

VBK-/VSAV-Fachtagung vom 4./5. September 2008
Wirksame Handlungskonzepte im Kindes- und Erwachsenenschutz

* Abstract *

**Individuelle und strukturelle Ressourcen in der Vernetzung nutzen
– Lässt sich Resilienz stärken?**

von **Jörg M. Fegert, Prof. Dr. med.**, Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm. www.uniklinik-ulm.de/KJPP

Individuelle und strukturelle Ressourcen in der Vernetzung nutzen – Lässt sich Resilienz stärken?

Im Referat werden auf der Basis eigener Forschung zunächst strukturelle Probleme und Ressourcen dargestellt. Dabei werden einfache empirisch abgesicherte Grundsätze für das Zusammenwirken und das Case-Management abgeleitet. Zur Stärkung von Ressourcen ist hierbei besonderer Wert auf eine individuelle Fallbegleitung, im Gegensatz zur Delegation, mit jeweiliger Abgabe der Fallverantwortung gelegt.

Die Frage, ob sich Resilienz, also der individuelle Schutz vor Risiken aufgrund besonderer entwicklungsprotektiver Faktoren, durch gemeinsames Handeln von Professionellen stärken lässt, wird abschließend diskutiert, wobei dabei davon ausgegangen wird, dass Helfer sich zunächst einmal intensiver damit auseinandersetzen müssen, dass ihr Handeln nicht immer nur Forderung und Stärkung bewirkt, sondern dass auch helfende Interventionen mit Risiken und Nebenwirkungen behaftet sind. So zeigt z. B. die internationale Resilienzforschung, dass die gute Integration von Kindern, z. B. in örtliche Vereine wie Sportvereine etc. eine resilienzfördernde protektive Funktion hat. Sehr häufig schneiden Schutzmaßnahmen, welche mit den besten Intentionen ergriffen werden um z. B. Kinder aus einem gefährdenden Milieu herauszunehmen, auch diese resilienzfördernden Ressourcen ab. Selten wird in einer Güterabwägung vor institutionellem Handeln eine Diskussion dieser möglicher Weise intendierten Hauptwirkungen und negativer Nebenwirkungen durchgeführt.

Aufbauend auf dem Referat von Schreiner zu Risikoeinschätzung wird auch die berufsgruppen-spezifische Wahrnehmung solcher Faktoren diskutiert.

Weitere Unterlagen zum Thema finden Sie unter:
www.vbk-cat.ch → Aktuell → Fachtagung 4./5. September 2008



Individuelle und strukturelle Ressourcen in der Vernetzung nutzen - Lässt sich Resilienz stärken?

Fachtagung *Wirksame Handlungskonzepte im Kindes- und
Erwachsenenschutz* am 4./5. September 2008 in Fribourg

Jörg M. Fegert, Ulm



Gliederung

- **Einleitung**
 - Generelle Überlegungen: Schnittstellen und Gräben
 - Kinderschutz zwischen Rahmenbedingungen und individuellen Subjekten
- **Holzschnittartige Darstellung der Sichtweise von Professionen**
- **Beispiele aus der eigenen Forschung**
 - Die Berlin Köln Studie zum Umgang mit sexuell missbrauchten Kinder (Fegert et al. 2001; VW Stiftung)
 - Guter Start ins Kinderleben
 - Projekt Hilfeprozessmanagement (Goldbeck et al. 2005 für die World Childhood Foundation)
 - Studie VW Stiftung Partizipation von Kindern- und Jugendlichen
- problemlagenadäquate **Differenzierung und ressourcenorientierte partizipative Zugänge** bei der Hilfeplanung und Zieldefinition sowie Zielerreichungsmessung
- Vermeidung von resilienschwächenden Interventionen
- **Fazit**



Schnittstellen oder Gräben

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung, bei Festveranstaltungen stets gelobt und gefordert
- In der Praxis aber häufig nicht unterstützt
- Suche nach **Faszilitatoren** der Zusammenarbeit und nach **Barrieren und Hinderungsgründen**.
- Voraussetzungen der Kooperation unterschiedlicher Professionen in Risikosituationen



Faszilitatoren

- Faszilitatoren sind Erleichterer, also Gründe, welche helfen die Gräben zwischen den Professionen zu überwinden. Solche Erleichterer sind
 - Motivation
 - Faszination an Inhalten anderer Fächer (nicht Übernahme deren Rolle)
 - Gute Rahmenbedingungen
 - Finanzierung der Zusammenhangersarbeiten
 - Regeln und Vereinbarungen in der Zusammenarbeit
 - Persönliches Vertrauen
 - Gemeinsame Sprache bzw. Sichtweise in der Fallarbeit
 - Klarheit über Fallführung und Federführung



Barrieren und Hinderungsgründe

- Riesenerwartung an die anderen Professionen
- Schwierigkeiten beim Beschreiben der eigenen Kernkompetenzen
- Keine Ressourcen für Vernetzung aber Vernetzungsauftrag
- Datenschutz- oder Pseudodatenchutzargumente
- Angst vor Beeinflussung und Dominierung in der Zusammenarbeit
- Emotionalisierung der Debatte um Kinderschutzfälle



Symptome für Scheitern, für Gräben etc.

- Skandalfälle mit starker Medialisierung und Emotionalisierung
- Streit um den Einsatz standardisierter Instrumente, z. B. beim risk assessment
- Streit um Federführung unterschiedlicher Berufsgruppen bzw. unterschiedlicher Hierarchieebenen
- Mangelnde Partizipation der Betroffenen
- Mangelnde altersentsprechenden Bedürfnissen entsprechende Strategien
- Nichtbeachtung von self care competence

Kostendruck, Subsidiarität und „Vernetzung“ als Streit um Zuständigkeit und Finanzierung

„mündige Familie“ auf individuelle Ressourcen bauen	„Problemsituationen“ Sich auf strukturelle Ressourcen verlassen
Reduzierung des Verwaltungsaufwandes, der Einmischung, Überwachung und Kontrolle	Erkennen: Diagnostik möglichst zuverlässige Prognosen
Beraten, Informieren (häufig aktive Nachfrage)	Beraten, Informieren (Schwellenängste, mangelnde Erreichbarkeit)
Beratung und Hilfen anbieten	Beratung und Hilfen anbieten, Kontrollieren „Wächteramt“
Eltern berücksichtigen die altersentsprechenden Kindesinteressen	Spezifische Kindesinteressen angesichts vieler Akteure im Blick behalten

widerstreitende politische Zielsetzungen

DEREGULIERUNG SPEZIALISIERUNG

Kommunikation an den Schnittstellen Medizin-Jugendhilfe-Behörde und Justiz

Theorien und Denkmodelle der sich Vernetzenden

FAMILIENORIENTIERUNG vs. KINDORIENTIERUNG

Sozialarbeit pädagogisch - Beratung - helfen - familienzentriert - Forschung prozessorientiert, häufig qualitativ Recht und Verwaltung - administrativ durch Verfahrensrecht geregelt - Amtsermittlungsgrundsatz und Beschleunigungsgebot - Abhängig von Zusammenarbeit JA und GA - Häufig keine Wirkungsforschung	KJPP und Kinder- und Jugendmedizin, Psychologie - medizinisch - bisweilen defizitorientiert - therapeutisch - Beratung - heilen - individuumszentriert - Forschung häufig - quantitativ - outcomeorientiert
--	---

ärztliche Sicht

- Geprägt von Diagnosebezug und den Regeln des Krankenversicherungssystems
- Häufig Angst vor Konsequenzen bei Einschaltung von Behörden
- Generell häufiges Unwissen über rechtliche Zusammenhänge
 - Unkenntnis über sozialrechtliche Möglichkeiten, z. B. im Opferentschädigungsgesetz
 - Punktuell hohes Engagement ohne abrechnungsrelevante zeitliche Ressourcen
 - Historische Tradition (vgl. Helfer und Kempe in der pädiatrischen Radiologie als Beschaffer unzweifelhafter Beweise).



Durch Dokumentationslast und gedeckelte Budgets weniger Raum für psychosoziales Management in der Medizin



(Sozial-) pädagogische Berufe

- Intensive Fallarbeit
- Starke Prozessorientierung,
- Mangel an empiriebasierter Diagnostik und Evaluation (vgl. 11. Jugendbericht)
- Gefahr der Bagatellisierung durch Verständnis für Klienten und Bemühen um gute Beziehung bei gleichzeitiger Angst vor Konfrontation mit Defiziten und Grenzen



Vormundschaft

- Amtssvormund in Deutschland häufig ein „zahnloser Papiertiger“
- Hohe Fallzahlen (z.B. über 500 bei Vormund von Kevin)
- Administriert eher konservativ, verlässt sich auf Praktiker und Experten
- Stimmt häufig Forschung und Heilversuchen nicht zu, um nichts falsch zu machen
- Aber : Problematik des off label use



Familiengerichte

- Familiengerichte häufig sehr spät und von Ferne involviert
- Abhängig von der Darstellung durch Dritte z.B. das Jugendamt wenig Lernchancen da wenig Widersprüche und veröffentlichte Entscheidungen sowie Beschäftigung der Obergerichte
- Keine spezifische Fachqualifikation im Gegensatz zum Fachanwalt für Familienrecht
- Eigentlich Amtsermittlungsgrundsatz und eilbedürftige Verfahren.



Berater und Psychotherapeuten

- Spezialisierung und Entwicklung von Spezialangeboten
- Teilweise gefangen im ethischen Konflikt zwischen Unterstützung und damit evtl. Verlängerung des Leids vs. Schlußstrich
- Wenig evidenzbasierte Therapien und Studien hierzu in Deutschland
 - Unterschiedliche Wellen von Moden wie
 - Aufdeckungsarbeit
 - Traumatherapie etc.
- als Gutachter oft „Richter in weiß“



Leitthema Sexualmedizin

Sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen

Beitragsschwerfeld: Gesundheitsrecht
Gesundheitsrecht (JUR) 2022/23
DOI 10.1007/978-3-662-01111-7
Online published 21. Dezember 2022
© Springer Medizin Verlag 2022

J.M. Fegert · Universitätsklinikum Ulm, UKU

Seit ca. 25 Jahren wird die Thematik des sexuellen Missbrauchs an Kindern vorwiegend als ein Kindesmissbrauch thematisiert. Zwar gab es schon immer pädagogische Forderungen und auch eine systematische Teilkompetenzorganisierte sowie alle Auswertung von Kindern, dennoch war der sexuelle Kindesmissbrauch lange Zeit ausschließlich Thema der Forensik und der Strafrechtsgutachtung. Bei et al. [1] finden bei einer Durchsicht von 5000 Artikeln in 9 Fachzeitschriften zum Kindesmissbrauch von 1977–1997 einen deutlichen Anstieg der Zahl an Arbeiten zum sexuellen Missbrauch, bei einem gleichzeitigen Rückgang der Auseinandersetzung mit der Kindesmissbrauch. Die Literatur zum Thema Veranschaulichung ist gleich hoch wie niedrig. Während

und begangen mit dem Slogan „Nur als Täter“, der von vielen Männern als Geschlechtsliche wahrgenommen wurde. Dieser wurde damals zum ersten Mal deutlich, dass entgegen der Wahrnehmung in der forensischen Literatur eben nicht pädagogische Forderungen, sondern eher Personen im familiären Umfeld oder Personen mit Erziehungsfindung und Erziehungsverantwortung für die Mehrheit der Missbrauchsfälle verantwortlich sind. Dies wurde dann auch durch die zunehmend ernst gemeinere Diskussionsforschung bestätigt. Dennoch verstand Mütter der 1990er Jahre den Eindruck, dass aufgrund fehlender Einschätzungen – insbesondere auch dem in gemeinsamen Wienerer Strafverfahren –, der zum BZgJ-Urteil (StBR/16, NTV 1999 274)

Interquellen wurden vernachlässigt, eine starke emotionale Beteiligung (die bei sexuellen Missbrauchsfällen eine die Regel als die Ausnahme ist) und die Unfähigkeit, Fehler und Irrtümer einzuräumen, führten zu weiteren Fehlentscheidungen und zu erheblichen Problemen. Die Autorin kommt zu dem Schluss, dass Fehler in der Fallarbeit nicht unvermeidbar Ereignisse, sondern aufgrund persönlicher Habitusentscheidungen und Missgefallen in der Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen zu erwarten seien. Um solchen Missgefallen vorzubeugen, hat der Gesetzgeber im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfswissenschaften (KJG) eine neue Norm ergriffen, den § 14a SGB VIII. Er regelt die Verantwortung für den Kindesmissbrauch und die Notwendigkeit der

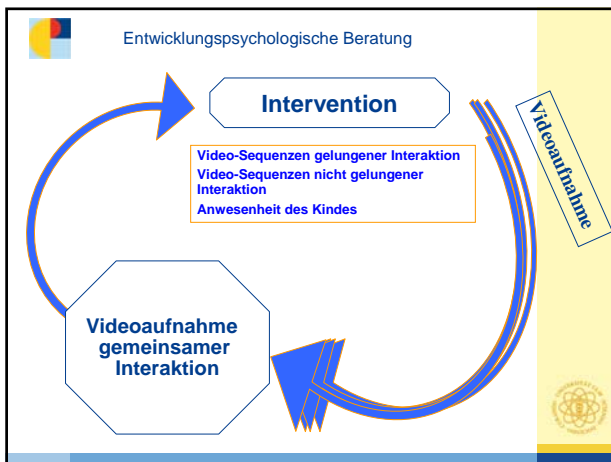
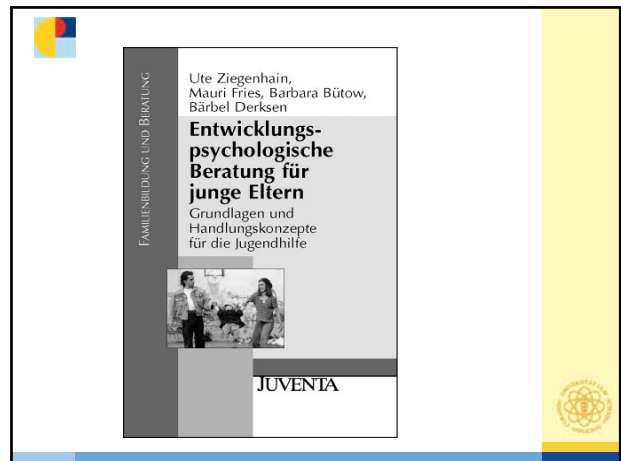


Resilienzfördernd sind Therapien die empirisch abgesicherte Wirkungen haben

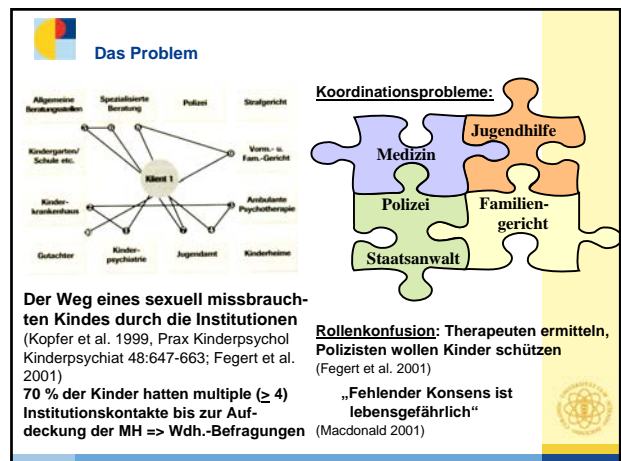
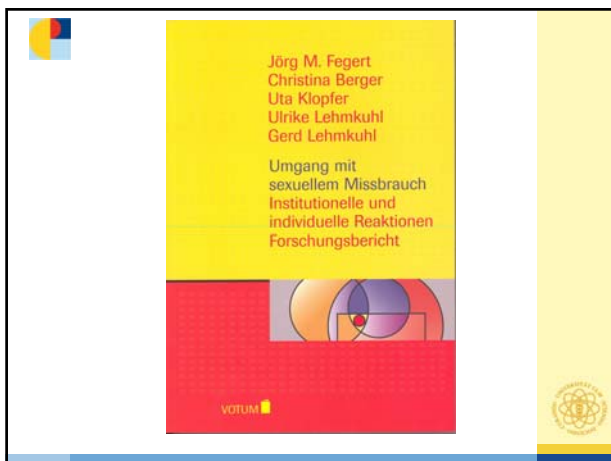
Tabella 2

Verfügbare Längsschnittstudien (mit Kontrollgruppen und randomisierter Gruppenrandomisierung) zu den Behandlungsergebnissen einer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen nach sexueller Misshandlung

Autoren (Jahr)	Art des Traumas Alter % weiblich Land	Behandlungsgruppen/Ergebnisse (Kontrollgruppe) Gruppengröße	Ergebnisse PBT-Symptomatik sozial. Funktion Anpasslichkeit	Wirkung Ergebnisse
Bellmar & Seidman (1996) (27)	Sexueller Misshandlung 4-11 J. (N=83) 87% weiblich USA	CBT+ST graduell post Ergotherapie (8-10, N=40) STG (8-10, N=32) FG 12 & 24 Mon.	post --	Angst, Depression, Verhaltensprobleme, sozialisiertes Verhalten u.a. (Beide Gruppen verbessert)
Shack, Henggeler & Whitman (1987) (32)	Misshandlung Vernachlässigung N=61, N=51 45% weiblich USA	ST ab 10 (17) MST (8, N=18) post	prä post --	Stress-Feld-Reduzierung MST+ET sozial. Probleme (ST -MST) psychische Symptome der Eltern, Stress, Problemschwere u.a. (Beide Gruppen verbessert)
Cohen, Nizard, Walsh & McCall (1996) (26)	Sexueller Misshandlung 8-12 J. (N=15) 100% weiblich Unterstützt USA	CBT+Mutter (8, N=15) MST+Mutter (8, N=17) post	n.a. (Beide Gruppen verbessert)	Unterstützung und Schulung geföhle der Mutter: CBT -MST; externales Verhalten: probleme, psychosoziale Probleme Mutter von dem Kind n.a. (Beide Gruppen verbessert) interne Verhalten: probleme: MST -CBT
Cohen & Mannarino (1996, 1997) (14, 46)	Sexueller Misshandlung 3-7 J. (N=47) 98% weiblich USA	CBT+Eltern (12, N=39; FG N=26) MST+Eltern post	prä post --	20-22, internalisierende Verhalten: probleme und sozialisiertes Verhalten: CBT -MST; externales Verhalten: probleme n.a. 22-23, Verhaltensprobleme: CBT -MST; sozialisiertes Verhalten u.a.



- ### Gliederung
- Einleitung
 - Generelle Überlegungen: Schnittstellen und Gräben
 - Kinderschutz Rahmenbedingungen
 - Holzschnittartige Darstellung der Sichtweise von Professionen
 - Beispiele aus der eigenen Forschung
 - Die Berlin Köln Studie zum Umgang mit sexuell missbrauchten Kinder (Fegert et al. 2001; VW Stiftung)
 - Projekt Hilfeprozessmanagement (Goldbeck et al. 2005 für die World Childhood Foundation)
 - Studie VW Stiftung Partizipation
 - Altersentsprechende und problemlagenadäquate Differenzierung und altersangemessene Zugänge und damit unterschiedliches Gewicht verschiedener Professionen und verschiedener Zugänge.
 - Fazit





ExpertInneninterviews Rollenumkehr

- **KriminalpolizistInnen und StaatsanwältInnen:**
 - > Kinderschutz (allerdings kaum Kenntnisse über die Möglichkeiten des Kinderschutzes. vgl. Fegert et al. 1996)
 - > starkes praktisches Bemühen um gute Vernehmungsbedingungen
- **HelferInnen, TherapeutInnen, BeraterInnen:**
 - > Beweissicherung, Ermittlung, „Aufdeckung“, Wahrheitsfindung
 - > Haltung zum Strafverfahren erlaubt Berufsgruppenzuordnung und erklärt weit über ein Drittel der Gesamtvarianz



„Blinder Fleck“ der HelferInnen

- Belastungen durch Interventionen von Helfern
- Mehrfachbefragungen, teilweise durch Unsicherheit der Helfer bedingt.
- Selbstkritik in Bezug auf Belastung der Kinder, höher im Feld der Justiz.
- Negative Folgen von Helfenden-Interventionen wie z. B. Heimaufnahme etc. finden wenig Beachtung.
- Helfern gelang es gut Beziehung zu betroffenen Kindern aufzubauen, Kinder fühlten sich aber nicht informiert



Beurteilung der Kooperation mit anderen Institutionen durch das Jugendamt Vorkommen und Zufriedenheit



Guter Start ins Kinderleben

Ein von den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen gefördertes Modellprojekt zur Verbesserung des Kinderschutzes

Modellstandorte: Erlangen, Gera, Kyffhäuserkreis, Ludwigshafen, Ostalbkreis, Pforzheim, Traunstein, Trier

Förderung der wissenschaftlichen Evaluation:

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend



Jugendamt als letzte Alternative ...Zusammenarbeit als eigenes Versagen

- **„Ja es war schon, also als wir die überhaupt nicht erreicht haben, fühlt man sich schon relativ hilflos. Also wirklich hilflos. Ich meine man steht da und erreicht die nicht. Und, ja, dann weiß man, dass das dann übers Jugendamt laufen muss“**



Fragebogenuntersuchung „Vernetzung der Institutionen“

Kinder- und Jugend-
psychiatrie/ Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm



Guter Start ins Kinderleben
Fragebogen zur Vernetzung

Ihre Standort-Kennziffer:

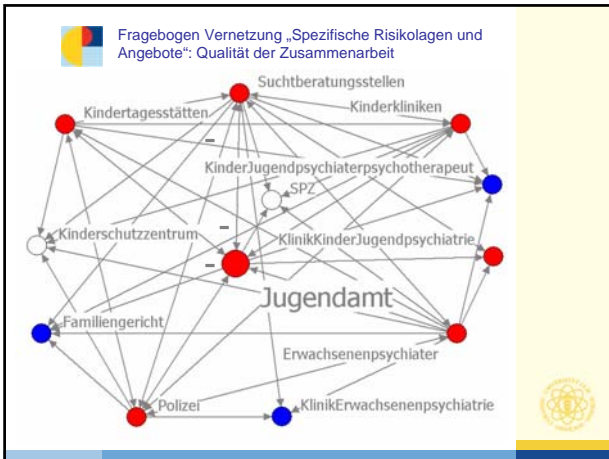


Bitte beachten Sie:

Im Folgenden werden Sie zu jeder der aufgezählten Institutionen/Praxen/... bezüglich Ihrer Zusammenarbeit befragt. Wenn Sie bei einer Institution die Eingangsfragen A, B und/oder C mit JA beantworten, überspringen Sie bitte alle weiteren Fragen bezüglich dieser Institution und gehen Sie zur nächsten über.

Andernfalls beantworten Sie bitte auch die jeweiligen Fragen 1 bis 3.





Qualität der Kooperationszufriedenheit im Netz „Rund um die Geburt“ (N= 154): Schwangerschaftsberatung und Geburtsklinik als Türöffner – Einbindung der Kinderärzte?

	signifikant zufrieden mit...	signifikant unzufrieden mit...
Jugendämter		
Schwangerschaftsberatungsstellen	Jugendamt (Phi = -0,254*) Frauenärzten (Phi = -0,222*)	
Geburtskliniken	Jugendamt (Phi = -0,258*)	
Kinderärzte		Jugendamt (Phi = 0,349**) Schwangerschaftsberatungsstellen (Phi = 0,334**)
Hebammen		
Frauenärzte		

Anmerkungen: * p < 0,5 **p < 0,01 ***p < 0,001; Datenbasis: Befragung Vernetzung im Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“. Daten aller Standorte, binär kodierte Variablen: 0 = „ich arbeite nicht in dieser Institution“ bzw. „ich bin zufrieden mit der Zusammenarbeit mit dieser Institution (eher gut und gut zusammengefasst)“, 1 = „ich arbeite in dieser Institution“ bzw. „ich bin unzufrieden mit der Zusammenarbeit mit dieser Institution (schlecht und eher schlecht zusammengefasst)“

Qualität der Kooperationszufriedenheit im Netz „Frühe Hilfen für Familien“ (N= 189): Platz der Kindertagesstätten und Frühförderstellen?

	signifikant zufrieden mit...	signifikant unzufrieden mit...
Jugendämter		
Erziehungsberatungsstellen		Kindertagesstätten (Phi = 0,254*) Frühförderstellen (Phi = 0,185*)
Familienbildungsstätten		Kindertagesstätten (Phi = 0,288*)
Kindertagesstätten		
Frühförderstellen		Jugendamt (Phi = 0,289**)

Anmerkungen: * p < 0,5 **p < 0,01 ***p < 0,001; Datenbasis: Befragung Vernetzung im Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“. Daten aller Standorte, binär kodierte Variablen: 0 = „ich arbeite nicht in dieser Institution“ bzw. „ich bin zufrieden mit der Zusammenarbeit mit dieser Institution (eher gut und gut zusammengefasst)“, 1 = „ich arbeite in dieser Institution“ bzw. „ich bin unzufrieden mit der Zusammenarbeit mit dieser Institution (schlecht und eher schlecht zusammengefasst)“

Vernetzung im Kinderschutz: Was hilft? - Etablierung von Strukturen

themenbezogene und interdisziplinäre Arbeitsgruppen (kleinere, arbeitsfähige Einheiten zur Planung und Steuerung)

Koordinatoren vor Ort (Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitshilfe)

„One face-to-the Customer“: Fachstelle/Clearingstelle an der Schnittstelle Jugend- und Gesundheitshilfe (Fallvermittlung, anonymisierte Beratung, Information)

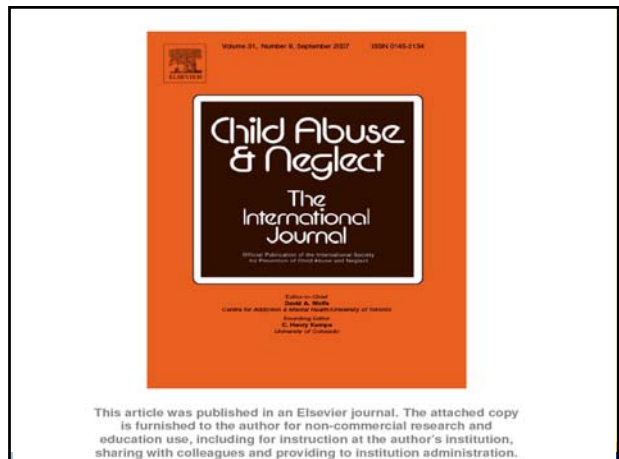
Expertensysteme und kollegiale Supervision oder Intervention

Etablierung verbindlicher Verfahrenswege und Verfahrensabläufe / Standards (z.B. geregelte Zuständigkeitsklärung, standardisierte und empirisch abgesicherte Risikodiagnostik)

Hilfeprozesskoordination im Kinderschutz
Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Interventionsstudie

L. Goldbeck
A. Laib-Koenemund
J.M. Fegert

Förderung: World Childhood Foundation



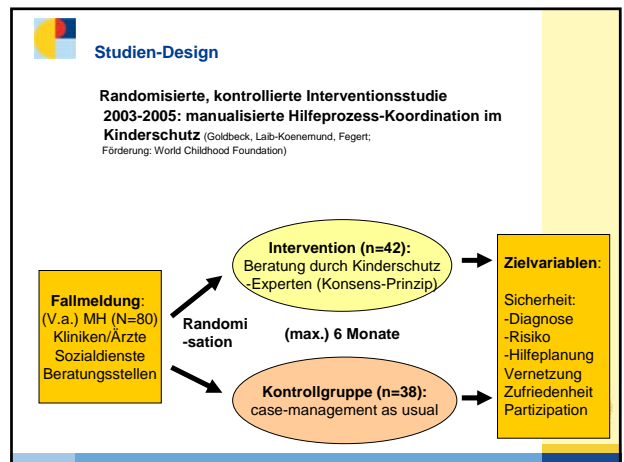


HPK = Hilfeprozess-Koordination

- Zielgruppe: Sozialarbeiter, Berater, Ärzte, Therapeuten, Vormünder
- Institutionsexterne Supervision/Beratung durch Kinderschutz-Experten mit manualisiertem Vorgehen
- Qualitätssicherung von Diagnostik und Intervention (leitlinienorientiert)
- Fallführung bleibt bei meldender Stelle
- 2-6 Beratungstermine in 6 Monaten
- Konsensprinzip: externer „Manager“ entscheidet nicht

HPK:Qualitätskriterien und Prinzipien

- Primat des Kinderschutzes
- Interdisziplinäre Perspektive
- Externe Supervision
- Operationalisierung von Zielen
- Falldokumentation
- Vermeiden ineffektiver Delegationsketten



Kooperation im Helfersystem

- 63 % gut/sehr gut
- 27 % ausreichend
- 10 % mangelhaft/sehr schlecht

(kein sign. Gruppenunterschied)

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der HPK Studie

- HPK-Teilnehmer zufriedener mit erreichtem Kinderschutz (2/3 vs. 1/2)
- HPK-Teilnehmer verzichten häufiger auf Strafanzeigen
- HPK-Teilnehmer legen Wert auf genaue Absprachen innerhalb des Helfersystems
- Die in den HPK-Sitzungen vereinbarten Ziele wurden überwiegend erreicht
- Ressourcenverbrauch (Zeitaufwand pro Fall) kein Unterschied zwischen HPK und KG



Zusammenfassung HPK Studie II

- HPK-Teilnehmer werden sicherer in der Interventionsplanung
- Geringere Partizipation der Kinder/Jgdl. und Familien in der HPK Gruppe
 - HPK < KG



Partizipation der Sorgeberechtigten

- Positives Ergebnis der fachlichen externen Unterstützung: Verunsicherung bei scheinbar klaren schweren Mißhandlungsverdachtsfällen bessere Differentialdiagnose; größere Sicherheit bei Vernachlässigungsfällen
- Negatives Ergebnis: **Koordination der Fachkräfte führte tendenziell zu geringerer Partizipation der Betroffenen**
- §8a KJHG „... dabei sind die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche einzubeziehen...“



Patientenaufklärung



Notwendigkeit der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen Empowerment und Respekt für Privatsphäre

„Man kann ja nicht einfach so über ein Lebewesen hinweg entscheiden, ob nun Kind oder Jugendlicher. Es muss ja wenigstens gefragt werden auch wenn man nicht akzeptiert wird.“

(Mädchen 8 Jahre, in Fegert et al. 2000, gefördert von VW II/ 74 904)

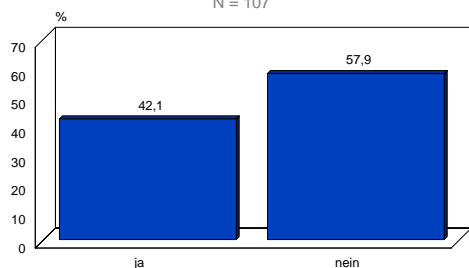
UN KRK: Artikel 12 (Meinung bilden, angemessen berücksichtigen)

Artikel 13 (Informationsfreiheit)



Hat Dich jemand über Deine Rechte aufgeklärt?

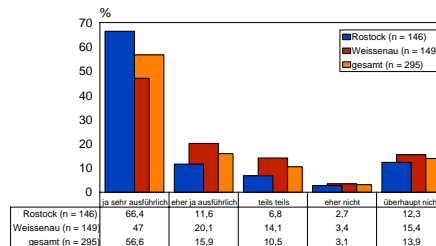
N = 107



keine Angaben = 1 weiß nicht = 3

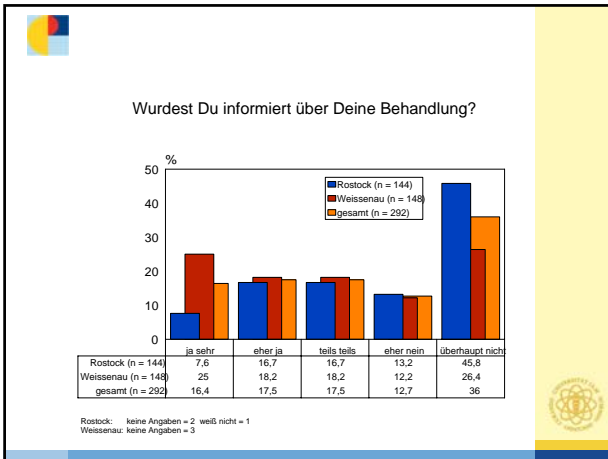


Wurdest Du informiert über die Stationsregeln?



Rostock: keine Angaben = 1
Weissenau: keine Angaben = 2





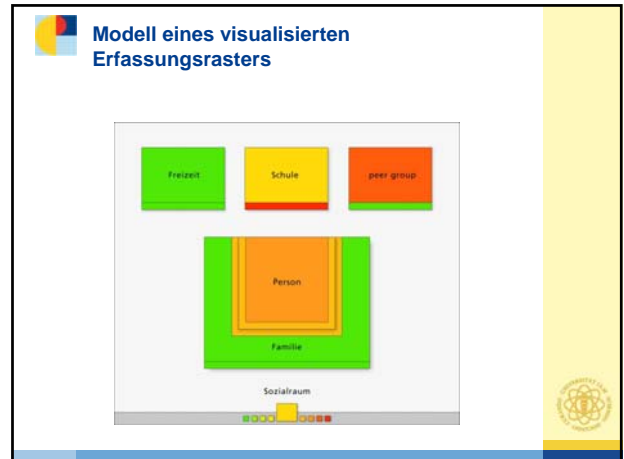
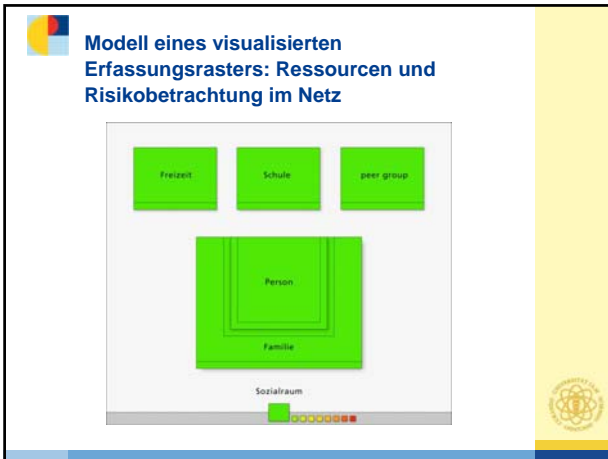
- Gliederung**
- Einleitung
 - Holzschnittartige Darstellung der Sichtweise von Professionen
 - Beispiele aus der eigenen Forschung
 - **problemlagenadäquate Differenzierung der Zugänge und partizipative Zielplanung**
 - Fazit

Kindliche Basisbedürfnisse und die Berücksichtigung dieser Tatsachen in der UN-Kinderrechtskonvention

Basic need	UN-Kinderrechtskonvention
Liebe und Akzeptanz	Präambel, Art. 6; Art. 12, 13, 14
Ernährung und Versorgung	Art. 27, Art. 26, Art. 32
Unversehrtheit, Schutz vor Gefahren, vor materieller emotionaler und sexueller Ausbeutung	Art. 16, Art. 19, Art. 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40
Bindung und soziale Beziehungen	Art. 8, 9, 10, 11; Art. 20, 21, 22
Gesundheit	Art. 24, 25, 23, 33
Wissen und Bildung	Art. 17; Art. 28, 29, 30, 31

- Risikoeinschätzung drohender Entwicklungsgefährdung
- **geringes Risiko**,
 - wenn nur einzelne Risiken vorhanden
 - **hohes Risiko**,
 - wenn viele und chronische Risiken kumulieren und interagieren und/oder
 - **wenn keine Schutzfaktoren vorhanden, die Risiken abpuffern (Rutter, 2000)**
 - Gesamtabwägung erfordert häufig interdisziplinären Austausch und gemeinsame Sprache der Helfer

- Teilhabe vs. Teilhabebeeinträchtigung
- Indikatoren – Einteilung**
- Individuelle Voraussetzungen:**
- soziale Lebenslage
 - Selbstpflegekompetenzen
 - Kompetenzen der Familie
 - Leistungsfunktionen des Kindes / Jugendlichen
 - Leistungsfunktionen der Familie
- Interaktionelle Voraussetzungen:**
- Integration in die Familie
 - Integration Kita / Schule / Arbeit,
 - Integration in die Peer-Group,
 - Integration in der Freizeit und
 - Integration in den Sozialraum.
 - Beziehungsqualitäten des Kindes / Jugendlichen



Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

PädZi I

Entwicklung und Implementierung eines Instruments zur Erhebung pädagogischer Effekte und zur Unterstützung im Zielerreichungsprozess

PädZi II

Standardisierung von PädZi und Einführung als Routineinstrumentarium im CJD

Kooperationsprojekt
des Christlichen Jugenddorfwerks e.V. (CJD) mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm, Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert anielgrafik GmbH, Hamburg

Projektteam:
Dipl.-Psych. Kerstin Lutz, Dipl.-Psych. Rita Kleinrahn, PD Dr. Ferdinand Keller, Jörg M. Fegert

Teilnehmerakte

Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Soziale Kompetenzziele

(Lutz, Keller & Fegert, 2004, 2007, 2008)

Folgende Kompetenzen werden erfragt:

- Kommunikationsfähigkeit
- Umgang mit Konflikten/Konfliktmanagement
- Kritikfähigkeit
- Verbindlichkeit/Zuverlässigkeit/Sich an Regeln halten
- Selbständigkeit/Autonomie (in lebenspraktischen Dingen)/ Verselbständigung
- Verhalten in der Schule/Ausbildung
- Perspektive für die Zukunft entwickeln
- Integration in Gruppen Gleichaltriger/Aufbau von Freundschaften

Soziale Kompetenzziele

Individuelle Ziele

- Formulierung von drei Zielen
- Definition der Extrempole:
Was ist die schlimmste Ausprägung des Verhaltens?
Was ist der Idealzustand?
- Beschreibung des momentanen Verhaltens (IST) und der realistisch zu erwartenden Ausprägung des Verhaltens (SOLL) für den nächsten Abschnitt der Hilfeplanung
- Einschätzung auf einer 7-stufigen Skala
- Erfassung der Motivation des Teilnehmenden
- Festlegung der Schritte zur Umsetzung und der Verantwortlichkeiten bezüglich des Vorgehens

Ressourcenorientierung

Die Ressourcen des Teilnehmenden werden in einer „Schatztruhe“ gesammelt, dazu gehören:

- Interessen, Fähigkeiten und „Heldentaten“ aus der BADO,
- positive Eigenschaften, die im YSR bzw. YABCL/YASR angegeben wurden,
- Aspekte aus dem ILK, die mit eher gut oder sehr gut beantwortet wurden und
- Soziale Kompetenzziele, die fast vollständig (6) oder vollständig (7) erreicht wurden

Diese Zusammenfassung der Ressourcen dient dazu, die Dinge, die gut funktionieren nicht aus den Augen zu verlieren und sie kann bei der Formulierung eines Ressourcenziels als Ideenpool dienen.

Stichprobe (t1)

- 11 Einrichtungen des CJD („klassische“ Jugendhilfe, Projektarbeit, Berufliche Förderung, Schulen mit unterschiedlichen Schwerpunkten, Medizinische Rehabilitation; ambulante und stationäre Maßnahmen)
- Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 11 bis 25 Jahren
- N = 920, Alter: 17,2 Jahre
Männlich (N = 621, Alter: 16,9 Jahre)
Weiblich (N = 293, Alter: 17,5 Jahre)

ORIGINALARBEITEN

Entwicklung und psychometrische Eigenschaften von Zielerreichungsskalen zur Qualitäts- und Veränderungsmessung im pädagogischen Setting

Karintha Lutz, Vera Kösterchen, Michael Köllch, Ingrid M. Jorgens und Ferdinand Köllch

Summary

Development and psychometric evaluation of goal attainment scales designed to measure quality in and change in pedagogical settings

There is a need of standardized methods to assess quality in the youth welfare system. This report is based upon a project (PAZZ) with the intention to develop and implement a tool to evaluate pedagogical effects and to assist in goal attainment processes. A scale was developed to measure the attainment of social competencies and individual goals. A set of instruments was administered to control the quality of life and psychosocial symptoms. The whole set of instruments was implemented at 11 institutions and was applied in 918 adolescents. The new assessment tools psychometric quality criteria. Validity was controlled by correlations with CBCL, YABCL, and YSR/YASR. After a period of 6 months significant effects appear in the goal attainment scales as well as the standard and instruments. PAZZ is applicable in various institutions of the youth welfare system.

Proc. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 57:2008, 282-300

Keywords

goal attainment - youth welfare - CBCL - quality management - standardized evaluation

Zusammenfassung

In der Jugendhilfe besteht die Gefahr an standardisierten Verfahren zur Erfassung der Qualität des pädagogischen Handelns. In diesem Beitrag wird das Projekt „PAZZ“ - Entwicklung und Implementierung eines Instruments zur Erhebung pädagogischer Effekte und zur Unterstützung der Zielsetzungprozesse für das CJD, zur Kooperation für Eltern und Jugendberufshilfen und zur Zusammenarbeit von Universitätsklinikum Ulm und des Christlichen Jugendkinderwerks (CJD), vorgestellt. Zur Qualitätssicherung in Jugendhilfeeinrichtungen und zur Unterstützung sozial pädagogischen Handelns werden Skalen zur Erfassung sozialer Kompetenzziele sowie zu

Proc. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 57: 282 - 300 (2008), ISSN 0022-7029
© Verlagshaus W. Bertsch GmbH & Co. KG, Göttingen 2008

Veränderungen in den Kompetenzzielen

Unterschiede in den acht sozialen Kompetenzzielen zwischen t1 und t2 (wenn CBCL T > 60 zum Zeitpunkt t1)

Skala	N	Mean(t1)	Mean(t2)	SD(t1)	SD(t2)	r(t1,t2)	t	df	p	Effektstärken
Kommunikationsfähigkeit	177/173	3,74	4,21	1,28	1,23	0,47	-4,79	171	0,00	0,36
Konfliktmanagement	175/175	3,32	3,77	1,35	1,31	0,48	-4,15	171	0,00	0,33
Kritikfähigkeit	178/175	3,29	3,06	1,36	1,32	0,52	-3,49	174	0,00	0,28
Zuverlässigkeit	176/173	4,10	4,54	1,48	1,42	0,61	-4,45	171	0,00	0,34
Selbständigkeit	176/173	3,78	3,92	1,39	1,42	0,57	-1,12	170	0,26	0,11
Verhalten in der Schule	176/173	3,90	4,30	1,35	1,40	0,51	-3,74	171	0,00	0,29
Zukunftsperspektive	170/168	3,44	3,68	1,40	1,54	0,49	-2,10	164	0,03	0,16
Integration in die Gruppe	178/172	3,78	4,33	1,42	1,42	0,55	-4,98	171	0,00	0,41

Individuelle Ziele:
Effektstärken bei 0,7 bzw. 0,6 (wenn CBCL T > 60)

Modellversuch beim BJ Institutionen in der Schweiz

Veröffentlichungen zu PädZi

- Lutz, K., Keller, F., Fegert, J.M., Bartelworth, C. & Stiller, K. (2006). Individuelle Erfassung pädagogischer Ziele und standardisierte Erhebung psychosozialer Belastungen von Jugendlichen in pädagogischen Einrichtungen. *EREV-Schriftenreihe: Wirkungen in den Erziehungshilfen*, 47(3), 76-92.
- Kleinrahm, R., Stiller, K., Keller, F. & Fegert, J.M. (2007). PädZi – Ein Instrument zur Erfassung pädagogischer Zielerreichung. Anwendung, Implikationen und aktuelle Entwicklungen. *EREV-Schriftenreihe: Wirkungsforschung – Ethik und Instrumente*, 48(4), 91-100.
- Kölich, M., Keller, F., Kleinrahm, R. & Fegert, J.M. (2007). Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung und Zielplanung bei Kindern mit komorbiden Störungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. *Prävention und Rehabilitation*, 19(1), 8-18
- Lutz, K., Kleinrahm, R., Kölich, M., Fegert, J.M. & Keller, F. (2008). Entwicklung und psychometrische Eigenschaften von Zielerreichungsskalen zur Qualitäts- und Veränderungsmessung im pädagogischen Setting. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 282- 300.
- Lutz, K., Kleinrahm, R., Keller, F. & Fegert, J.M. Standardisierung des Zielerreichungsprozesses durch Pädagogische Zielerreichungsskalen und klinisch-psychologische Fragebögen – Das Projekt PädZi und seine computerbasierte Umsetzung als Routineinstrumentarium. (eingereicht bei „Das Jugendamt“)



FAZIT: Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung

- Bereitschaft aller Beteiligten gemeinsam vor dem Hintergrund der eigenen Fachlichkeit Risiken und Ressourcen zu bewerten
- Gegenseitige Wertschätzung (subjektive Vorurteilsstrukturen)
- Wissen um Kompetenzen und Grenzen des anderen
- Definition des Aufwandes und der Kosten
 - Vernetzungskosten
 - Stellenbeschreibungen, Vernetzung und Kooperation als Teil der Aufgabenbeschreibung
- „Case-Management“ Hilfeprozesskoordination (geregelte Zuständigkeitsklärung; Nutzung der vorhandenen gesetzlichen Möglichkeiten zur Mobilisierung diverser Ressourcen; Konsensfindung für Abläufe)
- Überwindung von Ressortgrenzen (Vermeiden doppelter Kosten, Ressourcenbündelung; subsidiäre Rangfolge der Kostenträger)



Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie /
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

www.uniklinik-ulm.de/kjpp

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

