



Ideen & Konzepte



Steigerung der Wirksamkeit
intensiver ambulanter
erzieherischer Hilfen (SPFH)

Abschlussbericht der wissenschaftlichen
Begleitung des Modellprojektes

**Modellprojekt Steigerung der
Wirksamkeit intensiver ambulanter
erzieherischer Hilfen (SPFH)**

Impressum

Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Landesjugendamt Westfalen
48133 Münster
Internet: www.lwl-landesjugendamt.de

Modellstandorte:

- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe e.V.,
Erziehungshilfezentrum
- Diakonisches Werk der Lippischen Landeskirche e.V., Detmold,
- Sozialpädagogische Familienhilfe
- Stadt Dortmund, Jugendamt, Sozialpädagogische Familienhilfe
- Stadt Lüdenscheid, Jugendamt, Ambulanter Dienst

Universität Siegen:

Prof. Dr. Klaus Wolf
Dipl. Päd. Anja Frindt

LWL-Landesjugendamt:

Heidi Knapp

Bestelladresse:

E-Mail: alicja.schmidt@lwl.org, Fax.: 0251 591-275
LWL-Landesjugendamt Westfalen, 48133 Münster
Münster, im Oktober 2009

Als Download im Internet: www.lwl-landesjugendamt.de

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort	2
Einleitung	3

Teil I: Prof. Dr. Klaus Wolf:

1 Wirksame ambulante Erziehungshilfen?	5
---	----------

Teil II: Dipl. Päd. Anja Frindt, Prof. Dr. Klaus Wolf:

2 Weshalb ein Modellprojekt zu intensiven ambulanten Hilfen zur Erziehung?	13
3 Zielsetzung des Modellprojektes	14
3.1 Die konzeptionellen Leitidee	15
3.1.1 Ermutigung und Aktivierung als zentrale Interventionsstrategie	15
3.1.2 Zugang zu protektiven Ressourcen außerhalb der Familie	17
3.1.3 Zielgerichteter Einsatz von Direktiven und kontrollierenden Elementen	17
3.2 Das methodische Handeln	19
3.3 Organisatorische Umsetzung und Projektverlauf	21
4 Zentrale Ergebnisse des Projektes	23
4.1 Entwicklung der Instrumentarien	21
4.1.1 Werkstattbericht: Entwicklung der Diagnoseinstrumente	24
4.1.2 Überarbeitung der Diagnoseinstrumente	28
4.2 Etablierung des methodischen Vorgehens	29
4.3 Die drei Leitideen und ihre Verknüpfung	33
5 Ergebnisse der Evaluation	35
5.1 Anpassung der Vorgehensweise der Evaluation im Projektverlauf	35
5.2 Wirkungen und Nebenwirkungen aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	36
5.3 Nachhaltigkeitssicherung	40
6 Und jetzt? - Empfehlungen für die Leistungsfähigkeit der SPFH	40
Literatur	43
Anhang	45
Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Modellprojekt	45
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	46

Teil III:

Berichte der vier Projektstandorte	47
---	-----------

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Ihnen den Abschlussbericht des Modellprojektes „Steigerung der Wirksamkeit intensiver ambulanter erzieherischer Hilfen (SPFH)“ präsentieren zu können.

Ziel des Modellprojektes war, die Wirksamkeit der fachlichen Interventionen in den Familien durch die Entwicklung neuer Handlungsinstrumentarien zu steigern.

In vier Projektregionen in Westfalen-Lippe wurden diagnostische und handlungs-methodische Ansätze vorgestellt, erprobt und weiterentwickelt.

Die Projektstandorte waren

- Arbeiterwohlfahrt Bielefeld Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe e. V., Erziehungshilfezentrum
- Diakonisches Werk der Lippischen Landeskirche e. V., Detmold, Sozialpädagogische Familienhilfe
- Stadt Dortmund, Jugendamt, Sozialpädagogische Familienhilfe
- Stadt Lüdenscheid, Jugendamt, Ambulanter Dienst.

Das Modellprojekt wurde durch den LWL-Landesjugendhilfeausschuss beschlossen, inhaltlich begleitet und finanziell gefördert durch das LWL-Landesjugendamt Westfalen.

Die ambulanten Hilfen zur Erziehung haben in den letzten 15 Jahren eine erhebliche Ausweitung erfahren. Die Frage war, können systematische Planungen im Vorfeld die Wirksamkeit dieser Hilfen steigern? Mit dem vorliegenden Abschlussbericht präsentieren wir Ihnen Ergebnisse und Evaluationen des Projektes.

Besonders unterstützenswert fanden die Mitglieder des LWL-Landesjugendhilfeausschusses die Umsetzung an möglichst vielen Standorten in Westfalen-Lippe. Auf Grund der großen Bewerberresonanz wird nach dem Modellprojekt bereits ein Folgeprojekt mit weiteren 18 Projektstandorten unterstützt.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.



Hans Meyer

LWL-Jugenddezernent



Einleitung

Die Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) ist – abgesehen von der Erziehungsberatung –, gemessen an den Fallzahlen, die wichtigste ambulante Hilfe zur Erziehung. Wie wirksam ist der Einsatz dieser Hilfen? Und: Können systematische Planungen im Vorfeld deren Wirksamkeit noch steigern? Dies sind zwei zentrale Fragestellungen des Modellprojektes „Steigerung der Wirksamkeit intensiver ambulanter erzieherischer Hilfen (SPFH)“ gewesen.

Vom 01.04.2007 – 31.03.2009 haben Herr Prof. Dr. Klaus Wolf und Frau Dipl. Päd. Anja Frindt von Universität Siegen das Modellprojekt des LWL-Landesjugendamtes wissenschaftlich begleitet. Das Projekt zielte darauf ab, die Wirksamkeit intensiver ambulanter erzieherischer Hilfen durch die Umsetzung von drei zentralen konzeptionellen Leitideen und eines darauf bezogenen, differenzierten handlungsmethodischen Ansatzes zu steigern.

Die zentrale Annahme des Modellprojektes war, dass die nachhaltige Wirksamkeit der SPFH erhöht wird, wenn es gelingt,

1. die Familienmitglieder systematisch zu ermutigen, zu aktivieren und positive Selbstwirksamkeitserfahrungen anzuregen,
2. insbesondere für die Kinder den Zugang zu protektiven Faktoren außerhalb der Familie systematisch zu verbessern und
3. Direktiven und kontrollierende Elementen zielgerichtet, in der richtigen Dosierung und unter Abwägung der Voraussetzungen und Nebenwirkungen einzusetzen.

An vier Projektstandorten in Westfalen-Lippe wurden diagnostische und handlungsmethodische Ansätze vorgestellt, an laufenden Fällen geplant, erprobt und weiterentwickelt.

Die Projektpartner waren:

- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe e.V., Erziehungshilfezentrum
- Diakonisches Werk der Lippischen Landeskirche e.V., Detmold, Sozialpädagogische Familienhilfe
- Stadt Dortmund, Jugendamt, Sozialpädagogische Familienhilfe
- Stadt Lüdenscheid, Jugendamt, Ambulanter Dienst

Im ersten Kapitel des Berichtes geht Prof. Dr. Klaus Wolf der Frage nach, welche Fachlichkeit die Sozialpädagogischen Hilfen haben/oder haben müssten. In den Kapiteln zwei bis einschließlich sechs können Sie den Abschlussbericht von Frau Anja Frindt und Prof. Klaus Wolf zum Modellprojekt nachlesen. Kapitel sieben umfasst die Beiträge aus den vier Projektregionen.

Einen wesentlichen Bestandteil des Modellprojektes stellte die Entwicklung geeigneter Diagnoseinstrumente dar. Diese ermöglichen die Situation der Familien bzw. einzelner Familienmitglieder im Hinblick auf die konzeptionellen Leitideen (s.o.) systematischer zu erfassen. Die erarbeiteten Instrumente unterscheiden sich in den einzelnen Projektregionen, da es galt, ein im jeweiligen Kontext sinnvolles Instrument zu erarbeiten. Während der gesamten Projektlaufzeit wurden die Instrumente weiterentwickelt und kontinuierlich verbessert.

Sämtliche Diagnoseraster finden Sie unter folgender Adresse:

<http://www.uni-siegen.de/zpe/projekte/aktuelle/lamo-spfh/?lang=de>

Allen Projektbeteiligten, die zum Gelingen des Modellprojektes beigetragen haben:
An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön!

Heidi Knapp

LWL-Landesjugendamt

1. Prof. Dr. Klaus Wolf: Wirksame ambulante Erziehungshilfe?

Ein Modellprojekt, dass **die Steigerung der Wirksamkeit intensiver ambulanter Erziehungshilfen** bereits im Titel führt, unterstellt, dass die **Wirksamkeit** einer Hilfe überprüfbar ist.

Diese Behauptung ist in den Fachdiskussionen umstritten.

Nicht zuletzt in dem Modellprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur „Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung durch wirkungsorientierte Ausgestaltung der Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsentwicklungsvereinbarungen nach §§ 78 a ff SGB VIII“ wurde deutlich, wie unterschiedlich die Vorstellungen und impliziten Modelle von Wirkungen sind (zusammenfassend: ISA und Universität Bielefeld 2009).

Bezogen auf das Modellprojekt des LWL-Landesjugendamtes Westfalen lautet die zentrale Frage:

Können Fachkräfte zielgerichtet die Entwicklungschancen von Familienmitgliedern in hoch belasteten Familien verbessern?

Im Mittelpunkt steht dabei die SPFH als die – sieht man von der Erziehungsberatung ab – am besten erforschte ambulante Erziehungshilfe. Die Ergebnisse lassen sich aber oft auf andere Erziehungshilfen übertragen.

Die Antwort wurde von uns in einem Grundlagenforschungsprojekt erarbeitet, in dem wir auf der Basis von ausführlichen Interviews mit Frauen, Männern und Kindern, deren Familien über einen längeren Zeitraum SPFH erhalten hatten, untersucht haben, wie sich die Relation von Belastungen und Ressourcen in den Familien verändert habe. Drei zentrale Ergebnisse wurden deutlich:

1. **Nachhaltigkeit:** Positive Wirkungen der SPFH bestehen nachhaltig, wenn es gelingt Aktivierung, Ermutigung und neue Selbstwirksamkeitserfahrungen anzulegen.
2. **Reflexive Professionalität:** Positive Wirkungen werden erzielt und negative Nebenwirkungen begrenzt, wenn es gelingt, Direktiven und kontrollierende Elemente hoch konditioniert einzuführen, d. h. nur unter sehr spezifischen Bedingungen.
3. **Größere Reichweite:** Positive Wirkungen für die Entwicklungschancen der Kinder werden erzielt, wenn systematisch auch die außerfamilialen Sozialisationsfelder genutzt werden.

Wie diese Forschungsergebnisse von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Modellprojektes für die Praxis umsetzbar gemacht wurden, wird in den Kapiteln zwei bis sechs genauer beschrieben.

In diesem Teil des Abschlussberichtes werde ich einige grundlegende Überlegungen zu Modellen skizzieren, die sozialpädagogische Interventionen erklären wollen. Dazu

werde ich zunächst das Reparaturmodell kritisieren, anschließend einen alternativen Vorschlag machen und schließlich überlegen, ob lebensweltorientierte Hilfen überhaupt planbar sind.

1.1 Das Modell aus der Reparaturwerkstatt

Man kann Menschen oder Systeme (wie z. B. Familien) als triviale Maschinen betrachten. Trivial heißt nicht, dass sie ganz einfach funktionieren und zu verstehen sind, sondern dass sie – wie eine durchaus komplizierte mechanische Apparatur – in einer genau festgelegten Weise funktionieren. Wenn man den Mechanismus verstanden hat, kann man sie analysieren, genau vorhersagen welcher Effekt durch welchen Input ausgelöst wird und sie so zielgerichtet von außen steuern. Wenn etwas anderes passiert als erwartet wurde – du drückst auf einen Schalter und nichts passiert, obwohl alle Voraussetzungen für die erwartete Reaktion erfüllt sind (z. B. der Stromanschluss besteht) – dann ist sie defekt. Bei hinreichenden Kenntnissen über ihre Funktionsweise und hinreichenden Fertigkeiten kann sie zielgerichtet repariert werden.

So ähnlich stellt man sich die Überprüfbarkeit in der Sozialen Arbeit auch manchmal vor, wenn in der Hilfeplanung eine Mängelliste erstellt wird: Der Reparaturauftrag wird an eine freie Werkstatt vergeben und nach einem halben Jahr erfolgt die Kontrolle, welche Defekte bereits beseitigt sind. Postmodern weitergedacht, will man die Bezahlung vom Erfolg von der Geschwindigkeit der Reparatur abhängig machen, denn so machen wir es schließlich in der Autowerkstatt auch: Bezahlt wird nicht das Bemühen sondern das befriedigende Ergebnis. Aber wir alle wissen, dass es so in der Menschenbeeinflussung nicht funktioniert. Wer die Hilfeplanung wie oben kariert macht, weiß es wahrscheinlich „im Grunde“ auch.

Leider endet die Anwendung des ungeeigneten Modells der gezielten Menschenveränderung nicht durch ihren Misserfolg, denn dieser kann durch eine spezifische Ursachenzuschreibungspolitik anders erklärt werden: Der Jugendliche oder die Familienmitglieder arbeiten böswilligerweise nicht mit, haben eine psychische Störung, für die eine andere Werkstatt zuständig ist, oder andere Kräfte sabotieren die an sich richtigen eigenen Aktivitäten.

Sozialpädagogische Interventionen – und die SPFH trägt erfreulicherweise explizit den Titel „sozialpädagogisch“ – setzen ein anderes Modell voraus.

Im Folgenden sollen wesentliche Elementen hierzu skizziert werden. Danach entwickeln Menschen Strategien und Deutungsmuster, um in ihrem Lebens- und damit Lernfeld handeln und sich ihre Welt erklären zu können. Diese Strategien und Deutungsmuster können für sie oder andere Menschen Schwierigkeiten bereiten, ungünstige Nebenwirkungen haben und sich in anderen Feldern als ungeeignet erweisen. In dem Feld, in dem sie entwickelt wurden, haben sie aber einen Sinn. An diesen Sinn auch des merkwürdigen Verhaltens und der merkwürdigen Deutungen muss ein von außen gesetzter Impuls anschließen können. Dazu muss er zunächst verstanden – ich betone gerne die kognitive Seite, dechiffriert – werden. Was nur unsinnig erscheint ist in dieser Lesart (noch) nicht verstanden. Deswegen haben alle sozialpädagogischen Diagnosen – wenn der Begriff nicht als reiner Etikettenschwin-

del verwendet wird – einen hermeneutischen Zugang: Am Anfang steht das Verstehen – oft heißt es auch: das Rekonstruieren – des Sinns des Denkens, Fühlens und Handelns der Menschen, die zu Klientinnen und Klienten werden. Wir könnten das auch das Anknüpfen an die bisherigen Lebenserfahrungen nennen und wahrscheinlich hat die alte pädagogische Bauernregel, der Klient solle da abgeholt werden, wo er steht, so etwas Ähnliches gemeint.

Wir Menschen sind wie wir sind, aber wir entwickeln uns weiter, das heißt wir verändern unsere Strategien und Deutungsmuster im Laufe des Lebens. Solche Veränderungs-, Entwicklungs- oder Lernprozesse vollziehen wir aber nicht nur aus uns selbst heraus, sondern wir verwenden „Material“, dass wir in unserem Lebensfeld finden, dass heißt wir sind auf ein förderliches Umfeld angewiesen, kurz: **Wir benötigen geeignete Ressourcen.** Auch wenn Entwicklung primär Eigenleistung ist und das äußere Material (wie z.B. Ideen, Modelle und Vorbilder) erst durch Aneignung zum Eigenen wird, bedarf es solcher Anregungen von außen.

Und: Genau diese Anregungen können zielgerichtet erfolgen! Das gilt für Kinder, die besonders stark darauf angewiesen sind, dass die Voraussetzungen für das Lernen erfüllt sind und die Anregungen richtig dosiert werden, aber auch für Erwachsene und zwar nicht für die entwicklungsverzögerten sondern für alle. Leben heißt pädagogisch ausgedrückt, sich immer weiter zu entwickeln (zum Höheren wollen wir dabei nicht unbedingt unterstellen), die jeweils neu auftretenden Entwicklungsaufgaben zu lösen und die Lebensprobleme zu bewältigen. Entwicklung und Entwicklungshilfe ist so gesehen kein Nachhilfeunterricht für Entwicklungsverzögerte sondern ein Merkmal des Menschseins. Davon sollten wir uns durch die Rede vom autonomen Individuum auch nicht ablenken lassen.

Die Anregungen von anderen und das gestaltete Lernfeld wirken dabei nicht so, dass der andere das Material genau und nur so verwendet, wie der Erziehende es beabsichtigt hat. Wenn es um Erziehung (und nicht um Dressur) geht, dürfte der Erziehende das auch nicht anstreben (vergleiche z.B. Brumlik 1992; Winkler 1988). Beruhigenderweise passiert das aber sowieso nicht, da der Lernende eben keine triviale Maschine ist. Sondern: Er macht sich seine eigenen Gedanken zu den Gedanken des anderen und verwendet alle Anregungen auf seine eigene, also eigenartige Weise. Dies gilt selbstverständlich für unseren Jugendlichen in der Erziehungsbeistandschaft genauso wie für die Familienmitglieder in der SPFH. Während der Eingriff in eine triviale Maschine gut geplant werden kann, wird die Sache durch die eigenständige Anregung komplizierter.

Wie groß kann die Genauigkeit zielgerichteten systematischen Handelns in der Sozialen Arbeit sein? Das Spektrum der angebotenen Antworten reicht von: Es sei lediglich möglich in einem anderen System Irritationen auszulösen. Wie diese anschließend bearbeitet werden, müsse völlig offen bleiben bis zu dem Mythos: Es sei möglich, mit Sicherheit zielgerichtet Veränderungen bei einem anderen Menschen zu bewirken, wenn man nur die richtigen – und in den Methodenbüchern anschließend verkauften – Operationen anwende. Beide dargestellten Wege oder Hypothesen halte ich für ungeeignet.

Es geht auch nicht um den goldenen Mittelweg sondern, Wege zu skizzieren, mit denen die Trefferquote erhöht werden kann, das heißt konkret, dass die Wahrscheinlichkeit erhöht werden kann, dass die Anregung anschlussfähig ist und aufgegriffen

wird. Wir bezeichnen dies in der Fachöffentlichkeit als Verbesserung der Belastungs-Ressourcen-Balance.

1.2. Belastungs-Ressourcen-Balance

Wenn wir genau verstanden haben, an welchem Problem die Menschen gerade arbeiten, welche Entwicklungsaufgabe noch nicht gelöst werden konnte (vgl. Mollenhauer, Uhlendorff 1992) und welche Belastung ihnen besondere Schwierigkeiten macht, dann können wir anschließend überlegen, welche Ressourcen zur Bewältigung des Problems, zur Lösung der Entwicklungsaufgabe oder zur Abmilderung der Belastung nützlich wären – ich diskutiere das als Veränderung der Belastungs-Ressourcen-Balance (Wolf 2007) – und prüfen, ob die Fachkraft der ambulanten Hilfen diese notwendigen und derzeit fehlenden Ressourcen zugänglich machen kann. Im Verlauf kann sie im Detail überlegen, was dieses Kind in seiner Familie in der derzeitigen Verfassung unbedingt braucht, um in der aktuellen Lage besser zurecht kommen zu können und prüfen, ob und wie sie dazu beitragen kann, dass es den Zugang zu diesen notwendigen Ressourcen erhält. Eventuell wird die Fachkraft auch feststellen, dass sie das nicht erreichen kann und dann stellt sich die Frage, wie der Schutz des Kindes garantiert werden kann, ggf. deutlicher.

Der Fokus liegt dabei nicht auf der Frage, welche Störungen Menschen unter ungünstigen Bedingungen entwickeln und wie diese Störungen vermessen und behandelt werden können, sondern welche Ressource die Fachkräfte ihnen zugänglich machen können, die die Menschen, die zu Klientinnen und Klienten geworden sind, zur Bewältigung unbedingt benötigen.

Hierzu sind folgende Wahrnehmungsperspektiven besonders geeignet:

1. Die ethnografische Blickrichtung

Bei der ethnografischen Blickrichtung steht im Fokus, Menschen in Kulturen wahrzunehmen und zum Beispiel Familien als fremde Kulturen zu verstehen.

Die Aufmerksamkeit wird so folgerichtig nicht gleich auf Fragen gerichtet wie „Machen die das Richtige?“ „Ist das normal?“ sondern auf Fragen wie „Wie machen die das eigentlich?“ „Welche Rituale, gemeinsame Überzeugungen haben die Angehörigen dieser für mich (in Teilen) fremden Kultur?“ Daniela Reimer (2008) hat sehr schön herausgearbeitet, wie Pflegekinder den Umzug von einer Familie in eine andere als Kulturwechsel erleben. Wenn wir das Symbolsystem einer zunächst fremden Kultur einigermaßen verstanden haben, dann – aber auch erst dann – wird zielgerichtetes Handeln möglich, weil wir erst dann die Bedeutung unserer Aktionen in der anderen Welt annäherungsweise verstehen und die Reaktionen darauf annäherungsweise antizipieren können.

2. Die systemische Blickrichtung

Dieser Zugang wird an dieser Stelle nicht weiter erklärt; er ist geradezu ein Standard in der Sozialen Arbeit. Auch wenn mir die gelegentlich quasireligiösen Inszenierungen des Systemischen (etwa im aus der Tiefe kommenden Bekenntnis „Ich bin Systemikerin“) etwas merkwürdig vorkommen, ist eine Perspektive, die Menschen nicht als isoliert voneinander agierende Monaden wahrnimmt, unverzichtbar. Der Sinn vieler Verhaltensweisen, Denk- und Gefühlsmuster werden im Kontext der Struktur des Systems und ihrer Funktionen dort erst zugänglich.

3. Der Blick auf die Interventionsgeschichte

Viele Familien haben ganze Ketten von Interventionen erlebt, von denen ebenfalls viele als relativ erfolglos betrachtet werden. Nun können die aktuellen Akteure mit dem Selbstbewusstsein antreten: „Hoppla, jetzt komme ich und mache alles anders und richtig“. Solche Machbarkeitsfantasien bestraft das Leben zwar schnell, aber wiederum kann die Ursache für den Misserfolg in Faktoren außerhalb des eigenen Handelns gefunden werden. Mühsamer ist es, die bisherige Interventionsgeschichte möglichst genau zu analysieren.

Der Lohn der Mühe besteht in treffsichereren Handlungskonzepten: Die Fachkraft setzt nicht genau wieder an der Stelle an, die die Familie besonders abschirmt sondern kann die erfolgreichen Interventionselemente aufgreifen und so aus den Erfahrungen ihrer Vorgänger lernen.

Mit solchen Kategorien lassen sich die leistungsfähigen sozialpädagogischen Strategien gut benennen; wir können die Streu vom Weizen schon ganz gut unterscheiden:

Gelingt das Verstehen der Familienkultur, der Strategien und Deutungsmuster? Werden die Phänomene in ihren Kontexten verstanden und bearbeitet oder dekontextualisiert und verfremdet? Werden die bisherigen Interventionsgeschichte und – bezogen auf die Klientinnen und Klienten – die Lerngeschichte und Biografie berücksichtigt?

Zum Abschluss möchte ich einige Überlegungen zu der Frage, ob sich lebensweltorientierte Erziehungshilfen überhaupt planen lassen, anreißen.

1.3. Planung lebensweltorientierter Hilfen?

Menschen, die zu Klientinnen und Klienten geworden sind, haben ihre lebensweltlichen Vorstellungen in ihrem Lebensfeld entwickelt. Sie haben für sie eine hohe Relevanz, erklären ihnen ihre Welt und ermöglichen ein Minimum an Handlungsmöglichkeiten (häufig aber auch nicht mehr als ein Minimum). Diese Aufgabe lebensweltorientierter Sozialer Arbeit kann darin gesehen werden, sich empathisch auf die Alltagsbewältigung einzulassen und hier kreativ und spontan an den Klientinnen und Klienten orientiert mitzuarbeiten. Eine vorherige Planung am Schreibtisch erscheint dann weder möglich noch sinnvoll.

„Vorher planen? Sinnlos, wenn ich hinkomm‘, ist immer wieder eine neue Katastrophe!“ Diese Konsequenz, einer seit vielen Jahren in der SPFH tätigen Mitarbeiterin skizziert diese Haltung. Etwas ausführlicher können wir sie vielleicht so verstehen: „Es kommt in der lebensweltorientierten Betreuung darauf an, sich auf die aktuellen Probleme der Familie richtig einzulassen, eben auf ihren Alltag, so wie er gerade ist. *„Wenn ich mir da im Büro meine eigenen Pläne mache, mit diesen in die Familie gehe und versuche, meine Pläne umzusetzen obwohl die gerade ganz andere Probleme haben, das kann doch nicht funktionieren. Deswegen gehen diese ganzen Vorschläge mit sozial-pädagogischer Diagnose, Interventionsplanung und Evaluation doch sehr an der Praxis vorbei. Ich fahr da hin, sehe und höre mir an, was gerade anliegt und dann planen wir gemeinsam, was zu tun ist. So geht das.“* Auf dem ersten Blick eine gut nachvollziehbare Erfahrung und Deutung. Radikal umgesetzt hat sie aber einen hohen Preis. Die vorher skizzierten professionellen Strategien erscheinen dann leicht kontraproduktiv: Analyse der Lern- und Interventionsgeschichte, des Verhaltens im Systemkontext, der Frage nach den bisher fehlenden Ressourcen im sozialen Feld? Das schränkt doch das spontane Handeln viel zu sehr ein, so könnte man argumentieren. Ich sehe das anders.

Begnadete Künstler können manchmal Geniales tun. Solche Beispiele gibt es in der Sozialen Arbeit auch – vielleicht nicht oft, aber doch gelegentlich. Das Problem ist aber: Was tun, wenn der geniale Einfall nicht kommt, wenn ich in die Familie fahre, mich das Chaos genauso hilflos macht wie die Familienmitglieder und mir Nichts einfällt, sondern mich die ganze Art, wie sie leben und miteinander umgehen, nur noch nervt? Dann wäre es doch gut, wenn ich noch einen Überhang in Reserve hätte, einen methodisch bereits vorher überlegten, vielleicht sogar andernorts systematisch überprüften Zugang. Der Habitus des genialen Künstlers hat noch einen Nachteil (für die Klientinnen und Klienten) bzw. Vorteil (für den Künstler): Ich brauche mein Handeln nicht rechtfertigen, in der Abwägung von Alternativen meine Wahl mit den Chancen und Risiken begründen und gegen Einwände verteidigen. Wer von meiner Kunst nichts versteht, darf nicht mitreden. Wer sie versteht, stellt keine dummen Fragen.

Also doch das Modell des Handwerkes mit einem großen Werkzeugkasten? Gehrman und Müller (1998) haben einen solchen Werkzeugkasten vorgeführt: ein Sammelsurium von unterschiedlichen Methoden, für jeden Zweck etwas Passendes dabei. Was darf es heute sein, vielleicht etwas aus dem Kanon der rational-emotiven Therapie oder doch erst das Kommunikationstraining und anschließend die sozial-räumliche Verankerung? Viele solcher methodischen Elemente zu kennen, schadet sicher nicht, aber sie garantieren natürlich längst noch kein systematisches Handeln.

Für den Methodeneinsatz in der Sozialpädagogischen Familienhilfe möchte ich vor diesem Hintergrund folgende Merkmale vorschlagen:

- Die Basis des methodischen Handelns soll eine Haltung des Respekts gegenüber der Erfahrungsverarbeitung und der Bewältigungsversuche der Menschen sein und sie zugleich als lernfähige Menschen in Entwicklung betrachten. Dann können die Fachkräfte an den Lebenserfahrungen der Familienmitglieder anschließen, die bisherige Lern- und Interventionsgeschichte berücksichtigen, Wechselwirkungsprozesse zwischen den einzelnen Menschen beachten und wissen, wie die Belastun-

gen und Probleme aus der Perspektive der unterschiedlichen Familienmitglieder erscheinen.

Für diese kognitiven und emotionalen Leistungen sollten sie methodische Verfahren der Informationsgewinnung und Deutung anwenden – wie z. B. bei den sozialpädagogischen Diagnosen (Uhlendorff, Cinkl, Marthaler 2006; Krumenacker 2004).

- Vor diesem Hintergrund können sie Impulse geben, die Lernprozesse anregen. Deren Wirksamkeit ist stark davon abhängig, ob sie an den bisherigen Deutungsmustern und Strategien anknüpfen. Lernen und sich entwickeln müssen die Menschen selbst, aber das „Material“, die Entwicklungsanregungen und -hilfen können zugänglich gemacht werden. Das Konzept der stellvertretenden Deutung – wie es Dewe; Ferchhoff, Scherr schon Anfang der 90er Jahre für die Familienberatung skizziert haben (aktuell Ausgabe: 2001: 115-127)– ist dabei sehr hilfreich. Die alternative Deutung der Probleme und – so können wir ergänzen – die alternative Strategie, das Problem zu bewältigen, muss zwei Bedingungen erfüllen: Sie muss sowohl grundsätzlich in der Lage sein neue Optionen zu eröffnen und sie zugleich an den Lebenserfahrungen so anschließen, dass sie aufgegriffen werden können. Dafür sind auch eine vertrauensvolle Beziehung und eine relativ angstfreie Atmosphäre Voraussetzungen, die die Wirksamkeit beeinflussen.

Diese Bedingungen lassen sich weder einfach technisch herstellen und organisieren, noch werden sie sich naturwüchsig von alleine ergeben. Ich möchte das Verhältnis von methodisch Geplantem und dem auf die aktuelle Situation Bezogenen als das von Programmen, die im Vordergrund und Hintergrund ausgeführt werden, beschreiben. Im Vordergrund geht es auch darum, auf die aktuelle Situation konkret einzugehen und Antworten auf die „neue Katastrophe“ zu finden. Im Hintergrund sollten aber die Programme das Handeln steuern, die eine konsistente Ausrichtung der Einzelaktivitäten auf lange Entwicklungslinien ermöglichen, wie es an anderer Stelle zum Beispiel für die Ermutigung und Aktivierung beschrieben ist. Das ist kein Widerspruch und oft nicht einmal ein Spannungsverhältnis: Bei der Bewältigung der aktuellen Probleme kann ich darauf achten, dass das Handlungszentrum weitestgehend bei den Familienmitgliedern liegt und meine Impulse auf beide Ziele zugleich ausrichten.

Die Grundlage ist dann eine Interventionsplanung, die ihrerseits auf einer sozialpädagogischen Diagnose beruht. Diese wird aber nicht einfach exekutiert, sondern in der aktuellen Situation flexibel gehandhabt und auf die Situation transformiert. Dabei liegt das Steuerungszentrum nicht allein bei der Fachkraft. Sie steuert allerdings mit und wird nicht einfach zum Anhängsel der Familienprozesse, die zufällig die Richtung bestimmen. Die Professionalitätsgewinne liegen nicht nur im „Ich-sehe-was-du-nicht-siehst“ und „ich-habe-noch-eine-Idee-wo-du-schon-resigniert-hast“, sondern auch in einem reflexiblen Umgang mit diesem Überhang. Sein Einsatz soll der Aneignung und Selbstbemächtigung der Familienmitglieder dienen und der Nachweis darüber sowie die Selbstkontrolle erfolgen im professionellen Team. Die einzelnen methodischen Zugänge sind dann eingebettet in längere Entwicklungslinien. Hier haben sie ihren Stellenwert, aber ihr wirkungsvoller Einsatz erfordert eine Ausrichtung auf die zentralen Interventionsziele. Es geht um das Zusammenspiel von methodischem Handeln und Grundphilosophie der Hilfen, nicht darum das Eine zugunsten des Anderen aufzugeben.

Insofern werden Werkzeuge eingesetzt und Wissensvorsprünge genutzt, finden Planungen und Evaluationen statt und trotzdem ist das Handlungsmodell keines aus der Reparaturwerkstatt.

Literaturverzeichnis

Brumlik, Micha (Hg.) (1992): Advokatische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe. Bielefeld: Karin Böllert.

Dewe, Bernd; Ferchhoff, W.; Scherr, A. (1995): Professionelles soziales Handeln. Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. 2. Aufl. Weinheim, München: Juventa.

Gehrmann, Gerd; Müller, Klaus D. (1998): Praxis sozialer Arbeit: Familie im Mittelpunkt. Handbuch effektives Krisenmanagement für Familien. Regensburg: Walhalla.

ISA ; Universität Bielefeld : Wirkungsorientierte Jugendhilfe Band 09. Münster 2009

Krumenacker, Franz-Josef (Hg.) (2004): Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa (Materialien).

Mollenhauer, Klaus; Uhlendorff, U. (1992): Sozialpädagogische Diagnosen. Über Jugendliche in schwierigen Lebenslagen. Weinheim, München: Juventa.

Reimer, Daniela (2008): Pflegekinder in verschiedenen Familienkulturen – Belastungen und Entwicklungschancen im Übergang. Siegen: ZPE-Schriftenreihe - Universität Siegen.

Uhlendorff, Uwe; Cinkl, Stephan; Marthaler, Thomas (2006): Sozialpädagogische Familiendiagnosen. Deutungsmuster familiärer Belastungssituationen und erzieherischer Notlagen in der Jugendhilfe. Weinheim und München: Juventa.

Winkler, Michael (1988): Eine Theorie der Sozialpädagogik. Stuttgart: Klett.

Wolf, Klaus (2007): Die Belastungs-Ressourcen-Balance. In: Kruse, Elke; Tegeler, Evelyn (Hg.): Weibliche und männliche Entwürfe des Sozialen. Wohlfahrtsgeschichte im Spiegel der Genderforschung; Opladen: Budrich, S. 281–292.

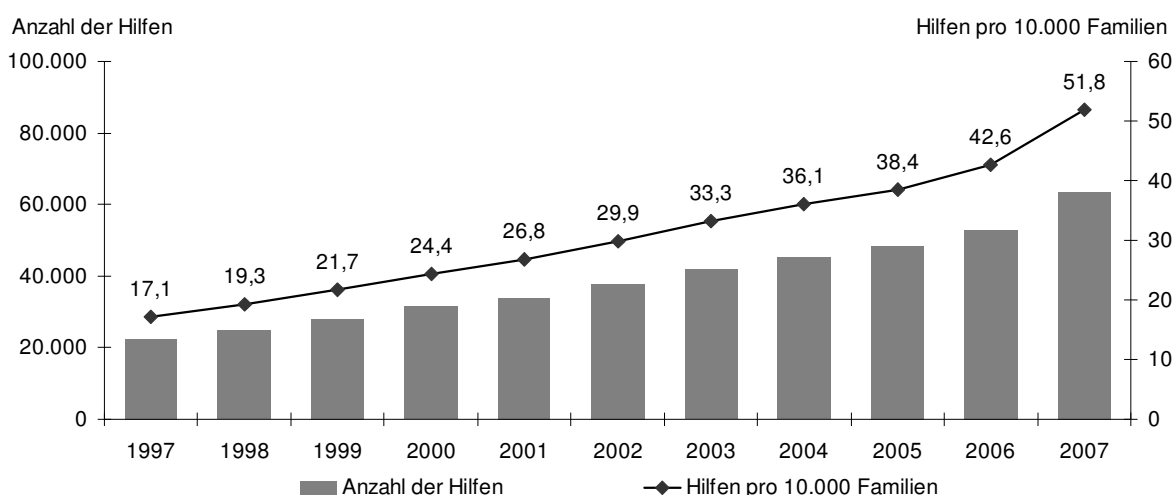
2. Dip. Päd. Anja Frindt, Prof. Dr. Klaus Wolf

: Weshalb ein Modellprojekt zu intensiven ambulanten erzieherischen Hilfen in Familien?

Die ambulanten Hilfen zur Erziehung haben in den letzten 15 Jahren eine erhebliche Ausweitung erfahren. Zwar sind die Fallzahlen in der stationären Betreuung ebenfalls angestiegen, aber der Zuwachs bei der ambulanten Betreuung ist deutlich höher. Bundesweit wird bei den familienunterstützenden und -ergänzenden Erziehungshilfen zwischen 1992 und 2004 ein Anstieg um 164% (von 70.184 auf 185.586) festgestellt (AKJ 2006). Für NRW wird allein für die SPFH zwischen 1991 und 2004 ein Anstieg um 250% berechnet (Universität Dortmund 2006). Der geschilderte Zuwachs setzt sich auch in aktuellen Daten fort. Im Jahr 2006 wurden in NRW 40.142 ambulante Hilfen durchgeführt, davon entfällt der größte Teil (absolute Fallzahl: 11.589, betreute Kinder: 26.251) auf die SPFH (AKJ 2008). Zu berücksichtigen ist außerdem, dass neben den erzieherischen Hilfen für Familien, die dem § 31 SGB VIII (SPFH) zugeordnet werden, weitere Hilfen z. B. nach § 27 SGB VIII durchgeführt werden. Zweifellos spielen also die ambulanten HzE-Interventionen eine erhebliche und zunehmende Rolle.

Die geschilderte Entwicklung der deutlichen Ausweitung des Fallzahlenvolumens setzte sich während der Projektlaufzeit fort. Die amtliche Statistik zu den erzieherischen Hilfen zeichnet dazu ein eindeutiges Bild.

Abbildung 1: Entwicklung der Fallzahlen für die SPFH gem. § 31 SGB VIII (Deutschland, 1997-2007, Angaben absolut und pro 10.000 Familien; Summe andauernder und beendeter Hilfen)¹



¹ Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen, verschiedene Jahrgänge Zusammenstellung und Berechnung Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik; übernommen aus: Pothmann 2009

Die aktuell verfügbaren Zahlen zeigen, dass im Jahr 2007 insgesamt 63.670 Familien, in denen 137.472 junge Menschen leben, die SPFH in Anspruch genommen haben.

Erstmals sind in den statistischen Daten auch Informationen zum Migrationshintergrund sowie zur wirtschaftlichen Situation von Familien erfasst. 27% der jungen Menschen in Familien, die SPFH erhalten, haben mindestens einen Elternteil mit ausländischer Herkunft. Das entspricht in etwa dem Bundesdurchschnitt. Rund 15% dieser erfassten jungen Menschen mit Migrationshintergrund sprechen zuhause in der Regel kein Deutsch. Hieraus ergeben sich besondere Anforderungen an die Dienste, Fachkräfte mit entsprechenden sprachlichen Fähigkeiten einzusetzen.

Hinsichtlich des Transfergeldbezuges, belegen die aktuellen Daten, dass von allen 2007 erfassten Familien 67% ganz oder teilweise von ALG II, bedarfsorientierter Grundsicherung oder Sozialhilfe leben. Die betreuten Familien leben somit häufig in Armut oder sind von Armutslagen bedroht.

Auf der anderen Seite ist die Betreuungsintensität pro Familie gesunken. Auch wenn hierfür keine genauen statistischen Angaben möglich sind, ergeben die Praxisberichte ein eindeutiges Bild:

Während in der älteren Fachliteratur 3, maximal 4 Familien pro Fachkraft auf einer vollen Stelle genannt wurden, sind heute 6 - 8 Familien keine Ausnahme mehr. Hinzu kommen gravierende Verschiebungen im Belastungsprofil der betreuten Familien, die zu einer neuen konzeptionellen Ausrichtung der Betreuung auch auf Familien mit chronischen Strukturkrisen und erheblichen Dauerbelastungen führen. Auch die aktuelle Diskussion über massive Kindesvernachlässigung und Familien in desolaten Lebenslagen werfen die Fragen nach den Leistungsmöglichkeiten und -grenzen der HzE-Hilfen für Familien auf. Die Frage nach sinnvollen, realistischen Zielen und geeigneten Methoden stellt sich in diesen Familien besonders deutlich.

In einem Grundlagenforschungsprojekt an der Universität Siegen (Mitte 2003 - Ende 2005) – mit Vorstudien in Mecklenburg-Vorpommern und im Rheinland – sind Forschungsergebnisse entwickelt und publiziert worden (Wolf 2001, 2003, 2006, 2006a; Frindt & Wolf 2004), die für eine Erhöhung der Wirksamkeit der HzE-Hilfen für Familien genutzt werden können. Auf diesen Forschungsergebnissen und die durch sie ausgelöste Methodenentwicklung beruhte das Modellprojekt.

3. Zielsetzung des Modellprojektes

Das Modellprojekt zielte darauf ab, die Wirksamkeit intensiver ambulanter erzieherischer Hilfen durch die Umsetzung von drei zentralen konzeptionellen Leitideen und eines darauf bezogenen, differenzierten handlungsmethodischen Ansatzes zu steigern. Eine zentrale Annahme des Projektes war, dass die nachhaltige Wirksamkeit der SPFH erhöht wird, wenn es gelingt,

- die Familienmitglieder systematisch zu ermutigen, zu aktivieren und positive Selbstwirksamkeitserfahrungen anzuregen,

- insbesondere für die Kinder den Zugang zu protektiven Faktoren außerhalb der Familie systematisch zu verbessern und
- Einsatz zielgerichteter Direktiven und kontrollierende Elemente in der richtigen Dosierung und unter Abwägung der Voraussetzungen und Nebenwirkungen einzusetzen.

Diese Leitideen sollten im Rahmen einer vierstufigen methodischen Vorgehensweise – sozialpädagogische Diagnose, Interventionsplanung, Intervention und Evaluation – in konkrete Interventionsstrategien umgesetzt werden.

Grundsätzlich wurde im Rahmen des Projektes davon ausgegangen, dass die Leistungsfähigkeit von Diensten abhängig ist von:

- den Organisationsstrukturen und der Leitung
- der Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der unmittelbaren Betreuung
- konzeptionellen Leitideen und methodischem Handeln und
- der Kooperation mit dem ASD.

Durch den Ansatz des Modellprojekts auf der Ebene der konzeptionellen Leitideen und des methodischen Handelns zeigten sich indirekt auch Auswirkungen auf die Ebene der Qualifikation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Sowohl die konzeptionellen Leitideen im Projekt als auch die methodische Vorgehensweise basierten auf den genannten umfangreichen Ergebnissen der Grundlagenforschung zur SPFH an der Universität Siegen. Sie werden im Folgenden vorgestellt.

3.1 Die konzeptionellen Leitideen

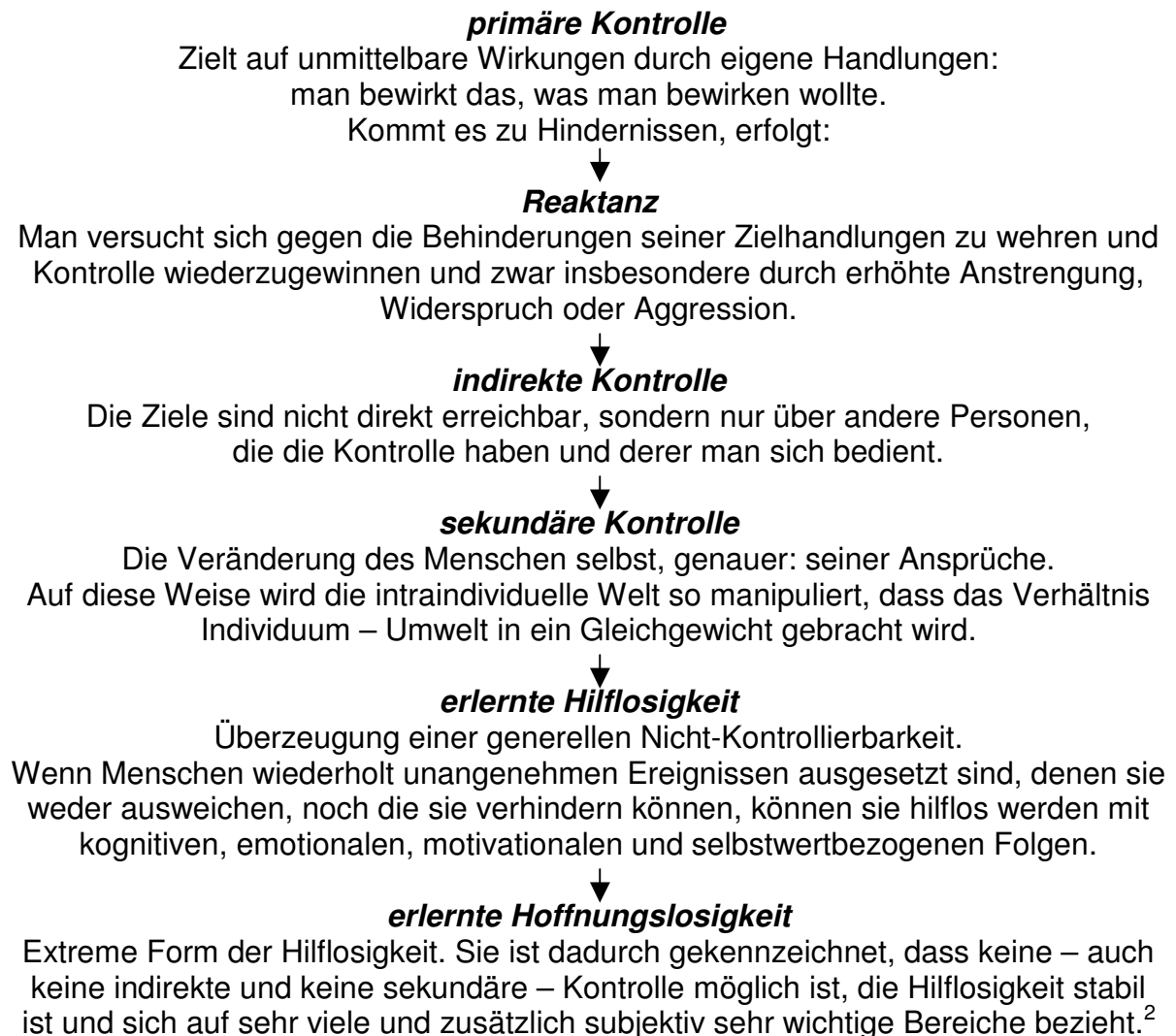
3.1.1 Ermutigung und Aktivierung als zentrales Interventionsziel

Eine Annahme lautet, dass die Selbsthilfepotenziale der Familie insgesamt und die der einzelnen Familienmitglieder deutlich und anhaltend erhöht werden können, wenn die Zuversicht in die Wirksamkeit eigener Handlungen durch die sozialpädagogischen Fachkräfte angeregt wird (Ermutigung). Diese Zuversicht ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die Eigenaktivitäten der Familienmitglieder, die dauerhaft nicht durch Druck von außen ersetzt werden kann. Aktivierung setzt also voraus, dass der Optimismus der Menschen, durch eigene Aktivitäten ihre Lebenssituation verbessern zu können, durch konkrete Erfahrungen gestärkt wird.

Im Forschungsprojekt „Sozialpädagogische Familienhilfe aus Sicht der Klientinnen und Klienten“ wurden eindrucksvolle Beispiele deutlich, wie es sozialpädagogischen Fachkräften gelingen kann, negative Prozesse abzumildern und Erfahrungen von Ermutigung, Aktivierung und Kontrollgewinn (im Sinne eines stärkeren Einflusses auf das eigene Leben) zu vermitteln. Das Vertrauen in die eigenen Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten ist offensichtlich die Voraussetzung vieler Lern- und Entwicklungsprozesse, die auf das gesamte Familienleben und die Erziehung der Kinder ausstrahlen.

Ein differenziertes Instrument zur Erfassung der Kontrollüberzeugung der einzelnen Familienmitglieder stellt die im Folgenden vorgestellte „Hierarchie der Kontrolle“ dar:

Abbildung 2: Hierarchie der Kontrolle/Eskalation des Kontrollverlustes



² Wolf: Ermutigung in der Sozialpädagogischen Familienhilfe, 2001

3.1.2 Zugang zu protektiven Ressourcen außerhalb der Familie

Auch wenn die familialen Lebensverhältnisse und die Umgangsformen der Familienmitglieder nicht (kurzfristig) grundlegend verändert werden, können die Lebens- und Entwicklungsbedingungen der einzelnen Kinder dadurch deutlich und anhaltend verbessert werden, dass der Zugang zu Ressourcen außerhalb der Familie eröffnet und systematisch erweitert wird (Woog 1998). Es sind nicht die Belastungsfaktoren in der Familie allein, die die Entwicklungschancen der Kinder beeinträchtigen, sondern eine ungünstige Relation zwischen Belastungs- und protektiven (schützenden) Faktoren. Neben der Reduzierung der Belastungen ist daher die Stärkung der protektiven Faktoren ein zentrales Interventionsziel.

Zur Erhebung individueller Belastungsprofile von Netzwerkanalysen lagen bereits einige Instrumente vor, die für das Modellprojekt modifiziert und auf ihre Praktikabilität geprüft werden sollten (siehe Abbildung 3 Maslowsche Bedürfnispyramide). Die hier weiterzuentwickelnden Instrumente sollten auch die Möglichkeit bieten, das Gefährdungspotenzial von Kindern in ihren Familien einzuschätzen und damit auch für die Beurteilung, ob die SPFH hier und derzeit ausreichend ist, verwendet werden.

Abbildung 3: Kindliche Lebensbedürfnisse



Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e. V.; Institut für Soziale Arbeit (Hrsg.): Kindesvernachlässigung. Erkennen – Beurteilen – Handeln. Münster, Wuppertal 2000

3.1.3 Zielgerichteter Einsatz von Direktiven und kontrollierenden Elementen

Das Forschungsprojekt lieferte sehr trennscharfe Kategorien, unter welchen Bedingungen Direktiven (Schuster 1997; ähnlich Petko 2004) und kontrollierende Elemente konstruktive bzw. umgekehrt sehr destruktive Effekte auslösen (Wolf 2006). So wurde festgestellt, dass kontrollierende Interventionen nur unter folgenden Bedingungen konstruktive Effekte hervorbrachten:

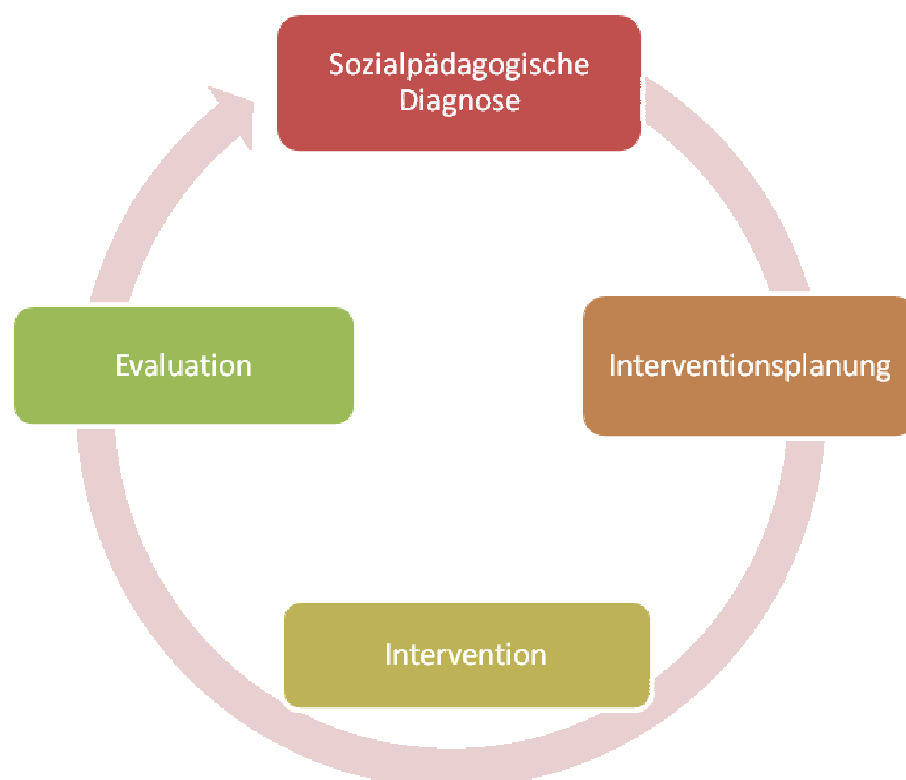
- Die Kontrolle erfolgte durch einen bekannten, akzeptierten, als wohlwollend erlebten Menschen (nicht durch einen Funktionär einer Institution).
- Die kontrollierenden Handlungen waren auf einzelne Felder beschränkt, auf partielle (und nicht umfassende) Kontrolle und es gab explizit kontrollfreie Bereiche.
- Es erfolgte im Verlaufe der Intervention eine allmähliche Reduzierung der Kontrolle (die Freude und der Stolz des „Das kann ich jetzt alleine“).
- Die kontrollierenden Interventionselemente waren Teil eines gemeinsamen Planes, die Klientinnen und Klienten waren an der Konstruktion des Planes („unser Projekt“) beteiligt.
- In den Außenkontakten gegenüber „kritischen“ Institutionen (Schule, Kindergarten, Sozialamt, manchmal Jugendamt) wurden die Klientinnen und Klienten verteidigt; wenn die Klientin oder der Klient hingegen eine Situation als Verrat durch die SPFH-Fachkraft erlebte, war die Wirkung der Kontrolle ausnahmslos destruktiv.
- Auch die Kontrollierenden waren in den Plan eingebunden. Es gab explizite Verpflichtungen für die professionelle Mitarbeiterin oder den Mitarbeiter. Sie konnten so auch zum Modell werden für den Umgang mit (zunächst) nicht eingehaltenen Zusagen.

Vor dem Hintergrund dieses Wissens ist weder der pauschale Verzicht auf kontrollierende Interventionselemente gerechtfertigt, noch ihr unbedachter Einsatz. Die Wirksamkeit der SPFH kann gerade in Familien mit erheblichen Belastungen deutlich erhöht werden, wenn solche Elemente differenziert und gut geplant eingesetzt werden.

3.2 Das methodische Vorgehen

Die Wirksamkeit der SPFH wird nicht nur über konzeptionelle Leitideen der Fachkräfte (s.o.) beeinflusst, sondern auch durch das methodische Handeln. Im Modellprojekt sollte deshalb eine spezifische methodische Vorgehensweise etabliert werden, verstanden als systematisches Vorgehen zur Lösung von Problemen mit folgenden allgemein anerkannten Verfahrensschritten:

Abbildung 4: Methodisches Handeln im Modellprojekt



Diese methodische Vorgehensweise mit den vier Schritten:

1. sozialpädagogische Diagnose (Situationsanalyse)
2. Interventionsplanung (Zielklärung, Handlungsplan)
3. Intervention (Veränderungsmaßnahme)
4. Evaluation (Auswertung)

stellte den roten Faden dar, der sich durch alle Themenfelder zog; unabhängig davon, ob die Klientinnen und Klienten ermutigt und aktiviert werden sollten, Direktiven wirksam eingesetzt werden sollten oder die Resilienz der Kinder gestärkt werden sollte.

Folgende Tabelle verdeutlicht die professionellen Strategien der jeweiligen konzeptionellen Leitideen:

Tabelle 1: Professionelle Strategien und konzeptionelle Leitideen

	Ermutung und Aktivierung	Zugang zu protektiven Ressourcen außerhalb der Familie	Zielgerichteter Einsatz von Direktiven und kontrollierenden Elementen
Sozialpädagogische Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> •systematische Beobachtung zur Bestimmung des Ausmaßes an Kontrollverlust und der Entmutigung bei den einzelnen Familienmitgliedern in verschiedenen Dimensionen: z.B. Organisation des Haushalts, Finanzen, eigene Gesundheit, Einfluss auf jedes Kind •Einschätzung der Kontrollüberzeugung der einzelnen Familienmitglieder für jede dieser Dimensionen (so weit für dieses Familienmitglied relevant) 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse des individuellen Belastungsprofils der einzelnen Kinder („Welche Faktoren beeinträchtigen ihre Entwicklung deutlich?“) und des Profils der tatsächlich zugänglichen Schutzfaktoren •Liste von wichtigen Dimensionen, in denen die Kinder auf Erziehungs- und Sozialisationsleistungen angewiesen sind •Einschätzung in welchem Umfang diese Erziehungs- und Sozialisationsleistungen hinreichend in der (Kern-)Familie abgedeckt sind •Definition der Mangelbereiche 	<ul style="list-style-type: none"> •Analyse der zentralen Faktoren, die die Effekte kontrollierender Elemente stark beeinflussen (z.B. Einschätzung der biografischen Sensibilisierung der Klientinnen und Klienten für Kontrolle und Direktiven, Interventionsgeschichte, Beziehung von Klientin /Klient und Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter) • Definition und Legitimation der Ziele, die durch Direktiven erreicht werden sollen •Einschätzung günstiger/ ungünstiger Faktoren und Definition des Zeitpunktes für den Einsatz
Interventionsplanung	<ul style="list-style-type: none"> •Definition realistischer Ziele für eine relative Erhöhung der Zuversicht und Planung der Interventionen in Bezug auf diese Ziele •Planung, wie positive Kontrollerfahrungen und Ermutung in den besonders ungünstigen Dimensionen angeregt werden können 	<ul style="list-style-type: none"> •Entwicklung von Zielvorstellungen für eine Verbesserung des Zugangs zu Schutzfaktoren •Prüfung der Realisierbarkeit im konkreten Fall 	<ul style="list-style-type: none"> •Planung des Einsatzes kontrollierender Elemente und Einschätzung der Risiken und Chancen
Intervention	Intervention		
Evaluation	Beobachtung der intendierten und nicht-intendierten Wirkungen der Intervention, Auswertung der Beobachtungen und Modifizierung der Interventionsplanung		

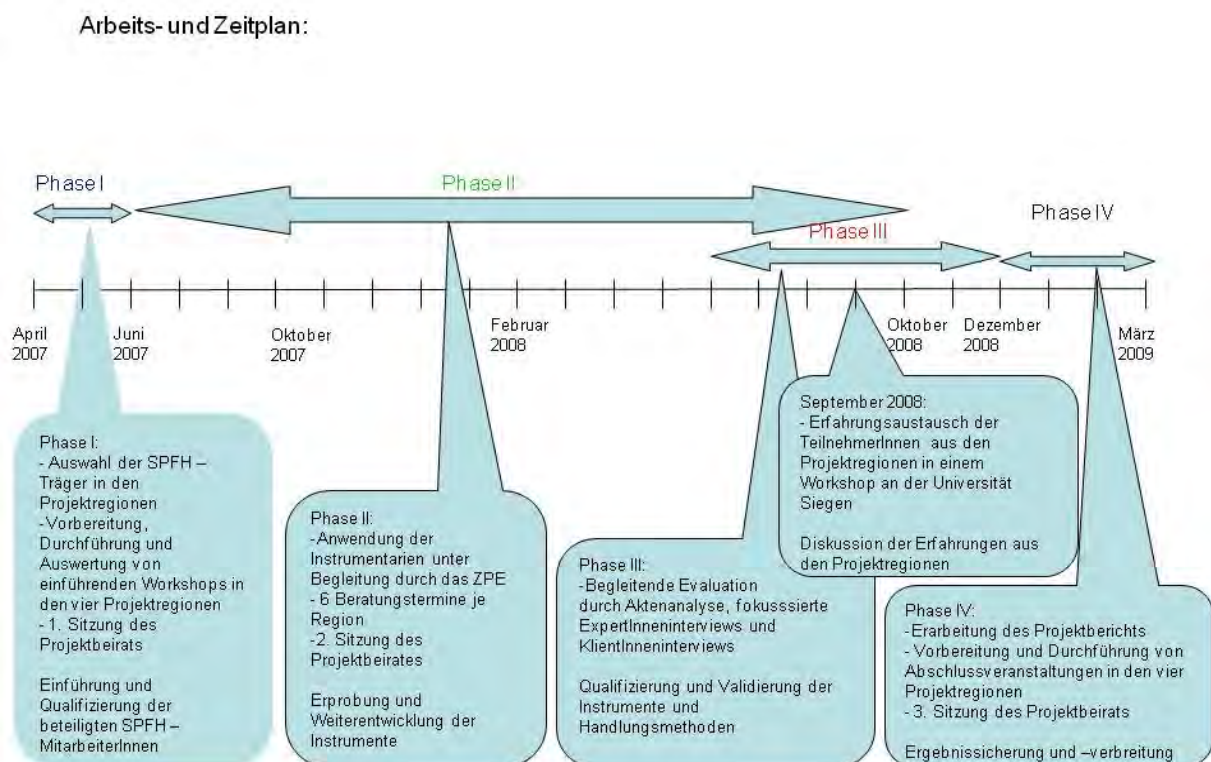
3.3 Organisatorische Umsetzung und Projektverlauf

Das Modellprojekt wurde in **vier Phasen** durchgeführt:

1. Qualifizierung/Fortbildung der Fachkräfte der teilnehmenden Dienste (Information zum Projektvorhaben, Vorstellung von konzeptionellen Leitideen und methodischem Vorgehen).
2. Anwendung geeigneter Diagnoseinstrumente und Handlungsmodelle in der Praxis.
3. Evaluation durch Aktenanalyse und fokussierte Experteninterviews. Die Ergebnisse flossen bereits in die Begleitung und Beratung ein.
4. Erstellung eines Abschlussberichtes mit den Projektergebnissen sowie Vorstellung der zentralen Ergebnisse in regionalen Fachtagungen.

Folgende Abbildung veranschaulicht den geplanten Projektverlauf:

Abbildung 5: Arbeits- und Zeitplan im Modellprojekt



Ergänzend zu den umfangreichen Beratungsaktivitäten vor Ort wurde am 20.08.2008 ein gemeinsamer Fachtag für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer und an der Universität Siegen durchgeführt. Hier fand ein übergreifender Austausch (alle Projektstandorte) statt; eine Zwischenbilanz wurde gezogen.

Das gesamte Projekt wurde durch einen **Projektbeirat** begleitet. Dem Projektbeirat gehörten jeweils ein/e Vertreterin und Vertreter der beteiligten Träger, des LWL-Landesjugendamtes Westfalen und der wissenschaftlichen Begleitung an. Innerhalb der Projektlaufzeit traf sich der Projektbeirat dreimal, um sich über Rückmeldungen aus den Modellregionen (z.B. Wie ist das Projekt angelaufen? Welche Erfolge und Schwierigkeiten gibt es vor Ort? Wie ist die Resonanz der Projektteilnehmerinnen und -teilnehmer? Welche Aspekte erachten sie als wichtig, damit das Projekt einen positiven Verlauf nehmen kann?) und Entwicklungsimpulse auszutauschen.

Folgende Personen vertraten die jeweiligen Institutionen im Projektbeirat:

Table 3: Mitglieder des Projektbeirates

Institution	Vertreter
LWL-Landesjugendamt Westfalen	Martin Lengemann, Heidi Knapp
Stadt Dortmund, Jugendamt, SPFH	Bodo Weirauch, Martin Jonas
Stadt Lüdenscheid, Jugendamt Ambulanter Dienst	Gerda Klusemann
Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe e. V. Erziehungshilfezentren	Evelyn Upmann-Stadler, Christiane Heibrok
Diakonisches Werk der Lippischen Landeskirche e. V., Detmold, SPFH	Ulrike Gliech, Brunhilde Schmelzer
Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste an der Universität Siegen	Prof. Dr. Klaus Wolf, Anja Frindt

Das gesamte Modellprojekt wurde durch eine wirkungsorientierte **Evaluation** begleitet. Das Ziel war eine umfassende Bestandsaufnahme, die auch nicht-intendierte Wirkungen mit einschloss. Dabei wurde davon ausgegangen, dass Wirkungen als Veränderungen von Strukturen, Prozessen und/oder individuellen Verhaltensweisen auftreten. Durch die Bilanzierung und Bewertung der entstandenen intendierten und nicht-intendierten Wirkungen konnten nützliche Erkenntnisse über das Modellprojekt gewonnen werden, die in die Konzeption des Nachfolgeprojekts einfließen. Zudem gab es bereits während der Projektlaufzeit regelmäßige Feedback- und Reflexionsrunden an allen Standorten, die Informationen zum Verlauf aus Sicht der beteiligten Fachkräfte lieferten und die weiteren Planungen sowie das weitere Vorgehen auf eine rationale Grundlage stellten. Diese **formative** Evaluation diente der rationalen Steuerung und dem kontinuierlichen Lernen. Indem Defizite und Probleme bei der Durchführung aufgedeckt und auf Risiken und Gefahren hingewiesen wurden, konnten Prozessabläufe verbessert und Fehler vermieden werden. Abschließend wurde zum Ende der Projektlaufzeit an jedem Standort eine **summative** Evaluation durchgeführt. Die Ergebnisse sollten darüber aufklären, wie wirkungsvoll, erfolgreich und nachhaltig das Modellprojekt verlaufen ist, wem es genutzt hat und wem nicht, welche Fehler gemacht wurden und in Zukunft vermieden werden sollten.

4 Zentrale Ergebnisse des Modellprojektes

Die oben vorgestellte Vorgehensweise konnte weitestgehend wie geplant durchgeführt werden. Bereits im Einführungsworkshop begannen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit der Erstellung der Diagnoseinstrumente zu den Schlüsselthemen der SPFH. Im weiteren Verlauf des Projektes wurden die konzeptionellen Leitideen implementiert und in konkrete Interventionsstrategien transformiert. Die vierstufige methodische Vorgehensweise wurde Schritt für Schritt eingeführt und auf konkrete Fälle vor Ort übertragen. In den folgenden Abschnitten werden wichtige Ergebnisse prozesshaft aus dem Verlauf der Implementation präsentiert.

4.1 Entwicklung der Instrumentarien

Einen wesentlichen Bestandteil des Modellprojektes stellte die Entwicklung geeigneter Diagnoseinstrumente dar, die es ermöglichen die Situation der Familien bzw. einzelner Familienmitglieder im Hinblick auf die konzeptionellen Leitideen (s.o.) systematisch zu erfassen. Diese Instrumente unterscheiden sich in den einzelnen Projektregionen, da es galt, ein im jeweiligen Kontext sinnvolles Instrument zu erarbeiten. Während der gesamten Projektlaufzeit wurden die Instrumente weiterentwickelt und kontinuierlich verbessert. Exemplarisch soll an dieser Stelle anhand der Diagnoseinstrumente beschrieben werden, wie sie entstanden sind und welche Fragen sich in der Anwendung stellten.

4.1.1 Werkstattbericht: Entwicklung der Diagnoseinstrumente

In den Einführungsworkshops wurden den Fachkräften die konzeptionellen Leitideen vorgestellt. Bei der Übertragung der Forschungsergebnisse in konkrete Interventionsstrategien für die Praxis ging es im ersten Schritt darum, Diagnoseinstrumente zu entwickeln. Im Fokus stand eine geleitete Informationssammlung, -auswertung und -interpretation. Die Diagnoseinstrumente sollten dem Zweck dienen, die Urteils- und Entscheidungsfindung bei der Einleitung, Begleitung und Beendigung von ambulanten erzieherischen Hilfen in Familien zu unterstützen. Ausgehend von den Grundannahmen der konzeptionellen Leitideen überlegten die Fachkräfte der Dienste, wie sich die Situation der Familienmitglieder erfassen lässt.

Ermutigung und Aktivierung als zentrale Interventionsstrategie

Um später gezielt intervenieren zu können, mussten die Fachkräfte die Kontrollüberzeugungen der einzelnen Familienmitglieder in verschiedenen Dimensionen einschätzen können. Bei diesem Thema nutzten sie die „Hierarchie der Kontrolle“ für das zu erstellende Diagnoseraster. Zusätzlich wurden wichtige Dimensionen des Familienlebens gesammelt, für die jeweils eingeschätzt werden sollte, auf welcher Kontrollstufe die Familie sich befand.

Die erste Variante des Diagnoseinstrumentes zu dieser konzeptionellen Leitidee sah bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AWO Ostwestfalen-Lippe wie folgt aus:

Tabelle 4: Diagnoseinstrument der AWO Ostwestfalen-Lippe
(Ermutigung und Aktivierung)

	Primäre Kontrolle	Reaktanz	Indirekte Kontrolle	Sekundäre Kontrolle	erlernte Hilflosigkeit	erlernte Hoffnungslosigkeit
GESUNDHEIT DER ELTERN (psychisch und physisch)						
GESUNDHEIT DER KINDER						
ERZIEHUNG (Selbsteinschätzung des Einflusses auf jedes Kind)						
HAUSHALT (Ernährung, Hygiene, Größe der Wohnung, Aufteilung der Räume, Zustand der Möbel, Gestaltung)						
FINANZIELLE SITUATION (Grundbedürfnisse, weitergehende Bedürfnisse)						
SELBSTORGANISATION						
BERUFLICHE PERSPEKTIVE						
BEZIEHUNG (Paarbeziehung Eltern zum 1. Kind Eltern zum 2. Kind)						
NETZWERKE (private Helfer, Profi-Helfer)						
UMGANG MIT BEHÖRDEN						

Im Verlauf der Entwicklung der Diagnoseinstrumente stellte sich beim Ermutigungsthema in allen Modellregionen der Umgang mit den theoretischen Kategorien der einzelnen Kontrollstufen als problematisch heraus. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbei-

ter der SPFH des Jugendamtes Dortmund entwickelten daher treffende alltagstaugliche Umschreibungen für die jeweiligen Kategorien:

Tabelle 5: Umschreibung der Kategorien der „Hierarchie der Kontrolle“

Primäre Kontrolle	Reaktanz	Indirekte Kontrolle	Sekundäre Kontrolle	erlernte Hilflosigkeit	erlernte Hoffnungslosigkeit
„Ich tue etwas und es klappt so wie ich es wollte“	„Ich strengte mich mehr an, dann klappt es.“	„Ich suche mir Hilfe damit es klappt.“	„Ich passe meine Ansprüche den Gegebenheiten an.“	„Ich habe versucht etwas zu verändern, weiß nicht mehr weiter, bin hilflos.“	„Ich weiß nicht mehr weiter, mir kann keiner helfen, es gibt keine Hoffnung mehr.“

Zugang zu protektiven Ressourcen außerhalb der Familie

Bei der Umsetzung dieser konzeptionellen Leitidee benötigten die Fachkräfte ein Diagnoseinstrument, das es ihnen erlaubte, im Einzelfall zu prüfen, welche kindlichen Lebens- und Entwicklungsbedürfnisse innerhalb der Familie durch die Eltern nicht oder nur wenig abgedeckt würden. Um ein solches Instrument zu entwickeln, überlegten sie, in welchen wichtigen Dimensionen die Kinder auf Erziehungs- und Sozialisationsleistungen angewiesen waren. Ausgehend von der Maslowschen Bedürfnispyramide wurden den fünf Dimensionen (siehe Grafik unter 3.2.2) einzelne Indikatoren zugeordnet. Um die Indikatoren zu konkretisieren, wurden Ergänzungen vorgenommen. Zum Beispiel gehören zum physiologischen Bedürfnis nach Schlaf ein ruhiger Raum und ein eigenes Bett.

Um einzuschätzen, in welchem Umfang diese Erziehungs- und Sozialisationsleistungen in der Kernfamilie abgedeckt sind, wurden Kategorien („ja“, „eher ja“, „eher nein“, „nein“) gebildet. Zu einem späteren Zeitpunkt wurden die Kategorien „Dritte“, „+“ und „-“ ergänzt. Damit sollte es möglich sein, schon während der diagnostischen Überlegungen mit aufzunehmen, ob an der Erfüllung kindlicher Bedürfnisse dritte Personen bereits beteiligt waren und ob deren Einfluss positiv oder negativ eingeschätzt wurde.

Exemplarisch sah das im Diagnoseraster des Diakonischen Werkes zur ersten Ebene der kindlichen Bedürfnisse (physiologischen Bedürfnisse) folgendermaßen aus:

Table 6: Diagnoseinstrument des Diakonischen Werkes der Lippischen Landeskirche (Zugang zu protektiven Ressourcen außerhalb der Familie)

	Ja	Eher Ja	Eher Nein	Nein	Dritte ³	+	-
1. Physiologische Bedürfnisse							
Schlaf (ruhiger Raum, eigenes Bett)							
Ernährung (Ausgewogen, mind. 1 warme Mahlzeit, mind. 3 Mahlzeiten/Tag)							
Kleidung (witterungsentsprechend, passend)							
Körperliche Zuwendung (Zärtlichkeit)							
Wohnraum (Rückzugsmöglichkeit, Spiel, Hausaufgaben)							
Pflege und Hygiene (Person)							
Ordnung (Wohnraum, Haushalt)							

Das komplette Diagnoseraster (siehe Anhang für alle Entwicklungs- und Sozialisationsbedürfnisse) erlaubte so eine Einschätzung, wo die Notsituationen für die Kinder lagen. Die Frage, in welchen Bereichen wichtige kindliche Bedürfnisse nicht oder nur sehr unzureichend erfüllt wurden, konnte präzise beantwortet werden. Im Ergebnis der Diagnose konnte das individuelle Belastungsprofil der einzelnen Kinder und das Profil der tatsächlich zugänglichen Schutzfaktoren analysiert werden. Davon ausgehend konnte im Einzelfall geprüft werden, ob und ggf. wer als hilfreicher Dritter die kindlichen Entwicklungsbedürfnisse stillen und wie der Zugang hergestellt werden konnte.

Zielgerichteter Einsatz von Direktiven und kontrollierenden Elementen

Am schwierigsten gestaltete sich die Transformation der Forschungsergebnisse zur Wirkung von Direktiven in ein konkretes Diagnoseinstrument, das es erlaubte, zentrale Faktoren, die die Effekte kontrollierender Elemente stark beeinflussen (z. B. biografische Sensibilisierung der Klientinnen und Klienten, Interventionsgeschichte, Beziehung von Klientin/Klient und Mitarbeiterin/Mitarbeiter) zu analysieren. Trotzdem gelang es an allen Standorten, sehr sinnvolle Instrumente zu entwickeln.

Das Diagnoseinstrument der SPFH-Fachkräfte des Diakonischen Werkes in Detmold begann beispielsweise mit der Einschätzung der biografischen Sensibilisierung für Kontrolle und Direktiven. Das Instrument fragte nach biografischen Belastungen und aktuellen Erfahrungen mit kontrollierenden Elementen. Zusätzlich konnten Bemerkungen ergänzt werden.

³ Sind Dritte schon beteiligt? Wenn ja, wer? Welche Rolle haben Dritte? Üben Sie positiven oder negativen Einfluss aus?

Table 7: Diagnoseinstrument des Diakonischen Werkes der Lippischen Landeskirche (Direktiven und kontrollierende Elemente)

Einschätzung biografischer Sensibilisierung für Kontrolle und Direktiven	Ja	Nein	Wenn ja, 😊	Wenn ja, 😐	Wenn ja, 😞
Eigene Fremdunterbringung, Heimerfahrung?					
Erfahrungen mit Kontrolle in der Herkunftsfamilie (Eltern als Kinder)					
Aktuelle Kontrolle im Umfeld					

Anmerkung:

In einem zweiten Schritt wurde die Interventionsgeschichte erschlossen:

Interventionsgeschichte	Ja	Nein	Wenn ja, 😊	Wenn ja, 😐	Wenn ja, 😞
JA – Erfahrung?					
Freiwillige SPFH?					
Gerichtliche Anordnung?					
SPFH – Erfahrung im Umfeld					
Erfahrung mit Institutionen ? (Frühförderung, Kita, Kinderarzt, Krankenhaus, Schule)					

Anmerkung:

Es folgte ein Beziehungsbarometer, das dabei helfen sollte, die Tragfähigkeit der helfenden Beziehung zwischen Fachkraft und Familie einzuschätzen:

Beziehungsbarometer:	
a) Einschätzung der Beziehung zwischen mir und den Familienmitgliedern (Professionelle Beziehung):	

Loses, unverbindliches Verhältnis	enge, dichte, Beziehung
b) Einschätzung des Vertrauensverhältnisses zwischen mir und den Familienmitgliedern:	

Vertrauen	Misstrauen

Abschließend wurde ein kritischer Blick auf die Ziele, die durch die direkte Intervention erreicht werden sollten, und ihre Legitimation geworfen:

Welche Ziele sollen durch die direkte Intervention erreicht werden?

Wie sind diese Ziele legitimiert? (z.B. großes Problem für Entwicklung der Kinder, aus eigenen Impulsen nicht lösbar)

4.1.2 Überarbeitung der Diagnoseinstrumente

Im Verlauf des Modellprojektes wurden die entwickelten Diagnoseraster von den Fachkräften eingesetzt, sukzessive verbessert und an die Rahmenbedingungen vor Ort angepasst. Ergebnis der Diagnose sollte ein differenziertes Bild der Familie sein, das es erlaubt, anschlussfähige Entwicklungsimpulse zu planen. Im Rahmen der Beratungstage gab es vielfältige Diskussionen zum Verfahren der Diagnostik und den entwickelten Instrumenten, die im Folgenden nachgezeichnet werden sollen.

Dies bezog sich zum einen auf **Differenzierungen** und Ergänzungen, die eingefügt wurden. Wenn z.B. die Eltern ihren erzieherischen Einfluss auf die älteren Kinder weniger gut einschätzten als auf die jüngeren Geschwister (s.o. Diagnoseraster Ermutigung), sollte das Instrument so differenziert sein, dass es mögliche Unterschiede zwischen den Kindern deutlich machte.

Zum anderen gab es Diskussionen, welche **Kriterien zu einer Einschätzung in den einzelnen Dimensionen** notwendig waren und wie diese operationalisiert werden konnten. So ist es beim Thema Ermutigung z.B. nicht wesentlich, ob die Familie gut mit dem zur Verfügung stehenden Geld zurechtkommt oder wie zufrieden sie mit der Situation ist, sondern ob die Eltern den Eindruck haben, ihre finanzielle Situation beeinflussen zu können. Es geht weniger um normative Einschätzungen („Ist die Wohnung sauber?“) sondern darum, ob die Klientinnen und Klienten in den einzelnen Dimensionen Handlungsmöglichkeiten sehen bzw. diesen Lebensbereich beeinflussen können.

Die Entwicklung der Diagnoseraster bewegte sich stets in einem Spannungsfeld: Einerseits sollte die **Komplexität** des familialen Zusammenlebens präzise erfasst werden, andererseits sollte das Instrument handhabbar sein und die **Kernkategorien** der SPFH enthalten. So stellten die Fachkräfte manchmal fest, dass die Fragekategorien nicht ausführlich genug waren. Wenn eine Mutter beispielsweise ihre eigene Gesundheitsfürsorge lapidar mit den Worten „ich geh jetzt nicht wegen allem zum Arzt“ beantwortet und die Fachkraft feststellt, dass die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nicht genutzt werden, die Untersuchungen zur Schwangerschaftsvorsorge aber wahrgenommen werden. In solchen und ähnlich gelagerten Fällen wurden Kommentarspalten eingefügt, die im Bedarfsfall genutzt werden können.

Diskutiert wurde auch die Frage, wie man die für die Diagnose notwendigen **Informationen** sammelt. Neben Beobachtungen der Familiensituation und Gesprächen mit der Familie existieren fast immer Dokumente (z.B. Betreuungsakten des ASD). Einige Informationen lassen sich leicht abfragen und beobachten, andere wiederum, z.B. zu biografischen Belastungen, erschließen sich oftmals nicht sofort, sondern erst, wenn eine Vertrauensebene zwischen Familie und Fachkraft hergestellt ist.

Bei allen diagnostischen Einschätzungen handelt es sich um **Momentaufnahmen**. Diese können sich ändern, z.B. nach Herausnahme eines Kindes aus der Familie, wenn dementsprechend die in der Familie verbliebenen Kinder stärker in den Fokus rücken. Das Sichverändern diagnostischer Einschätzungen im Verlauf von Wochen und Monaten sollte sich zu verschiedenen Zeitpunkten im Verlauf der Hilfe abbilden lassen. Sehr oft treten im Verlauf einer SPFH Ereignisse ein, die auf einmal einen anderen Bereich des Familienlebens viel stärker in den Fokus der Arbeit rücken: so

z.B. wenn eine Zwangsäumung ansteht, die Familie kein Geld mehr zur Verfügung hat, bei Trennung und Umzug oder erneuter Schwangerschaft.

Für **welches Familienmitglied** das Diagnoseinstrument ausgefüllt werden sollte, war ebenso eine wesentliche Frage. Schlüsselfiguren in der SPFH sind oft Mütter und Kinder. Während die konzeptionellen Leitideen „Ermutigung“ und „zielgerichteter Einsatz von Direktiven“ die Situation aus Sicht der Eltern erfassen, geht es beim Thema „Zugang zu protektiven Ressourcen außerhalb der Familie“ um eine Einschätzung aus der Perspektive des Kindes.

Beim Testen der Diagnoseinstrumente wurde schnell deutlich, dass es bei einem erheblichen Teil von Familien deutliche Unterschiede in den Einschätzungen gab. **Diskrepanzen** aus **Selbsteinschätzung** durch die Familienmitglieder und **Fremdeinschätzung** durch die Fachkräfte tauchten auf. Im Diagnoseraster wurden diese Unterschiede durch verschiedene Symbole (z.B. X = Klient, 0 = SPFH-Fachkraft) oder unterschiedliche Farben verdeutlicht. So konnten beispielsweise auch Kontrollillusionen erfasst werden. Das ist z.B. der Fall, wenn die Familienmitglieder meinen, sie hätten ihre finanzielle Situation im Griff, dem aber die Beobachtung der Fachkraft entgegen steht, dass zum Ende des Monats kein Geld für Lebensmittel mehr vorhanden ist. Für das Wohlbefinden der Eltern ist ihre Einschätzung der Situation dann hinreichend (sie fühlen sich kompetent), für praktische Effekte („besser mit dem zur Verfügung stehenden Geld zurechtkommen“) ist sie es nicht. Solche Diskrepanzen werfen pädagogische Probleme auf. Solange keine gemeinsame Sicht existiert, ist die Chance auf Entwicklungsprozesse relativ gering, da für eine wirksame Hilfe ein Mindestmaß an Coproduktion der Familie erforderlich ist. Aufgabe der Fachkräfte ist es, die unterschiedlichen Perspektiven aufeinander zu beziehen, zu gewichten und bilanzierend in Beziehung zu setzen. Die Herausforderung liegt darin, zu akzeptablen Problemdeutungen und Interventionsentscheidungen zu kommen, die die Fachkräfte gegenüber den Nutzern und anderen Akteuren vertreten können.

In der praktischen Umsetzung der sozialpädagogischen Diagnose gingen die beteiligten Standorte unterschiedliche Wege. Einige nutzten die Diagnoseinstrumente zur eigenen Standortbestimmung und setzten sie grundsätzlich **nur für die Fachkräfte** ein. Andere nahmen die Instrumente **mit in die Familien**, ließen die Familien ihre Situation einschätzen und kamen so mit diesen ins Gespräch. Manche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nahmen die Diagnoseraster mit in die Familie, wenn sie sich pädagogisch einsetzen ließen, z. B. als „Ermutigungsbogen“ (Aufzeigen von Fortschritten im Betreuungsverlauf) oder zum Konfrontieren der Familie. Teilweise erlebten die Fachkräfte das Sprechen mit der Familie über die Diagnoseinstrumente als interessantes methodisches Element. Mit den Familien über ihre Situation zu sprechen, veränderte in einigen Fällen das Feld: die Familien fühlten sich wertgeschätzt und ernst genommen. Teilweise wurden die Diagnoseinstrumente gezielt als Gesprächsaufhänger eingesetzt oder zur Vorbereitung auf Hilfeplangespräche genutzt. Einige Modellregionen **übersetzten** die Diagnoseraster in die russische, polnische und türkische Sprache.

4.2 Etablierung des methodischen Vorgehens

Im Projektverlauf wurden Präzisierungen innerhalb des methodischen Vorgehens erforderlich. Beim Erproben der neuen konzeptionellen Leitideen wurde deutlich,

dass es hilfreich war, das methodische Vorgehen themenspezifisch zu konkretisieren. Deshalb wurden zu den einzelnen Leitideen Fragen und konkrete Handlungsanweisungen entwickelt, die das Umsetzen in die Praxis erleichtern sollten. Diese werden im Folgenden vorgestellt.

Sozialpädagogische Diagnose

Die für den ersten Schritt der sozialpädagogischen Diagnose erstellten Instrumente wurden oben bereits vorgestellt. Ziel ist es, die Situation der Familien im Hinblick auf die konzeptionellen Leitideen systematisch zu erfassen. Um die sozialpädagogische Diagnose zu erstellen, wurden dann zielgerichtet Informationen gesammelt. Zur besseren Umsetzbarkeit wurden folgende Handlungsempfehlungen entwickelt:

Tabelle 8: Handlungsempfehlungen zur sozialpädagogischen Diagnose

Ermutigung und Aktivierung als zentrale Interventionsstrategie

- Beobachten Sie systematisch die verschiedenen Dimensionen ihres Diagnose-rasters (z.B. Organisation des Haushalts, Finanzen, Umgang mit Gesundheit, Wohnen, Erziehung), um das Ausmaß an Kontrollverlust und Entmutigung bei den einzelnen Familienmitgliedern bestimmen zu können.
- Schätzen Sie danach die Kontrollüberzeugung der einzelnen Familienmitglieder für jede dieser Dimensionen (soweit für das Familienmitglied relevant) ein.

Zugang zu protektiven Ressourcen außerhalb der Familie

- Beobachten Sie systematisch, welche kindlichen Bedürfnisse in der Familie (nicht) abgedeckt werden, um das individuelle Belastungsprofil der einzelnen Kinder („Welche Faktoren beeinträchtigen ihre Entwicklung deutlich?“) und das Profil der tatsächlich zugänglichen Schutzfaktoren analysieren zu können.
- Schätzen Sie ein, in welchem Umfang diese Erziehungs- und Sozialisationsleistungen hinreichend in der (Kern-) Familie abgedeckt sind.
- Definieren Sie die Mangelbereiche. Wo liegen die Notsituationen für die Kinder?
- In welchen Bereichen werden wichtige kindliche Bedürfnisse nicht oder nur sehr unzureichend erfüllt?
- Kann dieser Mangel durch Dritte kompensiert werden und wie kann das ange-regt werden?

Zielgerichteter Einsatz von Direktiven und kontrollierenden Elementen

- Definieren Sie die Ziele, die durch Direktiven erreicht werden sollen.
- Wie sind diese Ziele legitimiert? (z.B. von innen, von außen)
- In welchen Problemfeldern wollen/müssen Sie durch Direktiven Veränderungen auslösen?
- Analysieren Sie die zentralen Faktoren, die die Effekte kontrollierender Elemente stark beeinflussen (z. B. Einschätzung der biografischen Sensibilisierung der Klientinnen und Klienten für Kontrolle und Direktiven, Interventionsgeschichte, Beziehung von Klientin oder Klient zu Mitarbeiterin oder Mitarbeiter) mit Hilfe ihres Diagnoserasters.
- Schätzen Sie günstige/ungünstige Faktoren (aus der Liste notwendiger Bedin-gungen) ein.⁴

⁴ Zusammenstellung Frindt 2008

Dementsprechend beobachteten die Fachkräfte, unterschieden, beschrieben und analysierten die familiäre Lebenssituation. Es ging darum, das Problem zu erfassen, um an die bisherigen Lebenserfahrungen mit der Intervention anknüpfen zu können. Die bisherige Interventionsgeschichte sollte dabei möglichst genau analysiert werden, um treffsicher agieren zu können. So sollte z.B. vermieden werden an Stellen anzusetzen, die die Familie besonders abschirmen. Stattdessen sollten erfolgreiche Interventionselemente aufgegriffen und aus den Erfahrungen der Vorgänger gelernt werden.

Interventionsplanung

Die folgende Interventionsplanung baut eng auf dem Ergebnis der sozialpädagogischen Diagnose auf. In der Interventionsplanung nehmen die Fachkräfte den Handlungsablauf gedanklich voraus. Es gilt, realistische Ziele zu planen. Zur Unterstützung des Praxistransfers wurden die folgenden Fragen zu den einzelnen konzeptionellen Leitideen in diesem Handlungsschritt entwickelt:

Table 9: Handlungsempfehlungen zur Interventionsplanung

Ermutigung und Aktivierung als zentrale Interventionsstrategie

- Definieren sie realistische Ziele für eine relative Erhöhung der Zuversicht und planen sie Interventionen in Bezug auf diese Ziele.
- Überlegen sie, wie positive Kontrollerfahrungen und Ermutigung in den verschiedenen Dimensionen (auch den besonders ungünstigen) angeregt werden können.
- Wo entstehen neue Einflussmöglichkeiten?
- Welche Dosierungen sind möglich und sinnvoll?

Zugang zu protektiven Ressourcen außerhalb der Familie

- Entwickeln sie Zielvorstellungen für eine Verbesserung des Zugangs zu Schutzfaktoren.
- Prüfen sie im konkreten Fall, ob diese sich realisieren lassen.
- Wen können sie dafür gewinnen?
- Wenn der Mangel nicht kompensiert werden kann: Welche Konsequenzen für den Schutz der Kinder ergeben sich?

Zielgerichteter Einsatz von Direktiven und kontrollierenden Elementen

- Planen Sie den Einsatz kontrollierender Elemente und schätzen Sie die Risiken und Chancen ein.
- Wie planen Sie die Durchführung von Direktiven (Wo fangen sie an? Wie hoch darf die „Dosierung“ sein, was stellen sie eher zurück?)
- Welche Zeitpunkte planen Sie für die kontrollierenden Elemente (Anknüpfungspunkte für das Thema, symbolische Auslöser?)
- Erfolgt die Kontrolle durch einen bekannten, akzeptierten, als wohlwollend erlebten Menschen (Dimension vertrauensvolle Beziehung in der Diagnose)?
- Sind die kontrollierenden Handlungen auf einzelne Felder beschränkt? Gibt es explizit kontrollfreie Bereiche?
- Erfolgt im Verlauf der Intervention allmählich eine Reduzierung der Kontrolle?

- Sind die kontrollierenden Elemente Teil eines gemeinsamen Planes? Sind die Klientinnen und Klienten und Klientinnen und Klienten und Klienten an der Konstruktion dieses Planes beteiligt? Wurden die kontrollierenden Elemente mit den Klientinnen und Klienten besprochen?
- Werden die Klientinnen und Klienten in Außenkontakten gegenüber kritischen Institutionen verteidigt?
- Sind auch sie als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter in den Plan eingebunden? Gibt es auch für Sie Verpflichtungen?⁵

Wie geht es jetzt auf Grundlage der Diagnose konkret weiter? Wo setzt die Intervention an? Sinnvoll ist der Einsatz insbesondere da, wo die Diskrepanzen (zwischen Einschätzung der Familie und Einschätzung der Fachkraft) gering sind und die Erfolgsaussichten groß.

Intervention

Als nächstes folgt die Intervention. Dabei geht es darum, die Interventionsplanung, die auf der sozialpädagogischen Planung beruht, nicht einfach durchzusetzen, sondern in der aktuellen Situation flexibel zu handhaben und auf die Situation in der Familie zu transformieren. Die Fachkraft steuert den Einsatz wesentlich mit. Ihr Einsatz soll der Aneignung und Selbstbemächtigung der Familienmitglieder dienen. Im Vordergrund der Arbeit steht das Eingehen auf die aktuelle Situation, im Hintergrund werden die Einzelaktivitäten auf lange Entwicklungslinien konsistent ausgerichtet. Bei der Bewältigung aktueller Probleme sollte das Handlungszentrum soweit wie möglich bei den Familienmitgliedern liegen. Zur Intervention wurde kein Katalog mit Fragen oder Handlungsanweisungen entwickelt, da die Komplexität möglicher Interventionen zu umfangreich ist, um sie in einigen Sätzen konkret abbilden zu können.

Evaluation

Abschließend folgt die nachgehende Betrachtung des erfolgten Handelns: Was ist eingetreten? Was bedeutet das für den Zusammenhang? Intendierte und nicht-intendierte Wirkungen der Intervention werden beobachtet und ausgewertet. Die weitere Interventionsplanung wird dementsprechend modifiziert.

Die in der Phase der Etablierung des methodischen Vorgehens entwickelten Fragen zu diesem letzten Schritt sahen folgendermaßen aus:

⁵ Zusammenstellung Frindt 2008

Tabelle 10: Handlungsempfehlungen zur Evaluation

Ermutigung und Aktivierung als zentrale Interventionsstrategie

- Ist es Ihnen gelungen, Ihren Klientinnen und Klienten neue Kontrollerfahrungen zu ermöglichen? Wie ist es Ihnen gelungen?
- Ist es Ihnen gelungen, die Zuversicht Ihrer Klientinnen und Klienten in die Wirksamkeit ihrer Handlungen zu erhöhen und wenn ja, wie?
- Konnte das Aktivitätspotenzial Ihrer Klientinnen und Klienten gesteigert werden? In welchen Bereichen?

Zugang zu protektiven Ressourcen außerhalb der Familie

- Wie ist es Ihnen gelungen, dem Kind Zugang zu dritten Personen/Ressourcen außerhalb der Familie zu ermöglichen bzw. zu erschließen?
- Wie ist es Ihnen gelungen, den Sozialraum des Kindes zu eröffnen und systematisch zu erweitern?
- Wer übernimmt konkret welche Aufgaben?

Zielgerichteter Einsatz von Direktiven und kontrollierenden Elementen

- Zu welchem Zeitpunkt haben Sie die Direktiven eingesetzt?
- Wie haben Sie den Einsatz von Direktiven durchgeführt?
- Welche Beobachtungen zu Nebenwirkungen haben Sie gemacht?⁶

Der dargestellte Ablauf aus sozialpädagogischer Diagnose, Interventionsplanung, Intervention und Evaluation war zentral für das professionelle Handeln im Modellprojekt. Die sozialpädagogischen Diagnosen wurden als Prozess betrachtet, der die Interventionen in den Familien begleitete. Dementsprechend mussten sie fortgeschrieben und verändert werden. Die Ergebnisse der sozialpädagogischen Diagnosen konnten im weiteren Verlauf der SPFH immer wieder zur Reflexion und der weiteren Hilfeplanung herangezogen, fortgeschrieben und revidiert werden. So konnte auch am ehesten dem Prozesscharakter von Familienleben und dem Hilfeverlauf entsprechen werden. Das sozialpädagogische Fallverstehen war gekennzeichnet durch kontinuierliche Überprüfung der Urteils- und Entscheidungsfindung der Fachkräfte bei der Einleitung, Begleitung und Beendigung von Interventionsprozessen.

4.3 Die drei Leitideen und ihre Verknüpfung

An drei Leitideen wurde im Modellprojekt gemeinsam gearbeitet, von denen eine wirksamere Hilfe zu erwarten ist:

- Wie kann Ermutigung, Aktivierung und Kontrollgewinn angeregt werden?
- Wie kann systematisch das außerfamiliale Sozialisationsfeld genutzt werden und den Kindern Zugang zu Schutzfaktoren im Umfeld erschlossen werden?

⁶ Zusammenstellung Frindt 2008

- Wie können Direktiven und kontrollierende Elemente konstruktiv eingeführt werden?

Aus methodisch-didaktischen Gründen wurden diese Themen einzeln erschlossen. Selbstverständlich gibt es zwischen ihnen vielfältige Überschneidungen. Im Verlauf des Projektes stellte sich später die Frage, wann welche Interventionsstrategie relevant wird. In welcher Situation erscheint ein Thema angemessen? Wann passt es eher nicht? Mehrere Fallverläufe wurden entsprechend analysiert. Das Ergebnis war wenig verblüffend: Oft werden alle drei Interventionsstrategien in einem Fall eingesetzt, allerdings zu unterschiedlichen Zeitpunkten und mit unterschiedlicher Intensität. Die folgende Abbildung veranschaulicht diesen Zusammenhang:

Abbildung 6: Verknüpfung der drei Leitideen



Im Rahmen des Modellprojektes war auffällig, dass sich das **Ermutigungsthema** wie ein roter Faden durch alle Fälle zog. Eine mögliche Erklärung ist darin zu sehen, dass Ermutigung nicht nur eine Interventionsstrategie ist, sondern gleichzeitig die Grundhaltung der Fachkräfte in diesem Arbeitsbereich kennzeichnet. Basis der SPFH-Arbeit ist eine Haltung des Respekts gegenüber der Erfahrungsverarbeitung und den Bewältigungsversuchen der Klientinnen und Klienten, die als lernfähige Menschen in Entwicklungen angesehen und in ihrem Weg bestärkt werden („Das schaffen Sie, gehen Sie weiter.“). Die Interventionsstrategie passt fast immer. Blockierte Ressourcen können freigesetzt werden. Zu Beginn der Hilfe kann Ermutigung als vertrauensbildende Maßnahme eingesetzt werden. Sie kann begleitend zum Einsatz direkter Maßnahmen ebenso genutzt werden wie zum Abschluss (Fokus auf der Zeit nach der SPFH).

Die Interventionsstrategie **Zugang zu protektiven Ressourcen außerhalb der Familie** war fast immer passend. Insbesondere war dies der Fall nach Umzügen und in Übergangssituationen, beispielsweise Schulwechsel oder zugespitzte Krisensituationen, wie der Tod eines Familienmitglieds. Im Fokus dieser Interventionsstrategie stehen die Kinder. Die Erfahrungen aus dem Modellprojekt zeigen, dass das Er-

schließen von Ressourcen außerhalb von Familien für jüngere Kinder oft besser gelang als für Teenager. Dritte Personen zu finden, die die Kinder in ihrer Entwicklung unterstützen und begleiten, stellte sich an mehreren Standorten als schwierig heraus, da die Fachkräfte oft in erster Linie institutionelle Ressourcen im Blick hatten und insbesondere an einem Standort grundsätzliche Einwände (Datenschutz u.ä.) formulierten. Personen außerhalb der Familie müssen für diese Aufgabe gut begleitet werden. Dort, wo es gelungen ist, zeigten sich eindrucksvolle Beispiele: Die Kinder fanden wichtige Bezugspersonen, z.B. die Tante, den Lehrer, die Eltern von Freunden oder auch Nachbarn. An den Stellen, an denen die Eltern den Kontakt zulassen konnten, verbesserten sich die Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Kinder.

Direktiven und kontrollierende Elemente wurden von den Fachkräften häufig dort eingesetzt, wo die Eltern dieses einforderten. Dabei handelte es sich oft um Bereiche des familialen Lebens, in denen die Eltern hilflos und überfordert waren und keine Handlungsmöglichkeiten mehr sahen (z.B. Finanzen).

Wie in Abbildung 6 sichtbar, sind die Interventionsstrategien in der Praxis häufig eng miteinander verzahnt. Ausgehend vom Ermutigungsthema aktivieren die Fachkräfte beispielsweise durch direktives Vorgehen. Dieses Vorgehen kann abgestuft werden z. B. von „Ich schlage Ihnen vor...“ bis hin zu „Das machen wir jetzt so...“ oder „Lassen Sie uns jetzt bei den Stadtwerken anrufen.“. Oft werden die Eltern aktiviert und ermutigt und gleichzeitig werden für die Kinder protektive Ressourcen im Umfeld (Kita, Frühförderung, Wochenendpflege, Logopädie) erschlossen.

5 Ergebnisse der Evaluation

Anschließend an die zentralen Ergebnisse des Projektes sollen nun die Ergebnisse der summativen Evaluation dargestellt werden.

5.1 Anpassung der Vorgehensweise der Evaluation im Projektverlauf

Nach dem Ablaufplan im Projektantrag war eine begleitende Evaluation durch Aktenanalyse, fokussierte Expertinnen- und Experteninterviews (z.B. mit zentralen Personen des ASD) und Klientinnen- und Klienteninterviews zur Qualifizierung und Validierung der Instrumente und Handlungsmethoden geplant. Nach Rückmeldungen aus den Projektregionen wären dies Ebenen gewesen, in denen die Wirkungen des Modellprojektes nicht sehr deutlich bzw. erst zu einem späteren Zeitpunkt sichtbar geworden wären. Aus vereinzelt durchgeführten Interviews mit Familien ergaben sich keine neuen Erkenntnisse, die wesentlich über die bereits im Grundlagenforschungsprojekt „Sozialpädagogische Familienhilfe aus Sicht der Klientinnen und Klienten“ gewonnenen hinauswiesen. Da sich die Evaluation an den Informationsbedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer ausrichten sollte⁷, beschloss der Projektbeirat in seiner zweiten Sitzung eine Änderung des Evaluationsablaufes. Dem Wunsch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Datenerhebung nicht bei Dritten stattfinden zu lassen, sondern stärker den Projektverlauf zu berücksichtigen und dem aktuellen

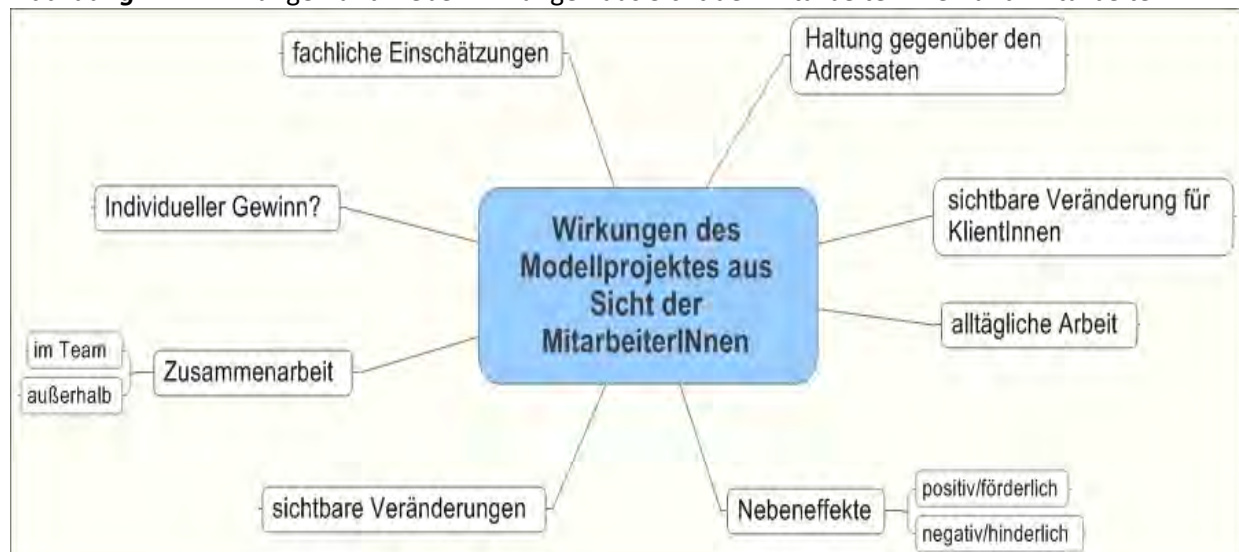
⁷ Siehe Sanders, James R.; Beywl, Wolfgang: Handbuch der Evaluationsstandards, Wiesbaden 2006

Projektstand Rechnung zu tragen, wurde gefolgt. Die Ebene der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort sollte entsprechend stärker berücksichtigt werden. In einer angeleiteten Selbstevaluationsrunde sollten die Fachkräfte aus Ihrer Perspektive evaluieren, was sie im Modellprojekt beobachtet und welche Faktoren sich als förderlich oder hinderlich für eine gelingende Realisierung des Modellprojektes erwiesen haben. Dieses Verfahren bot für die Fachkräfte darüber hinaus die Chance in der Reflexion ihrer Erfahrungen über den Einzelfall hinaus etwas zu lernen und festzuhalten.

5.2 Wirkungen und Nebenwirkungen aus Sicht der Fachkräfte

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Evaluation der Wirkungen des Modellprojekts unterstützt. Die entstandenen intendierten und nicht-intendierten Wirkungen wurden aus Sicht der beteiligten Fachkräfte an einem zusätzlich stattfindenden Evaluationstag bilanziert und bewertet.

Abbildung 7: Wirkungen und Nebenwirkungen aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter



Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Modellstandorte schätzten den Einfluss und die Wirkungen der Teilnahme am Modellprojekt wie folgt ein:

Bezogen auf **fachliche Einschätzungen** beschrieben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer insgesamt, sich sicherer zu fühlen. Eine gezieltere und bewusster Vorgehensweise war ein Einfluss des Modellprojektes auf die Arbeit. Bisher nicht in den Blick genommene Bereiche des Familienlebens wurden durch die Diagnoseinstru-

mente deutlicher. Die Diagnoseinstrumente erleichterten eine gute fachliche Einschätzung der Familiensituation, so dass schnell eingeschätzt werden konnte, welche Interventionen aktuell notwendig sind. Die fachliche Kompetenz wurde ermutigt und bestärkt. Skepsis gab es an einem Standort gegenüber der Interventionsstrategie „Zugang zu protektiven Ressourcen außerhalb der Familie“.

Hinsichtlich der **Haltung gegenüber den Adressatinnen und Adressaten** beschrieb ein Standort keine Veränderungen. Die anderen berichteten, dass sie z.B. mehr Geduld mit hilflosen Klientinnen und Klienten haben. Auch kleine Fortschritte wurden gewürdigt. Teilweise gab es einen sichereren Umgang mit den Klientinnen und Klienten, die Beziehungen waren offener und vertrauter, das Empathievermögen der Fachkräfte gestärkt. Ein Standort nannte als Einfluss des Modellprojektes eine sehr professionelle Regulierung von Nähe und Distanz. Die Gefahr, „Familien zu adoptieren“ sei dadurch geringer geworden.

Bei den **sichtbaren Veränderungen für die Klientinnen und Klienten und Klientinnen und Klienten und Klientinnen und Klienten und Klienten** waren die Wirkungen aus Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und Teilnehmer sehr unterschiedlich. Ein Standort schätzte ein, dass die Projektteilnahme für die tägliche Arbeit mit den Klientinnen und Klienten und Klientinnen und Klienten und Klienten wenig bis keinen Einfluss hatte. Ein weiterer berichtete, dass die Auswirkungen auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und das Team wesentlicher waren und sich als sichtbare Veränderung für die Klientinnen und Klienten auswirkten. Eine andere Modellregion fand es schwierig einzuschätzen und vermutet, dass die Klientinnen und Klienten am ehesten mehr Transparenz einzelner Teilschritte auf dem Weg zum Ziel erlebten. Ein weiterer Standort beschrieb Veränderungen in Bezug auf einige ausgewählte Familien. Wertschätzung wurde ausgedrückt, die Wortwahl angemessen getroffen. Es war schneller möglich, die Familiengeschichte aufzuarbeiten. Die unterschiedliche Wahrnehmung von Klientinnen und Klienten und SPFH-Fachkräften wurde deutlich.

Zum Einfluss auf die **alltägliche Arbeit** war die fachliche Erkenntnis, dass der Erfolg von Direktiven von guten Absprachen mit dem Jugendamt abhängig ist, ein wesentliches Ergebnis. Teilweise berichteten Standorte von hohem Zeitdruck bei der Arbeit. Dies wirkte sich so aus, dass die Bearbeitung der Diagnoseinstrumente unter der Einführung der Fachleistungsstunde litt oder sogar, dass sich wenig geändert hat, da die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stark situativ arbeiten mussten und ein wesentlicher Bestandteil ihrer Arbeit darin bestand, akute Notsituationen zu beseitigen.

Auch hier wird überwiegend hervorgehoben, dass die Diagnoseinstrumente zum Strukturieren der teilweise unübersichtlichen Familiensituation hilfreich waren und nützlich zur Standortbestimmung. Eine Region berichtete, dass die Klientinnen und Klienten sich wertgeschätzt und wichtig fühlen, da sie an einem Projekt teilnahmen. Die Diagnoseinstrumente ermöglichten eine ganzheitliche Wahrnehmung der Familien, Problemfelder und Ressourcen wurden näher benannt und erfasst. Wenn die Diagnoseinstrumente verzahnt benutzt wurden, wurden die Herausforderungen des Systems Familie schneller deutlich. Die Arbeitsweise wurde durch die intensiven Beratungstage verlangsamt wahrgenommen, was eine bessere Reflexion ermöglichte. Eine bessere Argumentation und Dokumentation für die Zusammenarbeit mit dem Jugendhilfedienst/ASD war ebenfalls als Einfluss von Teilnehmerinnen und Teilnehmern genannt worden. Ähnlich waren die Aussagen eines anderen Trägers. Durch die Mitarbeit im Modellprojekt fiel mehr Verschriftlichung und mehr Dokumentation

an. Dadurch wurde eine intensivere Reflexion ermöglicht. Die Arbeit wurde entschleunigt, was u. a. auch für persönliche Entlastung gesorgt hat.

Neben den erwünschten und intendierten Einflüssen durch die Teilnahme am Modellprojekt sind selbstverständlich auch **Nebeneffekte** aufgetreten. Als einen wesentlichen Nebeneffekt nannten die Modellstandorte den Einblick in die Arbeit anderer Dienste (insbesondere am gemeinsamen Fachtag im August 2008 an der Universität Siegen). Durch diesen Vergleich wurde der Blickwinkel erweitert, die eigene Arbeit/der eigene Dienst vor diesem Hintergrund betrachtet und eine Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit erzielt. Kritisch wurde von einem beteiligten Träger die Resilienzförderung betrachtet, während ein anderer sie sehr intensiv aufgegriffen hat. Das Bewusstmachen der theoretischen Hintergründe, auf denen die Arbeit basiert, erlaubte die Auseinandersetzung mit der täglichen Arbeit auf einer nicht alltäglichen Ebene. Die fachliche Kompetenz wurde dadurch erweitert. Das intensive Arbeiten im Team erlaubte einen vertieften Austausch, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erlebten Freude und Spaß an der Zusammenarbeit. Die Mitarbeit im Modellprojekt wurde als gemeinsamer Nenner der individuellen Arbeit der einzelnen Fachkräfte wahrgenommen. Der Austausch mit dem Jugendamt wurde als förderlich für die Zusammenarbeit erlebt. Die zeitweise im Verlauf des Modellprojektes fehlende Motivation und Ohnmacht wurde durch die Erarbeitung konkreter Ergebnisse und die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit wettgemacht.

Als **positiver Nebeneffekt** der Mitarbeit am Modellprojekt wurden Sicherheit, Struktur, Orientierung, die Arbeit in den Kleingruppen (Supervisionseffekt) und das Ausprobieren der Diagnoseraster während des Prozesses in den Familien erlebt.

Als **negative Nebeneffekte** wurden die (zunächst) isolierte Betrachtungsweise der einzelnen Themen und das flexible Umsetzen rigider Strukturen genannt. Zudem war es für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehr arbeits- und zeitaufwändig, wenn Familien, die sie für die Arbeitsaufgaben ausgesucht hatten, die Maßnahme abbrachen.

Als **förderlich** erlebten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die aktive Mitarbeit, den offenen Umgang mit Kritik, den intensiven Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen (besonders die nebenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betonten diesen Punkt), die intensive Fallreflexion während und zwischen den Beratungstagen, den informellen Austausch mit anderen Fachdiensten, die kontinuierliche Weiterentwicklung der Diagnoseinstrumente und eine bessere Strukturierung (auch im alltäglichen Arbeiten) durch gezielte Fragestellungen und Inputs der Moderatorin.

Als **hinderlich** erlebten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer und die zeitliche Integration der Mitarbeit im Modellprojekt in ihren Arbeitsalltag. Der hohe Zeitaufwand wurde von allen Projektstandorten angeführt.

Als **sichtbare Veränderung** wurden mehr Sicherheit und Klarheit in der Diagnosephase genannt. Es gab klarere Strukturen hinsichtlich der in den Familien anstehenden Themen, der Zeit und Zielorientierung und bei Dokumentation der Einsätze. Ein Team berichtete von größerer innerer Gelassenheit der Fachkräfte, mehr Handlungssicherheit und einer gezielteren Vorbereitung und gezielteren Interventionen. Ein Standort fühlte sich bestärkt in der Erkenntnis, schon immer gut gearbeitet zu haben. Das pädagogische Handeln wurde erweitert und intuitives Handeln bewusst gemacht.

Auch hinsichtlich der **Zusammenarbeit** hatte das Modellprojekt Einfluss. Durch die Steigerung der bewussten fachlichen Kompetenz **im Team** berichtete ein Standort von einer geschlosseneren Außenwirkung (Darstellung gegenüber Kolleginnen und Kollegen im Haus und anderen Diensten). Die Teilnehmenden eines Modellstandortes bemerkten mehr Austausch im Team, einen besseren Kontakt untereinander. Ein „Wir-Gefühl“ sei entstanden, eine Zusammengehörigkeit auf fachlicher und persönlicher Ebene. Ein Standort erwähnte eine strukturiertere Vorbereitung der Supervision. Ein anderer fand hinsichtlich des Teams keine sichtbaren Veränderungen, da die kollegialen Beratungen gut strukturiert seien. Ein Team führte an, dass die kollegiale Beratungskompetenz durch die Teilnahme am Modellprojekt gestiegen sei.

Hinsichtlich der **Zusammenarbeit mit Kolleginnen Kollegen außerhalb des eigenen Teams** schilderten zwei Standorte eine zielgerichtete Auseinandersetzung mit Außenstehenden, wie z.B. dem Jugendhilfedienst, Lehrern und Psychologen. Die beiden anderen Standorte schilderten keine bis wenige Veränderungen in der praktischen Zusammenarbeit. Eine Einbindung der Themen in die Hilfeplangespräche war wegen des hohen Zeitaufwandes kaum möglich. Arbeitsschritte würden von Außenstehenden (speziell Jugendämter) nicht erfragt.

Im Rahmen des Evaluationstages bewerteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer und Teilnehmer den Arbeitsprozess unter verschiedenen Kriterien (Inhalt des Modellprojektes, methodische Aufbereitung, Arbeitsatmosphäre in der Gruppe, Gruppenprozess, Rahmenbedingungen, mein eigener Beitrag, Arbeitsaufgaben zwischen den Beratungstagen, fachliche Kompetenz und Leitung durch die Moderatorin) und zogen ein persönliches Resümee.

Als **individueller Gewinn** wurden von allen Personen die Diagnoseraster als wertvolles Hilfsmittel genannt, sowie die intensive Reflexion der eigenen Arbeit. Die Diagnoseinstrumente boten Sicherheit und Struktur, halfen Wesentliches zu erkennen und ermöglichten ein präzises Vorgehen, wodurch die SPFH Arbeit aufgewertet wurde. Hinzu kam Stolz auf die Arbeit und Bestätigung, Freude an den Interventionen und eine hohe Motivation. Die vielfältigen Methoden, mit denen im Projekt gearbeitet wurde, waren hilfreich um Wissen und fachliche Kompetenzen zu erwerben und zu stärken sowie sensibilisiert zu werden. Lust und Freude an Fortbildungen waren für einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein zusätzlicher Gewinn. Einzelne Tipps während der Beratungstage wie die VIP-Karte oder das Du-Buch zur Biografie-Arbeit mit Kindern und Jugendlichen wurden als hilfreich erlebt. Die Teamarbeit in den Kleingruppen und der Austausch mit den Kollegen wurde als wertvoll und wichtig eingeschätzt, ein „Yes we can“ Gefühl entstand. Alle Modellstandorte erwähnten mehr berufliches Selbstbewusstsein, Zugewinn an Sicherheit, gezieltere Planung und strukturierteres Arbeiten. Mehrere Teilnehmerinnen und Teilnehmer erwähnten deutlich mehr Verschriftlichung und Dokumentation der Arbeit. Einige Fachkräfte äußerten (besonders nach dem gemeinsamen Fachtag aller Standorte) Ernüchterung über die von Standort zu Standort sehr unterschiedlichen Arbeitsbedingungen.

5.3 Nachhaltigkeitssicherung

Im Rahmen des gemeinsamen Evaluationstages entwickelten die Fachkräfte konkrete Maßnahmenkataloge zur Nachhaltigkeitssicherung. Exemplarisch sollen in der folgenden Tabelle einige der Ideen vorgestellt werden:

Tabelle 11: Ideen zur Nachhaltigkeitssicherung

Was soll umgesetzt werden?	Wie soll das umgesetzt werden?	Wer macht es? Wer hilft?	Wann?	Bemerkungen
Regelmäßiger Einsatz der Manuale.	In jede Familie einbringen und einsetzen, verschriftlichen. Geplanter Einsatz, (bewusst, Zeitpunkt).	Jedes Teammitglied	sofort	
Diagnoseraster	Verschanken und in Dokumentation einarbeiten.	Team	Februar 2009	
Diagnoseraster als fester Bestandteil der Teambesprechung	Grundlage für Fallbesprechung.	Jedes Teammitglied	Sofort	Überprüfung/ Einhaltung durch Leitung
Regelmäßige Überarbeitung des Diagnoserasters		Team	1 x jährlich	
Sichern des Materials (intern)	Projektbericht, Intranet → Materialien einstellen, Ordner Modellprojekt	Team	Ab sofort	Prozessverlauf festhalten
Umsetzung Qualitätsmanagement	Aktualisierung Abläufe	Team, Leitung		
Sich gegenseitig motivieren	Diagnoseraster als Poster und Fotos vom Fachtag, Mappe/Handbuch mit allen Rastern Vorlagen	Jede Gruppe liefert ihr Material ab		Erfolgreiches Arbeiten sichtbar machen

6. Und jetzt? – Bilanz und Blick in die Zukunft

Ziel ambulanter erzieherischer Hilfen in Familien ist die Verbesserung der Handlungsfähigkeit, der Lebensqualität und der Entwicklungschancen von Menschen in benachteiligten Lebenslagen. Der Erfolg der Maßnahmen muss an der Erreichung dieser Zielsetzung gemessen werden. Werden die Chancen der Familienmitglieder nachhaltig, anhaltend und ohne negative Nebenwirkungen verändert? Die konzeptionellen Leitideen, die mit den Fachkräften in konkrete Interventionsstrategien umgesetzt wurden, haben die professionelle Arbeit in den ambulanten Hilfen zur Erziehung angeregt.

Das Modellprojekt hat in drei zentralen Themenfeldern konzeptionelle Grundlinien etabliert, welche die Bewältigungschancen der Familien und die Entwicklungschancen der Kinder verbessern. Die Fachkräfte haben ihre Interventionen hierauf ausgerichtet und ihr Vorgehen systematisch geplant und evaluiert. An einigen Modellstandorten kam es zu einer Intensivierung der Kooperation mit dem ASD. Die konzeptionellen Leitideen haben sich als relevant für sozialpädagogische Interventionen in Familien erwiesen und konnten gut in konkrete Interventionsstrategien für die praktische Arbeit transformiert werden. Die Diagnoseinstrumente sind geeignet, die Qualität der Arbeit in der Tiefenebene zu verbessern, sie haben sich als Arbeitsmittel bewährt. Insgesamt haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Modellprojektes das gezielte methodische Handeln verinnerlicht und schätzen ein, dass ihre Fachkompetenz gestiegen ist. Das gibt der Hilfe im unstrukturierten Feld Struktur und hilft, Prioritäten zu setzen.

Das forschungsbasierte Wissen zur SPFH konnte somit zur Entwicklung, Planung und Steuerung praktischer Prozesse beitragen. Dabei werden die Wissensbestände nicht einfach angewendet, sondern sie müssen in enger Kooperation von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Wissenschaft und Praxis für die Entwicklung von praxistauglichen und theoretisch abgesicherten Instrumenten genutzt werden.

Es ist auch deutlich geworden, dass die SPFH eine außerordentlich leistungsfähige ambulante Hilfe sein kann, die die Lebensbedingungen und die Entwicklungschancen in einer Weise verbessert, die von den Adressatinnen und Adressaten als sehr bedeutsam erlebt wird. Sie stellt eine anspruchsvolle und schwierige, aber für gut qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch reizvolle Arbeit dar. Hier werden verschiedene konzeptionelle Leitideen und methodische Ansätze flexibel eingesetzt und reflektiert.

Die Wirksamkeit der Hilfe und vor allem die Passung des einzelfallbezogenen Hilfearrangements werden dabei auch durch die Kooperation mit anderen Diensten – insbesondere mit dem ASD – beeinflusst. Diese Kooperation kann an vielen Orten noch weiterentwickelt und verbessert werden.

Es ist davon auszugehen, dass die Fallzahlen in der SPFH weiter ansteigen werden. Die Lebenssituationen für viele Familien sind schwierig. Ökonomische Krisen und ihre Folgen erhöhen den Druck auf diese Familien weiter. Unter diesem Druck geraten auch Familien, die bisher die Belastungen noch ausbalancieren konnten, in Situationen, die sie alleine nicht mehr bewältigen können. Daher wird es auch weiterhin einen steigenden Unterstützungsbedarf geben. Die pauschale Reduzierung der Stundenzahl pro Familie oder andere pauschale Steuerungsregelungen (wie z.B. dass max. 5 Stunden pro Woche finanziert werden oder die Hilfe a priori auf maximal 6 Monate begrenzt wird) setzen einen starren und in manchen Fällen viel zu engen Rahmen, sodass die Möglichkeiten der SPFH nicht ausgeschöpft werden können. Grundsätzlich kann die SPFH auch bei gravierenden Suchtproblemen oder psychischen Erkrankungen wirksame Hilfen leisten, sie benötigt aber eine ausreichende Ausstattung, vor allem ausreichend viel Zeit und gut qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Manchmal standen die Fachkräfte unter so großem Leistungsdruck, dass dadurch fachliche Standards professionellen Arbeitens gefährdet waren. Reflexive Professionalität erfordert auch Zeit für eine sozialpädagogische Diagnose, gründliche Planung und genaue Auswertung. Fehlen solche Rahmenbedingungen, kann sie den

Leistungsvorteil professioneller Hilfe nicht hinreichend realisieren und gerät in einen wenig hilfreichen Aktionismus.

Zum Abschluss sollen noch fünf Themenfelder aufgezählt werden, die nach unserer Einschätzung auch in Zukunft relevant bleiben werden:

1. Die SPFH kann und muss ihr Handlungsrepertoire in der Betreuung von Familien mit Migrationshintergrund deutlich ausbauen und weiterentwickeln.
2. Väter, Männer und Lebenspartner sollten intensiver Adressaten der SPFH werden.
3. Eine (weitere) Ausdifferenzierung der SPFH in ihren unterschiedlichen Funktionen erscheint sinnvoll, z.B. langfristige Betreuung, Krisenintervention, Clearing, Begleitung von Übergängen von Kindern in oder aus der Fremdplatzierung.
4. Auch die Arbeitsteilung zwischen professioneller Hilfe und Laienhilfe wird immer wieder neu zu bestimmen sein.
5. Schließlich halten wir das Potenzial der Resilienzförderung für noch längst nicht ausgeschöpft.

Am Beispiel einer leistungsfähigen SPFH lassen sich alle Fragen wirksamer ambulanter Erziehungshilfen diskutieren. Dazu hat dieses Modellprojekt einen Beitrag geleistet. Wir wünschen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in diesem wichtigen Feld viel Erfolg.

Literatur

- AKJ (Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- & Jugendhilfestatistik): KomDaT Oktober 2006.
- Eylarduswerk (Hrsg.), Karin Mohr, Klaus ter Horst: Mein Lebensbuch!!!, 2. Aufl., Bad Bentheim 2006.
- Frindt, Anja: Resilienzförderung in der Praxis der SPFH. In: Forum Erziehungshilfen, 15.Jg., H.2. 2009, S. 76-80.
- Frindt, Anja: Prozesse in der Sozialpädagogischen Familienhilfe aus unterschiedlichen Perspektiven. Eine Einzelfallstudie. Siegen: ZPE-Schriftenreihe Nr. 18, 2006.
- Frindt, Anja: Impulse der Resilienzforschung für ambulante Hilfen zur Erziehung in Familien. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik, 2009 (Im Erscheinen).
- Frindt, Anja; Wolf, Klaus: Hoffnungslose Familien? Chancen der sozialpädagogischen Familienhilfe. Aus: ajs Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg (Hrsg.): Von wegen Privatsache Erziehungspartnerschaft zwischen Familie und Gesellschaft. Stuttgart 2004. S. 127-142.
- Landschaftsverband Rheinland; Landschaftsverband Westfalen-Lippe; AKJ (Hrsg): HzE Bericht 2008. Dortmund/Köln/Münster 2008.
- Petko, Dominik: Gesprächsformen und Gesprächsstrategien im Alltag der Sozialpädagogischen Familienhilfe. Göttingen 2004.
- Pothmann, Jens: Sozialpädagogische Familienhilfe im Zahlenspiegel. In: Forum Erziehungshilfen. 15. Jg., H. 2, 2009, S. 68-70.
- Sanders, James R.; Beywl, Wolfgang (Hrsg.): Handbuch der Evaluationsstandards. Die Standards des "Joint Committee on Standards for Educational Evaluation". 3., erw. und akt. Aufl., Wiesbaden 2006.
- Schuster, Eva M.: Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) Aspekte eines mehrdimensionalen Handlungsansatzes für Multiproblemfamilien. Frankfurt /Main 1997.
- Universität Dortmund (AJKstat): Hilfen zur Erziehung nehmen bei stagnierenden Ausgaben weiter zu. Erste Ergebnisse des HzE Bericht 2006. Dortmund 2006.
- Wolf, Klaus: Ermutigung in der Sozialpädagogischen Familienhilfe. In: Jugendhilfe, Jg. 2001, H. 4, S. 206- 211.
- Wolf, Klaus: Familien als Adressaten sozialpädagogischer Interventionen. In: Forum Erziehungshilfen, 9. Jg. (2003), H. 5, S. 260-266.
- Wolf, Klaus: Sozialpädagogische Familienhilfe aus der Sicht der Klientinnen und Klienten - Forschungsergebnisse und offene Fragen Aus: Fröhlich-Gildhoff, Klaus (Hrsg.): Sozialpädagogische Familienhilfe. Freiburg 2006, S. 83 – 100.

Wolf, Klaus: Sind sozialpädagogische Interventionen in Familienkulturen möglich und zulässig? In: A. Heimgartner, K. Lauermann (Hrsg.): Kultur in der Sozialen Arbeit. Klagenfurt, Ljubljana, Wien 2006, S. 231-250

Woog, Astrid: Soziale Arbeit in Familien: theoretische und empirische Ansätze zur Entwicklung einer pädagogischen Handlungslehre. Weinheim, München. 1998.

Anhang

Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Modellprojekt
„Steigerung der Wirksamkeit intensiver ambulanter erzieherischer Hilfen (SPFH)“

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe e. V. Erziehungshilfezentren Bielefeld und Gütersloh

Sandra Harder	Nicole Quest	Andrea Stoffels
Jan Hegemann	Jörg Reckefuß	Maria Topp
Christiane Heibrok	Manuela Richter	Gabi Wewer
Silvia Lück	Gabi Stallmann	Ulli Vogelpohl
Jutta Naß	Anke Stengel	Frank Würfel

Diakonisches Werk der Lippischen Landeskirche e. V., Detmold Sozialpädagogische Familienhilfe

Simone Ackermann	Daniela Kraft-Rauhaus	Brunhilde Schmelzer
Daniela Döblitz	Dorothee Melters	Alicja Stuhmann
Christine Held	Hildegard Olsen	Bettina Thielsch
Iris Hennig	Karin Sander	Edda Wesely

Stadt Dortmund, Jugendamt Sozialpädagogische Familienhilfe

Heike Bals	Sabine Jaensch	Martina Nitschke
Gaby Burchardt	Karin Jaschoweze	Dorothea Osieka
Ute Eichhorn	Martin Jonas	Ruth Pulkus
Karin Herrmann	Nore Kielhorn	Ingrid Sennholz
Aysel Ilgün-Tymm	Simone Koch	Burkhard Spiess

Stadt Lüdenscheid, Jugendamt Ambulanter Dienst

Simone Arens	Claudia Goj	Monika Neumann
Ulrike Breil	Gudrun Handke	Karin Pasternack
Heike Brinkmann	Nike Hieronimus	Heidi Petig
Evelin Celaj	Gabi Kahle	Evelin Pöbel
Simone Diehl	Gabriele Kahl-Panning	Stefan Weisheit
Stefanie Dittmar	Gerda Klusemann	Petra Wingels
Sigrid Dörschlen	Petra Knop	Ayten Yilmaz
Marlies Eusterhus	Kerstin Kremer	Sigrun Figula-Engmann
Heike Kullack-Miro		

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

- Abbildung 1: Entwicklung der Fallzahlen für die SPFH gem. § 31 SGB VIII
(Quelle: Pothmann 2009)
- Abbildung 2: Hierarchie der Kontrolle/Eskalation des Kontrollverlusts
(Quelle: Wolf 2001)
- Abbildung 3: Kindliche Lebensbedürfnisse
(Quelle: Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e. V.
Institut für Soziale Arbeit 2000)
- Abbildung 4: Methodisches Handeln im Modellprojekt
- Abbildung 5: Arbeits- und Zeitplan im Modellprojekt
- Abbildung 6: Verknüpfung der drei Leitideen
- Abbildung 7: Wirkungen und Nebenwirkungen aus Sicht der Mitarbeiterinnen
und Mitarbeiter

Tabellen

- Tabelle 1: Professionelle Strategien und konzeptionelle Leitideen
- Tabelle 2: Beratungsaktivitäten vor Ort
- Tabelle 3: Mitglieder des Projektbeirates
- Tabelle 4: Diagnoseinstrument der AWO Ostwestfalen-Lippe
(Ermutigung und Aktivierung)
- Tabelle 5: Umschreibung der Kategorien der „Hierarchie der Kontrolle“
- Tabelle 6: Diagnoseinstrument des Diakonischen Werkes der Lippischen
Landeskirche (Zugang zu protektiven Ressourcen außerhalb der Fami-
lie)
- Tabelle 7: Diagnoseinstrument des Diakonischen Werkes der Lippischen
Landeskirche (Direktiven und kontrollierende Elemente)
- Tabelle 8: Handlungsempfehlungen zur sozialpädagogischen Diagnose
- Tabelle 9: Handlungsempfehlungen zur Interventionsplanung
- Tabelle 10: Handlungsempfehlungen zur Evaluation
- Tabelle 11: Ideen zur Nachhaltigkeitssicherung



Projektbeitrag der Stadt Dortmund, Jugendamt Sozialpädagogische Familienhilfe

Ausgangslage

Die Sozialpädagogische Familienhilfe ist die zeitintensivste ambulante Jugendhilfemaßnahme. Sie stellt nicht ausschließlich das Kind und seine Schwierigkeiten in den Vordergrund, sondern richtet sich an die Familie als Gesamtsystem.

In den letzten Jahren ist die Tendenz deutlich zu erkennen, dass die Anzahl der Familien in chronischen Strukturkrisen zugenommen hat. Bei diesen Familien sind häufig Herausforderungen in mehreren Lebensbereichen vorhanden und elementare Grundlagen der Problembewältigung nur ansatzweise vorhanden.

Um besonders an dieser Stelle die Erfolgsaussichten im Rahmen der fachlichen Unterstützung deutlich zu steigern, hat sich das Team der Sozialpädagogischen Familienhilfe der Stadt Dortmund an dem Modellprojekt der Universität Siegen zur „Steigerung der Wirksamkeit intensiver ambulanter erzieherischer Hilfen“ beworben und eine Zusage erhalten.

Ziel war es, neue diagnostische und handlungsmethodische Ansätze zu entwickeln und praxistauglich, mit enger Orientierung an den Ressourcen einer Familie, umzusetzen. Dabei wurden inhaltlich drei Teilbereiche in den Fokus genommen:

- Ermutigung und Aktivierung als zentrales Interventionsziel
- Protektive Ressourcen außerhalb der Familie
- Zielgerichteter Einsatz von Direktiven – und kontrollierenden Elementen

Im Folgenden werden die theoretischen Anknüpfungspunkte in Verbindung mit der praktischen Umsetzung vor Ort skizziert.

Ermutigung und Aktivierung als zentrales Interventionsziel

Durch Ermutigung und Aktivierung der Selbsthilfepotentiale der Familien wird die Zuversicht in die Wirksamkeit eigener Handlungen gezielt angeregt. Diese Zuversicht der Familienmitglieder ist eine unverzichtbare Voraussetzung für Eigenaktivitäten.

Das Vertrauen in die eigenen Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten ist offensichtlich die Voraussetzung, die auf das gesamte Familienleben und die Erziehung ausstrahlt, und nicht dauerhaft durch Druck von außen ersetzt werden kann.

Vorgehensweise

In dem Diagnoseraster wurden folgende Faktoren familiärer Lebenswelten herausgestellt:

Biografische Erfahrungen und Familiengeschichte, sozioökonomische Rahmenbedingungen, Erfahrungen mit öffentlichen Institutionen, Einbindung in formelle Unterstützungs- und Helfersysteme, aktuelle relevante sozialpädagogische und therapeutische Belastungen der Familienmitglieder, familiäre Arbeitsteilung, Kindererziehung, familiäre Zeitstruktur, Selbstbilder und Personenentwürfe, familiäre Interakti-

onserfahrungen, Fürsorgemuster, Bindungen, Partnerschaftskonzepte und ein subjektiver Hilfeplan.

Theoretisch orientierte sich die Gruppe an den Auswertungskategorien der Sozialpädagogischen Familiendiagnosen nach Uhlendorff (2006), da diese Kategorien alle Bereiche familiärer Lebenswelten beinhalten.

Für das Raster formulierten wir sechs dazugehörige Kontrollbereiche: Primäre Kontrolle, Reaktanz, Indirekte und Sekundäre Kontrolle, Erlernte Hilflosigkeit und Erlernte Hoffnungslosigkeit. Diese recht theoretisch anmutenden Bereiche formulierten wir, zum besseren Verständnis, in eine leicht verständliche Alltagssprache um, z.B. Primäre Kontrolle = *„Ich tue etwas und es klappt so wie ich es wollte.“*. Für Familien mit Migrationshintergrund verfassten wir die Kontrollbereiche in die jeweilige Muttersprache.

Gemeinsam mit der oder dem Befragten werden die einzelnen Bereiche abgearbeitet und der IST-Stand formuliert. Ergänzend arbeitet die Fachkraft mit systemischen Fragestellungen, wie z.B. *„Wo möchten sie stehen, welche Ziele haben sie? Wie haben sie es geschafft dort hinzukommen?“*

Alleine durch die Visualisierung der einzelnen Bereiche sieht die Familie, wo ihre Stärken liegen. Die Fragen sind flexibel und können von der zuständigen Fachkraft ergänzt werden. Außerdem sollten diese bei Verständnisschwierigkeiten der Familie erläutert werden (besonders die oben stehenden Kontrollbereiche).

Nachdem das Raster mit der Familie durchgegangen wurde, wird es von der Fachkraft ausgewertet und beim nächsten Hausbesuch reflektiert. Dabei sollten Ziele festgelegt und eine Prioritätenliste erstellt werden, klare Vereinbarungen werden getroffen. Nach ca. 3 Monaten wird das Raster wiederholt durchgeführt, Veränderungen und der IST-Stand werden dokumentiert. Es kann an dieser Stelle sinnvoll sein, dass alte Raster zum Vergleich hinzuzuziehen, so bekommt die Familie Veränderungen noch einmal deutlich visualisiert. Danach kann, – falls erforderlich – eine neue Diagnose erstellt werden und der Prozess beginnt erneut.

Protektive Ressourcen außerhalb der Familie

Familiäre Lebensverhältnisse lassen sich nicht kurzfristig grundlegend verändern. Allerdings können die Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Kinder deutlich und längerfristig verbessert werden, indem der Zugang zu protektiven Ressourcen außerhalb der Familie eröffnet und systematisch erweitert wird. Mit diesen Kontakten durch Dritte kann betroffenen Familien der Zugang zum Selbsthilfepotential erweitert werden und somit wesentliche Schutzfaktoren wieder von der Familie selbst übernommen wurden. Durch diese Stabilisierung des Familiensystems wird der Schutz des Kindes und eine Weiterentwicklung möglich.

Vorgehensweise

Am Beispiel einer zu betreuenden Familie stellte die Gruppe fest, wo für die Kinder Problembereiche liegen und welche kindlichen Bedürfnisse nicht oder unzureichend erfüllt werden. Es wurde dazu eine Diagnoseraster entwickelt in dem diese Faktoren zunächst in der Familie eruiert wurden. Wesentliche Elemente kindlicher Bedürfnisse wurden aufgeführt: Wohnraum (hinreichend Platz, eigenes Zimmer, eigenes Bett), Hygiene und Kleidung, Spielzeug/Schulmaterialien, privates Netzwerk, Struktur im

Tagesablauf, Ernährung/Körperpflege/Gesundheit, Schutz vor Gewalt und Missbrauch, Beaufsichtigung des Kindes, Erziehungsverhalten/emotionale Zuwendung. Die genannten Bereiche wurden in der Familie abgefragt und eine Fremdeinschätzung seitens der Fachkraft vorgenommen, ob diese **abgedeckt/eher abgedeckt/weniger abgedeckt/nicht abgedeckt oder abgedeckt durch Dritte außerhalb der Familie** sind.

Hierauf aufbauend ging es bei der Interventionsplanung darum, Zielvorstellungen für eine Verbesserung des Zugangs zu Schutzfaktoren im Umfeld zu treffen und dort hingehend zu intervenieren. In einem letzten entscheidenden Schritt wurden die Wirkungen der Interventionen überprüft und gegebenenfalls modifiziert.

Zielgerichteter Einsatz von Direktiven und kontrollierenden Elementen

Das Diagnoseinstrument bietet uns in der Sozialpädagogischen Familienhilfe die Möglichkeit einzuschätzen, wie wirksam direktive Interventionen sind. Familien, die vorbelastet sind, durch Missbrauch, Sucht, psychischen Erkrankungen usw. lassen sich aufgrund des großen erlebten Kontrollverlustes kaum durch Direktiven erreichen. Aufgrund der Analyse und einer entsprechenden Interventionsplanung soll im Vorfeld überprüft werden, ob direktives Vorgehen (kontra-) produktiv ist.

Vorgehensweise

Die Überprüfung findet in vier Schritten statt:

1. Die Analyse:

Im ersten Schritt werden wichtige Informationen zur Einschätzung biographischer Sensibilisierung für Kontrolle und Direktiven über die Familie gesammelt, da wir wissen, dass diese Erfahrungen die Wirksamkeit kontrollierender Elemente stark beeinflussen.

Zentrale Fragen, wie zum Beispiel:

„Wer hat in der Herkunftsfamilie Kontrolle über die Klientinnen/Klienten ausgeübt?, Hat die Familie Gewalt erlebt?, Welche Erfahrungen haben die Klientinnen und Klienten im Umgang mit Institutionen gesammelt und verinnerlicht?“ geben Auskunft über erlebte Kontrollverluste und machen Strukturen aus der Herkunftsfamilien deutlich, unter denen die Klientinnen und Klienten Leiden erfahren haben, die natürlich auch zum großen Teil verinnerlicht wurden.

Die Auswertung der gesammelten Informationen findet im Team statt! Jedes Familienmitglied muss berücksichtigt werden. Schon zu Beginn der Betreuung sollte die Arbeitsbeziehung zum Klientel dynamisch sein, Fakten sollten nicht interpretiert werden.

2. Diagnose:

Ist die Familie kontrollierbar? Sind die Voraussetzungen dafür geschaffen (z. B. eine vertrauensvolle Beziehung), damit Direktive Interventionen wirksam werden können?

Das Helfersystem hat durch das Diagnoseergebnis die Möglichkeit, mögliche Fehler (z.B. eine zu frühe direktive Intervention) zu vermeiden. Misstrauen und Ablehnung der Familie gegenüber der Fachkraft können somit schneller versachlicht und neutraler in einer positiven Haltung thematisiert werden.

3. Interventionsplanung:

In der Interventionsplanung werden alle Informationen berücksichtigt. Es werden zentrale Fragen nach der Legitimation der Kontrolle gestellt, um die damit verbundenen Aufträge umzusetzen. Für das Herstellen einer Legitimation kann der Hilfeplan und der Einsatz des Manuals Kindeswohlgefährdung (unveröffentlichtes Dokument Jugendamt Dortmund) in einem Meeting eingesetzt werden. Weiterhin werden Aspekte, die von der Familie kommen aufgegriffen und zum Anlass genommen, diesen Bemerkungen eine Wichtigkeit zu geben.

Welche Ziele sollen erreicht werden? Wie kann die Familie in die Planung der Hilfe miteinbezogen werden? Werde ich von der Familie wohlwollend akzeptiert?

Begriffsklärung Meeting: Meeting ist eine klar festgelegte Besprechungszeit während eines Hausbesuches. Es wird vorher angekündigt. Der Rahmen (störungsfreier Ort, Zeit, Inhalt) wird vorher festgelegt und organisiert. Vereinbarungen oder ein nicht Einhalten werden notiert. Es finden Wiederholungen und Reflektionen der Meetings in der Familie statt.

4. Evaluation/Reduzierung der Kontrolle:

Wenn die Familie eigenverantwortlich handelt, muss eine Reduzierung der Kontrolle stattfinden, damit eine weitere Entwicklung möglich ist. Bei negativen Veränderungen, oder gleichbleibender Problematik, muss eine erneute Überprüfung der Situation stattfinden. Die Vorgehensweise und Intention der Fachkraft ist der Familie bekannt.

Gesamtresümee

Welchen Beitrag können diese Diagnoseraster als Handlungsinstrument im Rahmen der fachlichen Arbeit in der sozialpädagogischen Familienhilfe leisten?

Das Auseinandersetzen mit der Thematik „Steigerung der Wirksamkeit intensiver ambulanter erzieherischer Hilfen“, führte zu lebhaften Diskussionen im Team. Die gemeinsamen Sitzungen machten sehr deutlich, dass klare Vorgehensweisen und Teamarbeit dazu beitragen, dass Familien Hilfen konstruktiver annehmen können. Die Anwendungen der Diagnoseraster geben der Fachkraft und der Familie die Chance, genauer auf den tatsächlichen Hilfebedarf und auf den zielorientierten Einsatz der Hilfe zu blicken. Die Ergebnisse der Raster bieten einen Anhaltspunkt Strukturen, Entwicklungen und Veränderungen im Hilfeplangespräch deutlicher zu machen und Hilfeplanziele zu konkretisieren. Somit kann das Hilfeplanverfahren hinsichtlich der sozialpädagogischen Familienarbeit optimiert werden. Bei einer akuten oder latenten Kindeswohlgefährdung ist zudem eine strukturelle, klare Dokumentation möglich. In den Familien haben wir die Erfahrung gemacht, dass die Diagnoseraster ein gutes Mittel bieten, um ins Gespräch zu kommen. Die Familien fühlen sich ernst- und in ihren Ressourcen wahrgenommen und haben die Gelegenheit partizipierend im Hilfeprozess zu agieren.

Deutlich wurde im gesamten Verlauf des Modellprojektes, dass die drei Themen und damit verbundenen Diagnoseraster nicht isoliert voneinander betrachtet werden können, sondern ineinander verzahnt sind. Nur so kann man als Fachkraft den komplexen Herausforderungen der Familien gerecht werden.

Bei Fragen und Rückmeldungen wenden Sie sich bitte direkt an die Verfasserinnen des Beitrags:

Simone Koch simonekoch@stadtdo.de
Sabine Jaensch sjaensch@stadtdo.de
Martina Nitschke mnitschke@stadtdo.de

Sozialpädagogische Familienhilfe des Jugendamtes der Stadt Dortmund
Fachbereich Erzieherische und Wirtschaftliche Hilfen

Es folgt ein Fallbeispiel zur Vorstellung der Arbeitsergebnisse zum Modellprojekt, dargestellt am Fachtag des Bezirksverbandes der AWO Ostwestfalen-Lippe e.V. am 18.03.09

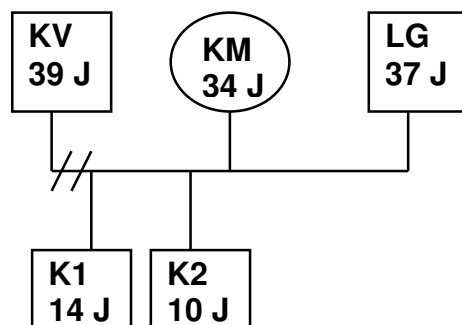
1. Ausgangslage für die Hilfe

Der dargestellte Betreuungsverlauf bezieht sich auf den Zeitraum von Juni 2007 bis März 2009. Die SPFH wurde vom Jugendamt des Kreises Gütersloh als Folgemaßnahme einer SPFH aus den Jahren 2005 und 2006 initiiert, nachdem eine Fremdunterbringung des ältesten Sohnes in einer „5-Tage-Gruppe“ (Ergebnis der ersten SPFH) von der Mutter abgebrochen wurde.

Im Genogramm und in der weiteren Beschreibung des Fallbeispiels werden für die beteiligten Personen folgende Abkürzungen benutzt:

- KV = Kindsvater
- KM = Kindsmutter
- LG = Lebensgefährtin der Mutter
- K1 = älterer Sohn
- K2 = jüngerer Sohn

Schaubild 1



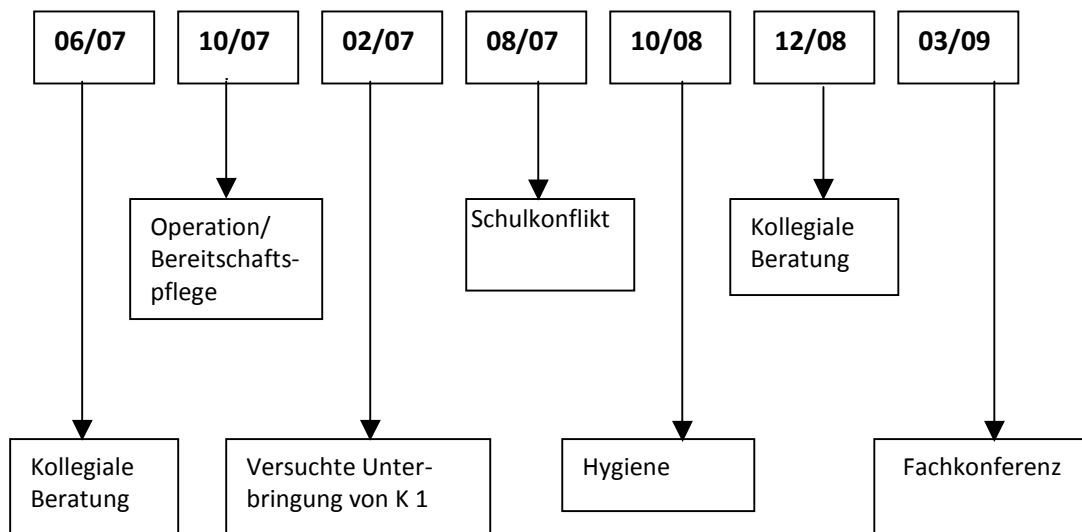
2. Primäre Stationen in der Betreuung

In dem zweiten Schaubild wird die Fokussierung der pädagogischen Interventionen in den Bereichen:

- Ermutigung und Aktivierung
- Zugang zu protektiven Ressourcen außerhalb der Familie und
- zielgerichteter Einsatz von Direktiven und kontrollierenden Elementen

exemplarisch dargestellt. Auf der Zeitleiste werden folgende Ereignisse im Betreuungsverlauf hervorgehoben:

Schaubild 2



Kollegiale Beratung:

Zu Beginn der Maßnahme wurde die aktuelle Situation der Familie vom zuständigen Mitarbeiter im Fachteam vorgestellt und mit den Fachkolleginnen und -kollegen beraten.

Operation:

Die Kindsmutter leidet an einer schweren Diabetes, in deren Verlauf die Kinder ihre Mutter häufig in lebensbedrohlichem Zustand vorgefunden haben und den Notdienst alarmieren mussten. Zu diesen Situationen kam es nicht mehr, nachdem sich die Mutter einer Operation unterzogen hatte. Die Kinder waren während des Krankenhausaufenthaltes der Mutter in einer Bereitschaftspflegefamilie untergebracht.

Versuchte Unterbringung von K1:

Der ältere Sohn sollte zu diesem Zeitpunkt in einer Wohngruppe fremduntergebracht werden. Nachdem alles vorbereitet und abgesprochen war, entschied sich die Kindsmutter jedoch dagegen.

Schulkonflikte:

Nach einem Telefonat der Kindsmutter mit der Schule des älteren Sohnes wurde ein Telefonhörer nicht richtig aufgelegt und die Kindsmutter hörte den abfälligen Wortwechsel der zuständigen Lehrkraft mit einer anderen Person über die Situation der Familie mit. Darüber war die Kindsmutter aufs Äußerste empört.

Hygiene:

Zu diesem Zeitpunkt thematisierten die Kindsmutter und der ältere Sohn mit dem Mitarbeiter der SPFH die mangelnde körperliche Hygiene des Sohnes und besprachen Lösungs- und Kontrollmöglichkeiten.

Kollegiale Beratung:

Die zweite kollegiale Beratung im Fachteam wurde vom Mitarbeiter angesetzt, da die Situation von dem jüngeren Sohn in der Schule und der Familie immer schwieriger wurde.

Fachkonferenz:

Alle verantwortlich involvierten Helferinnen und Helfer (Klassenlehrerin, OGS - Mitarbeiterin, Jugendamt und SPFH) trafen sich zur Fachkonferenz und verabredeten im beisein der Kindsmutter, den jüngeren Sohn in einer Tagesgruppe unterzubringen.

3. Verlauf der Hilfe

Im dritten Schaubild wird verdeutlicht, zu welchen Zeitpunkten einzelne Methodenschwerpunkte eingesetzt wurden. Mit Ermutigung und Aktivierung wird durchgängig gearbeitet, an entscheidenden Punkten jedoch intensiver eingesetzt.

Ermutigung

In der Eingangsphase und im Verlauf des Schulkonfliktes wurde besonders das Interventionsziel Ermutigung und Aktivierung in der Zusammenarbeit mit der Kindsmutter verfolgt. Hierbei ging es anfangs um Beziehungsaufbau zu der Familie und in einer zweiten Phase um Unterstützung und Coaching der Mutter im Schulkonflikt.

Protektive Ressourcen

Als begleitende, stabilisierende Elemente sind im Verlauf der Maßnahme folgende Ereignisse und Vorgänge zu betrachten:

K2: Mehrmonatiger Besuch einer Jugendgruppe des CVJM und (im Schaubild nicht erwähnt) die durchgehende Betreuung des jüngeren Sohnes in der OGS, was von allen Beteiligten aufgrund der Beziehungsqualität zu den Erzieherinnen und der schützenden Strukturen als sehr stabilisierend für das jüngere Kind gesehen wurde.

K1: Aufgrund der vielfältigen Konflikte des älteren Sohnes in der Schule wurde von Seiten der Schule ein Langzeitpraktikum durchgeführt. Dabei entwickelte sich eine funktionierende und tragfähige Beziehung zwischen dem älteren Kind und dem betreuenden Mitarbeiter der Ausbildungsstätte.

KM: Nachdem die Kindsmutter ihre Diabetes im Verlauf intensiver Behandlung besser versorgen konnte, nahm diese einen 1 Euro Job bei einem Dienstleister in der

Altenhilfe an. Diese Maßnahme gab der Mutter wieder mehr Struktur, soziale Kontakte, neue Lebensbereiche und Anerkennung in ihrem Alltag.

Direktive Elemente

Der zielgerichtete Einsatz direkter Elemente wurde im Verlauf der Maßnahme immer wieder auf verschiedenen Handlungsebenen versucht, hatte aber keinen nachhaltigen Erfolg in Bezug auf die Veränderung von Verhaltensweisen und Handlungsstrategien.

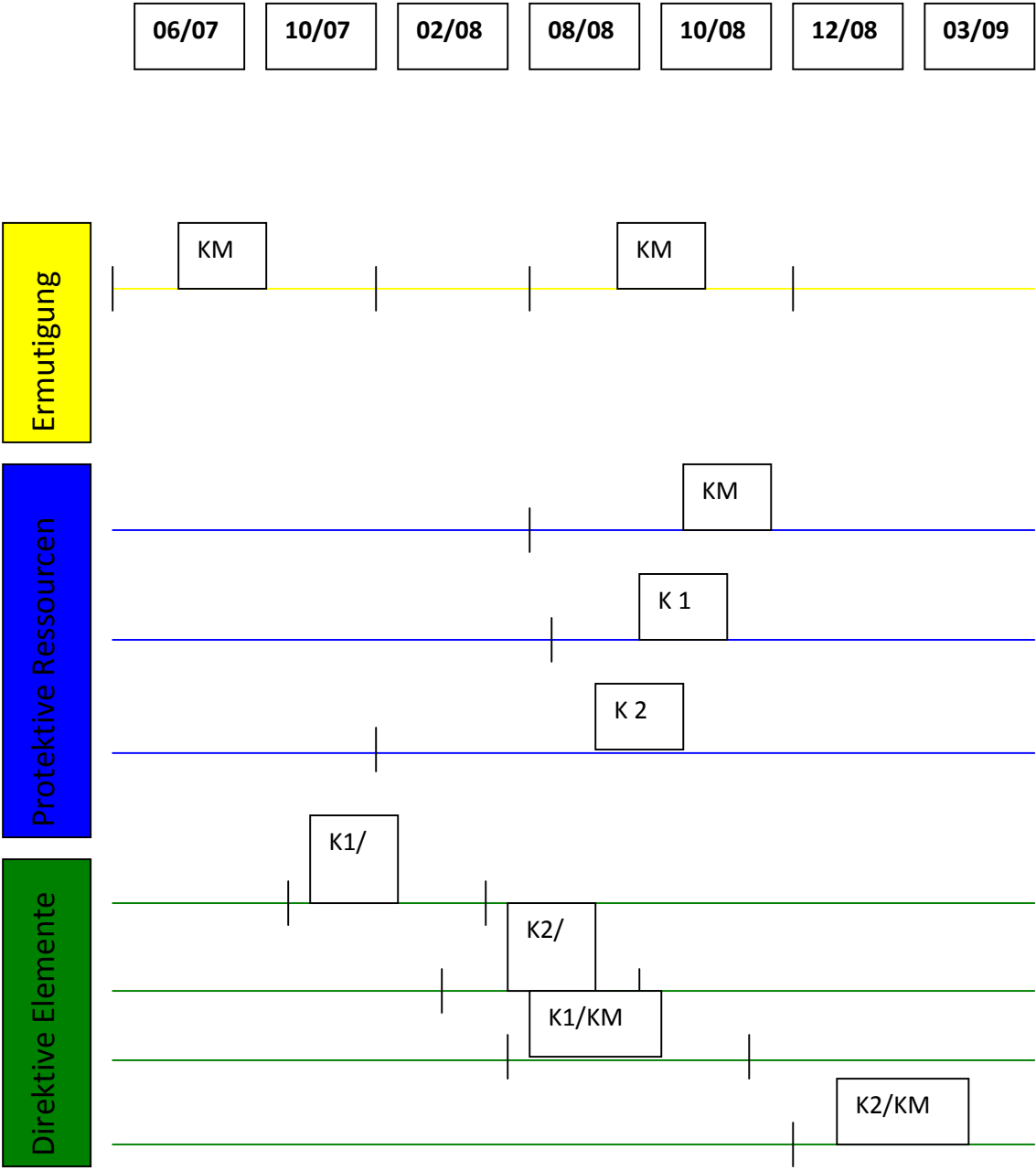
K1/KM: Versuch einer Fremdunterbringung des älteren Kindes und damit einhergehender Schulwechsel (Misslungen).

K2/KM: Einführung und Überprüfung eines verbindlichen, von der Kindsmutter und dem jüngeren Sohn erarbeiteten Regelkatalogs konnte sich nicht dauerhaft etablieren.

K1/KM: Nachdem das Thema Körperhygiene von der Kindsmutter und dem älteren Sohn als problematisch beschrieben wurde, vereinbarten beide einen Maßnahmenplan dessen Überprüfung an den Mitarbeiter der SPFH delegiert wurde. Nachdem die regelmäßigen Nachfragen des Mitarbeiters aufhörten, war auch hier ein Rückfall in alte Verhaltensweisen zu beobachten

K2/KM: Fachärztliche Versorgung und Initiierung einer intensiven Förderung des jüngeren Kindes möglichst in einer Tagesgruppe (war zum Zeitpunkt der Projektvorstellung noch nicht abgeschlossen).

Schaubild 3



4. Resümee

Abschließend lässt sich festhalten, dass ein gelungener Beziehungsaufbau für den Einsatz der verschiedenen methodischen Elemente in der Familie entscheidend ist. Dabei ist **Ermutigung und Aktivierung** ein zentraler Punkt bei der Arbeit mit den Klientinnen und Klienten. Wertschätzung und eine positive Grundhaltung gegenüber den Familien spielt eine entscheidende Rolle für den Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung. Erst dann können diagnostische Verfahren zum Einsatz kommen.

Insbesondere der Einsatz **direktiver und kontrollierender Elemente** kann erst nach einem erfolgreichen Beziehungsaufbau eingesetzt werden, da man hierzu die Erlaubnis der Familie benötigt.

Als relativ schwierig erwies sich die Aktivierung außerfamiliärer **protektiver Ressourcen**. Es zeigte sich, dass die einzelnen Familienmitglieder selbst aktiv den Zugang zu protektiven Ressourcen suchen müssen, um sie nachhaltig in den Familien etablieren zu können.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis des Projektes ist, dass die Strukturqualität, die der Träger zur Verfügung stellt, bedeutsam ist. Die Bereitstellung von ausreichend Zeit für Teambesprechungen, kollegiale Beratung sowie externe Supervision sind wichtig für eine gelingende Arbeit in der sozialpädagogischen Familienhilfe.



Projektbeitrag des Diakonisches Werk der Lippischen Landeskirche e.V. Detmold, Sozialpädagogische Familienhilfe

Verfasserin: Frau Brunhilde Schmelzer, Leiterin der SPFH

Kurzvorstellung der SPFH Detmold des Diakonischen Werkes:

Das Diakonische Werk der Lippischen Landeskirche ist ein regionaler evangelischer Mitgliedverband mit derzeit ca. 120 Mitgliedern (Diakonische Einrichtungen, Verbände, Vereine und Kirchengemeinden) und als solcher ein anerkannter Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein Westfalen. Es arbeiten eng mit den beiden anderen größeren Diakonischen Werken Rheinland und Westfalen zusammen.

Seit 1981 wird die SPFH vom Diakonischen Werk angeboten. In der SPFH sind zurzeit acht Mitarbeiterinnen sowie eine Leitung mit unterschiedlichen Wochenarbeitsstunden (= 5,2 Vollzeitkräfte) und unterschiedlichen Qualifikationen und Zusatzausbildungen beschäftigt.

Unsere Mitarbeiterinnen und ihre Qualifikationen

Dipl.- Sozialpädagogin mit Zusatzausbildung Sozialökologische Familien- und Sozialtherapeutin,

Erzieherin mit Zusatzausbildung Systemische Familienberatung, Mediatorin, gewaltfreie Kommunikation

Erzieherin mit Zusatzausbildung Systemische Familienberatung

Dipl.- Sozialpädagogin mit Zusatzausbildung Klientenzentrierte Gesprächsführung, „Begleiteter Umgang“ nach Scheidung, Konfliktmanagement/Streitschlichtung, Sprachliche Kompetenz: polnisch und russisch

Dipl.- Pädagogin mit Zusatzausbildung als Kinderschutzfachkraft

Dipl.- Sozialpädagogin mit Zusatzausbildung Systemische Familienberatung

In ihrer langjährigen Tätigkeit als Familienhelferinnen haben unsere Fachkräfte sehr vielfältige und praxisnahe Fähigkeiten und Fertigkeiten erworben. Unsere Mitarbeiterinnen arbeiten auf der Grundlage einer Stellenausschreibung, die regelmäßig im jährlichen Mitarbeitergespräch überprüft werden. Die Mitarbeiterinnen befinden sich in ständigem fachlichen Austausch und stetiger Weiterentwicklung durch Fortbildung und Vernetzung. Wöchentliche Teamsitzungen und eine monatlich stattfindende Supervision sind weitere unterstützende Elemente. Unsere Mitarbeiterinnen sind im ganzen Kreis Lippe unterwegs. Neben dem Kreisjugendamt beauftragen die Stadtjugendämter Detmold, Lage, und Bad Salzuflen, in Einzelfällen Lemgo, die SPFH.

Das Modellprojekt aus Sicht der Leitung

Wir haben uns um die Aufnahme in das Modellprojekt beworben, weil wir

- die SPFH weiterentwickeln
- die Professionalität unserer Mitarbeiterinnen und stärken
- an den wissenschaftlichen Forschungsergebnisse über die Erhöhung der Wirksamkeit der HzE-Hilfen partizipieren

- und den wachsenden Anforderungen der SPFH gerecht werden wollen.

Im April 2007 wurden wir informiert, dass wir als Projektstandort für das Modellprojekt durch den Landesjugendhilfeausschuss benannt worden sind.

Nach der großen Freude kam die Frage und was kommt auf uns alle zu. Können wir aufgrund unserer vielen Termine und Alltagssituationen zielgerecht neue/andere Diagnoseraster entwickeln und in den Familien einsetzen?

In drei unterschiedlichen Arbeitsgruppen wurden Diagnoseraster entwickelt, erarbeitet und diskutiert. Diese sollten bis zum nächsten Beratungstag in unseren Alltag aufnehmen, einbauen und ausprobieren.

Der Einsatz der entwickelten Raster gestaltete sich nicht so schwierig wie anfangs vermutet. Familien konnten sich gut darauf einlassen.

Die Zusammensetzung der Kleingruppe wurde mehrfach verändert, was auch zu einem anderem kollegialen Miteinander geführt hat.

Die Beratungstage waren ein Muss für alle Mitarbeiterinnen. Hier wurde diskutiert, überlegt, verworfen, und gemeinsam Neues entwickelt. Die Diagnoseraster waren ebenso Thema in unseren Teamgesprächen.

Durch die Teilnahme und Mitarbeit im Projekt wurden theoretische Hintergründe auf denen die Arbeit basiert wieder bewusster wahrgenommen. Die fachliche Kompetenz wurde erweitert und vor allen Dingen gestärkt.

Das Ausprobieren aller Diagnoseraster, das Feilen an Formulierungen, der Austausch über die Resonanz in den Familien, die Auseinandersetzung mit der täglichen Arbeit auf einer nicht alltäglichen Ebene erhöhten und stärkten das kollegiale Verhältnis im Team.

Die individuelle Arbeit der Einzelnen hat durch die Mitarbeit im Modellprojekt einen gemeinsamen Nenner erhalten, auf dem immer wieder aufgebaut werden kann.

Mit einem lachenden und einem weinenden Auge haben wir das Modellprojekt im März beendet. Wir sind froh, dass wir keine zusätzlichen Termine in unsere tägliche Arbeiten einbauen müssen und sind traurig, dass die Begleitung und Unterstützung der Universität Siegen wegfällt. Wir haben uns fest vorgenommen die Diagnoseraster in unsere Arbeit mit den Familien einzubauen, sie regelmäßig zu überprüfen und sie weiter zu entwickeln.



Projektbeitrag der Stadt Lüdenscheid, Jugendamt Ambulanter Dienst

Vortrag anlässlich der Abschlussveranstaltung zum Modellprojekt im Februar 2009, vorgetragen von Frau Claudia Goj:

Ich möchte nun die Ergebnisse aus der Arbeitsgruppe „Kontrolle und Direktiven“ vorstellen. Auch wir haben uns intensiv mit der Erstellung eines Diagnoserasters zur Einschätzung der Wirksamkeit von Kontrolle und zielgerichtetem Einsatz von Direktiven befasst.

Wichtige Fragen waren:

- Sind die kontrollierenden Handlungen auf einzelne Bereiche (welche?) beschränkt?
- Welche Bereiche sind bisher explizit kontrollfrei?
- Gibt es Vereinbarungen zur allmählichen Reduzierung der Kontrolle?
- Sind die kontrollierenden Elemente Teil eines gemeinsamen Plans?
- Wurde die Mitarbeiterin bei Außenkontakten schon hilfreich erlebt?
- Welche Verpflichtungen hat die Mitarbeiterin übernommen?

Beziehungsbarometer

Mit dem Beziehungsbarometer ermitteln wir die momentane Beziehung zwischen Klientin bzw. Klienten und Mitarbeiterin und auch das Vertrauensverhältnis der Familienmitglieder zur Mitarbeiterin.

Werden diese Fragen positiv beantwortet, hat die kontrollierende Intervention Aussicht auf Erfolg, d.h.:

- es werden nur einzelne Bereiche kontrolliert
- es gibt explizit kontrollfreie Bereiche
- es gibt Vereinbarungen zur Reduzierung der Kontrolle
- die kontrollierenden Elemente sind Teil eines gemeinsamen Plans
- die Mitarbeiterin wurde schon als hilfreich erlebt, vor allem bei Außenkontakten
- auch die Mitarbeiterin übernimmt Verpflichtungen
- die Beziehung und das Vertrauensverhältnis zum jetzigen Zeitpunkt ermöglichen der Mitarbeiterin zu handeln.

Anlässe für Kontrolle und Direktiven

- Überforderte Eltern mit untergewichtigen Kind (18 Monate)
- Keine Tagesstruktur, nur selten gemeinsame Mahlzeiten
- Gewichtsabnahme hat bedrohlich zugenommen
- Kontrollfreier Bereich: Finanzen und Schlafzimmer

Die Mitarbeiterin ist seit anderthalb Jahren in der Familie. Die Familie ist gut im Kontakt mit ihr. Im Verlauf der Hilfe gab es schon gemeinsame Kontrollpläne. Einer dieser Pläne war die Entmüllung der Wohnung.

Die Kindeseltern haben sie auch als Unterstützung im Umgang mit Ämtern und Ärzten erlebt, wo immer wieder neue Kontrollen vereinbart wurden, wer bei Nichteinhaltung wen informiert. Ziel war immerhin, dass Kindeswohl zu sichern und eine Gewichtszunahme des Kindes sicherzustellen und zu überprüfen.

Es gibt natürlich auch weniger dramatische Ereignisse, wo wir direktiv und kontrollierend Einfluss nehmen können. Familien erwarten auch an manchen Stellen, dass die Fachkraft Handlungsstrategien zur Problembewältigung vorgibt. Auch dadurch können Familien ermutigt und aktiviert werden.

Daraus ergibt sich allerdings umgekehrt, dass eine ambulante Hilfe, die mit einem Kontrollauftrag eingerichtet wird, in der Regel nicht funktionieren kann. Ausnahmen bestätigen die Regel. Die Mitarbeiterin ist fremd und wirkt unter Umständen bedrohlich für die Familie. Wie soll die Familie sich öffnen und Vertrauen fassen, wenn sie Angst haben muss, ihre Kinder durch die Mitarbeiterin zu verlieren? Angst kann wie schon in der Steinzeit zwei Reaktionen hervorrufen: Kampf oder Flucht! Wenn der Tiger kommt, renne ich auf den Baum oder hab das Gewehr in der Hand und schieße.

Wie soll die Fachkraft emotional und kognitiv die Familie verstehen lernen, sie ermutigen und aktivieren, sie zur Zuversicht anregen, wenn sie gleichzeitig stets klären und kontrollieren muss, ob das Kind oder die Kinder gefährdet sind? Zur Zuversicht anregen kann nur der, der selbst Zuversicht in den Möglichkeiten der Familien sieht.

Muss Kontrolle zur Sicherstellung der Kinderschutzes zu Beginn einer ambulanten Hilfe erfolgen, können wir uns vorstellen, dass unter folgenden Bedingungen Aussicht auf Erfolg besteht:

- Die Fachkraft beginnt ihre Arbeit frei vom Kontrollauftrag, so dass Klientin/Klient und Mitarbeiterin eine Chance haben, Beziehung und Vertrauen auszubauen.
- Der Kontrollauftrag wird durch eine Fachkraft sicher gestellt.
- Der Kontrollauftrag ist transparent und für die Familie überschaubar.

Mögliche Effekte:

- Die Familie fühlt sich ernst genommen.
- Die Familie ist bereit, die Zusammenarbeit mit der Fachkraft als Chance zu sehen.

Auf der letzten Seite des Berichtes ist ein Fallverlauf grafisch dargestellt.

Visualisierung eines Falles der SPFH Lüdenscheid

Anfang 2003	nach 3 Monaten	Ende 2003	Mitte 2004	Ende 2004	Anfang 2005	Mitte 2005	Mitte 2006	Ende 2006	Anfang 2007	Mitte 2007	bis heute
Einstieg als 2. SPFH	Familie erkennt Hilfsbedürftigkeit ⇒ kann SPFH annehmen	Familie wird offener.	Angedachte Beendigung SPFH, aber neue Schwangerschaft.	Geburt des 4. Kindes	Finanzielle Veränderung durch Umstellung auf Arge.	Kreberkrankung der Mutter	SPFH kommt nicht mehr in die Wohnung.	Unterbringung der Kinder.	Tod der Mutter.	Umzug in eine neue Wohnung, Rückführung der älteren Kinder.	
Ermütigung zur Annahme von Hilfen.	Vater wird ermutigt, die Erziehung mitzugestalten ⇒ Erlaubnis der Mutter	Ermütigung zur Verbesserung der beengten Wohnsituation Erziehungverantwortung	Gemeinsamer Plan: SPFH und Familie ⇒ Wohnungssuche	Aktivierung der Eltern zur Förderung des Babys von Anfang an.	Intensive Aktivierung und Ermütigung des Vaters Verantwortung für die Kinder zu übernehmen.	Durch Aktivierung und Ermütigung die Situation zu verändern schlägt fehl.	Entlastung der Eltern durch Gespräche. Aktivierung zur Entmüllung.	Gemeinsamer Plan zwischen Jugendamt und Vater. Aktivierung	Stärkung des Vaters und der Kinder.		
SPFH bringt sich selbst ein als protektive Ressource.	Logo-, Ergotherapien für Kinder SPFH. ↑ Ressource für die Kinder.	Dominik besucht Kindergruppe des Jugendamtes.	Dominik und Marcel in geeigneten Schulen untergebracht.	Wahrnehmung der „U“ Jasmin in die Kindertagesstätte	Weitere Förderung der Kinder durch Logo-, Ergotherapie und Freizeitaktivitäten.	Angebote für unterstützende Hilfen, wie SPFH und Entrümpelungsunternehmen, wird kaum angenommen.	Kinder: SOS Kinderdorf und Pflegefamilie Eltern kirchliche Institutionen	Möbel ⇒ Kirche Pflegefamilie hilft mit HÖT (Haus der offenen Tür)	Kinderschutz zur Trauerbewältigung Förderung, Therapien Marcel Lerntherapie Intensive Hausaufgabenbetreuung HÖT Pflegefamilie für Patrizia		
Kontrolle durch Nachfragen	Intensivierung der Wohnungssuche (Druck durch den ASD) Kontrolle ↑				Schwierigkeiten bei der Wohnungssuche wird durch hohe Ansprüche der Eltern erschwert.	Frist: Vermüllung muss beseitigt werden. Direktives Arbeiten (Aufgaben) funktioniert nicht	Vermüllung beseitigen, dann kommen die Kinder wieder.	Entmüllung Wohnungssuche Neue Wohnung muss bewohnbar sein.	Kontrolle der Ordnung durch HÖT.		
2 - 3 Stunden in der Woche 1x Kontakt	5 Stunden in der Woche 2x Kontakt	3 Stunden in der Woche	4 Stunden in der Woche	4 Stunden der Woche	4 Stunden in der Woche	4 Stunden in der Woche	4 Stunden in der Woche	6 - 8 Stunden in der Woche		4 - 5 Stunden in der Woche	

Besuchen *Sie uns* Internet

www.lja-wl.de

- Publikationen bestellen
- Publikationen herunterladen
- sich aktuell informieren
- *Jugendhilfe-aktuell* als Newsletter abonnieren
- Informationen zu Fortbildungen

und vieles mehr