyer & Schmidt, 1993; MBF-Mannheimer Beurteilungsskala des psychosozialen Funktionsniveaus
- Hösch, I., 1994; Erprobung der Mannheimer Beurteilungsskala des Funktionsniveaus bei Kindern

6. Zweite Fachtagung

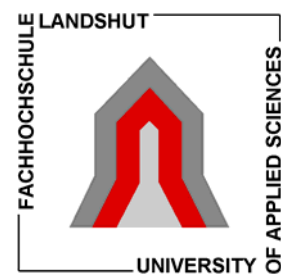
Dokumentation ExpertInnengespräch II

Entwicklung eines Feststellungsrasters
einer Teilhabebeeinträchtigung nach § 35 a KJHG

Prof. Dr. Mechthild Wolff

Fachhochschule Landshut
Fachbereich Soziale Arbeit
Am Lurzenhof 1

84036 Landshut
Tel. 0871-506435



Gliederung

I. Das ExpertInnengespräch

1. Ziele und Methoden der Durchführung
 - 1.1 Ziele des ExpertInnengesprächs
 - 1.2 Kurzportrait des TeilnehmerInnenkreises
 - 1.3 Methoden und Vorgehen bei der Durchführung des ExpertInnengesprächs
2. Ziele und Methoden der Dokumentation und Analyse
 - 2.1 Ziele der Dokumentation und Analyse des ExpertInnen-gesprächs
 - 2.2 Methoden der Dokumentation und Analyse des ExpertInnengesprächs

II. Die Ergebnisse

1. Problemanzeigen
 - 1.1. Problembereiche aktueller Praxis hinsichtlich § 35 a KJHG
2. Feststellungsraster
 - 2.1. Anforderungen an ein Feststellungsraster
 - 2.2. Inhalte eines Feststellungsrasters
 - 2.3. Analysebereiche zur Beurteilung einer Teilhabebeeinträchtigung
 - 2.4. Indikatoren zur Beurteilung einer Teilhabebeeinträchtigung
 - 2.5. Hinweise zur Struktur eines Feststellungsrasters
3. Dynamiken
 - 3.1 Vorstellung und Kommentierung von Dynamiken im Verlauf des ExpertInnengesprächs

III. Die Empfehlung zur Implementation

1. Empfehlungen zur Implementation eines Feststellungsrasters

Anhang

Liste der Projektbeteiligten

I. Das ExpertInnengespräch

1. Ziele und Methoden der Durchführung

Ziel des ExpertInnengesprächs war es, wichtige Eckpunkte zur Entwicklung eines Feststellungsrasters zur Teilhabebeeinträchtigung nach § 35 a SGB VIII zusammenzutragen. Die Dokumentation und Aufbereitung der Ergebnisse wird als Zuarbeit der ExpertInnenrunde zur weiteren Verwendung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), d.h. dem Auftraggeber, verstanden.

Von der Durchführung des ExpertInnengesprächs versprachen sich die Projektverantwortlichen Ergebnisse und Hinweise für ein Feststellungsraster zur Teilhabebeeinträchtigung auf folgenden drei Ebenen:

- a) Bedarf
- b) Struktur
- c) Implementierung

Die Projektkonzeption sah vor, dass die Entwicklung einer Struktur für ein Feststellungsraster auf der Expertise von betroffenen PraktikerInnen basieren sollte. Darum wurden keine vorstrukturierten Vorgaben eingebracht, sondern man wollte lediglich durch Vorarbeiten im Rahmen einer vorgelagerten interdisziplinären Tagung Anregungen von den kooperierenden Professionen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe zusammenstellen, die eine Diskussion ausschließlich unter JugendhilfeexpertInnen anregen sollte.

Die Projektkonzeption ging auch davon aus, dass die Implementierung eines Feststellungsrasters einer Methode und geeigneter Verfahren bedarf. Um auch diesbezüglich eine Anschlussfähigkeit an die Praxis zu erreichen, sollten wichtige Hinweise der PraktikerInnen für die konkrete Umsetzung des Rasters aufgenommen werden.

Dem ExpertInnengespräch sollte zudem die Rolle einer „stellvertretenden Diskussion“ unter Jugendhilfefachkräften beigemessen werden, d.h. ein weiteres Ziel bestand darin, Dynamiken herauszukristallisieren, die einen möglichen Implementationsprozess eines Feststellungsrasters in der Praxis behindern oder erschweren könnten.

1.2 Kurzportrait des TeilnehmerInnenkreises

Das Interesse des Auftraggebers bestand darin, dass explizit PraktikerInnen aus Jugend- und Landesjugendämtern die Entwicklung eines Feststellungsrasters mit eigenen Vorstellungen und Einschätzungen befördern und Zwischenergebnisse eines ersten ExpertInnengesprächs begutachten sollten.

Bei der Auswahl der Jugendämter wurde Wert auf eine weitgehende Ausgewogenheit im Hinblick auf die regionale Herkunft gelegt. Die Zusammensetzung der TeilnehmerInnen sollten eine möglichst heterogene Struktur aufweisen.

Geladen wurden PraktikerInnen, die der federführenden und projektkoordinierenden Stelle (Universität Ulm) bereits aus anderen Arbeitszusammenhängen bekannt waren, so dass von einer erprobten und erfolgreichen Zusammenarbeit ausgegangen werden konnte. Aufgrund von Empfehlungen bzw. Vorschlägen von TeilnehmerInnen des ersten ExpertInnengesprächs wurden ausgewiesene PraktikerInnen nachgeworben. Dabei wurde auf eine ausgewogene Verteilung (u. a. Geschlecht, Stadt-Land) geachtet.

Das Profil der TeilnehmerInnen lässt sich wie folgt skizzieren:

- insgesamt nahmen 20 Personen an der Veranstaltung teil, an einem Tag 21 Personen;
- darunter waren: 16 PraktikerInnen aus Jugend- bzw. Landesjugendämtern, davon waren 8 Personen männlich und 8 weiblich;
- zusätzlich nahm 1 Projektverantwortlicher teil, er war männlich, er arbeitet als Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Ulm;
- die Veranstaltung wurde von 2 Moderatorinnen geleitet, beide waren weiblich, es handelte sich um eine Diplompädagogin und eine Erziehungswissenschaftlerin;
- eine Schreibkraft war an beiden Tagen anwesend;
- der Antragsteller (männlich, Kinder- und Jugendpsychiater) war an einem Tag anwesend;
- von den 16 PraktikerInnen arbeiteten 13 Personen in Jugendämtern;
- von den 16 PraktikerInnen kamen 3 Personen aus Landesjugendämtern, diese waren: Baden, Württemberg, Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg;
- 5 der 16 PraktikerInnen sind in leitender Position in ihren jeweiligen Behörden;
- unter den TeilnehmerInnen waren folgende 12 Städte bzw. Landkreise vertreten: Ludwigshafen, Aschaffenburg, Ulm, Ravensburg, Landkreis Esslingen, Stuttgart, Karlsruhe, Starnberg, Magdeburg, Kaiserslautern, Nürnberg, Berlin;

- es handelte sich damit insgesamt um eine Mischung aus Großstädten bzw. Metropolen, Groß- und Kleinstädten;
- insgesamt waren damit 6 Bundesländer vertreten: Baden-Württemberg, Berlin, Bayern, Sachsen-Anhalt und Rheinland-Pfalz.

Kennzeichnend für die Gruppe der Teilnehmenden war, dass bei allen der § 35 a KJHG in den Zuständigkeitsbereich gehörte. Diesbezüglich fiel jedoch in der Vorstellungsrunde auf, dass der Aufbau der Jugendämter der beteiligten PraktikerInnen sehr unterschiedlich war: sind einige Jugendämter sozialräumlich organisiert und verfügen über eine generalistische Zuständigkeit, so gibt es unter den TeilnehmerInnen auch MitarbeiterInnen aus spezialisierten Fachdiensten und mit fachlich abgegrenzten Zuständigkeitsbereichen.

1.3. Methoden und Vorgehen bei der Durchführung des ExpertInnen-gesprächs

Tagungsdidaktik, Konsensverfahren und Clusterbildung

Im Vorfeld der hier dokumentierten Tagung hatten die TeilnehmerInnen einen Tagungsablauf sowie einen schriftlichen Entwurf für ein Feststellungsraster erhalten, der aus der ersten ExpertInnentagung hervorgegangen war. Sie wurden zudem dazu aufgefordert, ihre derzeitige Praxis zum Feststellungsverfahren nach § 35 a KJHG in den Jugendämtern vorzustellen und den vorliegenden Entwurf zu kommentieren.

Das tagungsdidaktische Konzept für die zweitägige ExpertInnentagung sah zunächst vor, dass die TeilnehmerInnen über die wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse der ersten interdisziplinären Tagung mit Fachleuten aus der Jugendhilfe, Psychiatrie sowie aus Sozialgerichten informiert werden sollten und sich dann eine Runde mit Kurzstatements bzw. Brainstormings zu den derzeitigen Erfahrungen anschließen sollte. In einer weiteren Phase sollten gelungene Aspekte in dem Entwurf benannt und Veränderungsbedarfe gesammelt werden. Eine systematische Überarbeitung sollte am zweiten Tag in Kleingruppen folgen und wichtige Voraussetzungen zur Umsetzung des erarbeiteten Feststellungsrasters benannt werden. Zwischen den jeweiligen Arbeitsphasen waren ergebnissichernde Sequenzen eingebaut, die einen gemeinsamen Konsens im Verlauf der Diskussion ermöglichen sollten. Trotz der geplanten Programmstruktur sollte der Tagungsverlauf jedoch offen bleiben im Sinne einer Prozessorientierung. Modifikationen des Ablaufs sollten teilnehmerinnenorientiert vorgenommen werden.

Insgesamt konnte das tagungsdidaktische Konzept umgesetzt werden, im Prozess wurde jedoch die Einschätzung bzw. der Wunsch von den TeilnehmerInnen geäußert, sich nicht zu stark an der bereits erarbeiteten Vorlage zu orientieren. Vielmehr wollten die TeilnehmerInnen an den in der ersten Phase entstandenen Mitschriften zu den Kurzstatements bzw. den Brain-

stormings arbeiten. Eine weitere Modifikation des Ablaufs bestand zudem darin, dass die Kleingruppen am zweiten Tag nicht die Überarbeitung des Manuals leisten, sondern die einzelnen festgelegten Indikatoren für das Feststellungsraster operationalisieren wollten.

Die jeweils wichtigsten Ergebnisse in den einzelnen Diskussionsphasen wurden stets auf Wandzeitungen mitnotiert (siehe dazu auch Punkt II.1 ff.), um letztlich den Konsens in der Gruppe zu visualisieren. In den sehr dichten Diskussionsphasen zur Festlegung einzelner Analysebereiche und Indikatoren wurde in der Gruppendiskussion ein Konsens hergestellt, in dem jeder einzelne Punkt ausdiskutiert und erst dann schriftlich aufgenommen wurde, wenn in der Gruppe Einigkeit darüber hergestellt war.

Insbesondere in der Phase zur Festlegung von Indikatoren strukturierte sich die Diskussion durch die im Rahmen der Eingangsphase entstandenen Listen mit möglichen Inhalten und Indikatoren eines Feststellungsrasters. Die vielen aufgeführten Einzelaspekte wurden zu Clustern zusammengefasst und ergaben dann neue übergeordnete und abstrahierende Einheiten. Gerade die in den Punkten II. enthaltenen Listen wurden auf diese Weise erstellt. So konnte sichergestellt werden, dass alle gesammelten Einzelaspekte auch tatsächlich festgehalten wurden. Die stattfindenden Kleingruppen galten insofern auch der Überprüfung der Einzelindikatoren.

2. Ziele und Methoden der Dokumentation und Analyse

2.1. Ziele der Dokumentation und Analyse des ExpertInnengesprächs

Ziel der Dokumentation und Analyse ist es, den Diskussionsprozess und seine Ergebnisse zu sichern, um daraus Rückschlüsse für eine erfolgversprechende Implementation eines Feststellungsrasters ziehen zu können.

Die Ergebnisse und Hinweise für ein Feststellungsraster zur Teilhabebeeinträchtigung sind darum auf drei Ebenen angesiedelt:

- a) Zusammenstellung und Kommentierung konkreter Vorschläge zu den Bereichen Bedarf, Struktur und Implementierung (Kapitel II. 1)
- b) Herausarbeitung von Dynamiken im Hinblick auf die Implementierung (Kapitel II. 2)
- c) Formulierung von Empfehlungen für Implementationsprozesse (Kapitel III)

Das Konzept sah vor, dass die offene Diskussion, von der viele kreative und konstruktive Vorschläge erwartet wurden, durch unabhängige Personen moderiert und dokumentiert werden sollte. Die dokumentierende Person sollte dabei eine mæeutische Funktion für die Praxisberichte übernehmen, d.h. ihr Auftrag bestand in der Sammlung, Verdichtung und Abstraktion der erzielten Diskussionsergebnisse, aber auch der Dynamiken im Verlauf des ExpertInnengesprächs.

Die Hypothese, die der Projektkonzeption damit zugrunde lag, bestand darin, dass man in den Diskussionsdynamiken und Argumentationen der PraktikerInnen Muster vermutete, die sich in Implementationsprozessen gleichermaßen finden würden. Ein besonderer Fokus wurde darum auf Aspekte und Dynamiken gerichtet, die Hinweise auf behindernden und verhängenden Argumentationsstränge, auf Widerstände, Kritikpunkte und Abwehrmechanismen im Gesprächsverlauf geben könnten. Diese Aspekte wurden alle herausgefiltert, systematisch zusammengestellt und kommentiert. Das Ziel einer solchen Analyse von Dynamiken war es, die aufgetretenen Dynamiken bei dem ExpertInnengespräch als stellvertretende Debatten anzusehen und sie auf mögliche Implementationsprozesse zu transferieren. Aus diesen herausgearbeiteten Dynamiken wurden letztlich Empfehlungen für zukünftige Umsetzungs- bzw. Implementationschritte abgeleitet.

2.2. Methoden der Dokumentation und Analyse des ExpertInnengesprächs

Zusammenstellung der Ergebnisse

Angesichts der Zielsetzung nimmt die hier zusammengestellte Dokumentation die bereits während des ExpertInnengesprächs auf Wandzeitungen gesammelten Ergebnisse (nach dem Konsensverfahren siehe I. 1.3) auf und dokumentiert dazu wichtige Argumente bzw. alternative Begriffe, die in der Diskussion genannt wurden.

Analyse der Transkripte nach Schlüsselzitate

Die Roundtable-Diskussionen am ersten Tag, wie auch die Diskussionen in Kleingruppen am zweiten Tagungstag, wurden von Mitschnittgeräten aufgenommen. Die anfängliche Vorstellungsrunde wurde bewusst nicht mitgeschnitten, weil es hier lediglich um die gegenseitige Mitteilung formaler Informationen ging. Von dieser wurde aber von einer explizit für diese Zwecke vorgesehenen Schreibkraft eine Stichwortsammlung erstellt. Eine Kleingruppe konnte nur teilweise transkribiert werden, weil die einzelnen SprecherInnen aufgrund der schlechten Tonqualität nicht zugeordnet werden konnten.

Die Transkripte wurden einer intensiven Sichtung unterzogen. Methodisch orientierte sich die Sichtung der Transkripte an der Qualitativen Inhaltsanalyse von Philip Mayring¹². Primär bestand das Anliegen der Sichtung und Strukturierung darin, die wesentlichen inhaltlichen Punkte, die im Verlauf der Diskussion angesprochen wurden, zu sammeln und diese mit Schlüsselzitate zu belegen. Vor der Sichtung und Analyse der Transkripte wurden nur grobe Kriterien entwickelt, nach denen die Texte bearbeitet wurden. In der

¹² vgl. Mayring, Philipp (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 7. Aufl., Weinheim

Bearbeitung wurde versucht die wichtigsten genannten Argumente und Aspekte in der Diskussion zu erfassen und zu strukturieren. In der Analyse der Transkripte kristallisierten sich Dimensionen heraus, die nachfolgend abstrahierend beschrieben und mit Schlüsselzitate der ExpertInnen belegt werden. Bei der Analyse der Dynamiken im Verlauf des ExpertInnengesprächs wurde ebenfalls nach diesem Schema vorgegangen.

II. Die Ergebnisse

1. Problemanzeigen

Die Durchsicht der Transkripte zur Eingangsdiskussion, bei der aktuelle Praktiken im Umgang mit Feststellungsverfahren nach § 35 a KJHG zur Diskussion standen, ergab einige zentrale Problembereiche, die im Folgenden mit Schlüsselzitate dokumentiert werden. Die nachfolgenden Zitate sind prägnante Aussagen zu den jeweiligen Punkten. Festgestellt werden muss aber, dass der Sprecher nicht immer der Urheber des Gedankens war, sondern dass es auch um die prägnante Darstellung von Gedanken anderer TeilnehmerInnen gehen kann.

1.1. Problembereiche aktueller Praxis hinsichtlich § 35 a KJHG

- Kostenträger schieben Verantwortung ab und lange Rechtsstreits sind die Folge

„Der Gesetzgeber hat vor vier, fünf Jahren versucht die an einen Tisch zu bringen, das ist gründlich in die Hosen gegangen, es hat immer jeder sein Süppchen gekocht.“ (Lauterbach, S. A 135)

- Kategorische Ablehnungen führen zu Rechtsstreits

„...die kategorische Verneinung (von empfohlenen Maßnahmen durch Fachärzte, Anm. d. A.) hat oftmals zu langen Rechtsstreitigkeiten geführt, es konnte keine Entscheidung getroffen werden...“ (Lauterbach, S. A 135)

- Regionale Infrastruktur und Schichtzugehörigkeit werden zu Kriterien der Antragstellung

„...weil in und um Starnberg herum sehr viele reiche und neureiche Familien gelebt haben und zugleich, das muss man hier auch mal sagen, der Verein Legasthenie Bayern e.V. ansässig war und natürlich da auch ein sehr dankbares Publikum gefunden hat...“ (Lauterbach, S. A 140)

- Maßnahme greifen nicht, weil sie von den Betroffenen nicht angenommen werden oder weil sie selbst keinen „Leidensdruck“ haben

„...durchaus Kinder und Jugendliche dabei, denen es wurscht ist, ob sie eine fünf in Deutsch haben oder eine sechs, weil die sagen: ich brauche als Fliesenleger später kein Deutsch, also ich bin jetzt 15 Jahre alt, komme in einem Jahr von der Schule...“ (Lauterbach, S. A 141)

- Mangel an Fachwissen bei MitarbeiterInnen im Jugendamt

„...wir dürfen nicht vergessen, dass viele Mitarbeiter in den Jugendämtern, die den § 35 a als Aufgabengebiet haben, keine Ahnung haben, was es an medizinischen oder psychologischen oder verhaltenstherapeutischen oder systemisch-familiärentherapeutischen Möglichkeiten gibt. Da sind wir für Hinweise dankbar.“ (Lauterbach, S. A 143)

„Soziokulturelle Normalität“ angesichts regionaler Disparitäten sehr unterschiedlich

„...jedes Team, jeder Sozialarbeiter auch ein Stück weit mal hinsetzen kann und für sich und dieses auswerten, was er bisher an Daten hat und das vielleicht so einordnen in die Normalität... Da haben wir ja auch in unserer Arbeitsgruppe gesagt, man müsste auch noch einen Bereich aufmachen, „sozialstrukturelle Normalität“, den man sich ankuckt, weil die ist natürlich in einer Großstadt ganz anders wie auf dem flachen Land.“ (Feth, S. A 153)

- In die gleiche Richtung verweist folgendes Zitat:

„...das macht einen Unterschied, ob ein Kind im Landkreis lebt oder in der Großstadt in Mannheim lebt. Da sind die Teilhabemöglichkeiten per se erst mal ganz unterschiedlich schwierig oder schlecht zu realisieren und das finde ich einfach wichtig, weil das ist eine objektive Grundlage, mit der ich dann kucke und bei den einzelnen Kapiteln nachher, Schule oder bei der Freizeit taucht das dann noch mal wieder auf, in welchem Maße spielt das jetzt hier eine Rolle, ja, also wenn die Schule weit weg ist und ein Kind nicht sehr selbständig ist, wird es mehr Schwierigkeit haben als ein Kind in der Stadt, wo es zu Fuß erreichbar ist. (Schmidt-Nierease, S. A 187)

- Unklarheiten über die Federführung im Falle einer Bedarfsfeststellung

„...also ich hätte gerne auch in der sozialpädagogischen Schiene die Federführung dieses ganzen Verfahrens, also dass von draußen irgend etwas reingeklappert kommt und schon viele Leute mehr oder weniger zutreffend diagnostiziert haben und dann dürfen wir denen das wieder ausreden, weil die Einrichtung z.B. keine Vereinbarung mit uns hat oder es geht aus anderen Gründen nicht, das macht es mühsam. Von daher: Herr des Verfahrens ist die Jugendhilfe!“ (Weiß, S. A 145)

- Fehlende Qualität von Fachentscheidungen, die darum angreifbar sind

„...wir haben von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern teilweise eine Diagnostik, die besteht aus drei Sätzen, die können sie in den Müllimer werfen. Wenn sich das nicht an der ICD-10 orientiert und nicht sauber nachvollziehbar dargelegt wird, warum eine seelische Störung vorliegt oder eine solche droht, machen sie mindestens vor dem nächsten Verwaltungs-

gericht eine Bachlandung. Das heißt, es muss mal klar sein, dass wir auch von den Diagnostikern Qualität benötigen...“ (Mannweiler (S. A 146)

- Fachliche Urteile der Mediziner haben mehr Gewicht bei den Gerichten und bei den Eltern

„...das steht im Raume und die Historie ist eben so, dass die Gerichte, aber auch die Eltern immer quasi diese Empfehlung als letztendliche Schlussfolgerung und geeignete Hilfe dastehen haben und in sich aufgenommen haben und wir können in der Hilfeplanung an der Stelle kaum noch irgendwie sie anderweitig beraten oder steuern...“ (Feth, S. A 139)

- Divergierende Sichtweisen der Disziplinen

„...wir haben manchmal den Eindruck, dass die Sicht der Psychiatrie zu klientenzentriert ist und vielleicht zu wenig die familiäre, den familiären Hintergrund mitbeleuchtet. Es kommt noch etwas hinzu: manchmal verstecken sich hinter gleichen Symptomen vollkommen unterschiedliche familiäre Zusammenhänge...“ (Lauterbach, S. A 142)

- Die folgende Äußerung verweist in die gleiche Richtung:

„...sie erleben die Eltern ja eigentlich nur im Anamnesegespräch, wir erleben sie draußen in ihrer gewohnten Umgebung, das ergibt ein anderes Bild...“ (Lauterbach, S. A 152)

- **Aufgrund der fehlenden Einheitlichkeit des Verfahrens werden Entscheidungen von nicht zuständige Instanzen und nicht mehr auf der Grundlage von Fachkenntnissen gefällt**

„...was mich schon lange bedrückt, ist einfach die Tatsache, dass wegen der Uneinheitlichkeit des Vorgehens die Juristen inzwischen über den Zugang der § 35 a-Zuweisung – jetzt im wahrsten Sinne des Wortes – entscheiden und nicht mehr die Fachbereiche und die Fachkompetenz und ich habe eigentlich den festen Willen, in diesen zwei Tagen mit dafür zu sorgen, dass wir dies den Juristen wieder aus der Hand nehmen.“ (Mannweiler, S. A 146)

- **Kompetenzgerangel aufgrund unklarer Zuständigkeiten zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe, Steuerung über Hilfeplanung**

„...wenn sich jeder auf seine primäre Aufgabe beschränkt, werden die Probleme deutlich geringer. Aufgabe der Psychiatrie ist die Diagnostik: ein psychiatrisches Störungsbild festzulegen...Therapie zielt darauf Störungsbilder zu beheben, das ist der Job der Jugendhilfe. Unser Job ist die Teilhabefähigkeit zu bewerten und letztlich die zu beheben und das macht man nicht im Rahmen einer Therapie, das ist die Sache nach dem SGB V, nicht nach dem SGB VIII. Also mir wäre es wichtig, eine ganz klare Trennung hinzube-

kommen und wenn, dann braucht es auch nicht einzelne Therapievorschläge, sondern maximal ein Profil von den möglichen Maßnahmen, was in Frage käme. Die Steuerungsmöglichkeiten und Entscheidungen werden im Rahmen des Hilfeplanverfahrens getroffen.“ (Schmucker, S. A 147)

– Qualität darf nicht an Fallzahlen festgemacht werden

„...das ist nicht Qualität, wenig § 35 a-Fälle zu haben. Ich denke, dass Qualität bedeutet, das nicht inflationär nach oben aus dem Ruder laufen zu lassen....“ (Feth, S. A 153)

2. Feststellungsraster

2.1. Anforderungen an ein Feststellungsraster

Nicht immer gab es Einigkeit im Hinblick auf die Anforderungen an das Feststellungsraster, das die Form eines Manuals aufweisen sollte. Im Folgenden werden wichtige Anforderungen, die in der Diskussion genannt wurden, mit Originaltönen der Beteiligten untersetzt, um den differenzierten Argumentationen gerecht zu werden. Am Schluss der Darstellung wird eine Liste dokumentiert, deren Einzelpunkte bereits während der Tagung auf einer Wandzeitung dokumentiert wurde, für den Zweck der Dokumentation allerdings sprachlich überarbeitet wurde.

Ingesamt fällt bei der Sichtung der Diskussion zu den genannten Anforderungen auf, dass viele Argumente mehrfach genannt wurden und dass sich die TeilnehmerInnen nicht in allen Punkten sofort einig waren. So gab es beispielsweise zur grundsätzlichen Anforderung der „Standardisierung“ durch ein Manual sehr unterschiedliche Einschätzungen. Einige wollten ganz ohne Standardisierungen auskommen, ein anderer denkt gar an die Entwicklung eines multiple-choice-Verfahrens. Nicht ganz einig waren sich die Teilnehmenden auch im Hinblick auf eine Farbskala: einige sahen darin eine Hilfe, für andere kam dies einer unnötigen Schematisierung gleich, die zu möglichen Stigmatisierungen führen könne. Inhaltlich fällt darüber hinaus auf, dass sich viele Anforderungen mit dem Thema „Flexibilität“ und „Offenheit“ beschäftigen. Skepsis findet sich grundsätzlich gegenüber vereinfachenden, stigmatisierenden und technisch vereinfachenden Verfahren. Konsens besteht dahingehend, eine schnellere Entscheidungsfindung herbeizuführen, insgesamt professioneller und abgestimmter vorzugehen, aber auf regionaler Ebene keine Zwänge in den Jugendämtern zu erzeugen.

– Plädoyer: Ein Manual ist dringend erforderlich

*„...sagen wir mal fast jedes Jugendamt der Bundesrepublik wartet auf diese Darstellung, es wird ja in verschiedenen Landesjugendämtern bereits gearbeitet, aber auch mit unterschiedlichsten Produkten z. T. Es wird höchste Zeit, dass wir hier so ein einheitliches Ding zustande kriegen, aber ich gebe ihnen wirklich Recht, wir brauchen objektiv nachweisbare Kriterien, die dann natürlich subjektiv durchaus bewertet werden können, die Gesamtdarstellung muss objektiv nachvollziehbar sein. Nur dann haben wir eine Chance.“
(Mannweiler, S. A 161)*

– Hohe Ansprüche an ein Manual: Am Ende soll ein Manual vorliegen, das für alle Disziplinen Relevanz hat!

„Ich wünsche mir am Ende dieser Tagung ein Manual, das nicht den Disziplinen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendamt auf dem Tisch liegt, sondern auch den Ärzten, die im neu gefassten Jugendhilfegesetz KICK mit

Fähigkeiten ausgestattet sein sollen, die wir ja erst mal überprüfen müssen, ob die auch da sind, das ist ja gar nicht so einfach.“ (Lauterbach, S. A 134)

- Skepsis gegenüber dem „undeutschen“ Begriff „Manual“

„...zunächst erst mal finde ich den Namen Manual persönlich nicht so gut, ich oute mich als Mitglied des Vereins für deutsche Sprache. „Handreichung“ als Wort zu verwenden, gefällt mir persönlich besser.“ (Gersbacher, S. A 154)

- Schnell handhabbares Manual: 3 Stunden Arbeitszeit für SozialarbeiterIn

„...Vieles aus dem Manual, denke ich, gehört noch in den Bereich der Psychiatrie, nicht auf den Tisch des Sozialarbeiters und das Handling des Manuals muss so sein, dass wir über eine Arbeitszeitbeanspruchung des Sozialarbeiters von maximal 3 Stunden nicht drüber hinausgehen.“ (Lauterbach, S. A 151)

- Nur wenige Orientierungspunkte sind wichtig für ein Feststellungsraster

„...wir haben da versucht, den Versuch unternommen, den wichtigen Bereichen, in denen ein Kind sich bewegt, Kriterien zuzuordnen und das würde mir für die Jugendhilfe ausreichen, weil ich denke, ich verwirre die Mitarbeiter. Wenn ich jetzt mit so einem Beurteilungsmanual, wie sie es jetzt erarbeitet haben, auf die zukommen, dann fangen die an mit mir darüber zu diskutieren, dass sie so etwas in der Ausführlichkeit und so ins Detail gehend nicht bearbeiten können, dass sie eben ihre eigenen Verfahren haben, so dass ich denke, das ist jetzt vielleicht ein Beurteilungsbogen, der für die klinische Seite und für die ärztliche Seite wertvoll ist, weil der kommt ja auch daher. Also: schon wenn sie von Interview sprechen, keiner in der Jugendhilfe würde je von einem Interview mit Eltern sprechen...“ (Schmidt-Nierease, S. 149)

- Anwendung eines Manuals sollte keine Pflicht und kein Zwang sein

„...dass man die als Arbeitshilfe verwenden sollte, das ist unumstritten, damit man bestimmte Bereiche auch im Auge hat und bestimmte Bereiche nicht vergisst, das finde ich schon, aber verpflichtend jetzt einzelne Module zu verwenden, das würde ich nicht für nötig erachten.“ (Gersbacher, S. 154,155) Ein anderer Teilnehmer formuliert seine Skepsis wie folgt: „...aber bitte nicht mit Entscheidungszwängen noch hinterlegen...“ (Mannweiler, S. A 152)

- Skepsis gegenüber möglichen Vereinfachungen bei der Verwendung einer Farbskala

„...nur ich wehre mich halt dagegen irgendwo eine schablonenartige Zusammenfassung zu kriegen, weil ich da einfach die Gefahr sehe, dass wie-

der ein mathematische Mittel bedient wird, dass man plötzlich punktuell, wenn es zusammengezählt wird, das ist nämlich genau das was wir nicht wollen, deswegen warne ich davor so etwas in die Praxis zu geben oder zumindest weitere Arbeit daran leisten, wir bräuchten dann eine eigene Arbeitsanleitung wie das Ding zu handeln ist...“ (Mannweiler, S. A 157)

– Farbskala behindert Flexibilität

„Also solche Vorgabe, wo ich dann diese Rot-, Grün- und Gelbskala noch anwenden muss und ich komme nachher zu 5,3 oder was weiß ich für Ergebnissen, die haben immer die Gefahr, dass sie sich verselbständigen und in irgend einer Weise dann auch Flexibilität behindern und flexibles Denken auch behindert. Da bin ich eigentlich sehr dagegen solche Dinge auch immer zu, festzuschreiben...“ (Gersbacher, S. A 154)

– Kein EDV-Programm für die Bearbeitung des Manuals

„Also bei mir wächst der Widerstand gegen irgendwelche Skalen und Manuale, die dann womöglich noch mit EDV zu bearbeiten sind...“ (Weber, S. A 161)

– Standardisierung ja – aber mit viel Flexibilität

„Ich würde auch für einen Mix von beidem plädieren. Ich denke wir kommen nicht um standardisierte Verfahren herum, um die Sachen auch hinterher gerichtssicher zu machen und ich denke, das ist ein Problem, wenn die Mediziner mit ihrem Standardverfahren kommen und wir mit unserem völlig offenen Verfahren, der Richter zieht sich das raus womit er sich seine Entscheidung am besten begründen kann.“ (Schmucker, S. A 158)

– Standardisierung sollte nicht zum „Erbsen zählen werden“

„...ich bin auch ein bisschen anderer Auffassung bezogen auf die Standardisierung wie jetzt andere aus unserer Arbeitsgruppe, ich finde eine Standardisierung gut, sie sollte aber nicht „Erbsen zählen“, sondern wirklich so grob sein, insofern gefällt mir das Bild von grün nach rot...“ (Feth, S. A 153)

– Verständlichkeit für die Betroffenen erreichen

„...also Eltern sollen die Diagnose verstehen, das Kind soll es verstehen und die Sozialarbeiter...“ (Schmidt-Nierease, S. A 149)

– Manual flexibel halten und nicht als Zwang verwenden

„...und jeder kann sich dann herausnehmen, was er meint umsetzen zu können, was vielleicht hilfreich wäre, jetzt bei dieser Farbskala die gewisse Gefahren birgt in der Interpretation, wenn man da eine Erläuterung dazu macht oder eine Handhabung, also bitte jetzt nicht von dem Gebrauch „Risiken und Nebenwirkungen“ beim Gebrauch, das wäre jetzt wieder die me-

dizinische Begrifflichkeit, aber in dem Sinne einfach darauf hinzuweisen, dass wenn man diesen Standard benutzt, Folgendes aber auch im Blick haben sollte. Dann finde ich es jetzt auch unschädlich da mehrere Möglichkeiten anzubieten.“ (Köhler, S. A 159)

– Plädoyer für eine multiple-choice-Variante

„Ich muss nämlich jetzt das machen, was die auch machen, ich musssubjektive Wertungen des Kindes, die betroffenen Eltern fragen, und ich muss als Sozialarbeiter meine eigene Wertung einfließen. Das kann ich an diesem multiple-choice-Verfahren schnell und effektiv machen. Da müssten wir uns dann überlegen, welche Fragen müssen gestellt werden, das wären jetzt 1,2, sagen wir mal 7 Bereiche, 7 x 9 sind 63 Fragen und da müssten wir 63 Fragen erarbeiten und dann in einer Skala ausarbeiten.“ (Lauterbach, S. A 160)

– Grundsätzliche Skepsis gegenüber der Objektivität von Daten

„Beim Gutachtentest, Testsituation ist es ganz ähnlich: die Lehrer und die Eltern können am ehesten verlässliche Daten liefern, die aber oft wieder von verschiedenen subjektiven emotionalen Begebenheiten, z. B. auch die eigene Sozialisation der Eltern oder Lehrer problematische Beziehung zum Kind so beeinflusst sind, das auch hier nicht von objektiver Erkenntnis gesprochen werden kann.“ (Lieb, S. A 164)

– Manual soll und wird zugleich die Hilfeplanung nach § 36 KJHG professionalisieren

„Ich möchte nur hier anmerken, wenn ich mir das Manual, das wir jetzt erarbeitet haben, in Grobstichpunkten betrachte, hat das eine Doppelfunktion. Das kann ich genauso verwenden für Hilfe nach § 27 wie für Hilfe nach § 35 a und es wird erst dann, so sehe ich das, zur Teilhabebeeinträchtigung nach § 35 a in der Kombination mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie.“ (Lauterbach, S. A 244)

„Ich möchte unterstützend noch mal ergänzen, dass ich denke dieses, was ich denke als Manual jetzt erarbeitet haben, ist für die Fachkraft eine Stärkung auch in der Hilfeplanungskonferenz und im Umgang mit den anderen Betroffenen Fachkräften nachzufragen. (Schmid-Nierease, S. A 247)

– Selbststigmatisierungen beheben und Defizitorientierung vermeiden

„Stigmatisierung ist mir noch mal sehr sehr wichtig, Kinder sind nicht normal, weil die Nachbarskinder schon etwas anderes können und die Selbststigmatisierung, ich frage die Kinder, jetzt bin ich da, komme ich zu dir, warum komme ich denn? Ja, weil ich dumm bin. Solche Sachen, „Selbststigmatisierung!“ (Lieb, S. A 167) Die gleiche Sprecherin sagt später: „Also nicht abhaken, was hat er nur für Defizite.“ (Lieb, S. A 167)

Im Zuge der offenen Roundtable-Diskussion zu vorliegenden Praxiserfahrungen und -beobachtungen wurde die nachfolgende Liste auf einer Wandzeitung von den ModeratorInnen mitnotiert. Die auf diese Weise festgehaltenen und visualisierten Ergebnisse wurden damit für alle TeilnehmerInnen transparent. In dieser Phase der Diskussion war auffällig, dass die Liste der Anforderungen sehr lang wurde und dass im Verlauf des Austauschs von Praxiserfahrungen immer neue Aspekte hinzukamen.

Ein Feststellungsraster sollte...

- nicht zeitaufwendig für die Fachleute sein,
- ein standardisiertes Instrument mit einheitlichen Leitlinien sein,
- ein valides Instrument sein,
- ein Diagnoseinstrument sowie Verfahrensrichtlinien und einen -ablauf enthalten,
- das „Formblatt J“ aus Bayern als Orientierungspunkt nutzen,
- Verständlichkeit für die Betroffenen (Kinder, Jugendliche und Eltern) gewährleisten,
- berücksichtigen, dass eine Farbskalierung die Gefahr der Vereinfachung birgt,
- berücksichtigen, dass ein Manual keinen interdisziplinären fachlichen Diskurs (Fachkonferenz) ersetzt,
- nicht für alle Jugendämter zwangsläufig verpflichtend sein,
- bereits festgehaltene Daten (Vorakte) mit aufnehmen (Hilfeplan),
- altersspezifische Differenzierungen zwischen Kindern und Jugendlichen aufnehmen,
- mit den Begriffen: „Arbeitshilfe“ oder „Handreichung“ überschrieben werden,
- eine flexible Handhabung nicht einschränken,
- Mindeststandards formulieren,
- kein mechanistisches und technokratisches Instrument (technisch erstellt/EDV-gestützt) sein,
- ein „gerichtssicheres Instrument“ darstellen,
- mehrere Vorschläge für die Umsetzung des Manuals ausformulieren mit „Risiken und Nebenwirkungen“,
- in einer multiple-choice-Struktur erstellt werden,
- grobe Bereiche definieren,
- ein überschaubares und handhabbares Instrument sein,
- Hausbesuche mit dokumentieren inklusive eines Kriterienkatalogs,
- das Ziel eines „ganzheitliches Bild“ verfolgen,
- die Aspekte „Tatsachen / subjektive Beurteilung / fachliches Ermessen“ enthalten,
- die Gefahr der Stigmatisierung bzw. Selbststigmatisierung ausschließen,
- und insgesamt Schematisierungen vermeiden.

2.2. Inhalte für ein Feststellungsraster

Im Verlauf der ersten offenen Diskussionsrunde wurden mögliche relevante Inhalte genannt, die in einem Feststellungsraster vorkommen sollten. Diese zunächst im Sinne eines Brainstormings aufgenommenen Punkte wurden auf einer Liste während der Veranstaltung mitnotiert und visualisiert. Im weiteren Fortgang der Diskussion konkretisierten sich einzelne unten aufgeführte Punkte und wurden intensiver ausformuliert, einige Punkte wurden im Fortgang der Debatte auch verworfen.

Ein Feststellungsraster sollte folgende Inhalte integrieren:

- Aussagen zu der örtlichen und sachlichen Zuständigkeit,
- transparente Dokumentation des Verfahrenswegs,
- konkrete Feststellung des Leidensdrucks des Klienten/der Klientin aufgrund der Behinderung,
- Hinweise zur familiären Vorgeschichte,
- Hinweise zum familiären Umfeld, insbesondere zum Aspekt der Einbindung und Integration,
- medizinische/ psychische/ physische Belastungsfaktoren in der Familie,
- eine Einschätzung der Mitwirkungsbereitschaft, Belastbarkeit der Betroffenen und deren Ausdauer,
- eine Einschätzung der Familie zu den Aspekten: finanzielle Lage, strukturelle Eingebundenheit und intellektuelle Kompetenz der Familie,
- Aussagen zur möglichen Delinquenzbelastung in der Familie,
- Darstellung der bestehenden Hilfen,
- Darstellung der Kompetenz zur Selbstpflege des Kindes des Jugendlichen,
- Abgleich an einer „sozialstrukturellen Normalität“ der Familie,
- konkrete Darstellung der Bedarfslage des Betroffenen,
- Formulierungen zu konkreten Zielen der Betroffenen,
- subjektive und objektive Kriterien sowie Aussagen zur Selbst- und Fremdeinschätzung,
- Darstellung von Stärken und Ressourcen im Individuum sowie im System,
- Abgleich an den altersspezifischen „basic needs“ von Kindern,
- verschiedene Perspektiven der Kinder/Jugendlichen, Eltern, sozialpädagogische Fachkräfte, Schule, Jugendamt, Kindergarten und Freizeitbereich,
- Aussagen aus beiden Perspektiven: Selbst- und Fremdwahrnehmung,
- Formulierung von Leistungen bzw. Leistungserwartungen der Eltern im Hinblick auf Schulaufgaben (im Elternhaus).

2.3. Analysebereiche zur Beurteilung einer Teilhabebeeinträchtigung

Wie oben bereits dargelegt, was es auch Ziel der Roundtable-Diskussion, Analysebereiche für ein Feststellungsraster zur Beurteilung einer Teilhabebeeinträchtigung nach § 35 a KJHG zu erarbeiten. Die Analysebereiche, auf die sich die Fachleute einigten, stellen relevante Aufmerksamkeitsrichtungen dar, um das Vorliegen bzw. ein Nicht-Vorliegen einer Teilhabebeeinträchtigung zu beurteilen. In der Diskussion wurde vielfach darauf verwiesen, dass ein Feststellungsraster, in dem Faktoren bzw. Analysebereiche enthalten sind, die das Individuum in seiner gelingenden oder wenig gelingenden Teilhabeleistung bzw. seiner Teilhabesituation einschätzen, ohne einen mehrdimensionalen und multifaktoriellen Zugang nicht auskommen kann (siehe Liste mit Anforderungen). Verwiesen wurde darauf, dass diese geforderte Sichtweise einem der Sozialarbeit inhärenten Zugang nachkommt, stets den Menschen in seinen aktiven und passiven Bewältigungsaufgaben und -leistungen im Hinblick auf die verschiedenen den Menschen umgebenden Systemen zu verstehen. Eine solche Sichtweise kann mit dem von Uri Bronfenbrenner entwickelten sozial-ökologischen Modell¹³ verknüpft und unterlegt werden. Bronfenbrenner (1981), der eine wichtige bezugstheoretische Grundlage für die Disziplin liefert, hat aufgezeigt, dass Entwicklung und Handlungsweisen von Individuen nur mit Blick auf die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Systemebenen (Mikro-, Meso- und Makrosystem) erklärbar werden. Die von ihm identifizierten „Schichten“ umfassen die unmittelbare Umgebung (Haus, Schule, Straße usw.), die (informellen) sozialen Netzwerke (Bekanntekreis, peer-group usw.), die (formalen) Institutionen (Schule, Verwaltung usw.) sowie die ideologischen Systeme (Gesetze, Werte und Normen usw.).

Die Analysebereiche, die den Schichten von Bronfenbrenner durchaus ähnlich sind, waren allerdings in der Runde nicht unumstritten und auch die Diskussion einzelner Analysebereiche verlief nicht immer stringent, es kam hier zu vielen Spontanäußerungen, Zwischendiskussionen und zu Themensprüngen. Im Folgenden sollen alternative Begriffe bzw. Sortierungen genannt werden, die in die Runde geworfen wurden und zur Disposition standen. Ingesamt galt es allerdings in dieser Diskussionsphase – gestützt durch Visualisierungen – einen jeweiligen Gruppenkonsens zu den einzelnen Begriffen zu erzielen.

So gab es beispielsweise einzelne grundsätzliche Vorschläge, die sich auf die Darstellung der Analysebereiche bezogen, diese waren: aufgeworfen wird, dass alle Bereiche mit den Worten „Situation in“ oder „Integration in“ (S. A 144) beginnen sollten, später findet sich der Einwurf, dass alle Bereiche mit „Lebenswelt“ eingeleitet werden müssten (S. A 51). Anstatt von „Kindergarten“ zu sprechen, sollte der Begriff „Kindertagesstätte“ verwendet werden (S. A 44).

¹³ vgl. Bronfenbrenner, Urie (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart

Im Zusammenhang mit schulischen Angelegenheiten wird argumentiert, dass die Bereiche „Schule“ und „Beruf“ gemeinsam zu „Bildung“ zusammengefasst werden sollten (S. A 46). Ebenfalls wird der Vorschlag unterbreitet, dass die Begriffe „Bildungs- und Erziehungsinstitutionen“ (S. A 52) verwendet werden sollten. Diskutiert wird auch, ob von „Einrichtungen oder „Institutionen“ (S. A 53) gesprochen werden soll, später wird die gleiche Diskussion nochmals kurz aufgegriffen (S. A 55).

Der Vorschlag wird gemacht, dass die „Gleichaltrigengruppe“ als eigener Bereich aufgenommen werden sollte (S. A 53) Vorgeschlagen wird zudem, dass „Freizeit“ und „Gleichaltrigengruppe“ als zusammengehörig gesehen werden müssten (S. A 51).

Bemerkt wird, dass der Bereich „Ausbildung“ unter „Bildung“ gefasst werden sollte (S. A 50). Vorgeschlagen wird auch, dass der Bereich „Bildung“ sowie „Arbeit“ einzelne Punkte sein müssten und unabhängig voneinander aufzuführen seien.

In einem Zwischenergebnis einigen sich die TeilnehmerInnen, dass es um vier Bereiche gehen soll: Familie, Bildung, Arbeit, Freizeit (S. A54), angesichts neuer, noch nicht zugeordneter Begriffe, wird die Debatte wieder neu aufgenommen.

Eingebracht wird in dieser Phase der Vorschlag, dass „sozialräumliche Bedingungen“ als Querschnittsthema über alle Bereiche (S. A 55) angesehen werden sollten, als Alternative dafür wird „soziales Umfeld“ (S. 56), „soziale und strukturelle Rahmenbedingungen“ oder „soziokulturelle Rahmenbedingungen“ (S. 56) genannt.

Der Einigungsprozess erbrachte insgesamt **sieben relevante Analysebereiche**, die in einem Feststellungsraster in jedem Fall enthalten sein sollten.

Diese sieben Analysebereiche sind:

1. **Persönlichkeit**
2. **Familie**
3. **Kindertagesstätte**
4. **Schule**
5. **Arbeit**
6. **Freizeit**
7. **Sozialraum**

In Arbeitsgruppen wurden für diese einzelnen Bereiche relevante Aspekte herausgearbeitet. Im Folgenden werden die Ergebnisse von drei Arbeitsgruppen aufgeführt. Hier wurden Faktoren zusammengestellt, die angesichts eines Analysebereichs von Interesse für eine sozialpädagogische Begutachtung sein könnten.

Relevante Aspekte für den Analysebereich Familie könnten sein:

Lebensumstände der Familie

- Familienzusammensetzung
- gesundheitliche/wirtschaftliche/Wohnsituation
- gesellschaftliche Besonderheiten
- belastende Lebensereignisse

Werte, Kultur der Familie

- Rituale
- Konfliktlösungsstrategie
- religiöse/politische Überzeugung

Beziehungsgefüge in der Familie

- Vater und Mutter
- Kind und Elternteile
- Kind und Geschwister

Relevante Aspekte für den Analysebereich Freizeit könnten sein:

Zugang zu/Interesse an Hobbies

- sportlich, musisch, kulturell
- Einbeziehung/Mitgliedschaft: Verein, Jugendgruppe, Clique, peer-group
- Teilnahme an Geselligkeit

Zugang zu/Interesse an Medien

Zugang/Interesse an Suchtmitteln

finanzielle Möglichkeiten

familiäre Freizeitgestaltung: kulturelle Aspekte

Relevante Aspekte für den Analysebereich soziales Umfeld könnten sein:

- Wohn-, Lebensbereich (Struktur)
- Integration im Wohnumfeld
- soziale Angebote/kulturelle Angebote
- Betreuungsangebote
- Kontakt/Umgang mit Gleichaltrigen
- Umgang mit Erwachsenen (Nachbarn etc.)
- religiöse/ethnische Zugehörigkeit der Familie

2.4. Indikatoren zur Beurteilung einer Teilhabebeeinträchtigung

„...ich habe das ja hier so verstanden, dass es Stichworte sein sollen, die eine Orientierung geben, worauf muss ich denn achten, woran kann ich nachher messen, was welche Wirkung für die Teilhabefähigkeit hat.“

In der Diskussion um die Sortierung von Begriffen für die einzelnen Analysebereiche wird offensichtlich, dass Begriffe auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt sind: Begriffe, die den Analysebereichen zugeordnet werden können, werden als soziologische Kategorien identifiziert, andere in die Diskussion eingeworfene und zur Disposition stehende Begriffe sind psychologisch fundiert (vgl. Sequenz ab S. A 61). Aus der Notwendigkeit, diese beiden Perspektiven – Psychologie und Soziologie – zu integrieren, entsteht das Vorhaben, Indikatoren zu benennen, die in einem direkten Zusammenhang zu einer vorliegenden oder nicht vorliegenden Teilhabe stehen. Mit anderen Worten: die Einigung der Fachleute, die in der Folge hinsichtlich dieser Indikatoren erzielt wurde, ist insofern von Bedeutung, als hier die wesentlichen praxisrelevanten Faktoren genannt werden, um eine Teilhabebeeinträchtigung zu beurteilen. Die psychologischen Aspekte kommen damit Zielperspektiven für gelingende Teilhabeprozesse gleich (vgl. Sequenz S. A 52 und die spätere Sequenz ab S. A 76) bzw. können diese Aspekte anzeigen, ob ggf. defizitär verlaufende Teilhabeprozesse vorliegen.

Der ExpertInnenkreis einigt sich auf folgende fünf Indikatorenbereiche:

- 1. Sozioökonomische Lebenslage**
- 2. Integration**
- 3. Beziehungsqualitäten**
- 4. Selbstkompetenzen**
- 5. Leistung**

Auch in dieser Debatte werden alternative Begrifflichkeiten eingebracht und revidiert, sofern sie auf wenig Zustimmung stoßen. So wird beispielsweise vorgeschlagen, von „sozialer Integration“ (S. A 57) zu sprechen, anstelle von „Integration“. Vorgeschlagen wird später, die Begriffe „Selbstfürsorge und -pflege“ (S. A 58) zu verwenden, weil ihre Definition durch die WHO festgelegt ist. Als Alternative wird der Begriff „Alltagsbewältigung“ (S. A 62) und später „Selbstkompetenz“ ins Gespräch gebracht. Anstelle von „Persönlichkeit“ soll „Entwicklung der Persönlichkeit“ (S. A 58) verwendet werden.

Die TeilnehmerInnen verbanden mit den Einzelindikatoren die folgenden Bereiche, die sie als wesentlich für den Beurteilungsprozess einer Teilhabebeeinträchtigung ansahen. D.h. die Indikatoren zur Beurteilung einer Teilhabebeeinträchtigung wurden auf folgende Weise operationalisiert:

1. Sozioökonomische Lebenslage

Dieser Indikator enthält folgende Bereiche:

- Sozialräumliche Voraussetzungen (z.B. soziales Umfeld)
- Ökonomische Voraussetzungen

2. Integration

Dieser Indikator enthält folgende Bereiche:

- Teilnahme am sozialen Leben (z.B. durch Wahrnehmung von Hobbies)
- Nutzung von Förder- und Hilfemöglichkeiten

3. Beziehungsqualitäten

Dieser Indikator enthält folgende Bereiche:

- Stabilität bzw. Konstanz in Beziehungen zu Familienangehörigen und der Peergroup

4. Kompetenzen

Dieser Indikator enthält folgende Bereiche:

- Selbstkompetenzen (z.B. Selbstfürsorge und Selbstpflege)
- Soziale Kompetenzen

5. Leistung

Dieser Indikator enthält folgende Bereiche:

- Schul- und Arbeitsverhalten

2.5.. Hinweise zur Struktur eines Feststellungsrasters

Einigkeit wurde darin erzielt, dass ein Feststellungsraster, das die oben genannten Indikatoren aufnimmt, eine mehrdimensional Form annehmen muss. Als die drei wesentlichen Ebenen, die unbedingt aufgenommen werden sollten, wurden benannt:

1. Das Indikatorensystem enthält Aussagen zu **äußeren personenbezogenen Erleichterungs- und Hinderungsgründen** – im Sinne einer Ressourcen- und Defizitanalyse.
2. Das Indikatorensystem enthält die Möglichkeit der getrennten Dokumentation nach **Selbsteinschätzung** und **Fremdeinschätzung**.
3. **Altersentsprechende bzw. altersgemäße Aspekte** sollen stets eigenständig von den Fachkräften berücksichtigt werden bei der Anwendung des Feststellungsrasters.

Als zusätzliche Arbeitsanweisungen bei der Ausarbeitung eines Feststellungsrasters wurden genannt:

- Das Indikatorensystem soll mit einer **Farbskala** unterlegt werden, so dass schnell Gewichtungen vorgenommen werden können.
- **Quantitative und qualitative Aspekte** sollen aufgenommen werden, wobei Details nur dann dokumentiert werden sollen, wenn extreme Ausprägungen vorliegen.
- Das Manual dient der Feststellung einer möglichen bestehenden Teilhabebeeinträchtigung. Im Falle einer vorliegenden Teilhabebeeinträchtigung dient dieses Manual zudem der **Feststellung eines möglichen Hilfebedarfs**.
- Liegt bereits ein Hilfeplan vor, so soll dieser als **Grundlage zur Datengewinnung** genutzt werden.
- Nach der Aus- bzw. Bewertung der erfassten Daten soll eine fachliche Einschätzung zum Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen einer Teilhabebeeinträchtigung abgegeben werden. Ein **Votum** soll zwischen den **Kategorien „ja/nein“** dokumentiert werden.

3. Dynamiken

In diesem Kapitel werden Diskussions- und Argumentationsdynamiken der PraktikerInnen während des ExpertInnengesprächs zusammengestellt. Wie oben bereits dargestellt, werden diese Dynamiken als „stellvertretende“ Dynamiken in potentiellen Implementationsprozessen eines Feststellungsrastrers angesehen. Im Folgekapitel werden aus den hier herausgefilterten Widerständen, Kritikpunkte und Abwehrmechanismen Empfehlungen formuliert, um diesen Dynamiken konstruktiv zu begegnen.

3.1. Vorstellung und Kommentierung von Dynamiken im Verlauf des ExpertInnengesprächs

Von der langen Selbstvergewisserung des eigenen Auftrags im Rahmen von § 35 a KJHG

„...das Hilfeplanverfahren ist sehr ausführlich bei uns...“

Im Verlauf des ExpertInnengesprächs wird immer wieder über die derzeitige Praxis von Hilfeplanverfahren im Rahmen des § 36 KJHG diskutiert. Dabei wird geklärt, wer in diesen Gesprächen teilnehmen sollte, was das Ziel dieser Verfahren ist und warum große Runden sinnvoll sind. So findet sich z.B. ein Statement zur Legitimation der großen Hilfeplankonferenz: *“...also Hilfeplanungskonferenz sage ich mal, ist für mich nicht nur der Vorgesetzte, der Mitarbeiter und die wirtschaftliche Jugendhilfe, das ist keine Hilfeplanungskonferenz, sondern da geht die Hilfeplanungskonferenz gehören die Kinder- und Jugendpsychiater, da gehören die behandelnden Therapeuten, da gehört der Lehrer mit rein und und und, also das sind große Runden bei uns und da findet eine Auseinandersetzung statt über die unterschiedlichen Sichtweisen, vor dem Abhaken, da hätte ich Angst.“* (Schmidt-Nierease, S. A 151) Eine andere Teilnehmerin geht im weiteren Verlauf auch auf die generelle Praxis des Hilfeplangesprächs ein, berichtet aber davon, dass nicht alle Professionen beteiligt sind: *“...„runde Tische“ nennen wir das dann, bzw. das Hilfeplanverfahren ist sehr ausführlich bei uns. Mit Einrichtung anschauen und Eltern und wer eben dabei ist, wer fast nie dabei ist, sind die Psychiater, weil die nämlich nicht, weil das zahlt ja kein Mensch die Psychiaterstunde, aber häufiger haben wir, wenn unsere Gutachterin das Gutachten gemacht hat, dann ist sie dabei, also da gibt es relativ ausführliche Hilfepläne.“* (Lieb, S. A 163) Später bemerkt sie in ihrem Bericht, wie genau vorgegangen wird: *“...das Hilfeplanverfahren beinhaltet bei allen Fällen von § 35 a bei uns also die Berichte des Gutachters, die sind noch vor dem Hilfeplanverfahren, dann kommt ein Hausbesuch. Der Hilfeplan selber, ...bei ambulanten Fällen ist das ein Therapieplan, und der Bericht der Sozialpädagogin oder Hilfeplan, das sind so die drei Säulen unseres Hilfeplanverfahrens. Minimum, sonst kommen noch evt. „runde Tische“ oder, ja, wo sie halt*

alle zusammen kommen, wenn das wichtig ist.“ (Lieb, S. A 164) Die Praxis der Hilfeplanung ist häufig Gegenstand der Diskussion. Viel Zeit wird darauf verwendet, im Sinne der Selbstvergewisserung zu klären, worin die jeweiligen Aufträge im Rahmen von § 36 und § 35 a bestehen. Im bereits fortgeschrittenen Stadium des Gesprächs fasst ein Gesprächsteilnehmer seine Definition zusammen: *„Das ist ja auch im Vorfeld gelaufen, so dass wir im Prinzip eigentlich erst, wenn das positive Ergebnis, im Prinzip, aus der psychiatrischen oder vom psychiatrischen Gutachten vorliegt, dann kommt ja erst der Punkt zu sagen, jetzt müssen wir einschätzen, wie ist die Teilhabe beeinträchtigt.“* (Jung, S. A 174) Auch im weiteren Verlauf wird immer wieder von TeilnehmerInnen neu zusammengefasst, worin der eigentliche Auftrag besteht und unter welcher Prämisse SozialarbeiterInnen/ SozialpädagogInnen im Falle der Teilhabebeeinträchtigung aktiv werden müssen: *„Der § 35 a setzt nämlich voraus, dass die Vordiagnosen durch den, durch die Fachkompetenz dargelegt wird, ob eine Krankheitswert zugrunde liegt oder nicht, oder eine Krankheit als Ursache da zu sehen ist.“* (Mannweiler, S. A 175)

Gerade aus diesen Beobachtungen wird die vielfach und oft besprochene Problematik Sozialer Arbeit offenkundig, von Praxisabläufen nur schwer abstrahieren und das eigene professionelle Handeln aus einer Distanz nur mühsam beschreiben zu können. Thomas Klatetzki hat derartige Phänomene in seiner Untersuchung mit dem Titel „Wissens, was man tut“¹⁴ kritisch beleuchtet. Zum Einen sind solche Phänomene, die sich auch in dem ExpertInnengespräch abgezeichnet haben, mit strukturellen Missständen, wie fehlende Rechtssicherheit zu begründen, oft mangelt es an fachlichen Kategorien, um Wirklichkeiten in adäquate Fachtermini zu überführen, darüber hinaus kann es auch an dem fehlenden „doing reflexion“ liegen. Die sehr intensiv geführte Diskussion um das berufliche Selbstverständnis und um das mitunter gekränkte Selbstbild Sozialer Arbeit am Beispiel des § 35 a KJHG zeigt auf, dass die subtil eingelagerten berufspolitischen Interessenskollisionen weitaus mehr Gewicht zu haben scheinen als fachliche Erfordernisse im Interesse der KlientInnen.

Von der „anderen Sicht“ und vom fehlenden Selbstbewusstsein der Sozialen Arbeit

„...da plädiere ich auch ein Stückchen dazu, dass hier Sozialarbeiter oder Sozialarbeit insgesamt ein Stückchen mehr Rückgrad beweisen.“

Eine Argumentationsebene, die sich durch das Gespräch zieht, umfasst Aussagen, die sich auf das Selbstverständnis und Selbstbewusstsein Sozialer Arbeit beziehen. Zum einen wird darauf verwiesen, dass Professionelle der Sozialen Arbeit über breitere Informationen zu KlientInnen verfügen als andere kooperierende Professionen. Sozialpädagogische Fachkräfte seien

¹⁴ vgl. Klatetzki, Thomas (1993): Wissen, was man tut. Professionalität als organisationskulturelles System. Eine ethnographische Interpretation. Bielefeld

im Feld unterwegs und könnten durch aufsuchende Arbeit mehr Eindrücke sammeln über KlientInnen in ihrem jeweiligen Umfeld, in ihrem Milieu und in ihren alltäglichen Bezügen. Hervorgehoben wird in diesen Zusammenhängen immer, dass die Soziale Arbeit einen anderen Blick, eine andere Sicht auf die Dinge habe. Ein Teilnehmer drückt dies wie folgt aus: *„Sie (die Psychiater, d. A.) erleben die Eltern ja eigentlich nur im Anamnesegespräch, wir erleben sie draußen in ihrer gewohnten Umgebung, das ergibt ein anderes Bild.“* (Lauterbach, S. A 152) Der gleiche Teilnehmer verweist sehr viel später nochmals auf „das Andere“ der Sozialen Arbeit; *„Aber die eine macht es vor Ort, der Sozialarbeiter geht in die Familie in der Regel rein, kann sich ein Bild vor Ort machen und...da haben wir schon eine andere Sichtweise.“* (Lauterbach, S. A 172) Interessanterweise wird dieser andere Blick – oder besser: diese multiperspektivische Sicht – nicht als große Ressource oder als originärer professionseigener Zugang hervorgehoben. Vielmehr wird in dem Gespräch immer wieder auf die dringende Notwendigkeit verwiesen, dass die Soziale Arbeit mehr Selbstbewusstsein gegenüber anderen Professionen entwickeln und in ihrem Vorgehen noch professioneller werden müsse. Ein Teilnehmer sagt dazu: *„Dann kommt die Situation, dass das psychiatrische Gutachten vorliegt, dann gibt es eine Rückmeldung von der Schule, Kindergarten, wie auch immer, das gesamte Umfeld und dann kommt man zu einer guten Entscheidung und da plädiere ich auch ein Stückchen dazu, dass hier Sozialarbeiter oder Sozialarbeit insgesamt ein Stückchen mehr Rückgrad beweisen.“* (Jung, S. A 162)

Vom ambivalenten Auftrag: zwischen Sparzwang und advokatorischer Ethik Sozialer Arbeit

„...wegen den 140.000 Euro, die ich gespart hab, bin zwar erwähnt worden oder so, aber ich hatte ein sehr ambivalentes Gefühl dabei.“

Eine Teilnehmerin wirft einen interessanten Aspekt auf, der sich auf das Selbstverständnis Sozialer Arbeit im Hinblick auf § 35 a-Fälle bezieht: sie verweist auf ihr ambivalentes Gefühl, das sie angesichts der Tatsache entwickelt, als Sozialarbeiterin dazu beizutragen, an den Leistungen für KlientInnen zu sparen. Sie macht dies an dem hier zur Disposition stehenden Projektziel fest: *„...also die 1. Frage, die ich gestellt habe, war: welchen Fortschritt verspricht sich der Auftraggeber (des Gesamtprojekts, d. A.) durch die Entwicklung eines Erfassungsinstrumentes. Inzwischen habe ich erfahren, dass das hauptsächlich ein finanzieller Fortschritt sein soll, aber mir wäre das zu wenig. Okay, also ich war nicht wegen den 140.000 Euro, die ich gespart hab, bin zwar erwähnt worden oder so, aber ich hatte ein sehr ambivalentes Gefühl dabei. Ja, also, weil das nicht das Ziel war meiner Arbeit ist.“* (Lieb, S. A 163) Ein anderer Teilnehmer definiert sein Selbstverständnis eines advokatorischen Auftrags der Sozialen Arbeit in Abgrenzung zu seiner Sicht auf die derzeitige Praxis von Verwaltungsgerichten. Seiner Einschätzung nach verfolgen die Gerichte ein grundlegend anderes Interes-

se als SozialarbeiterInnen: *„...lassen sie mich jetzt ein bisschen provozieren, ein Sozialarbeiter oder viele Sozialarbeiter haben nun mal die Neigung, das ist denen in die Wiege gelegt worden, Kindern und Jugendlichen das Beste angedeihen zu lassen, was man ihnen angedeihen lassen kann. Ein mögliche Eigenschaft ... aber die Verwaltungsgerichte sagen eben etwas ganz anderes.... Sie gehen nicht mehr von dem Besten aus, sondern nur noch von dem Ausreichenden...“* (Lauterbach, S. A 170)

Und immer wieder: Wer hat welche Aufgabe und „wer hat die Hosen an im Verfahren“?

„Der Gesetzgeber hat jetzt nun in vier Änderungen des KJHG jedes Mal versucht den Jugendämtern zu sagen „ihr habt die Hosen an“ und sie glauben das immer noch nicht. Der Arzt kann ja schreiben was er will, insofern ist es wirklich auch völlig irrelevant...“

Nach Stattfinden von Arbeitsgruppen wird mit dem Projektverantwortlichen (Prof. Dr. Jörg Fegert) eine Grundsatzdiskussion entbrannt, in der es um den grundsätzlichen Auftrag der Jugendhilfe und den Auftrag von Gutachtern in Fällen von § 35 a KJHG geht (Sequenz ab S. A 126). Auftragsklärungen, bestehende Konkurrenzen und unklare Aufgabenverteilungen zwischen den Professionen ziehen sich durch die Gesamtdebatte und werden an dieser Stelle stellvertretend mit einem Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgehandelt. So wird gleich zu Beginn des ExpertInnengesprächs geklärt, dass eine dringende Notwendigkeit darin besteht, Aufgaben zwischen den Disziplinen zu verteilen und herauszustellen, wem welche Verantwortung im Verfahren zukommt. Obwohl dieses Grundsatzthema bis S. 32 durchzieht, beginnt die Abschlussdiskussion mit folgender Sequenz: *„Zumindest unser Wunsch wäre, ich komme ja aus dem Landkreis Esslingen, dass wenn bundesweit was getan wird jetzt und wenn da Ergebnisse hervorgehen daraus, dass man eine klare Aussage dazu macht, wie diese Arbeitsteilung auszusehen hat, damit dann tatsächlich wir vor Ort auch das mit unseren Kinder- und Jugendpsychiatern, mit unseren Medizinern, mit unserem Gesundheitsamt sauber abstimmen können, das vielleicht noch mal vorweg.“* (Feth, S. A 219)

Die sich hier abzeichnende „Stellvertreterdiskussion“ macht sich an einem bestehenden Formblatt aus Ulm fest, das lediglich als Hintergrundmaterial am ersten Tag in die Debatte geworfen wurde. Im Beisein des Projektverantwortlichen werden hier Verbesserungsvorschläge zu diesem Formblatt unterbreitet, obwohl dies nicht Gegenstand der Diskussion war. Interessant ist, dass es in dieser Sequenz sehr schnell zu einem Eingeständnis des Kinder- und Jugendpsychiaters kommt, der gleich in seinem ersten Statement einräumt, dass der Jugendhilfe die jedem Fall eine Fallverantwortung zukommt, er äußert hier: *„Deshalb habe ich drüber geschrieben (in dem Formblatt d. A.) „aus ärztlicher Sicht“, um anzudeuten, dass das eine Sicht*

ist, die letztendlich für die Entscheidung irrelevant ist. Weil das war auch vor dem KICK schon so: das Wort „aus ärztlicher Sicht“ heißt, wir denken das zwar so, aber wir sind nicht die, die das zu entscheiden haben. War immer nur ein Wunsch der Jugendhilfe, wenn jetzt unsere Dienstleistungsnehmer sagen, wir wollen das nicht mehr, ist mir mehr als lieb das raus zu lassen.“ (Fegert, S. A 219) In der Folge wird großer Wert darauf gelegt, dass es lediglich der Auftrag des begutachtenden Mediziners sei, eine Stellungnahme abzugeben, darum wird vorgeschlagen, gleich in der Überschrift dies auszudrücken mit den Worten: *„ärztliche Stellungnahme zur Feststellung“* (Feth, S. A 220). Im Verlauf werden weitere Vorschläge unterbreitet, die alle mit einer klaren Aufgabenteilung zwischen Jugendhilfe und Medizin zu tun haben: *„Mein Vorschlag wäre allgemeiner zu formulieren und rein zu schreiben „aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Leistungen der Jugendhilfe erforderlich“, das lässt uns dann den Spielraum zu kucken, ist Hilfe zur Erziehung Ansatz, ist Eingliederungshilfe Ansatz oder wie auch immer. Das wäre ein deutlicher Hinweis, dass sie es für notwendig halten, dass da etwas geschieht, auf der anderen Seite ist die Flexibilität die möglichen passenden Angebote zu (finden d. A.)...“* (Schmucker, S. A 222). Auch der folgende *„redaktionelle Vorschlag“* geht in diese Richtung: *„Ich möchte abschließend noch redaktionell einen Vorschlag machen: wenn man den Punkt 3.1 einfach ergänzt, wenn man hinschreibe „Feststellung des Bedarfs einer Eingliederungshilfe“ hilft das dann der Jugendhilfe zu entschärfen, ...aber es macht auch klar, die Jugendhilfe hat zu prüfen, ob ein Eingliederungshilfebedarf oder SGB XII vorliegt.“* (Köhler, S. A 224)

Von den „hilflosen Helfern“¹⁵ und dem Bemühen um Anerkennung gegenüber anderen Professionen

„...warum das nicht ankommt, dass wenn wir die psychiatrische Zunft darauf hinweisen, dass das Teilhaberrisiko zwar ein Teil der Behinderung ist, aber nicht durch sie eingeschätzt werden kann, kommt nicht an und wir haben sehr viele, bayernweite Versuche gemacht, das darzustellen. Meine Frage an sie, warum kommt es nicht an?...“

Eine Dynamik besteht darin, dass die VertreterInnen auch aus einer Ohnmacht gegenüber einer starken (imaginären) Lobby von MedizinerInnen und PsychiaterInnen argumentieren. Die Stellvertreterdebatte mit einem anwesenden Mitglied einer anderen Profession (Medizin) zeigt auch den Widerstand auf, von dem die JugendhilfevertreterInnen geleitet sind. Die Suchbewegung zwischen der eigenen Hilflosigkeit als „hilflose Helfer“ und der deutlichen Ansage, „wer die Hosen eigentlich an hat“, macht deckt diese Gradwanderung nur allzu offenkundig auf. Gerade die am Ende des Gesprächs aufkommende Grundsatzdiskussion zu Überschriften und Formulie-

¹⁵ vgl. Schmidbauer, Wolfgang (1997): *Hilflose Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe.* Reinbek

rungen in einem Ulmer Formblatt verweist darauf, dass es um weitaus mehr geht als nur um Überschriften. In den Äußerungen wird auch hier wieder ein Professionsverständnis verhandelt und es geht um den grundlegenden Impuls, sich als SozialpädagogInnen gegen eine starke Lobby von MedizinerInnen zu behaupten. Auch in dem folgenden Originalton spricht heraus, dass es den VertreterInnen der Jugendhilfe wichtig ist, als federführende Instanz Anerkennung zu erhalten: *„...in Starnberg haben wir eine eigene Gutachterin und die schreibt folgenden Satz in ihr Gutachten „aufgrund der erhobenen Befunde sind Leistungen zur Eingliederungshilfe durch das Jugendamt zu prüfen“. Der Satz steht immer unter ihrem allerletzten, aufgrund der erhobenen Befunde.“* (Lieb, S. A 223) Später stellt die Teilnehmerin das Grunddilemma in Form eines Professionsstreits als Frage in den Raum: *„...warum das nicht ankommt, dass wenn wir die psychiatrische Zunft darauf hinweisen, dass das Teilhaberrisiko zwar ein Teil der Behinderung ist, aber nicht durch sie eingeschätzt werden kann, kommt nicht an und wir haben sehr viele, bayernweite Versuche gemacht, das darzustellen. Meine Frage an sie, warum kommt es nicht an?...“* (Lieb, S. A 163)

Auch in einigen Bemerkungen zu anderen kooperierenden Professionen werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Professionen herausgestrichen, aber auch auf das jeweilige innere Konzept, das Fachleute von der jeweils anderen Profession haben. Gerade auf Psychiatern/den Psychiaterinnen richten sich einige Äußerungen, in diesem Fall wird angemahnt, dass die Arbeit von SozialarbeiterInnen und PsychiaterInnen finanziell sehr unterschiedlich honoriert wird. Dazu eine Teilnehmerin: *„...„runde Tische“ nennen wir das dann, bzw. das Hilfeplanverfahren ist sehr ausführlich bei uns. Mit Einrichtung anschauen und Eltern und wer eben dabei ist, wer fast nie dabei ist, sind die Psychiater, weil die nämlich nicht, weil das zahlt ja kein Mensch die Psychiaterstunde, aber häufiger haben wir, wenn unsere Gutachterin das Gutachten gemacht hat, dann ist sie dabei, also da gibt es relativ ausführliche Hilfepläne.“* (Lieb, S. A 163)

Anzumerken ist, dass sich die VertreterInnen der Jugendhilfe weitaus mehr in Abgrenzung zu anderen Professionen definieren, als in der Hervorhebung ihrer eigenen Zugangsweisen und Kompetenzen. Die Verstrickung in interdisziplinäre Auseinandersetzung schien den Weg dahingehend zu verbauen, den eigenen Wert und Beitrag der Jugendhilfe zu erkennen.

Von Nebengefechten und Verhinderungen

„Ich will noch einen Aspekt in die Diskussion einbringen...“

In der Nachlese der Diskussion fiel auf, dass viele Themenbrüche zu finden waren, viele thematische Nebenschauplätze und viele Grundsatzthemen aufgemacht wurden. Darunter findet sich z.B. eine spät aufkommende Grundsatzfrage, ob nicht die seelische Behinderung von Kindergartenkindern grundsätzlich auszuschließen sei. Hier wurde geäußert: *„Ich will noch*

einen Aspekt in die Diskussion einbringen und zwar ist das der Kindergarten, es geht ja hier in diesen Bereichen seelische Behinderung, also ich bin eigentlich sehr dafür, diesen Begriff der seelischen Behinderung für den Bereich des Kindergartens gar nicht zu verwenden, das machen wir auch nicht. Wir sagen also diese Stigmatisierung, will ich es mal nennen, bei Kindern die noch nicht in der Schule sind im vorschulischen Bereich, im Kindergartenbereich sollte man weitest, bei weitem möglichst verhindern, weil ja die Entwicklung sehr offen noch ist...“ (Gersbacher, S. A 190)

In diese Rubrik der Verhinderungen zählen auch Sequenzen, in denen es um den Wunsch geht, den zweiten Schritt zu nehmen, bevor der erste getan ist. Insbesondere der aufkommende Diskurs darüber, wie das zu erarbeitende Raster in der Praxis umgesetzt und wie es in andere, bereits bestehende Verfahren integriert werden sollte. Da dies nicht der Auftrag des Projekts war, wurde in diesem Kontext mehrfach darauf verwiesen, dass die in einem Folgeprojekt geleistet werden könne, nachdem ein Raster vorliege. Exemplarisch dazu eine Aussage: *„Ein wichtiger Aspekt bei dem Thema wäre auch noch, wie ist es zu vermitteln, was jetzt über dieses Manual auch noch erhoben wird und abgefragt bei den Akteuren aus verschiedener Sicht dann nachher zusammengeführt und wie kommt das, was eh schon da ist an schriftlicher Information zum Beispiel, Berichten, aber auch das Formblatt „J“, wovon wir eigentlich nicht unbedingt lassen wollen in Baden-Württemberg, wie kommt das zusammen dann in diesem Ganzen, in dieser Bewertung, in dieser Beurteilung. Dieser Aspekt ist mir auch noch ungelöst.“* (Feth, S. A 215) Erst nachdem am zweiten Tag erneut – im Beisein des Antragsstellers – geklärt wird, worin der eigentliche Auftrag des ExpertInnengesprächs besteht, wird dieser Pfad verlassen: *„Da muss ich aber aus der Chefperspektive jetzt auch wieder sagen den Auftrag haben wir nicht und würde auch sogar gerne dem Bund vorschlagen, dass man das exemplarisch überprüft, das kann man nur über ein Modellprojekt, wo man das ausprobiert sich ankucken. Also man müsste ja beweisen, die Grundfrage ist Verteilungsgerechtigkeit, also dass man überall halbwegs gleich behandelt wird, wenn man die gleichen Probleme hat und ich denke das kann man derzeit nicht behaupten.“* (Fegert, S. A 215)

III. Die Empfehlung zur Implementation

Die Erfahrungen insbesondere im Rahmen des 2. ExpertInnengesprächs sprechen dafür, dass die Implementation eines Feststellungsrasters in den zuständigen Behörden dringend einige problematische Dynamiken im Blick behalten sollte. Die Aufbereitung dieser oben erwähnten Dynamiken war heikel, aber zugleich kann sie wichtige Hinweise für einen konstruktiven Umgang mit solchen Dynamiken geben. Vor deren Hintergrund werden nunmehr resümierende Empfehlungen formuliert, die zur erfolgreichen Implementation eines Feststellungsrasters zur Teilhabebeeinträchtigung beitragen sollen.

Ebene: Gegenstand

Vorgabe eines überschaubaren, einfachen und ausbaufähigen Grundrasters mit Analysebereichen und Indikatoren

Eine Dynamik im 2. ExpertInnengesprächs bestand darin, dass sich viel Selbstkritik an der eigenen Profession artikulierte. Diese bezog sich insbesondere auf den Mangel an einem fundierten und fachlich gegenüber anderen Disziplinen durchsetzungsfähigen sozialpädagogischen Diagnostikverfahren. Kritisiert wurde, dass es bislang in der sozialpädagogischen Praxis wenig handhabbare Diagnoseverfahren gäbe, die in überschaubaren Abläufen zu bewerkstelligen seien. Eine erleichternde Praxishandhabung eines Feststellungsrasters wurde darum gefordert, das als Raster selbsterklärend und selbst von Verwaltungskräften leicht verständlich sein sollte. Es sollte zudem ein schnelles Verfahren ermöglichen. Die Operationalisierung der Indikatoren und Analysebereiche sollte vor Ort geleistet werden und in jede Richtung (z.B. EDV-Umsetzung) ausbaufähig sein.

Ebene: Selbstverständnis

Hervorhebung multiperspektivischer Fallkompetenz als originär sozialpädagogischer Beitrag

Eine Dynamik im 2. ExpertInnengesprächs bestand darin, dass sehr viel Zeit und Energie in die Verständigung über den eigenen Wert, die Berechtigung der sozialpädagogischen/sozialarbeiterischen Profession und in ein Absetzen von Zugängen anderer Professionen investiert wurde. Der Implementationsprozess eines Feststellungsrasters zur Teilhabebeeinträchtigung sollte darum in dem Selbstverständnis getragen werden, dass in einem Feststellungsverfahren nur die Sozialarbeit die erforderliche multiperspektivische Fallkompetenz einbringen kann. Sie ist auf die fachlichen Einschätzungen insbesondere der Medizin und Psychologie/Psychiatrie angewiesen, aber sie muss sich darüber klar sein, dass nur die Sozialarbeit Erkenntnisse aus Beobachtungen und aufsuchender Arbeit sowie und aus biographi-

schen Zusatzinformationen über KlientInnen bündeln und auswerten kann, über die keine andere Disziplin verfügt. Eine erforderliche multiperspektivische Fallarbeit kann als eigener und originärer Zugänge nur von Seiten der Sozialarbeit in die interdisziplinäre Zusammenarbeit eingebracht werden. Soziale Arbeit muss sich darum nicht vor anderen Disziplinen legitimieren, sondern muss ihren eigenen Wert aus sich heraus erkennen und nicht in Differenz zu anderen Disziplinen. Vorurteilsstrukturen gegenüber anderen Professionen, wie beispielsweise der Psychiatrie, müssen darum dringend aufgebrochen werden, um eine geforderte Interdisziplinarität konstruktiv umzusetzen.

Ebene: Motivation

Akzentuierung von Benefits für die beteiligten sozialpädagogischen Fachkräfte

Eine Dynamik im 2. ExpertInnengesprächs bestand darin, dass sich eine immer wieder artikulierende Skepsis gegenüber einem Feststellungsraster bei dem gleichzeitigen Ruf nach abgestimmten, verlässlichen und fundierten Verfahren fand. Dies spricht dafür, dass in möglichen Implementationsprozessen am Gewinn, an den Vorteilen und Benefits eines Feststellungsrasters angesetzt werden und gerade diese akzentuiert werden sollten. Im Verlauf des ExpertInnengesprächs wurden von den PraktikerInnen sehr viele solcher Aspekte erwähnt (siehe oben), dazu gehörten insbesondere die Aspekte der Stärkung der Profession, der Professionalität und der Institutionen durch ein fachlich abgestimmtes und fundiertes Instrument, sowie die Stärkung der Leistungsberechtigten durch mehr Rechtssicherheit, mehr Verteilungsgerechtigkeit und Nachprüfbarkeit im Einzelfall. Den Fokus auf Vorteile zu richten, würde in diesem Zusammenhang eine werbende, überzeugende und motivierende Funktion übernehmen.

Ebene: Organisationsprinzip 1

Umsetzung von Beteiligung als erforderliches Prinzip zur Entwicklung eines regional verorteten Feststellungsrasters

Eine Dynamik im 2. ExpertInnengesprächs bestand darin, dass sich die geladenen ExpertInnen gar nicht als ExpertInnen sahen, sondern gern den Entwicklungsauftrag an andere ExpertInnen delegiert hätten. Festzustellen war auch, dass es langer Diskurse und Exkurse bedurfte, um letztlich auf ganz ähnliche Indikatoren zu verständigen, die bereits in einem Entwurf im Nachgang des 1. ExpertInnengesprächs erarbeitet worden waren. Dieser Entwurf war als ungeeignet bzw. unvollständig befunden worden. Die Implementation muss darum nicht nur Chancen zur Beteiligung bieten, sondern zudem Implementationsverfahren wählen, die Möglichkeiten zur Aneignung und Bemächtigung eines Feststellungsrasters eröffnen. Die Dyna-

mik hat gezeigt, dass sich TeilnehmerInnen das Verfahren zunächst zueigen machen müssen, d.h. sie müssen sich damit identifizieren und sich Inhalt zueigen machen können.

Ebene: Organisationsprinzip 2

Umsetzung von Empowerment und Transparenz im Interesse der Leistungsberechtigten

Bereits in ersten Beschreibungen einer deutschen sozialpädagogischen Professionalität (vgl. u.a. Alice Salomon) wird vom Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe und dem damit in Verbindung stehenden Prinzip des Empowerments ausgegangen. Es gehört darum selbstredend zur Implementation von neuen Verfahren und Methoden dazu, die Betroffenen mitzudenken und Verfahren auf die Bedürfnisse ihrer NutzerInnen¹⁶ abzustimmen. Konkret heißt dies für die hier zur Disposition stehenden Implementationsprozesse, dass Betroffenen angemessen informiert werden müssen, dass ein Feststellungsraaster und die dazugehörigen Umsetzungsverfahren transparent und für sie verständlich sein müssen. Empowerment der Betroffenen impliziert zudem, dass sie grundsätzlich über ihre Rechte auf Anspruch informiert werden müssen und ihnen Gelegenheit und Zeit gegeben werden muss, dass sie ihren möglichen Bedarf erst lernen zu artikulieren. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass Betroffene ihren gefühlten Leidensdruck automatisch als Rechtsanspruch formulieren können. Veränderungswille muss sich oft bei Kindern und Jugendlichen erst entwickelt, darum sollten sie in diesen Bestrebungen besondere Unterstützung erfahren.

Ebene: Steuerung

Steuerung der Implementation durch regionale Workshops und Arbeitsgruppen

Als Dynamik wurde im Fortgang des 2. ExpertInnengesprächs festgestellt, dass sich an vielen Stellen des Gesprächs ein vehementer Ruf der Beteiligten nach selbstbestimmten Strukturen und Verfahren innerhalb der Jugendhilfeinstitutionen artikuliert. Dies war bereits im ersten ExpertInnengespräch festgestellt worden. Angesichts der hier aufscheinenden Dynamik ist davon auszugehen, dass viele Bemühungen aufgewendet werden müssen, um eine hohe Akzeptanz für die konkrete Umsetzung eines Feststellungsraasters auf regionaler Ebene zu erlangen. Die konkrete Anwendung des Feststellungsraasters mit seinem Indikatorensystem, wie auch die konkreten Verfahren der Anwendung, müssen darum selbstbestimmt von den betroffenen MitarbeiterInnen in den Jugendämtern erarbeitet werden können; als diesbezüglicher Minimalstandard muss gelten, dass sie zumindest aktiv

¹⁶ vgl. Oelerich, Gertrud/Schaarschuch, Andreas (2005): Soziale Dienstleistung aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit. München und Basel

daran beteiligt werden. Auf diese Weise können Bedenken, Widerstände und Vorbehalte konstruktiv aufgegriffen bzw. vermieden werden und die sozialräumlichen Kenntnisse und Kompetenzen der Professionellen können nutzbringend für den Prozess eingesetzt werden.

Ebene: Umsetzung 1

Durchführung sozialräumlicher Werkstätten zur Feststellung sozialräumlich bedingter Teilhabechancen und -risiken

Insbesondere in der Diskussion um gravierende regionale Disparitäten im Hinblick auf die Antragsdichte wie auch auf die Antragsgewährung zum § 35 a KJHG wurde deutlich, dass sozialräumliche Bedingungen wesentliche Faktoren für Teilhabechancen und Teilhaberisiken darstellen. Sozialräumliche Aspekte wurden zudem in den grundlegenden Analysebereichen aufgenommen. Ergebnis war auch, dass der Grad der Integration von Kindern und Jugendlichen nur vor dem Hintergrund der sozialräumlichen Gegebenheiten von Fachleuten definiert werden kann. Neben einer regionalen Vielfalt der Infrastruktur weisen Sozialräume zudem unterschiedliche Brennpunkte und Sonderpopulationen auf. SozialpädagogInnen weisen in der Regel hohe sozialräumliche Kompetenzen auf. Ein strukturierter Austausch unter den für den § 35 a KJHG zuständigen Disziplinen und Fachkräften in sozialräumlichen Werkstätten wird darum nötig sein, um Integrationschancen und -risiken – bezogen auf spezielle Sozialräume – abschätzen zu können.

Ebene: Umsetzung 2

Vorstellung von Good Practice-Beispielen als Ansatz für regionale Fortbildungen

Als Dynamik wurde im Fortgang des 2. ExpertInnengesprächs festgestellt, dass eine Pluralität von Lösungen und eine regionale Autonomie zur Erarbeitung von Verfahren notwendig seien. Die regionale Orientierung hat jedoch oft den Effekt, dass an anderen bereits entwickelten Verfahren wenig angeknüpft wird und jede Kommune ihr eigenes Vorgehen bevorzugt. Das hier vorgeschlagene Vorgehen hat einen notwendigen Fortbildungsbedarf zur Folge, um regionale Prozesse fachlich anzuleiten und zu begleiten. Der bereits erwähnte regional und sozialräumlich orientierte Ansatz sollte bei der Entwicklung von Fortbildungskonzepten mit einem professionsstärkenden Vorgehen gekoppelt werden. Mit anderen Worten: bestehende good-practice-Beispiele aus der eigenen Profession sollten als Folie für die Weiterentwicklung genutzt und vorgestellt werden.

Fernziel**Feststellungsindikatoren als curriculare Bestand des Studiums**

Ein Feststellungsraster mit seinen Indikatoren und theoretischen Anknüpfungspunkten zur sozialpädagogischen/sozialarbeiterischen Theorie sollte im Studium zur Sozialpädagogik/Sozialarbeit curricular vermittelt werden. Von Jugendämtern wird dazu bislang angemerkt, dass die Studierenden insbesondere auf sozialpädagogische Diagnostik- sowie auf Dokumentationsverfahren nicht genügend vorbereitet seien. Ein fachlicher Abgleich von Indikatoren für die diagnostische Betrachtung in den Jugendämtern würde darum auch für die Ausbildungsinstitutionen mehr Planungssicherheit für die Curricularentwicklung geben.

Anhang**Projektbeteiligte/ TeilnehmerInnen**

Feth, Edmund, Landratsamt Esslingen
Gersbacher, Charlotte Dr., JA Magdeburg
Jung, Michael, Soziale Dienste Ludwigshafen
Köhler, Gisela, KVJS Stuttgart
Lauterbach, Henning, JA Aschaffenburg
Lieb, Viktoria, LRA Starnberg
Mannweiler, Reinhold, JA Kaiserslautern
Müller, Barbara, JA Ulm
Rösch, Frau, JA Ulm
Sawall, Beate, BA Tempelhof Berlin
Schmidt-Nieraese, Helga, JA Mannheim
Schmucker, Gerold, JA Ravensburg
Schnurr, Herr, JA Ulm
Weber, Karin, Soziale Dienste Ost Karlsruhe
Weiß, Siggurt, Allg. Soz. Dienst Nürnberg

Projektteam

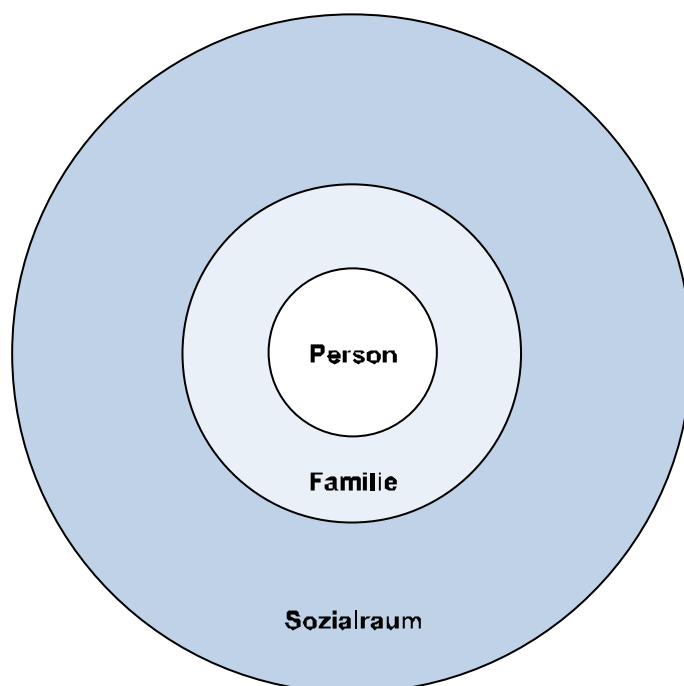
Fegert, Michael Jörg, Prof. Dr., Universität Ulm (Projektverantwortung)
Kölch, Michael Dr., Universität Ulm (Projektumsetzung)
Ziegenhain, Ute Dr., Universität Ulm (Moderation)
Wolff, Mechthild, Prof. Dr., FH Landshut (Moderation, Dokumentation)
Gürntke, Claudia, Universität Ulm (Organisation, Transkription)

7. Ergebnisse des Projekts und zusammenfassende Expertise

Die Beiträge und Diskussionen in beiden Fachtagungen haben erhebliche Widerstände innerhalb der Jugendhilfe gegen vorgegebene Instrumente aufgezeigt, andererseits aber das Interesse und den dringenden Bedarf an und nach einem Instrumentarium zur besseren, d.h. genaueren, standardisierten, adaptiven und modularen Erfassungsweise der Teilhabebeeinträchtigung. Nachdem der erste Vorschlag in seinen Grundelementen in der zweiten Fachtagung – nachdem zuerst eher Ablehnung signalisiert wurde – inhaltlich bestätigt wurde, haben sich die Projektbeteiligten in einer Klausur mit der Ausarbeitung eines möglichen Moduls beschäftigt.

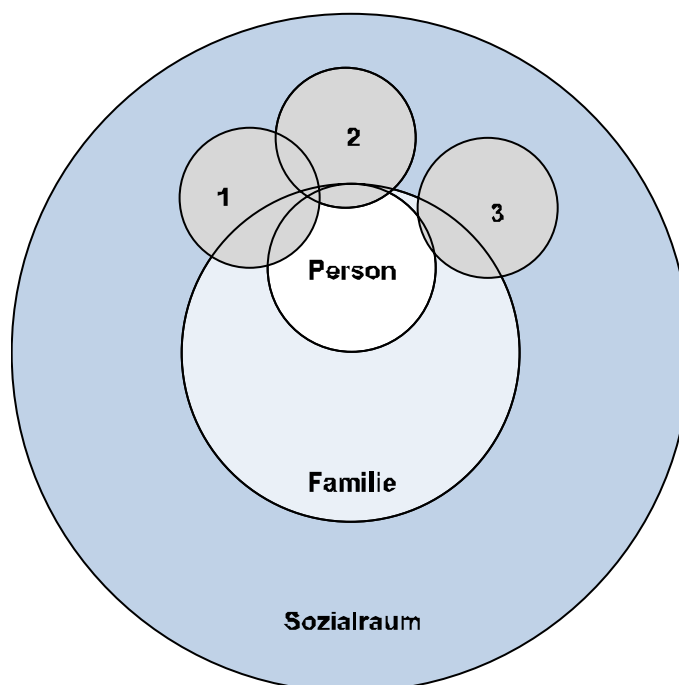
Wie in der Dokumentation von Frau Prof. Wolff dargelegt, erbrachte der Einigungsprozess **sieben relevante Analysebereiche**, die in einem Feststellungsraster in jedem Fall enthalten sein sollten: **Persönlichkeit, Familie, Kindertagesstätte, Schule, Arbeit, Freizeit und Sozialraum**. Diese sieben Bereiche wurden versucht in Beziehung zu einander zu setzen, wobei sich ergab, dass als drei Kernbereiche drei Bereiche benannt werden konnten, die als Basis für jede Erhebung heranzuziehen sind, nämlich die Person des Jugendlichen, seine Familie und der Sozialraum, in dem er verortet ist. Diese drei Bereiche sind gleichsam als konzentrische Flächen zu verstehen, die Person als zentralstes Element, das von der Familie umgeben wird, die wiederum in der größeren Beziehungseinheit Sozialraum eingeordnet werden kann, bzw. unweigerlich eingeordnet ist.

Graphisch stellt sich dies wie folgt dar:



Die weiteren Bereiche, Kindertagesstätte, Schule, Arbeit, Freizeit sind als ebenfalls im Sozialraum verortete Bereiche zu sehen, die aber in einer unterschiedlichen starken Überschneidung zu den anderen Bereichen Person und Familie, sowie untereinander einzuordnen sind. So kann z.B. die Freizeit sehr stark mit dem Bereich Schule Überschneidungen haben, wenn sich der Freundeskreis nur aus Mitschülern rekrutiert, es kann sich aber auch um ganz getrennte Bereiche handeln, wenn etwa die Freizeitaktivität ausschließlich in Vereinen stattfindet, oder eben keine Freizeitaktivität mit peer-groups existiert. Der Bereich Schule z.B. kann wiederum starke Überschneidungen mit dem Bereich Familie haben, wenn hier starkes Engagement besteht.

In einer graphischen Darstellung müsste dies also dynamisch integriert werden durch zusätzliche Flächen innerhalb des Sozialraums mit unterschiedlichen starken Schnittmengen zwischen den anderen Bereichen.



1 Freizeit 2 Kinderbetreuung
Schule/Arbeit 3 Peers

Eine solche Graphik kann als Grundlage die Problemstellung visualisieren und die unabdingbar notwendigen Bereiche der Erhebung verdeutlichen.

Die Indikatoren müssten dann im einzelnen betrachtet werden. Als Indikator gab die zweite Fachtagung folgendes vor:

1. **Sozioökonomische Lebenslage** mit den Bereichen Sozialräumliche Voraussetzungen (z.B. soziales Umfeld) und den ökonomischen Voraussetzungen.
2. **Integration** mit den Bereichen Teilnahme am sozialen Leben (z.B. durch Wahrnehmung von Hobbies), - Nutzung von Förder- und Hilfemöglichkeiten.
3. **Beziehungsqualitäten** mit Stabilität bzw. Konstanz in Beziehungen zu Familienangehörigen und der Peergroup
4. **Kompetenzen** mit Selbstkompetenzen (z.B. Selbstfürsorge und Selbstpflege) und Soziale Kompetenzen.
5. **Leistung** mit Schul- und Arbeitsverhalten

Diese Indikatoren sind darauf hin zu überprüfen, ob sie Beeinträchtigungen aufweisen, d.h. ob **ein Indikator merkliche Abweichungen von dem aufweist, was altersgemäß und bezogen auf die oben beschriebene generelle Einbettung in den Sozialraum unter Einbeziehung personaler und familiärer Faktoren zu erwarten wäre**. Entwicklungsspezifische Anker(punkte) sollten diese Indikatoren plastisch unterlegen, um eine entwicklungspsychologisch untermauerte Basis der Diagnostik zu ermöglichen. Hier ist die Praktikabilität, also ein handhabbares „Register“, entscheidend, aber auch, dass dies eine Vergleichbarkeit erbringt. Für Ausbildungszwecke ist eine solche Übersicht über entwicklungspezifische Ankerbeispiele unerlässlich. Eine Einschätzung zu diesen Indikatoren ist einmal seitens des Sozialarbeiters vorstellbar, andererseits aber auch unter Einbeziehung etwa von Eltern, des Kindes- und Jugendlichen oder aber seitens der Schule oder anderer wichtiger Erziehungs- und Bezugspersonen. Diese multipersonale Einschätzung gibt dem Aspekt Raum, der auch zu Beginn der ersten Fachtagung thematisiert worden war, nämlich der verwaltungsgerichtliche Fall, bei dem subjektive Einschätzungen der betroffenen Jugendlichen eine ausschlaggebende Rolle spielten; gleichzeitig wird hiermit der Partizipationsaspekt integriert. Diese Bewertungen durch verschiedene Personen (und auch durch verschiedene Instrumente) können generell stattfinden, oder aber auch nur im Falle einer divergenten Sicht etwa zwischen Eltern und Sozialarbeiter. Im Sinne des Leitfadencharakters sollte aber die Möglichkeit der multipersonalen Erfassung generell visualisiert werden, um an diese zu erinnern, bzw. Unerfahrenen eine Lernmöglichkeit mit dem Charakter einer Checkliste an die Hand zu geben.

Die Arbeitsgruppe kam zu dem Schluss, dass eine Einteilung der Indikatoren in zwei Gruppen sinnvoll ist, nämlich einmal in „individuelle Voraussetzungen“ und zum anderen in „interaktionelle Voraussetzungen“ zur Teilhabe. Die **individuellen Voraussetzungen** beinhalten etwa die soziale Lebenslage, die Selbstpflegekompetenzen, die Kompetenzen der Familie,

die Leistungsfunktionen des Kindes und die Leistungsfunktionen der Familie. Als **interaktionelle** Voraussetzungen sah die Arbeitsgruppe etwa die Integration u.a. in die Familie, Kita/Schule/Arbeit, in die Peer-Group, in der Freizeit und in den Sozialraum. Desweiteren sind zu den interaktionellen Voraussetzungen die Beziehungsqualitäten des Kindes zu zählen.

Um eine Einschätzung zu ermöglichen ist eine Bewertung unabdingbar (vgl. auch 1. Fachtagung). Die Arbeitsgruppe sah es als sinnvoll an, diese Bewertung analog der Achse VI des MAS achtstufig zu gestalten; damit wäre eine Vergleichbarkeit mit dieser insgesamt gut eingeführten Skala (vgl. 1. Fachtagung) und gleichzeitig ein Vergleich mit der Einschätzung zur Eingangsvoraussetzung durch den Facharzt/Psychotherapeuten möglich.

Grundlagen der Entscheidung Individuelle Voraussetzungen zur Teilhabe				
	Einschätzung			
	Jugendamt	Eltern	Kind/Jugendl.	sonstige wesentliche Erziehungspersonen
	Rating 0 = hervorragende Funktion bis 8 = schwerste Beeinträchtigung			
Soziale Lebenslage (nur wenn d. Geburtsfamilie)				
Selbstpflegekompetenz Achse IV				
Kompetenzen der Familie				
Leistungsfunktion des Kindes				
Grundlagen der Entscheidung Interaktionelle Voraussetzungen zur Teilhabe				
	Einschätzung			
	Jugendamt	Eltern	Kind/Jugendl.	sonstige wesentliche Erziehungspersonen
	Rating 0 = hervorragende Funktion bis 8 = schwerste Beeinträchtigung			
Integration Familie				
Integration Kinderbetreuung, Schule/Arbeit				
Integration Peer-Groups				
Integration Freizeit				
Integration Sozialraum				
Beziehungsqualitäten				

Mit einem solchen Raster könnte auch der immer wieder geäußerte Wunsch, ein Instrument müsse auch zur Vernetzung der Informationen beitragen, erfüllt werden, da es die Einbeziehung aller möglichen Beteiligten visualisiert und von daher auch einfordert. Wird ein Bereich nicht bearbeitet, so ist dennoch evident, dass eine Dokumentation erfolgen muss, weshalb er nicht berücksichtigt wurde. Damit kann ein solches Raster auch den verwaltungsgerichtlich relevanten Aspekt der Dokumentation gut erfüllen.

Diese graphische Darstellung können im Rahmen der Expertise nur ein möglicher Ansatz zur Weiterentwicklung eines ausgefeilteren und auch den unterschiedlichen Ansprüchen und Erwartungen durch eine dynamische Darstellungsmöglichkeit gerecht werdenden Instruments und Rasters sein. Inwieweit ein solches implementiert werden kann, welche Aspekte zu berücksichtigen sein werden, darauf soll u.a. in der folgenden abschließenden Expertise eingegangen werden (s.u.).

Anforderungsprofil an fachliche Standards bei der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung nach § 35 KJHG oder „Wasch mir den Pelz und mach mich nicht nass“.

Die beiden Expertentagungen mit Wissenschaftlern und Praktikern haben vor allem aus dem Feld der Jugendhilfepraxis deutlich gemacht, dass zahlreiche widersprüchliche Erwartungen und gleichzeitig eine Tendenz die bestehende heterogene, örtlich gewachsene Praxis nicht zu verändern, bestehen. Gefordert werden von fachlichen Standards, dass sie allgemein verbindlich, nachvollziehbar, für das verwaltungsgerichtliche Verfahren belastbar, Merkmale der Teilhabebeeinträchtigung auf den Dimensionen „Pervasivität“ und „Chronizität“ erfassen und dies in entwicklungspezifische, anforderungsspezifische und situationsspezifische Kontextvariablen einordnen. Darüber hinaus wird entsprechend dem Gesetzestext im Vergleich zur heutigen Praxis noch eine höhere Partizipation der Kinder, Familien und anderen sorgeberechtigten Personen erwartet und eine Vernetzung bzw. Integration der diversen Sichtweisen verschiedener Beteiligter aus Medizin, Schule, Trägern der Jugendhilfe etc. Ansätze wie z. B. im Caregiver Strain Questionnaire oder anderen weltweit eingeführten Instrumenten Belastungen systematisch zu erfassen und dabei sowohl auf objektivierbare Details wie auch subjektive Ebene Wahrnehmung der Betroffenen zu achten, wurden zwar als interessant hinsichtlich der Vielzahl der angesprochenen Dimensionen, aber als nicht hinreichend komplex für eine Entscheidungsbeurteilung in Deutschland angesehen. Große Vorbehalte wurden gegenüber metrischen Verfahren mit Cut-off-Werten formuliert, wobei gleichzeitig viele der zu erfassenden Dimensionen nur als Dimension und als eben nicht kategorial als „liegt vor“ oder „liegt nicht vor“ Fragen beantwortet werden können. Deutlich wurde in der Diskussion, dass eine klare Dokumentation der Teilhabebeeinträchtigung zum Ausgangszeitpunkt einer Hilfe auch die Vor-

aussetzung für eine Beendigung einer Hilfe nach erfolgreicher Maßnahme und damit auch zur Evaluation von Hilfen darstellen würde. Auch in diesem Punkt bestanden Sehnsucht nach dem Maßstab und gleichzeitig Angst vor der Festlegung. Während in anderen europäischen Ländern, z. B. in den Niederlanden, durch das Ministerium im Bereich der Jugendhilfe evidenzbasierte Datenbanken über evaluierte Intervention zur Reduktion der Teilhabebeeinträchtigung angelegt werden und tendenziell nur noch Hilfen, welche Wirknachweise aus solchen Instrumenten erbracht haben, hinreichende staatliche Förderung erhalten, scheinen **die üblichen statistischen mathematischen Forschungsmethoden in sozialpädagogischem Diskurs in Deutschland nach wie vor auf extreme Skepsis zu stoßen. Der Preis, der hierfür bezahlt wird, ist ein häufig hermeneutisch orientierter, allein fallverstehender Ansatz, der z. B. im Verwaltungsrecht keinen Normbezug und keinen Vergleich mit anderen Fällen - wenigstens nicht in hinreichender Weise - ermöglicht und die Jugendhilfe deshalb im Verfahren bloßstellt und damit die Realisierung von Kosteneinsparungen verunmöglicht.** Einen möglichen Weg aus der Krise wiesen u. a. Herr Hillmeier und Frau Porr, die bei der ersten Fachtagung, nicht zuletzt wahrscheinlich auch aus didaktischen Gründen, unterschiedliche Positionen vertraten. Beide argumentierten mit Blick auf die Praxis, dass Akzeptanz notwendig sei. Herr Hillmeier begründete mit dem hohen Orientierungsbedarf und dem häufigen Nichtwissen um relevante Variablen seine Vorschläge zu entsprechenden Checklisten, die zumindest verhindern könnten, dass die wesentlichsten Punkte nicht bedacht, vergessen oder übersehen werden. Frau Porr betonte, dass es für die Akzeptanz wichtig sei, dass Sozialarbeiter sich nicht auf ein bestimmtes Maß und auf kategoriale „Ja - Nein“-Einschätzung festlegen müssen, sondern dass es wichtiger sei, dass ihnen entsprechende Dimensionen bei ihrer Entscheidungsfindung präsent sind und sich dann, sei es subjektiv oder in einer Teamabstimmung, auf gewissen Einschätzungsbereiche festlegen. Wahrscheinlich steckt in beiden Positionen ein gutes Stück Wahrheit.

Auffällig war, dass beide Tagungen gezeigt hatten, dass die Dimension, welche in den einzelnen vorgestellten international eingeführten Instrumenten erfasst wurden, die richtigen Bereiche sind. Sowohl das Brainstorming in der zweiten Fachtagung mit den Praxisexperten, wie auch die Diskussion in der ersten Fachtagung führte zu denselben, international schon bekannten, wichtigen Bereichen. So kann man feststellen, der Inhalt ist weniger strittig, denn seine Herkunft, z. B. aus psychologischen Studien oder Vorgaben der WHO oder die Anwendung mit einer bestimmten statistischen, auswertenden Methodik. Im Anschluss an die Ausführung von Frau Prof. Wolff kann, etwas überspitzt, die Frage gestellt werden, ob hier die Sozialpädagogik sich scheinbar in Schattengefechten mit der der Methodik, die sie anderen Fachgebieten zuschreibt, kämpferisch auseinandersetzt, um die eigene Hilflosigkeit und geringe Vergleichbarkeit der Zugänge und damit mangelhafte Optimierbarkeit für ein verwaltungsgerichtliches Verfahren nicht wahrnehmen zu müssen.

Erfreulich ist es, dass es in beiden Tagungen gelungen ist, ein sehr offenes, vertrauliches Gespräch hierüber zu finden, welches einerseits die (Riesen-) **Erwartungen an bestimmte Handreichungen** und andererseits die (Riesen-) **Befürchtungen der Praxis** klar werden ließen. Manche Teilnehmer formulierten einerseits fasziniert, andererseits erschüttert, dass ein solches, an einer systematischen Überprüfung einzelner Dimensionen ausgerichtetes Verfahren ja nicht nur für den §35a, sondern wahrscheinlich sehr viele Fragestellungen im Zusammenhang mit §27 ff Bedeutung hätte. Auch hier wurden der Wunsch nach klareren Kriterien, einfacherer Festlegung und gleichzeitig die Angst, dadurch die **Kontrolle und die Definitionsmacht im Verfahren** zu verlieren, artikuliert. Vergleicht man diese deutsche Debatte mit dem derzeitigen europäischen Diskurs und den augenfälligen Veränderungen in der Jugendhilfegesetzgebung, z. B. den Niederlanden und der Schweiz, wo Evaluation zwingend vorgeschrieben ist (vgl. auch die Feststellung im 10. und 11. Jugendbericht), dann wird die **Notwendigkeit einer Veränderung in Bezug auf eine einheitliche Datenerfassung und damit in Bezug auf die Überprüfbarkeit von Leistungsgewährung** deutlich. Sicher sieht man, dass eine Ausformulierung und Definition einzelner Standards zu einer höheren Transparenz und zu weit aus höheren Erfolgchancen vor Gericht führen könnte, doch befürchtet man Autonomierechte und vielleicht auch Willkürmöglichkeiten und die Freiheit der „fachlichen Nichtüberprüfbarkeit“ zu verlieren.

Auch die **technischen Erwartungen** sind in der Jugendhilfe völlig unterschiedlich. Überspitzt könnte man sagen, dass man auf der einen Seite durch die **Fixierung im Rahmen der Dokumentation mit Papier und Bleistift** schon befürchtet, die „Heiligkeit“ des individuellen pädagogischen Prozesses zu stören. Daraus folgend möchte man sich am Besten gar nicht schriftlich festlegen. Auf der anderen Seite träumen nicht nur „große Brüder“ (nach Orwell) davon, komplette, **computergestützte Systeme mit entwicklungspsychologisch adaptierten Pull-Down-Menüs** zur Erfassung der wichtigen Dimensionen drohender Teilhabebeeinträchtigung vorzufinden. Mit diesen könnten rasch die wesentlichsten Dimensionen fallbezogen abgeklärt werden, um dann mit einem Knopfdruck ein entsprechendes Profil ausdrucken zu können, welches eine Übersicht über die Gesamtsituation gibt und auch Anhaltspunkte für eine Entscheidung bietet. Vieles an den o. g. Positionen scheint unversöhnlich nebeneinander zu stehen, dennoch wurde eines deutlich: für die Praktiker sind, egal welcher der beiden hier karierten Extreme sie eher zuzuordnen sind, die Extremfälle nicht das Problem in ihrer Arbeit. Diese werden wohl auch jetzt schon in der Regel adäquat und vergleichbar bearbeitet, auch ohne, dass fachliche Standards hinreichend ausformuliert sind. Als **wesentlicher Problembereich** hat sich, wie immer in der Prognostik, der **Grenzfall** erwiesen. Hier müsse eine bessere Problemdarstellung erzielt werden.

Solche Grenzfälle können zwei Arten von Fällen darstellen:

- a) Die eine Kategorie Grenzfälle sind **Schwellenfälle**. Dies sind Fälle, in denen sich in verschiedenen Bereichen eine Tendenz andeutet, dass eine Verschlechterung der Teilhabe eintritt, aber noch keine einzige Dimension zeigt, dass das Kind sozial völlig „abgehängt“ worden wäre. Solche Fälle sind vor allem bei der s. g. drohenden seelischen Behinderung quasi als drohende Teilhabebeeinträchtigung oder beginnende Teilhabebeeinträchtigung zu verstehen und sind schwer zu operationalisieren, haben aber aus pädagogischer Sicht z. B. um zu verhindern, dass das „Kind in den Brunnen fällt“ eine hohe, auch kostendämpfende, Bedeutung.
- b) Die zweite Kategorie von Grenzfällen betrifft Situationen in denen nur **eine Dimension massiv beeinträchtigt** ist und diese bei der Wahrnehmung oder Einschätzung nicht hinreichend gesehen oder gegenüber den anderen intakten Funktionsbereichen nicht adäquat abgewogen wird.

Beide s. g. Grenzfälle machen deutlich, wie wichtig es ist, sowohl auf einzelnen Dimensionen ein Gefühl für relative Schwellen- oder Grenzbereiche zu bekommen, wann etwas eine Teilhabebeeinträchtigung darstellt und gleichzeitig für die Summe der einzelnen Teilhabebeeinträchtigungen eine generelle Schwelle im Kopf zu haben, die der Dimension der Pervasivität mehr Rechnung trägt. Offensichtlich scheinen sich grafische Modelle zur Darstellung dieser Mehrdimensionalität und der Schwellenfrage anzubieten, evt. auch für die Darstellung der mehr objektiven, an beobachtbarem Verhalten festgemachten und der mehr subjektiven Faktoren. Immer wieder hatten die Expertinnen und Experten der beiden Fachtagungen zu Flipcharts und Filzstiften gegriffen, um in solchen Graphiken ihre Vorstellungen zu erläutern. Nun muss aus methodischer Sicht eingeräumt werden, dass graphisch dargestellte Dimensionen oder Grauton- oder Farbschattierungen bzw. das von verschiedenen Teilnehmern vorgeschlagene Ampelsystem mit den Dimensionen „grün, gelb, rot“ nichts anderes als eine Skalierung darstellen. Offensichtlich scheint aber die Form der Darstellung hier eine wesentliche Bedeutung zu haben.

In sofern ergeben sich zum Abschluss dieses Projektes folgende Empfehlungen auf der Basis der durchgeführten Literaturrecherchen und den Expertendiskussionen, die diese Expertise prägten.

1. Es besteht ein hoher Bedarf an Konkretisierung fachlicher Standards bei der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung.
2. Gibt man konkrete Instrumente vor, wird man bei fast allen Beteiligten Widerstände erwecken und vielleicht das Gegenteil erreichen.
3. Unterschiedliche Praxisfelder, unterschiedliche Technologieorientierung und unterschiedliche Anforderungs- und Anwendungsmöglichkeiten müssen im Rahmen einer Handreichung unterschiedlich behandelt werden.
4. Daraus ergibt sich, dass für das Feld der Jugendhilfe derzeit zunächst eine Darstellung der generell zu erfassenden Dimensionen bei der Betrachtung der Teilhabebeeinträchtigung wichtig ist. Das Ineinandergreifen dieser Dimensionen und die mehr am äußeren Verhalten, bzw. mehr an den subjektiven Belastungen festzumachende Gewichtung kann auch durch grafische Modelle verdeutlicht werden, ebenso wie der dimensionale Ausprägungsgrad. Ein solcher Text, der auch auf die entsprechende Fachliteratur rekurriert und auch an Beispielen der verwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung die Problematik verdeutlicht, könnte zu einer ersten Ebene der Vereinheitlichung der Verfahren führen. Gleichzeitig könnte in einer solchen Handreichung dargelegt werden, mit welchen, schon vorhandenen Instrumenten, einzelne Aspekte, die im Gesamtmodell dargestellt wurden, wie valide und reliabel erfasst werden können. Dies kann der Praxis Anregung geben z. B. bei lokalen Forschungsprojekten oder bei der Evaluation einzelner Fälle z. B. in Streitfällen, doch einmal solche Instrumente wenigstens teilweise anzuwenden oder von der Fragetechnik der wissenschaftlichen Autoren bei den eigenen Interviews und Gesprächen zu lernen.

Technikbegeisterte Jugendämter wünschen sich eigentlich ein integriertes, computergestütztes System mit Pull-down-Menüs, die wiederum mit skalierten Instrumenten unterlegt sind und ein Auswertungsprofil ausgeben. Ein solches System ist heute auf webbasierten Datenbanken realisierbar und könnte z. B. im Rahmen eines Modellprojektes in mehreren solchen innovationsfreudigen, an Standardisierung interessierten und technikinteressierten Jugendämtern erprobt werden. Eine solche Datenerfassung hätte die große Chance, dass Standardwerte für die einzelnen Dimensionen wissenschaftlich kalibriert werden könnten und damit erst die fachliche Grundlage für ein sozial gerechtes „Benchmarking“ bei der Feststellung zur Teilhabebeeinträchtigung ermöglicht wird. Eine solche Vision ist für andere Jugendämter und Verantwortlichen in der Jugendhilfe aber genau die Befürchtung. Denn genauere Erfassung wurde in den Diskussionen fast nie mit höherer Gerechtigkeit, sondern fast immer mit Kostenkürzung assoziiert.

Es gilt deshalb zunächst auch einmal z. B. anhand von Praxisfällen ein Bewusstsein dafür zu schaffen, wie viel Geld dadurch unnütz ausgegeben wird, dass sowohl zu Beginn von Hilfen, aber auch im Verlauf, der Bedarf nicht hinreichend eingeschätzt wird, sondern nur z. B. an einer bestehenden Diagnose oder an einer früher einmal festgestellten Teilhabebeeinträchtigung die Weiterführung der Hilfe festgemacht wird.

Der bei der ersten Tagung diskutierte, konkrete verwaltungsgerichtliche Fall ist ein gutes Beispiel hierfür, weil hier initial durchaus zu Leistungen berechtigende Bedingungen bestanden hatten, zum Zeitpunkt der erneuten Antragstellung aber die anspruchsbegründenden Voraussetzungen nicht mehr bestanden. In sofern müsste eine zu entwickelnde Handreichung auch die Debatte um eine mögliche Schwellenerhöhung bei Einstieg in die Hilfen oder um eine bessere Evaluation von Hilfeeffekten und damit um fachlich begründete Beendigungen von Hilfen mit Blick auf Kosteneinsparungen führen.