

Gefördert von:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Expertise: erarbeitet von Dr. Florian Straus

Hilfepläne im interdisziplinären Zusammenhang

Auf dem Weg in eine neue Planungswelt? Exploration und Vergleich von
Hilfeplanverfahren aus verschiedenen Anwendungsfeldern



Modellprogramm
Fortentwicklung des
Hilfeplanverfahrens (Hg.)

Dr. Florian Straus

Hilfepläne im interdisziplinären Zusammenhang

**Auf dem Weg in eine neue Planungswelt? Exploration und
Vergleich von Hilfeplanverfahren aus verschiedenen
Anwendungsfeldern**

Die Weiterentwicklung des Hilfeplanverfahrens nach § 36 KJHG steht im Mittelpunkt eines Förderschwerpunktes des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Den Kern des Förderschwerpunkts bildete ein Modellprojekt, das von November 2002 bis Juli 2005 an vier Praxisstandorten auf der Basis eigener Analysen neue Praxisformen erprobte. Ziel war es vor allem die Zusammenarbeit zwischen Jugendämtern und freien Trägern bei der Erstellung von Hilfeplänen, ihrer praktischen Umsetzung, ihrer Überprüfung und der Beendigung der Hilfen zu verbessern. Das Modellprojekt war an der Universität Koblenz, Seminar Pädagogik, unter der Leitung von Prof. Dr. Christian Schrapper angesiedelt und wurde in Kooperation mit Start gmbH (gemeinnützige Beratungsgesellschaft mbH), ISM Mainz (Institut für sozialpädagogische Forschung Mainz e.V.) und dem SPI München (Sozialpädagogisches Institut im SOS Kinderdorf e.V.) durchgeführt.

Eine Arbeitsstelle, die von Juli 2002 bis Juli 2007 in der Abteilung "Jugend und Jugendhilfe" am Deutschen Jugendinstitut e.V. in München angesiedelt ist, ist für die Weiterentwicklung der Fachdiskussion und der Praxis des Hilfeplanverfahrens nach § 36 SGB VIII zuständig. Ihre Schwerpunkte liegen im Bereich des Programm- und Wissensmanagements – das heißt in der Konzipierung von Fachveranstaltungen, der Beratung und Fachöffentlichkeitsarbeit sowie in projektbezogenen Fachpublikationen.

Redaktion: Dr. Christa Neuberger, DJI

© 2006 Deutsches Jugendinstitut e. V.
Abteilung Jugend und Jugendhilfe
Modellprogramm Fortentwicklung des Hilfeplanverfahrens
Nockherstr. 2, 81541 München
Telefon: +49 (0)89 62306-315
Fax: +49 (0)89 62306-162
E-Mail: neuberger@dji.de

Weitere Informationen:
www.dji.de/hpv
www.hilfeplanverfahren.de

Umschlagentwurf: Konzept 139, München
Gesamtherstellung: Deutsches Jugendinstitut e.V., München

Inhaltsverzeichnis

Teil A – trilaterale Verfahren der Hilfeplanung	4
(I) Der Förder- und Behandlungsplan in der Frühförderung	4
(II) Von der institutions- zur personenzentrierten Hilfe in der Psychiatrie	4
(III) Integrationspläne im Rahmen des Fallmanagements nach SGB II	4
1 (I) Der Förder- und Behandlungsplan in der Frühförderung	5
1.1 Der Versuch der rechtlichen Vereinheitlichung	5
1.2 Aktueller Stand der geplanten und bereits realisierten Verfahrenspraxis	6
1.3 Stellenwert der Diagnose	8
1.4 Interdisziplinarität bei der Diagnoseerstellung	8
1.5 Beteiligung der Eltern	10
1.6 Diskussion	11
1.6.1 Weiterentwicklungen	11
1.6.2 Verbesserungspotenziale	12
2 (II) Von der institutions- zur personenzentrierten Hilfe in der Psychiatrie (das Gesamtplanverfahren in Bayern)	13
2.1 Ein logischer Meilenstein: Die Entwicklung des IBRP	13
2.2 Die Wiederentdeckung eines „alten Planungsparagraphen“ in Bayern	16
2.2.1 Der rechtliche Rahmen	17
2.3 Ein zweistufiger Verfahrensweg	18
2.3.1 Stellenwert der Diagnose	21
2.3.2 Stellenwert der Partizipation.	21
2.3.3 Interdisziplinarität bei der Erstellung?	21
2.3.4 Diskussion	22
3 (III) Integrationspläne im Rahmen des Fallmanagements nach SGB II	25
3.1 Einleitung	25
3.2 Die rechtliche Grundlage – Vergleich mit dem Hilfeplanverfahren nach §36	25
3.3 Programm und Realität der Integrationsplanung	27
3.3.1 Sieben aktuelle Problemfelder und Herausforderungen	28
3.3.2 Fallmanagement im organisatorischen Spannungsfeld von „fördern/beraten und fordern/sanktionieren“	30
3.4 Zum Stellenwert von Diagnose, Partizipation und Interdisziplinarität	32
3.5 Diskussion – Fehlstart mit Chancen	32

Teil B – bilaterale Verfahren der Hilfeplanung	34
(IV) Integrationsplanung am Beispiel der Förderplanung in der Berufsbezogenen Jugendhilfe (BBJH)	34
(V) Stationäre Aufenthalte und Erziehungsplanung	34
V-1 Erziehungsplanung in der Heimerziehung	34
V-2 Vom Vollzugs- über den Erziehungs- zum Förderplan (Entwicklungen im Jugendstrafvollzug)	34
4 (IV) Integrationsplanung am Beispiel der Förderplanung in der Berufsbezogenen Jugendhilfe (BBJH)	35
4.1 Der rechtliche Rahmen	35
4.2 Beispiel der Durchführung der Förderplanung – am Beispiel der Werkstatt X	36
4.2.1 Förderplanung in der BBJH: Prozessablauf	36
4.2.2 Stellenwert der Diagnostik – am Beispiel Zielvereinbarung	37
4.2.3 Beschäftigungsplanung als Lernprozess der Beteiligung und des interdisziplinären Arbeitens	39
4.3 Der fachliche Standard – das Gütesiegel BBJH	40
4.4 Diskussion – ein hoher Entwicklungsstand	41
5 (V) Stationäre Aufenthalte und Erziehungsplanung	43
5.1 Erziehungsplanung im Heimbereich	43
5.1.1 Rechtliche Grundlagen	44
5.1.2 Beispiele zur Erstellung von Erziehungsplänen	46
5.1.3 Diagnostisches Arbeiten	49
5.1.4 Beteiligungsstandards	49
5.1.5 Interdisziplinäres Arbeiten	50
5.1.6 Diskussion	50
5.2 Vom Vollzugs- über den Erziehungs- zum Förderplan (Entwicklungen im Jugendstrafvollzug)	54
5.2.1 Rechtlicher Hintergrund: Das neue Jugendstrafvollzugsgesetz – ein Hoffnungsträger!	54
5.2.2 Die Noch-Wirklichkeit von JGG, StVollz und VVjug	56
5.2.3 Beispiele konkreter Hilfeplanung	58
5.2.4 Diagnostisches Vorgehen	59
5.2.5 Stellenwert von Interdisziplinarität	59
5.2.6 Beteiligungskultur	60
5.2.7 Diskussion	60
Teil C – Diskussion	62
(VI) Der Planungsgewinn – ein Fortschritt im Falschen?	62
6 Der Planungsgewinn – ein Fortschritt im Falschen?	63

6.1	Willkommen in der neuen Planungswelt – Siegeszug einer „Allianz unterschiedlicher Interessen“	63
6.2	Mehr Transparenz, Standardisierung, Einfachheit?	65
6.3	Vom Aufstieg der (sozial-)pädagogischen Diagnose	66
6.4	Beteiligung wird ernster genommen – (kleine) Fortschritte in der Partizipationskultur	68
6.5	Neue Gelegenheitsstrukturen für interdisziplinäres Handeln	70
6.6	Die neue Steuerungswelt – Mythos, Gefahr, Rückschritt?	72
6.7	Vier zentrale Herausforderungen für die Weiterentwicklung der Hilfeplanverfahren	73
7	Literaturverzeichnis	77
8	Anhang	86

Einleitung

Im Zentrum des *Modellprogramms „Fortentwicklung des Hilfeplanverfahrens“* steht der Hilfeplan wie er im § 36 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes beschrieben ist. Danach soll der Hilfeplan Feststellungen über den Bedarf, die zu gewährende Art der Hilfe sowie die notwendigen Leistungen enthalten und es soll regelmäßig geprüft werden, ob die zu gewährende Art der Hilfe weiterhin geeignet und notwendig ist. Die Entscheidungen über die angezeigte Hilfeart sollen im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte sowie der Personensorgeberechtigten, dem Kind oder Jugendlichen erfolgen. Auch andere Personen, Dienste und Einrichtungen, die bei der Durchführung der Hilfe tätig werden, sind an der Aufstellung und Überprüfung des Hilfeplans zu beteiligen.

Das Hilfeplanverfahren hat sich inzwischen als ein zentrales Steuerungsinstrument der Hilfen zur Erziehung etabliert. Doch wie sieht es in anderen Bereichen aus? Welche Praxis hat sich vor allem in angrenzenden Feldern der Jugendhilfe entwickelt? Und gelten auch dort die oben genannten Standards der Hilfeentwicklung, Beteiligung und Überprüfung? Welche weiteren Entwicklungsbedarfe werden in diesen Feldern gesehen?

Ein erster Blick in verschiedene, an die Kinder- und Jugendhilfe angrenzende Felder, zeigt bereits, dass *vielfältige Formen und Beispiele an Hilfeplänen gibt*. Unabhängig ob man im Bereich der Kindertagesstätten sucht oder in der Psychiatrie, in den sonderpädagogischen Förderschulen, wie in der Behindertenpädagogik oder selbst in der Straffälligenhilfe: Hilfe- und Förderpläne finden heute in den unterschiedlichsten Bereichen Anwendung und haben teilweise eine bereits langjährige Tradition. Neben der Bezeichnung Hilfeplan ist auch von Assistenzplan, von persönlicher Zukunftsplanung, von individueller Perspektivplanung, Erziehungsplan und Betreuungsplanung die Rede. Im Bereich der Behindertenpädagogik beispielsweise vollzieht sich ein Wandel von der Bezeichnung „Förderplanung“, der Kompetenzerwerb und Verselbständigung betont, hin zu den Begriffen „Begleitung und Assistenz“, die die Förderung von Selbstbestimmung und Lebensqualität zum Ziel haben. In anderen Bereichen wird beispielsweise begrifflich¹ gerade von Erziehungs- auf den Förderplan umgestellt.

Aufgabe dieser Expertise ist es damit, den Blick über den Hilfeplan nach §36 SGB VIII hinaus zu öffnen und verschiedene Konzepte und Realitäten von (Hilfe-)Plänen zu analysieren und dabei jeweils einen Einblick in die Ziele, die Zielgruppen und die Verfahren der jeweiligen Bereiche zu bekommen. Ein weiteres Ziel ist auch die Diskussion um die Entstehung und Veränderung des jeweiligen Hilfeplanverfahrens nachzuvollziehen.

In der Art der Darstellung stehen die einzelnen Planverfahren erst einmal für sich. Die Recherchen haben schnell gezeigt, dass sich nahezu alle gewählten Bereiche durch eine große Binnenvielfalt auszeichnen. Dies führt auf der Länder- und der kommunalen Ebene, ja oft auch auf der einrichtungsbezogenen Ebene zu sehr unterschiedlichen Ausformungen. Dem,

1 In den einzelnen Abschnitten der Expertise werde ich die jeweils dort gebräuchliche Begrifflichkeit verwenden und wenn allgemein von „Plänen“ die Rede ist, den Begriff Hilfeplan verwenden. Geht es um den Hilfeplan im SGB VIII werde ich von der Hilfeplanung nach §36 SGB VIII sprechen.

mittels einer Expertise vollständig gerecht zu werden, ist ein aussichtsloses Unterfangen. Deshalb tragen die Analysen, dort wo sie konkrete Verfahren beschreiben, exemplarische, teilweise fast ethnografische Züge. Die ausgewählten Ausschnitte der jeweiligen Verfahrenswirklichkeiten werden mittels weiterer Recherchen und Literaturbezüge zwar kontextuiert, können aber dennoch nicht in jedem Fall für das gesamte Feld verallgemeinert werden.

Für die Expertise ausgewählt wurden folgende Bereiche:

- Förder- und Betreuungspläne wie sie in der Frühförderung genutzt werden.
- Integrationspläne, die im Rahmen des Fallmanagements in der Folge der Hartz IV Umsetzungen entwickelt bzw. genutzt werden sollen.
- Individuelle Förderpläne, wie sie in der Berufsbezogenen Jugendhilfe im Übergang der beruflichen und sozialen Integrationsmaßnahmen genutzt werden.
- Hilfepläne, die in der Psychiatrie im Rahmen der Implementierung des personenzentrierten Ansatzes entwickelt wurden.
- Erziehungs- und Förderpläne, wie sie im Jugendstrafvollzug praktiziert werden.
- Hinzu kommt, mit der stationären Heimunterbringung², noch ein genuin jugendhilfeinterner Bereich. Hier interessiert weniger der Umgang mit dem Hilfeplanverfahren, als vielmehr der intern geführte Erziehungsplan.

Mit dieser Auswahl werden sowohl Hilfepläne berücksichtigt, die ausschließlich für die Zielgruppe der Kinder- und Jugendlichen entwickelt wurden als auch zwei Hilfeplanverfahren, die im Erwachsenenbereich Geltung haben.³ Diese Auswahl ermöglicht zudem die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Disziplinen im Hilfeplanverfahren zu analysieren.

Untersuchte Schnittstellen sind:

- Medizin und Pädagogik im Bereich der Frühförderung und der Psychiatrie
- SozialpädagogInnen und HandwerksmeisterInnen- und gesellen in der BBJH
- pädagogische, schulische und meist handwerklich ausgebildete Personengruppen im Strafvollzug

Unterscheiden lassen sich die sechs Hilfeplanverfahren zudem auch danach, ob mit dem Hilfeplanverfahren ein bi- oder trilaterales Kontraktmanagement aufgebaut wird. Bilaterales Kontraktmanagement meint, dass die Hilfepläne in der Kommunikation zwischen Leistungserbringer und Adressaten direkt erstellt werden. Beispiele dafür finden sich im Heimbereich, im Strafvollzug und in der BBJH.

Ein trilaterales Kontraktmanagement meint, dass Hilfepläne im Leistungsdreieck zwischen Kostenträger, Leistungserbringer und LeistungsempfängerInnen erbracht werden. Beispiele dafür finden sich in der Psychiatrie, in der Frühförderung und der Integrationsplanung nach SGB II.

Querschnittsfragen. In den einzelnen Fallstudien zu den sechs Bereichen wird eingangs jeweils auf die historische Entstehung der Hilfeplanverfahren

2 Die BBJH kann als Zwitter gelten, da sie einerseits über den §13 SGB VIII zur Jugendhilfe gehört, andererseits immer auch stark mit der Arbeitsverwaltung kooperiert hat und die dortigen Rahmenbedingungen in ihrer Arbeit berücksichtigen musste.

3 Und die auch nicht primär mit Blick auf Kinder- und Jugendliche entwickelt wurden.

sowie deren rechtliche Basis eingegangen. Hauptteil der weiteren Ausführung ist die Darstellung des Ablaufs „Wie kann man sich vorstellen, dass die Hilfepläne erstellt werden?“ sowie ein Vergleich anhand der folgenden drei Querschnittsfragen:

- *Interdisziplinarität*: Hier geht es um die Frage, welche Disziplinen an der Erstellung der Hilfepläne zusammenarbeiten, wie die Zusammenarbeit geregelt ist und ob bzw. welche Profession die herrschenden Deutungs- und Entscheidungskompetenzen ausübt bzw. wie es durch die Mitwirkungs- und Kooperationspflicht in Hilfeplänen zu einer – wie auch immer gearteten Form des Miteinanders gekommen ist.
- *Partizipation* der Beteiligten: Im Mittelpunkt stehen die Rechte und die faktischen Beteiligungsmöglichkeiten, die Adressaten und ihrer Personensorgeberechtigten im Hilfeplanverfahren haben. Ebenfalls interessiert, welche Beteiligungskultur sich über diese Form der Hilfeplanverfahren jeweils entwickelt.
- *Diagnose*: Hier interessiert, ob überhaupt Diagnoseverfahren zum Tragen kommen, welchen Stellenwert die Diagnostik für die Hilfeplanung hat und natürlich welche Disziplinen diagnostisch tätig werden.

Bewusst verzichtet habe ich auf den anfangs noch geplanten Vergleich zum Hilfeplanverfahren nach §36 SGB VIII. Dies hätte m. E. allzu leicht zu einer Quasi-Normierung geführt („fast so partizipativ wie im SGB VIII, weist eine höhere diagnostische Verbindlichkeit als im §36 SGB VIII auf, usw...“). Nicht nur, dass diese Normierung zweifelhaft gewesen wäre, sie hätte vermutlich auch den Blick auf die doch sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen verstellt.

Methodisches Design: Die Expertise wurde mittels Literaturanalysen, Internetrecherchen und Interviews mit ExpertInnen erstellt. Insgesamt wurden 17 ExpertInneninterviews durchgeführt. Gefragt war eine fachlich - wertende Sichtweise zum jeweiligen Stand des Verfahrens. Ich möchte allen für ihre Bereitschaft danken, offen und auch `off records` ihre Einschätzungen zu formulieren. Dafür war die Zusicherung einer anonymen Darstellung wiederum wichtig.⁴

In der Darstellung der einzelnen Planverfahren werde ich zunächst jene drei Pläne vorstellen, die in einem trilateralen Kommunikationsprozess erstellt werden, dem dann die bilateralen Planverfahren folgen. Abschließend erfolgt eine übergreifende Diskussion der Befunde und es werden vier zentrale Herausforderung zur Weiterentwicklung der Hilfeplanverfahren formuliert.

München, im April 2006

Florian Straus

4 Ich habe alle ExpertInnenaussagen anonymisiert. Dies gilt auch für die gewählten Praxisbeispiele, selbst wenn einige davon zitierfähig gewesen wären.

Teil A – trilaterale Verfahren der Hilfeplanung

- (I) Der Förder- und Behandlungsplan in der Frühförderung**
- (II) Von der institutions- zur personenzentrierten Hilfe in der Psychiatrie**
- (III) Integrationspläne im Rahmen des Fallmanagements nach SGB II**

1 (I) Der Förder- und Behandlungsplan in der Frühförderung

Angebote der Frühförderung gibt es in Deutschland seit ca. 30 Jahren. Sie wenden sich an Eltern mit Kindern vom Säuglings- bis zum Schulalter. Frühfördereinrichtungen werden aufgesucht, wenn Eltern sich Sorgen machen, dass ihr Kind eine Entwicklungsbeeinträchtigung hat oder wenn eine Behinderung des Kindes vorliegt. Die Frühförderung bietet dabei ein Spektrum an unterschiedlichen, medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Leistungen an. Dabei hat sich in den letzten Jahren immer stärker ein interdisziplinäres Gesamtkonzept entwickelt.

1.1 Der Versuch der rechtlichen Vereinheitlichung

Allerdings waren und sind teilweise bis heute noch, die Leistungsangebote der Frühförderung regional sehr unterschiedlich. Beispielsweise sind in Ländern wie Schleswig-Holstein und Nordrhein Westfalen die meisten Einrichtungen rein pädagogisch ausgerichtet, während Bayern schon relativ früh auf eine interdisziplinäre Ausrichtung Wert gelegt hat. Um diese sehr unterschiedlichen Bedingungen in einem gemeinsamen Qualitätsstandard besser zu verbinden, medizinisch-therapeutische und heilpädagogische Leistungen besser zu verzahnen und einheitliche Finanzierungsvereinbarungen zu schaffen, hat der Bund zum 1. Juli 2003 eine Rechtsverordnung erlassen. Damit schien zunächst auch die Periode der Unsicherheit bezüglich der Förderbedingungen beendet, die nach dem Inkrafttreten des SGB IX Mitte 2001 die Frühförderlandschaft belastet hatte. So hatte die fehlende Einigung zwischen den beteiligten Kostenträgern⁵ nicht nur einen teilweisen Stillstand der fachlichen Weiterentwicklung der Frühförderung bewirkt, sondern auch zu einer tief anhaltenden Verunsicherung bei den Eltern und Einrichtungen zur Folge. Die Verweigerung von Kostenübernahmen hatte schließlich auch die Existenz von Einrichtungen bedroht.

Trotzdem ist die im Sozialgesetzbuch IX beschriebene Komplexleistung ein wichtiger Meilenstein in der Geschichte der Frühförderung. Komplexleistung meint eine gemeinsame Leistung von pädagogischen, psychologischen, medizinischen und therapeutischen Hilfen. „Mit dem Begriff der Komplexleistung in § 30 und § 56 SGB IX hat der Gesetzgeber zum Ausdruck gebracht, dass bei der Früherkennung und Frühförderung Leistungskomplexe entstehen, die sowohl Leistungen der Früherkennung und Frühförderung im Sinne des Paragraph 26 SGB IX als auch Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gemäß § 55/56 SGB IX umfassen. Die

5 Grundsätzlich leitet sich für das Kind der Rechtsanspruch wie folgt ab: Gemäß SGB V (GKV/Gesetzliche Krankenversicherung) fallen medizinisch-psychotherapeutisch-therapeutische Leistungen in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen. Aus Sicht der Familien ist also die ärztliche Verordnung, das Rezept, die ärztliche Überweisung zu einem sozialpädiatrischen Zentrum die Grundlage der Leistungserbringung. Im Zweifelsfall hat hierfür der Sozialhilfeträger (Sozialamt) in Vorkasse zu treten.

Inanspruchnahme von "Leistungen aus einer Hand" wird damit ermöglicht". Bei der Erbringung dieser Komplexleistung nimmt der Förder- und Behandlungsplan eine zentrale Stellung ein: Im Rahmenvertrag wird in §7 und §8 folgendes geregelt:

§7 Förder- und Behandlungsplan:

(1) „Voraussetzungen für die Leistungserbringung ist der ordnungsgemäß ausgestellte Förder- und Behandlungsplan (Paragraph 7 FrühV) nach Anlage 3, der vom behandelnden Arzt in Zusammenarbeit mit der interdisziplinären Frühförderstelle und vor Behandlungsbeginn erstellt wird. Der Förder- und Behandlungsplan gilt für maximal ein Jahr und ist bei einer wesentlichen Änderung (zum Beispiel Änderungen des Behandlungsumfanges oder der Behandlungshäufigkeit) anzupassen.

(2) Beim Wechsel des Kostenträgers ist der Förder- und Behandlungsplan beim neuen Kostenträger einzureichen und der bisherige Kostenträger zu informieren.

§ 8 Leistungsmodul der Komplexleistung „Früherkennung und Frühförderung“:

Die Komplexleistung nach SGB IX und FrühV setzt sich aus den folgenden Leistungsmodulen zusammen:

- Im Leistungsmodul „Offenes Beratungsangebot“ werden die Eltern beraten und das förderbedürftige Kind in die Maßnahme der Frühförderung vermittelt. Es umfasst zwei Behandlungseinheiten.
- Im Leistungsmodul „Eingangsdagnostik“ wird der konkrete Bedarf für Frühfördermaßnahmen vom behandelnden Arzt in Zusammenwirken mit der Interdisziplinären Frühförderstelle ermittelt und der individuelle Förder- und Behandlungsplan entwickelt.
- Im Leistungsmodul „Förderung und Behandlung“ werden die erforderlichen Leistungen handlungs- und alltagsorientiert in Zusammenarbeit mit der Familie und/oder wesentlichen Bezugspersonen des Kindes erbracht. Behandlungsumfang und -häufigkeit richten sich nach dem Förder- und Behandlungsplan.

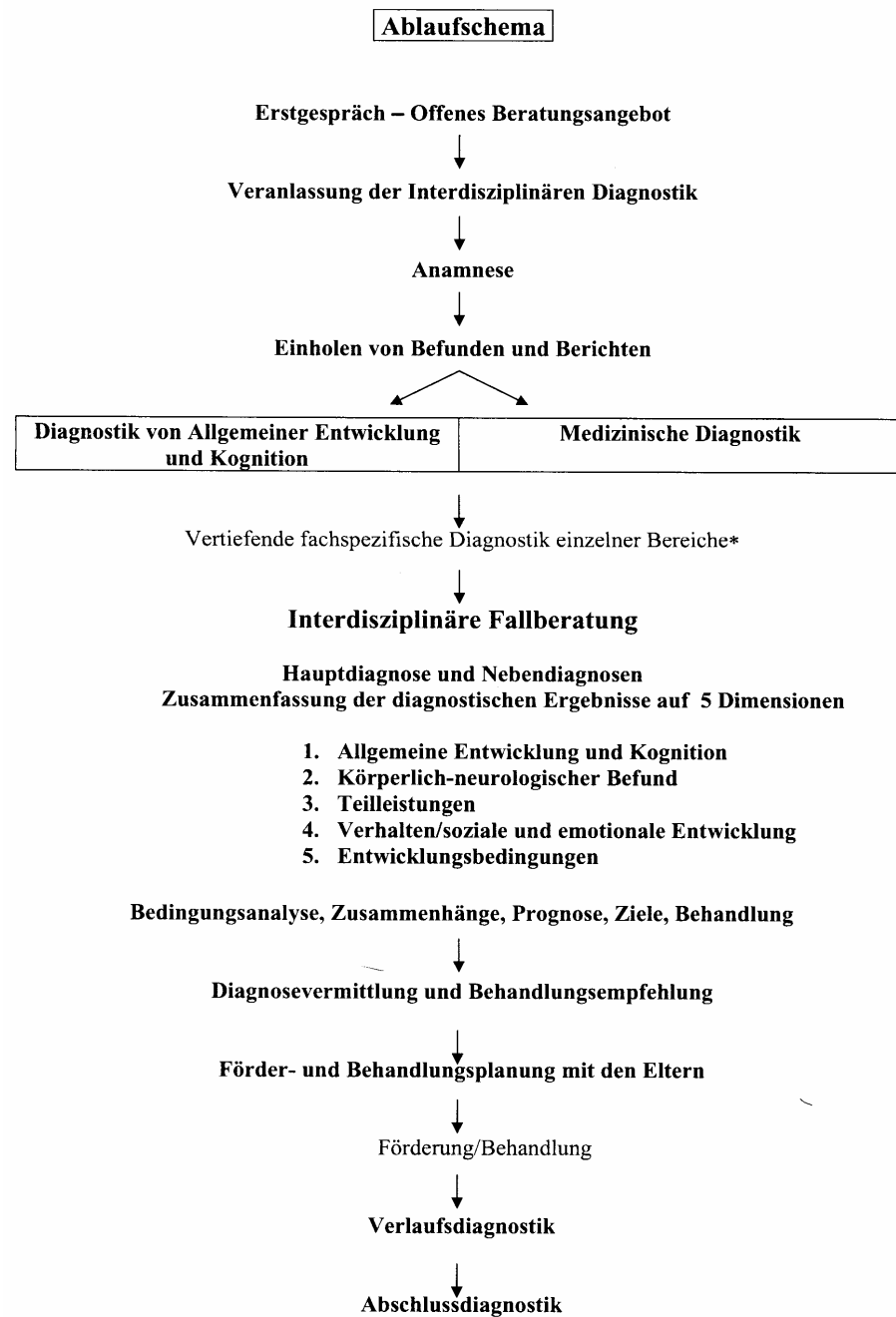
1.2 Aktueller Stand der geplanten und bereits realisierten Verfahrenspraxis

Die Eltern stellen einen Antrag an den Kostenträger, bei dem sie neben einigen von ihnen selbst dargestellten Sachverhalten⁶ vor allem einen Förder- und Behandlungsplan vorlegen müssen. Dieser Förderplan entsteht in einer Zusammenarbeit zwischen ihnen, einer pädagogischen Fachkraft und einem Arzt/ einer Ärztin. Die Federführung für den Förderplan hat im Gegensatz zu früher, in Zukunft nun immer die Frühförderstelle.

Die Arbeitsstelle für Frühförderung in Bayern hat ein differenziertes Ablaufschema erarbeitet, in dem vom Erstgespräch über die Anamnese und einer interdisziplinären Fallberatung bis hin zur Erstellung des Förder- und

6 Beispielsweise ob die Behinderung aufgrund eines Unfalls, eines Impfschadens, eines schuldhaften Verhaltens Dritter eingetreten ist, ob andere Sozialhilfeleistungen bezogen werden, usw..

Behandlungsplans gemeinsam mit den Eltern die wesentlichen Schritte dieser neuen Förderplanung beschrieben sind.



1.3 Stellenwert der Diagnose

Das Ziel der Früherkennung von Entwicklungsstörungen bedingt, dass der Diagnostik in der Frühförderung zum einen eine Schlüsselstellung zukommt und zum anderen, dass sich die Entwicklungsdiagnostik nicht nur auf die Eingangsdiagnostik bezieht „sondern als fortlaufender Prozess zu begreifen ist, der eine Eingangs- sowie eine Verlaufs- und Abschlussdiagnostik umfasst. Ohrt (1998) präzisiert dies in den Leitlinien für den medizinischen Anteil der interdisziplinären Frühförderung. (Entwicklungs-) Diagnostik wird hier als begleitender Teil der Förderung aufgefasst, die in um so kürzeren Abständen und um so präziser von jedem der beteiligten Berufsvertreterinnen in ihrem spezifischen Arbeitsgebiet zu erfolgen hat, je jünger das Kind und je gefährdeter und beeinflussbarer seine Entwicklung ist. Im Ergebnis stellt die Entwicklungsdiagnostik eine integrative Gesamtschau dar, in der die einzelnen diagnostischen Beiträge und Befunde aufeinander abgestimmt und bezogen sind (Arbeitsstelle Frühförderung Bayern 1998). Interne und externe Vorbefunde werden mit den Beobachtungen der Eltern und ggf. anderen Erziehungspersonen in eine gemeinsame Einschätzung integriert (Hessisches Sozialministerium 2003)“ (Behringer/Höfer 2005, 67). Die Eingangsdiagnostik begründet die Komplexleistung Frühförderung (oder weist auf die Notwendigkeit andere alternative Fördermöglichkeiten hin). Sie stellt die entscheidende Voraussetzung für die Kostenerstattung dar.

1.4 Interdisziplinarität bei der Diagnoseerstellung

Die neuen rechtlichen Rahmenbedingungen fördern bundesweit die Durchsetzung der Interdisziplinarität in der Frühförderung. Wie eindrücklich die Forderungen inzwischen auch im medizinischen Bereich angekommen sind, bezeugen die „*Leitlinien für den medizinischen Anteil der interdisziplinären Frühförderung in Bayern*“. Auch hier wird nicht nur die eigene medizinische Kompetenz beschworen, sondern unmissverständlich deutlich gemacht, dass auch die Verlaufsbeobachtungen der jeweiligen Therapeuten mit jener der pädagogischen und psychologischen Beurteilungen zusammen die Grundlage für den Behandlungsplan und seine regelmäßige Aktualisierung bilden (Berger 2005, 7). Offen bleibt jedoch wie der Anspruch der Interdisziplinarität faktisch umgesetzt wird. Die empirische Untersuchung von Behringer und Höfer (2005) zeigt, dass die Umsetzung der Interdisziplinarität an diesem Schlüsselprozess bislang noch eine Reihe von Fragen aufwirft, wollen die Frühförderstellen den aufgestellten Standards auch nachkommen.

Die erste Frage bezieht sich auch hier zunächst darauf, *welche Disziplinen, wie an der Entwicklungsdiagnostik beteiligt sein sollen*, damit von einer interdisziplinären Diagnostik gesprochen werden kann. An einigen Beispielen bzw. Modellen soll gezeigt werden wie bisher in den Frühförderstellen eine interdisziplinäre Diagnostik entwickelt und praktiziert wurde (vgl. Thurmair/Naggl 2000, Höfer/Behringer 2002).

In einem so genannten Zwei-Personen-Modell führen grundsätzlich Fachkräfte aus zwei Disziplinen die Eingangsdiagnostik gemeinsam durch. Al-

lerdings wird nicht klar ersichtlich, ob in diesem Modell die Disziplinen festgelegt sind, oder sich diese nach der konkreten Fragestellung zusammensetzen. Welche Disziplinen dies im Einzelnen sind, hängt somit oft von der einzelnen Frühförderstelle ab und deren professionsspezifischer Stellenbesetzung.

Eine andere Form der interdisziplinären Entwicklungsdiagnostik besteht darin, dass eine Fachkraft die Diagnostik verantwortlich durchführt und zu bestimmten Fragestellungen immer noch eine andere Fachkraft aus dem Team hinzuzieht, so dass in der Zusammenschau ebenfalls mindestens zwei Disziplinen vertreten sind. Das bedeutet bislang aber nicht, dass immer auch eine Vertreterin der medizinischen Disziplin dabei ist, es können je nach Fragestellung und Möglichkeiten im Team, die unterschiedlichsten Zusammensetzungen sein. Ergänzt werden diese beiden „Zwei-Personen-Modelle“ durch eine ärztliche Diagnostik, die in den meisten Fällen durch den niedergelassenen Kinderarzt erfolgt. Damit erfolgt die Diagnostik aus jeweils drei Blickwinkeln. Offen bleibt, ob alle drei disziplinspezifischen Diagnosen in einer gemeinsamen Fallbesprechung zusammengeführt werden oder eher additiv nebeneinander bestehen bleiben.

In anderen Frühförderstellen wiederum erstellt grundsätzlich die Psychologin die Eingangsdiagnostik und bespricht dann ggf. nach Rücksprache mit dem behandelnden Kinderarzt den Förder-/Therapiebedarf mit den Eltern. Danach überlegt sie mit der Leitung der Stelle, welche Förderung bei welcher Kollegin, nach fachlichen, persönlichen und organisatorischen Gesichtspunkten, bei dem jeweiligen Kind angemessen wäre. Im nächsten Schritt kommt zu einem Gespräch mit den Eltern diese Mitarbeiterin dazu, und die Diagnostik wird durch deren spezifischen Blick und Fragen erweitert. Gegebenenfalls wird danach noch eine weitere Fachkraft dazu gebeten, z. B. immer bei Kindern unter einem Jahr oder wenn spezifische Fragestellungen auftreten, wie Sprachauffälligkeiten oder neurologische Fragen. Informationen über die genaue ärztliche Diagnostik erfolgen nicht bzw. werden nicht eingeholt. Ein engerer Austausch entsteht nur bei konkreten medizinischen Rückfragen, oder bei Fragen zum Behandlungsplan.

In einem weiteren Modell wird die Frage, wer sich an der Eingangsdiagnostik beteiligt nach Maßgabe der ärztlichen Diagnose entschieden. Bei pädagogischer Fragestellung bzw. allgemeiner Entwicklungsverzögerung wird zunächst die Psychologin tätig. Danach wird gemeinsam im Team deren Diagnostik besprochen und überlegt, wer das Kind betreuen kann. Erst danach wird gemeinsam mit der betreuenden Fachkraft und den Eltern der Förder-/Therapiebedarf festgelegt. Bringen die Eltern vom Arzt bereits eine Verordnung für eine medizinische Therapie mit, entfällt eine interdisziplinäre Diagnostik. Diese Kinder werden nur medizinisch-therapeutisch behandelt.

Diese empirischen Beispiele zeigen die Vielfalt einer interdisziplinären Diagnostik, wie sie sich in der Arbeit der Frühförderung herausgebildet hatte. Allerdings gilt der Standard einer interdisziplinären Diagnostik bislang noch nicht für die Mehrheit der Frühförderstellen. Nach Behringer und Höfer fand nur an jeder dritten Frühförderstelle regelmäßig eine interdisziplinäre Eingangsdiagnostik statt. Auch Ärztinnen wurden nur von ca. jeder dritten Frühförderstelle in die Eingangsdiagnostik mit einbezogen, medizinische Therapeuten nur von knapp jeder fünften (Behringer/ Höfer 2005, 70).

Die zweite Frage richtet sich darauf, wie eine *Kooperation der verschiedenen Fachdisziplinen in einem offenen System bzw. eine Einbeziehung* in die Entwicklungsdiagnostik gestaltet werden kann. Vor dem Inkrafttreten des Rahmenvertrags ergab sich aus der Verordnungskompetenz als Minimalstandard eine *formalisierte Zusammenarbeit*.

„Diese drückt sich in formalen Überweisungen durch die Ärztinnen und in der gemeinsamen Unterschrift unter den Förder- und Behandlungsplan aus. Weitere Abklärungen erfolgten – wenn überhaupt – telefonisch oder auch schriftlich. Die „Kooperation“ besteht dabei in einer Art „Stillhalteabkommen“ nach der Maxime „Ihr wollt nicht zu viel von uns und wir mischen uns dafür nicht in eure Arbeit ein“. „Wir sind ja von den Ärzten ein Stück abhängig. Sie müssen ja mit einbezogen sein, haben ja auch eine ganz wichtige Funktion. Sie sind ja diejenigen, die die Maßnahme verordnen, und es gibt vielleicht einen Kinderarzt, oder zwei, kann man sagen, die unsere Arbeit kritisch sehen, nach dem Motto: Ja, die spielen ja nur mit dem Kind. Oder Ärzte, die dann Sorge haben, wenn sie zuviel Frühförderung verordnen, dass sie irgendwann auch regresspflichtig gemacht werden.“ (Psychologin) In diesem Zitat wird auch deutlich, dass hier unterschiedliche Systeme aufeinander treffen, bei denen gegenseitiges Verständnis und Wertschätzung nicht von vornherein vorausgesetzt werden kann. Zu unterschiedlich sind zum Teil noch die theoretischen Auffassungen des Gegenstandes, auch oder gerade was die Diagnostik betrifft.“ (Ebda., S. 71)

Eine solch interdisziplinär angelegte Diagnostik bedarf strukturierter, organisatorischer Rahmenbedingungen. „Erst die Zusammenführung der individuellen Bemühungen der einzelnen Fachkräfte in institutionell verbindliche Ablaufmodelle zur Diagnostik, in denen auch externe Fachkräfte entsprechend ihrer diagnostischen Bemühungen berücksichtigt werden, sichert die Qualität ihrer kontinuierlichen kommunikativen Überprüfung.“ (Ebda., S.77)

1.5 Beteiligung der Eltern

Bei dieser Variante einer Hilfeplanung sind die Eltern in der Regel die treibende Kraft und folglich hoch motiviert, dass auch ein Förder- und Behandlungsplan entsteht. Mit ihnen bespricht eine Fachkraft der Frühförderstelle Diagnostik und die Behandlung. Ein formelles Mitspracherecht haben sie dabei jedoch im Unterschied zum Hilfeplan nach §36 SGB VIII nicht. Allerdings ist der Stellenwert ihrer Beteiligung selbst im diagnostischen Teil, auch aus einer medizinischen Perspektive heraus, unbestritten. In den oben bereits zitierten „*Leitlinien für den medizinischen Anteil der interdisziplinären Frühförderung in Bayern*“ heißt es: „...Die Einbeziehung der Eltern mit ihrer eigenen Sichtweise in den Diagnoseprozess gewährleistet ihr Verständnis für die Bedeutung der Diagnose und des Therapiekonzeptes. Die Vermittlung der Diagnose beinhaltet die prozesshafte Begleitung der Eltern auch in Hinblick auf die Verarbeitung der Diagnoseaussage.“ (Berger 2006, 7) In der Diskussionsphase um die FrühV hatte die VIFF – Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung e.V. Landesvereinigung Baden-Württemberg – noch deutlicher den wichtigen fachlichen Part der Eltern formuliert: „Wir sind davon überzeugt, dass die Erstellung des Förder- und Behandlungsplanes aus-

schließlich ein fachliche Angelegenheit ist, die von den entsprechend qualifizierten Fachleuten erarbeitet und verantwortet und auf die Lebensverhältnisse der Familie bezogen werden muss. Die Rechtsverordnung stellt ja erfreulicherweise sicher, in welcher Weise die Eltern einbezogen werden müssen. Allerdings ist die Einbeziehung der Rehabilitationsträger in diesen durchaus als sensibel einzuschätzenden Bereich fachlich nicht nachvollziehbar und noch weniger begründbar.“ (ViFF 1999)⁷

Ein weiterer wichtiger Beteiligungspart betrifft dann die Planung der konkreten Schritte. Auch hier bedarf es einer engen Kooperation mit den Eltern, da der Erfolg vieler Fördermaßnahmen auch stark von der praktischen Mitwirkung der Eltern abhängt. Insofern bestimmen diese den Weg und die auszuwählenden Maßnahmen mit.

1.6 Diskussion

1.6.1 Weiterentwicklungen

Gegenüber der früheren Handhabung wird der Förder- und Behandlungsplan nun in gleichberechtigter Form von pädagogisch/psychologischen und ärztlichen Fachkräften erstellt. Zwar wurden auch früher meist beide Gutachten eingeholt, für die Gewährung einer Förderung war jedoch alleine das ärztliche Gutachten entscheidend.

Einige ExpertInnen sehen auch in einer Umstellung von ICD auf ICF-Kategorien eine fachliche Verbesserung, da der ICF ein passgenaues Diagnoseschema darstellt.⁸

Auch für die ärztliche Diagnostik wurden inzwischen Leitlinien entwickelt, „die weit über einen naturwissenschaftlichen Standard hinausgehen und als Handlungsorientierung gelten können (Ohr 1998, Fricke 2004). Die ärztliche Untersuchung gibt neben der körperlichen und neurologischen Beurteilung auch Aufschluss über die geistige und sozial-emotionale Entwicklung des Kindes. Weiter erstreckt sich die Anamnese auf alle Funktionsbereiche,

7 Stellungnahmen von Vorsitzender und stellvertretender Vorsitzender für die ViFF (Prof. Dr. med. Jürgen Kühl und Prof. Dr. phil. Karlheinz Jetter). Sie führen weiter aus: „Den Rehabilitationsträgern obliegt die Aufgabe, einen vorgelegten Förder- und Behandlungsplan zu bewilligen oder gegebenenfalls abzulehnen, nicht jedoch fachlich abgestimmte Begründungen und Planungen von Förder- und Therapieleistungen zu beurteilen und zu verändern. Sehr viel wichtiger wäre es, wenn die Rehabilitationsträger flächendeckend bei der Qualitätsentwicklung, z.B. im Rahmen der Arbeitsgemeinschaften nach § 8, Abs. 4, mitwirken würden.“

8 Ähnlich wie die ICD handelt es sich bei der ICF um eine international gültige Klassifikation-Weltgesundheitsorganisation (WHO). Beim ICF geht es um internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und sie „dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person. In Deutschland wurde die Gestaltung des Sozialgesetzbuches (SGB), Neuntes Buch (IX), "Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen", wesentlich durch die Vorläuferfassungen der ICF beeinflusst. Den Gesetzestext und Weiteres finden Sie beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unter Gesetze und Verordnungen oder beim Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen.“

(vgl. auch <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ICF/>)

die aufgrund der vorliegenden oder vermuteten Entwicklungsstörung beeinträchtigt sein können (Schlaf- Wachrythmus, Kommunikationsfähigkeit und Nahrungsaufnahme). Ebenso sollen Fragen enthalten sein über das spontane und reaktive Verhalten des Kindes im Alltag und im Spiel sowie in sozialen Situationen und bei Leistungsanforderungen.“ (Behringer/ Höfer 2005, 77)

1.6.2 Verbesserungspotenziale

Unterschriebener Rahmenvertrag: Bislang wurden die Hoffnungen, die mit der Rechtsverordnung des Bundes verbunden sind, nur teilweise erfüllt. Zwei Jahre nach dem Erlass der Rechtsverordnung hatte lediglich Nordrhein-Westfalen eine Landesrahmenempfehlung abgeschlossen. In Bayern wurde der Termin einer Unterzeichnung erneut verschoben (Stand März 2006).

Finanzierung Diagnostik und Förderplanerstellung. Die Diagnostik und der Förderplan sind unterfinanziert. Vereinbart wurde (in voller Abgeltung aller Kosten) eine Pauschale von 195 Euro für die Frühförderstelle. Nachteilige Folgen ergeben sich für die Verlaufsdiagnostik, die vielfach schon Praxis war, aber nun nach der neuen Bestimmung nicht mehr finanziert wird.

Feblende EDV-Unterstützung. Ebenfalls nicht geklärt ist in Bayern eine geeignete EDV Unterstützung des Förderplans.

Qualitätsstandards für pädagogische Gutachten. Bei der erreichten Gleichberechtigung zwischen medizinischem und pädagogischem Part muss auch gesehen werden, dass die pädagogischen Gutachten sich im Anforderungsprofil am ärztlichen Standard orientieren. Die Integration hat, wenn man so will auf einem medizinischen Niveau stattgefunden. Im Vergleich zu vorher finden die pädagogischen Gutachten nur stark „abgespeckt“ Eingang in den Förderplan.

Umsetzung Verlaufsdiagnostik. Behringer und Höfer zeigen in ihrer Studie, dass formulierten fachlichen Standards und die Umsetzung in der Frühförderung bei der Verlaufsdiagnostik noch auseinander klaffen. „In den Einrichtungen gibt es für die Verlaufsdiagnostik häufig weder ein Konzept noch eine Struktur. So erfolgt in der Praxis der Frühförderung, wenn überhaupt, meist nur eine diagnostische Abklärung durch eine zweite Fachkraft, die bei bestimmten Fragen hinzugezogen wird, oft auch nur bei problematischen Fällen. Dem fachlichen Standard einer interdisziplinären Diagnostik aus vier Bereichen, entspricht diese Praxis jedoch nicht. Der Wunsch nach einer institutionalisierten regelmäßigen Verlaufsdiagnostik ist bei den Fachkräften jedoch durchaus vorhanden.“(Behringer und Höfer 2005, 73)

Regelmäßige Anwendung der interdisziplinären Diagnostik bei allen Kindern. Bislang hatte, fasst man alle Teildiagnostiken zusammen, in Bayern nur jede sechste Frühförderstelle ihre Entwicklungsdiagnostik von der Eingangs- bis zur Abschlussdiagnostik regelmäßig interdisziplinär durchführt. Behringer und Höfer fordern zudem, dass die Strukturen für Interdisziplinären Austausch ausgebaut werden müssen. Die unterschiedlichen Denk- und Argumentati-

onsstrategien „müssen im Dialog angesprochen, diskutiert und aufeinander bezogen werden, sind zu modifizieren und anzupassen, damit ein gemeinsames tragfähiges Konzept entsteht. Dies erfordert Geduld, Verständigung, aber auch genügend fachliche Information. (Neuhäuser 1995,151) Gefordert sind auch hier organisierte Kommunikationsprozesse, die auf geregelte Strukturen zurückgreifen, wie regelmäßige Teamsitzungen aller Beteiligten, Fallkonferenzen oder aber auch gemeinsame Fortbildungen.“ (Behringer und Höfer 2005 ,72).

2 (II) Von der institutions- zur personenzentrierten Hilfe in der Psychiatrie (das Gesamtplanverfahren in Bayern)

Für den Bereich der Hilfeplanung in der Psychiatrie werde ich mich im Folgenden auf zwei Entwicklungen beziehen. Zum einen auf das in nahezu allen Bundesländern besonders einflussreiche Modell des IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan) und zum anderen auf die Entwicklung sowie den Stand des Gesamtplanverfahrens in Bayern. Dieses Verfahren ist noch relativ jung, gut dokumentiert und aktuell evaluiert.

2.1 Ein logischer Meilenstein: Die Entwicklung des IBRP

Im Folgenden geht es um ein Verfahren, das auf fast alle anderen Vorgehensweisen in den einzelnen Bundesländern einen hohen Einfluß ausübt(e). Hinter dem maßgeblich von der „Aktion Psychisch Kranke“ entwickelten IBRP steht das Konzept einer gemeindeorientierten Psychiatrie und die damit verknüpfte Kritik an den großen Anstalten, in denen die Patienten weitgehend ihrer bürgerlichen Rechte beraubt und oft ohne Chancen auf Entlassung "lebten". Die Psychiatrieenquete von 1975 und die ExpertInnenkommission von 1988 hatten eine Abkehr vom klassischen Verständnis in der Versorgung psychisch Kranker gefordert. "Abschied genommen wurde endgültig von einem institutionenbezogenen Denken und einer funktionalen Betrachtungsweise der Vorzug gegeben. Es geht primär nicht um Einrichtungstypen, sondern um spezifische Hilfearten, die vornehmlich für die Gruppe der chronisch psychisch Kranken in der Gemeinde vorgehalten werden müssen. Damit wird der grundlegende Perspektivenwechsel von einer bewahrenden zu einer therapeutischen Psychiatrie abschließend fixiert." (Kulenkampff in: APK 27, 42). Einer weiteren ExpertInnenkommission ist es schließlich zu verdanken, dass der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ (IBRP) entwickelt wurde.⁹ Mit diesem Instrument und

9 Von der institutions- zur personenzentrierten Hilfe in der psychiatrischen Versorgung. Schriftenreihe des BMG, Band 116, Teile I und II, Nomos- Verlag Baden-Baden, 1999.

der dahinter stehenden Grundhaltung ging man weit über den ursprünglichen Auftrag¹⁰ hinaus. Den AutorInnen war es vor allem ein wesentliches Anliegen einen strikt personenzentrierten Ansatz zu entwickeln. Dieser sollte zwei Schwachstellen des bisherigen Systems überwinden:

- Die einrichtungs- bzw. maßnahmebedingte Logik führt dazu, dass Hilfebedarfe der Klienten immer im Rahmen der von einer Einrichtung entwickelten Angebote wahrgenommen werden. „Wenn ein Angebot nicht mehr passt, muss die Klientin/ der Klient weitervermittelt/ überwiesen werden. Dies ist verbunden mit Abbrüchen gewachsener Beziehungen und einem Informationsverlust, der eine Kontinuität von Begleitung/Behandlung erschwert. Schwierig zu betreuende Klienten haben "Drehtürkarrieren" oder fallen aus dem psychiatrischen Netz heraus, angenehme Klienten werden "gehalten" und/oder verharren selbst in der Abhängigkeit mit den betreuenden Mitarbeitern/ Therapeuten.“ (Gromann, 2006, 1)
 1. „Der auch in anderen Sozialarbeitsbereichen kritisierte Effekt des "creaming the poor" – alle Programme auf die Klienten auszurichten, die die größten Chancen haben, sich wieder zu integrieren – kann also auch im Bereich der Sozialpsychiatrie festgestellt werden.“ (R. Depner und A. Trube 2001 zit. nach Gromann 2006, 2)

Demgegenüber stellt Kruckenberg (2000) das Prinzip der personenzentrierten Hilfeplanung: "Das System psychiatrischer Hilfen ist so zu gestalten, dass einem akut oder chronisch psychisch erkrankten Menschen in jeder Situation und zu jedem Zeitpunkt eine auf seine individuellen Bedürfnisse und seine Fähigkeiten und die Besonderheit seiner individuellen Lebenswelt ausgerichtete integrierte Behandlung und Betreuung gewährt wird. Die Hilfen sollen nach Art und Umfang angemessen und am Prinzip der größtmöglichen Selbstregulation, bzw. des geringst möglichen Eingriffes in die Lebensverhältnisse orientiert und mit dem Patienten partnerschaftlich abgestimmt sein. Die Belastungen sollen für ihn, sein Umfeld und für die Gemeinschaft gerecht verteilt sein, die Organisation der Hilfen soll patientenzentriert in Koordination durch die Kommune erfolgen und auf die kulturellen, sozialen und ökonomischen Verhältnisse des Landes und der Region bezogen sein." (Kruckenberg (2000, zit. nach Grohmann, 2006, 2)

- Band I: Autorengruppe Kruckenberg, Peter et al.: Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“.

- Band II: Kunze, Heinrich/Kruckenberg, Peter/Aktion psychisch Kranke (Hg.): Ambulante Komplexeleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung.

10 Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit sollte sie Überlegungen und Instrumente zur Personalbemessung(!) entwickeln.

Abb.: Integrierte Hilfeplanung als Prozess (Gromann, 2006, 3)



In der Umsetzung dieser Überlegungen wurde in der Kommission und im Anschluss von der Aktion Psychisch Kranke eine prozesshafte Diagnostik und Arbeitsmethode entwickelt, die die Einrichtungen, die den IBRP nutzen dazu zwingt, individuelle Absprachen und Begründungen zu wählen. Gromann (2006, 4) nennt als zentrale Ziele dieses Instrumentariums:

- Systematisch das Einbeziehen der Klientinnen und Klienten fördern und fördern, nach dem Motto: Verhandeln statt Behandeln.
- Die Zusammenarbeit/ Compliance stärken wie auch die Chancen des Gelingens von Hilfezielen steigern.
- Mit kleinschrittigen und realistischen Zielformulierungen die praktische Umsetzung wie die Überprüfbarkeit des eigenen Handelns erleichtern.
- Durch konkrete Absprachen, Festlegung der Verantwortung und gemeinsame Einschätzung von Zeitbedarfen die Kooperation und Zusammenarbeit über jeweils einrichtungsbezogene Teams hinaus in der Region entwickeln.
- Über die geforderte schriftliche Dokumentation der Planungsschritte und der Durchführung der Hilfen das Entstehen gemeinsamer Sprachregelungen fördern.
- Den Erfahrungsgewinn aller Beteiligten – Psychiatricerfahrene, Angehörige/ Freunde sowie verschiedene Berufsgruppen – über die gemeinsame Bewertung systematisch und institutionsübergreifend fördern.
- Eine gemeinsame, auf konkrete Probleme gegründete regionale Verantwortung wachsen lassen, da Defizite der Versorgung, mangelnde Ab-

sprachen, Vernachlässigung bestimmter Problemlagen (Beispiel Abhängigkeit/ Psychose) längerfristig deutlich werden.

Einschätzungen und Evaluationen zu diesem Verfahren zeigen einen positiven Nutzen sowohl für die MitarbeiterInnen als auch für die KlientInnen. Beispielsweise stellt Eva Herrmann – Woitas (2000) folgende Wirkmechanismen heraus.

Der IBRP

- stellt eine Arbeitserleichterung für die MitarbeiterInnen dar,
- fungiert als Reflexionsinstrument der Qualitätssicherung für die MitarbeiterInnen,
- ist Anstoß eines Veränderungsprozesses,
- dient als Behandlungsgrundlage für die KlientInnen, „da können die Therapeuten nachlesen, wie sie mit mir umgehen sollen.“ (Zitat einer Klientin nach Herrmann-Woitas, 2000)

Zugleich wird in ihrer Untersuchung deutlich, dass der IBRP keinen Einfluss auf das Ungleichgewicht von Macht in der Kommunikation und auch keinen Einfluss auf das Spannungsfeld von Druck und Verweigerung hat.¹¹

Der IBRP wurde in zahlreichen Bundesländern¹² angewandt und hat zu vielfältigen Diskussionen¹³ und inzwischen auch zu eigenen Lehrmaterialien geführt (siehe <http://www.ibrp-online.de/>).

2.2 Die Wiederentdeckung eines „alten Planungsparagrafen“ in Bayern

Auch die Entwicklung in Bayern hat viel von den Vorüberlegungen und praktischen Erfahrungen des IBRP profitiert. Die mehrjährigen Bemühungen zwischen Sozialhilfeträgern, Wohlfahrtsverbänden, Einrichtungen und Angehörigen- bzw. Betroffenenverbänden orientierten sich immer wieder an den konkreten Überlegungen des IBRP. Bemerkenswert ist, dass man zugleich in der bayerischen Variante der Umsetzung auf eine Vorschrift des Sozialgesetzbuches zurückgriff, die bereits in den sechziger Jahren formuliert wurde und schon damals einen Gesamtplan forderte. Diese Vorschrift kam jedoch nie richtig zur Anwendung.

11 Herrmann – Woitas, E. (2000). Der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) im psychiatrischen Wohnverbund: eine Prozess- und Ergebnisevaluation. Dissertation zum Dr. sc. hum., Universität Heidelberg.

12 Besonders ausgereift erscheint hier beispielsweise die Umsetzung in Rheinland-Pfalz. Dort ist seit 2004 ein am IBRP (und am Metzlerverfahren) orientierter individueller Hilfeplan im Einsatz. Siehe dazu: http://www.kaiserslautern-kreis.de/kops/pdf_files/handbuch.pdf

13 Vgl. zum Überblick: Georg Schulte-Kemna (2004). Materialien zum Personenzentrierten Ansatz in der psychiatrischen Versorgung. Forum für Psychiatrie, Kerbe: Stuttgart.

2.2.1 Der rechtliche Rahmen

Die aktuelle gesetzliche Grundlage bildet der §58 SGB XII in Verbindung mit §13 Abs. 2 SGB IX:

§58

Gesamtplan

(1) Der Träger der Sozialhilfe stellt so frühzeitig wie möglich einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Maßnahme auf.

(2) Bei der Aufstellung des Gesamtplans und der Durchführung der Leistungen wirkt der Träger der Sozialhilfe mit dem behinderten Menschen und den sonst im Einzelfalle Beteiligten, vor allem mit dem behandelnden Arzt, dem Gesundheitsamt, dem Landesarzt, dem Jugendamt und den Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit zusammen.

In der Umsetzung dieses Planungsauftrags und der Vorgaben des IBRP haben die Bezirke mit den Wohlfahrtsverbänden und den Angehörigenverbänden einen Vorschlag vorgelegt, der 2002/2003 in einigen Modellregionen ausprobiert und evaluiert wurde. Seit 1.1.2005 ist das Verfahren in Bayern verpflichtend eingeführt. Immer, wenn es um Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Menschen über Einzelentgelte geht, gibt es seit diesem Zeitpunkt keine Kostenbewilligung mehr ohne Gesamtplanverfahren.

Die zentrale Erwartung bei der bayerischen Umsetzung war es, dem gestiegenen Kostendruck durch mehr Steuerung zu begegnen.

„Die Finanzlage der öffentlichen Haushalte, insbesondere der Bezirke und ihrer Umlagezahler, ist derzeit außerordentlich dramatisch. Andererseits wissen wir, dass Einsparungen und Kostensenkungen allein nicht ausreichen, um den Sozialstaat zu erhalten. Vielmehr sind neue Formen der Gestaltung von Hilfs- und Betreuungsangeboten unter Einbeziehung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen erforderlich. Das Gesamtplanverfahren für seelisch behinderte Menschen ist eine derartig neue Gestaltungsform. Sie kommt genau zum richtigen Zeitpunkt.“ (Manfred Hölzlein 2004)¹⁴

Daraus entstand das Anliegen ein Verfahren zu entwickeln, das rationaler, systematischer und standardisierter als bisher die Hilfeerbringung steuern sollte. Bemerkenswert ist, dass es dabei offensichtlich nicht vorrangig um eine leichtere Durchsetzung der billigsten Leistungsangebote ging. Stattdessen war die Leitannahme, dass passgenauere Leistungen auch letztlich, die für den Kostenträger billigeren Leistungen sind. Nicht dem individuellen Hilfebedarf angepasste Angebote werden wesentlich für den Drehtüreffekt und die damit verbundenen Kosten verantwortlich gemacht. Da zunächst die individuellen Angebote im Vergleich zu Angeboten von der Stange erst mal Zusatzkosten verursachen können, scheint sich hier – ausnahmsweise muß man sagen – eine mittel- bis langfristige Kostenperspektive durchgesetzt zu haben.

14 Manfred Hölzlein: In Leitfaden, 12/2004, Präsident des Verbandes der bayerischen Bezirke.

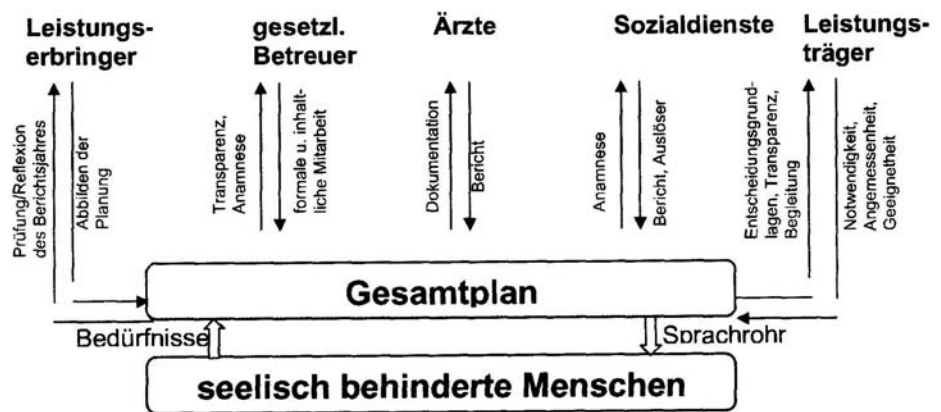
2.3 Ein zweistufiger Verfahrensweg

Einen Teil des Gesamtplanverfahrens bilden der fachärztliche Bericht und der Sozialbericht. Sie kommen ins „Spiel“ wenn beispielsweise die fachärztliche Diagnose während eines Klinikaufenthaltes eines Patienten auf die Notwendigkeit einer psychiatrischen Maßnahme verweist. Dann wird in der Regel der Sozialdienst der Klinik aktiv und erstellt zur ärztlichen Diagnose einen Sozialbericht. In diesem wird eine Maßnahme vorgeschlagen, noch ohne, dass im Detail geklärt wird mit wie viel Zeit und in welcher Einrichtung die Hilfe erfolgt. Erst wenn Sozialbericht und (Fach-)ärztlicher Bericht vorliegen, kommt es beim Sozialhilfeträger zu einer Entscheidung ob und welche Hilfe gewährt wird oder nicht.

Der zweite Teil des Gesamtplanverfahrens setzt dann in jener Einrichtung ein, in der der/die psychisch Kranke überwiegend betreut wird. Hier wird nach drei Monaten ein vorläufiger Hilfeplanungs- und Entwicklungsbericht (HEB-Bogen-A) angelegt, der durch einen begleitenden Entwicklungsbericht (HEB-Bogen-B) und einen Abschlußbericht (HEB-Bogen-C) ergänzt wird. Inhaltliche Federführung hat nun eine Fachkraft der Einrichtung. Primäre Zielperson des Hilfeplanungs- und Entwicklungsberichts ist jedoch nach wie vor der zuständige Sachbearbeiter des Sozialhilfeträgers. Für ihn sind die Bögen als eine Art „Wasserstandsmeldung“ gedacht und bilden die Basis für die Fortsetzung bzw. Beendigung der Maßnahme und damit auch der Kostenübernahme.

Zugleich wird der darüber entstehende Kommunikationsprozess (siehe Schaubild) im Leitfaden der Bezirke als „dialogisch“ bezeichnet. „Die, die das Verfahren selbst auch gestalten, erhalten gleichzeitig eine Dokumentation und Orientierung für die eigene Tätigkeit. Beispielhaft soll verdeutlicht werden, dass der Gesamtplan und sein Verlauf durch die Mitwirkung der Einzelnen entsteht und fortgeschrieben wird und gleichzeitig jedem dient, indem der jeweils Beteiligte den eigenen Beitrag weiter nutzt und sich am bisherigen Geschehen orientieren kann.“ (in Leitfaden, 12/2004)

Abb.: Beteiligung am Einzelverfahren (Leitfaden, 2004, 7)



Fasst man nochmals zusammen, so besteht das Gesamtverfahren aus vier Instrumenten aus:

- *dem /fach-)ärztlichen Bericht:* „Der ärztliche Bericht, in der Regel der eines Facharztes, beinhaltet u. a. die Diagnose und einen ersten Maßnahmevorschlag, regelmäßig löst dieser Bericht das Hilfeprogramm aus. Er ist der „Stein des Anstoßes“ im formalen Bereich.“. Der ärztliche Bericht, als Kernstück der Bedarfsermittlung, ist den Leistungsanbietern ein „Wegweiser“.(Leitfaden 2004, 8)
- *dem Sozialbericht:* „Der Sozialbericht ist die schriftliche Zusammenstellung des bisherigen Lebensverlaufes inklusive der vorhandenen Probleme und Ressourcen. Verfasser des Sozialberichtes sind die Sozialpädagogen der Kliniken, der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi), der Psychosozialen Beratungsstellen (PSB) und der sonstigen auf diesem Gebiet tätigen Beratungsstellen sowie auch Betreuer mit entsprechender Qualifikation. Der Sozialbericht entsteht im Idealfall unter Mitwirkung der nachfragenden Person und deren Angehörigen, dem bestellten Betreuer sowie denjenigen, die zur sozialen Anamnese beitragen können.“ (Leitfaden 2004, 10)
- *der Federführung beim Sozialhilfeträger.* Aufgrund der beiden Berichte entscheidet er über die Hilfestellung.
- *(evtl.) einer Personenkonferenz:* „Die Personenkonferenz ist ein Planungsinstrument, das neben den vorher genannten Instrumenten zur Maßnahmefindung herangezogen werden kann, aber auch am Beginn des Verfahrens stehen könnte. Die Personenkonferenz ist ein Gesprächsforum, in dem sich alle, die an der personenzentrierten Maßnahmefindung beteiligt sind, über das weitere Vorgehen abstimmen können. Der Verlauf des Gespräches ist unter Zuhilfenahme der Formblätter zu protokollieren. Das Zustandekommen einer Personenkonferenz kann von jedem Verfahrensbeteiligten angeregt werden. Weiterhin kann die Personenkonferenz an die Stelle des Sozialberichtes oder des HEB-Bogens treten, wenn diese im Einzelfall nicht erstellt werden können oder konnten. Das jeweilige Formblatt wird anhand der Personenkonferenz erstellt. Ebenso ist bei mangelnder Schlüssigkeit, Uneinigkeit oder ähnlichen Sachverhal-

ten die Personenkonferenz ein denkbares Instrument der Problemlösung.“ (Leitfaden 2004,13)

Dem Hilfeplanungs- und Entwicklungsbericht (HEB), der wiederum aus drei Teilinstrumenten besteht:

- Der *HEB-BOGEN A* „bildet die vorläufige Planung des ausgewählten Leistungsanbieters nach Ablauf von drei Maßnahmemonaten. Durch die Zusammenarbeit des Verfassers und des Klienten wird das gegenseitige Kennen lernen angeregt; der Leistungsberechtigte erhält zunächst Orientierung, Planungssicherheit und Transparenz. Der Maßnahmeträger verfügt über ein erstes Abbild von Inhalt, Art, Dauer und Aufwand der Hilfe (11).
- Der *HEB-Bogen B*: Als begleitender und fortgeschriebener Entwicklungsbericht beschreibt er „den Verlauf der in Anspruch genommenen Maßnahme derart, dass z.B. durch Erfolge die bisherige Planung vertieft werden kann oder auch eine Planungskorrektur (zeitlich, inhaltlich, usw.) dargelegt wird. Der Leistungsberechtigte erhält fachliche Informationen zur Maßnahme und kann selbst resümieren, inwieweit die vorläufige Planung und das Erreichte übereinstimmen oder abweichen. Der Träger der Maßnahme entnimmt diesem HEB-Bogen Informationen hinsichtlich des Verlaufs, des Inhaltes und des zeitlichen Aufwandes sowie der voraussichtlichen Dauer der bereitzustellenden Hilfe. In dieser Form bildet der HEB-Bogen Rück- und Ausblick auf die aktuelle Hilfeplanung. (12)
- Die letzte Funktion ist die des Abschlussberichtes. Hier ist der *HEB-Bogen C* Retrospektive für den Leistungsberechtigten, den Leistungsanbieter sowie den Leistungsträger. Bei einem Wechsel von Maßnahme, Leistungsanbieter u. ä. kann der abschließende HEB-Bogen C gleichzeitig Mitgrundlage der neuen Planung sein. Der HEB-Bogen C ist mithin in jeder seiner Funktionen verbindendes Planungsinstrument; er ist letztlich das Instrument, das die gewünschte Fortschreibung realisiert. Gestaltet werden kann der HEB-Bogen C von den Fachdiensten der Leistungsanbieter in enger Korrespondenz mit dem Leistungsberechtigten; bei entsprechender Konstellation unter Mitwirkung von Angehörigen, Betreuer u. ä. Der HEB-Bogen C ist im Regelfall das alleinige Instrument, wenn die Intensität der Maßnahme abnimmt oder abnehmen soll (z.B. von stationär zu ambulant). Bei einem Wechsel der Zuständigkeit empfiehlt es sich, die notwendigen Planungsinstrumente (z.B. ärztlicher Bericht, letzter HEB-Bogen B) unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen beim bisherigen Leistungsträger anzufordern. (Leitfaden 2004, 13)

Diese Instrumente sind in ihrer Anwendung in drei Grundsätze eingebettet. Die *transparente Regelung der Zuständigkeit und des Verfahrensablaufs* regelt, dass je nach Maßnahmetyp für die beiden Teile des Gesamtplanverfahrens definiert wird, wer der/die vorrangige ErstellerIn sein soll. Unter dem *Grundsatz der Normalisierung* ist gemeint, dass die erforderlichen Hilfen soweit möglich ehrenamtlich durch Nachbarn, Freunde oder Verwandte oder von den, nicht psychiatrischen sozialen Einrichtungen erbracht werden sollen. Schließlich definiert die *Einstufung in Grade an Hilfebedarf* bestimmte Intensitätsstufen der Hilfen (einer 6-stufigen Skala von „keine Hilfestellung notwendig“ bis „intensives individuelles Angebot“ notwendig).

2.3.1 Stellenwert der Diagnose

Das ärztliche Gutachten verpflichtet den Arzt einen Hilfebedarf aus ärztlicher Sicht zu formulieren. Hatte früher ein drei oder fünf-Zeiler genügt, so muss der Arzt nun auf bestimmte Aspekte in jedem Fall eingehen. Auch die Art der Berichterstattung hat sich verändert (hier wurde die Systematik des IRBP übernommen und stärker auch nach Ressourcen der Klienten gefragt). Die Synthese aus den jeweiligen Diagnosen vollzieht sich in der Umsetzung zur Maßnahmenbewilligung durch den/die jeweils zuständige MitarbeiterIn des Kostenträgers.

2.3.2 Stellenwert der Partizipation.

Der HEP, wie auch der Sozialbericht müssen von dem Klienten oder seinem Betreuer (bei Minderjährigen von den Personensorgeberechtigten) unterschrieben werden. In der Evaluation zeigte sich, dass in gut vier Fünftel der Sozialberichte und fast 90% der vorläufigen Hilfepläne die Unterschrift der Hilfeempfänger vorlag. (Transfer 2003, 12). Die Unterschrift symbolisiert jedoch nur dann eine substantielle Partizipation, wenn zuvor der Hilfeplanbogen bzw. der Sozialbericht mit dem Klienten durchgegangen wurde und wenn Wünsche, Erwartungen und Ziele der betroffenen HilfeempfängerInnen in diesen eingeflossen sind. Die Interviews zeigen, dass ersteres in aller Regel wohl stattfand, während Angaben zu den Wünschen der HilfeempfängerInnen häufig fehlen (siehe Transfer 2003,13).

Während der HEP und der Sozialbericht von den Leistungsempfängern unterschrieben werden, gilt dies für den ärztlichen Bericht nicht. „Daran wurde schon gedacht, das war jedoch uns ein zu heißes Eisen“ (ein Experte)

Dennoch sind sich die meisten der ExpertInnen insgesamt einig, dass „sich der Grad der Beteiligung insbesondere im stationären Setting erhöht hat. (Transfer 2003,13)

2.3.3 Interdisziplinarität bei der Erstellung?

Der § 58 SGB XII, Absatz 1 schreibt eine Zusammenarbeit der weiteren im Einzelfall Beteiligten vor, nicht aber in welcher Form diese geschieht, noch nach welcher Form Interdisziplinarität hergestellt wird. Offensichtlich erfolgt im ersten Schritt das additive Zusammenwirken von Medizin und Sozialpädagogik/Psychologie. Wie oben schon erwähnt ist die Voraussetzung für ein gültiges Verfahren die Verpflichtung, sowohl eine medizinische als auch eine nicht- medizinische Diagnose zu erstellen. Interessant ist hier die Feststellung der Evaluation: „Es gibt eine hohe Übereinstimmung zwischen den Aussagen des ärztlichen Berichts und den Sozialberichten und zwar in Bezug auf die Leistung begründende Grunderkrankung, der angestrebten Versorgungsform und der voraussichtlichen erforderlichen Dauer der Eingliederungsmaßnahme. Zu einem nicht unerheblichen Teil widersprechen sich die Beschreibungen der aktuellen Situationsproblemlage.“ (Transfer 2003,11)

2.3.4 Diskussion

Das Verfahren gilt bei den Beteiligten übereinstimmend als Fortschritt. In der Evaluation werden vor allem drei Aspekte hervorgehoben:

- Die Kommunikation zwischen den Beteiligten hat sich verbessert und ist strukturierter geworden.
- Es gibt ein Mehr an (auch verständlichen) Informationen.¹⁵
- Der Grad der Beteiligung hat sich insbesondere im stationären Setting erhöht.
- Die Sorge (seitens der Fachkräfte), dass bei Betroffenen durch das Verfahren das Gefühl entstehen könnte, sich rechtfertigen zu müssen, bestätigt sich in den Interviews der Evaluation nicht. Dies gilt auch für die Befürchtung, dass durch das Verfahren „auch Krisen, Überforderung und Dekompensation“ möglich seien. „Demgegenüber äußerten die interviewten Menschen mit einer seelischen Behinderung nichts dergleichen. Viele von ihnen konnten differenziert individuelle Ziele benennen und diese konkretisieren.“ (ebd. 18)

In den ExpertInnengesprächen wurden folgende weitere Vorteile besonders herausgestellt:

- *Die Fachlichkeit beim Kostenträger steigt.* Dies gehört zur Rubrik der positiven Nebeneffekte. Mit der Transparenz und zunehmenden Fachlichkeit des Genehmigungsverfahrens durch den Gesamtplan steigt auch die Anforderung an die fachliche Beurteilung dessen, was im Gesamtplanverfahren formuliert ist. Die Bezirke haben deshalb begonnen ihre Fachdienste personell aufzurüsten. Allerdings führt die bayerische Förderstruktur zu qualitativen Unterschieden: Dort, wo der ambulante Bereich über die örtlichen Strukturen exekutiert wird¹⁶, darf bezweifelt werden, dass zur Sachbearbeitung auch ein ähnlicher Standard an qualifizierter fachlicher Beurteilung hinzukommt, wie er in den Bezirken zum Teil bereits vorhanden ist.
- *Der Begründungszwang wird expliziter und die Begründungen transparenter.* Die Transparenz des Verfahrens zwingt alle Beteiligten explizite Begründungen für die Umsetzung einer Diagnose in eine Maßnahme anzugeben. Beispielsweise sagte ein Experte: „Die Zeiten sind vorbei, wo mit einem drei oder fünf Zeiler eines Arztes eine langjährige Heimunterbringung eingeleitet wurde.“ Gerade auch bei stationären Unterbringungen gibt es allein schon wegen der Kosten die Anweisung genau hinzuschauen.“
- *Das Verfahren macht auch auf Defizite aufmerksam:* Nach Ansicht eines Experten ist man noch ein gutes Stück von einer wirklich personenzentrier-

15 Dies sagen bei den medizinisch pädagogischen Fachdiensten 68% der befragten Personen und 43% der Sachbearbeiter. „Die Informationen seien im Vergleich zur Situation vor Einführung des Gesamtplanverfahrens auch besser“, wurde zweitens von den medizinisch pädagogischen Fachdiensten in 49% der Fälle, von der Sachbearbeitung in 41% der Fälle vorgetragen (transfer 2003,16). „Die verwendete Sprache ist in der Regel gut oder überwiegend gut verständlich, wobei Sozialberichte und Bögen nach Ansicht der Fachdienste besser abschneiden als nach Ansicht der Sachbearbeitung. Insgesamt schneiden die ärztlichen Berichte hinsichtlich der Verstehbarkeit der Sprache am schlechtesten ab.“ (transfer, 2003,19)

16 Dies erfolgt im Delegationsverfahren. Der Bezirk zahlt, die Durchführung übernehmen zum Beispiel in München die jeweiligen Sozialbürgerhäuser.

ten Zusammensetzung von Hilfemodulen entfernt. "Das ist sicher eines der Fernziele, wo man heute erste zarte Pflänzchen sehen kann." Allerdings ist es bereits ein erheblicher Vorteil über ein Verfahren zu verfügen, das auch Defizite in Versorgungsstrukturen sichtbar machen kann. Auch der Evaluationsbericht nennt Beispiele, die als Beleg für eine nach wie vor gegebene Institutionszentrierung des Versorgungssystems gelten können (Transfer, 2003, 25).

Angesichts der Kürze der Umsetzungszeit des Gesamtplanverfahrens gibt es allerdings auch zahlreiche Schwachstellen und Unklarheiten des Verfahrens und darin begründete Verbesserungswünsche:

- *Grauzonen der Anwendungspflicht*: Das ganze Verfahren wird derzeit nur angewandt, wenn der psychisch kranke Mensch sich in einer Maßnahme befindet die im Rahmen des SGB VIX Einzelfall-finanziert ist. Zwar sind im Leitfaden des Verbands der Bezirke auch Partner für das Gesamtplanverfahren benannt, die pauschal finanziert werden (wie SpDi's, Tagesstätten, Integrationsbetriebe,...). In der Praxis gibt es jedoch noch eine Grauzone, ob und wie auch pauschal finanzierte Einrichtungen sich am Gesamtplanverfahren beteiligen.
- *Fehlende Vergütung des (zusätzlichen) Aufwands*: Offen ist auch noch die Frage wie man den Aufwand für die Erstellung der diversen Pläne vergütet. Die Evaluation hat gezeigt, dass für das Erstellen von Sozialbereich und HEB in der Regel zwischen einer und drei Stunden benötigt werden.
- *Noch immer zu geringe Ressourcenorientierung*: Trotz aller Bemühungen ist das Gesamtplanverfahren ebenso wie der IBRP nach Ansicht vieler Experten in Bezug auf die Einbeziehung der Ressourcen noch ausbaufähig. Ressourcen werden zwar inzwischen systematischer abgefragt, bisher nicht aber in gleichem Maße bei der Maßnahmeplanung berücksichtigt.
- *Fehlende Fachlichkeit in der Behörde*: Problem ist, dass man eine Menge an qualifizierten Daten hat um die Entscheidung des Kostenträgers herbeizuführen, aber die inneren Abläufe in der Behörde nicht überall diesem gestiegenen fachlichen Niveau Rechnung tragen.
- *Nicht durchgehend praktizierter Datenschutz*: Damit zusammen hängt ein weiteres Problem: die Trennung der sensiblen Daten von den personenbezogenen Daten. Ziel ist es, dass beim Kostenträger unterschiedliche Personen die personenbezogenen Daten und die Diagnosen verwalten.
- Viele Praktiker müssen erst *lernen mit der geforderten Ziele-Orientierung umzugehen*. Da sich auch die Klienten oft schwer tun, Wünsche in Ziele umzusetzen, droht die Gefahr, dass zu wenig „SMARTER“ Ziele formuliert werden. Zudem wird oft nicht ausreichend erkennbar, dass in der Zielpriorität offensichtlich die professionelle Perspektive von jener der Hilfebetroffenen stark abweicht.¹⁷
- *Der „institutionszentrierte Scheuklappenblick“*: Die geforderte Normalisierung als Grundsatz kommt ebenso wenig zum Tragen wie offensichtlich auch die Kooperation zu nicht psychiatrischen Einrichtungen. In über der

17 Der Evaluationsbericht nennt hier u.a. die Beispiele Freizeitgestaltung und Gesundheit. Zum Freizeitbereich werden in den analysierten Plänen keinerlei Ziele genannt. Zur Gesundheit unterscheidet sich die Priorisierung fundamental (Für die „Profi's“ stehen gesundheitliche Ziele an erster Stelle, für die Betroffenen rangieren sie nach „soziale Beziehungen“, „Arbeit/Ausbildung“ und „Wohnen“ deutlich an letzter Stelle. (transfer, 2003, 7)

Hälfte der Sozialberichte gab es bei den ambulanten/teilstationären Maßnahmevorschlägen keine Angaben zur Inanspruchnahme nicht psychiatrischer Hilfen. Informationen zum Zusammenwirken mit anderen Diensten fehlten in 35% der Fälle. Dies deutet auf eine nach wie vor defizitäre Gemeindeorientierung hin. (Transfer 2003, 32)

- *Eine nicht zielführende Übertragung auf andere Gruppen.* Wir haben es mit einem Verfahren zu tun, das auf Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Menschen abzielt, zugleich aber auch für suchtkranke Menschen angewandt wird. Dies führt zu Konstellationen, für die das Verfahren nicht geeignet sind.¹⁸

Zudem wird befürchtet, dass es im weiteren Verlauf der Etablierung zu einem *Mehr an Einmischung des Kostenträgers kommt*. Befürchtet wird von Praktikern aus den Einrichtungen, dass die zunehmende fachliche Qualifizierung beim Kostenträger bisherige Freiräume der Einrichtungen reduzieren könnte. Andere sehen jedoch gerade hier auch eine positive Entwicklung (Beschneidung und Kontrolle von Wildwuchs). Hier muss auch die Doppelfunktion des Gesamtplanverfahrens (Hilfeplanverfahren zur Feststellung des Hilfebedarfs, administrative Grundlage zur Entscheidung über Leistungen der Sozialhilfe) beachtet werden. Die Evaluation des Gesamtplanverfahrens verweist auf Einseitigkeiten, wenn beispielsweise die Gewichtung der bürokratischen Seite des Verfahrens dazu führt, „dass ein schematisches Verwaltungshandeln in den Vordergrund rückt. Dies wird unangenehm erlebt und wird einer komplexen Lebenssituation nicht gerecht.“ (Transfer 2003, 27)

Insgesamt jedoch überwiegt bei der Evaluation die positive Bewertung: „Das Gesamtplanverfahren ist eine kognitive anspruchsvolle Arbeit mit subjektiven Gewinnen, wie die befragten Personen betonen.“ (transfer, 2003 27). „Das Gesamtplanverfahren ist ein Ermutigungsprozess. Es beinhaltet eine Abkehr von der Defizit-Sichtweise und gewichtet mit den individuellen Zielen der Person deren subjektive Weiterentwicklung.“ (transfer 2003, 28)

18 Vor allem deshalb, weil Suchteinrichtungen andere Strukturen als psychiatrische Versorgung aufweisen.

3 (III) Integrationspläne im Rahmen des Fallmanagements nach SGB II

3.1 Einleitung

Integrationspläne, im Rahmen des Fallmanagements nach SGB II gehören zu den neuesten Formen der Hilfeplanung. Es geht dabei

- um einen, auf ein bestimmtes Klientel (die Arbeitsverwaltung spricht hier von „Kunden“) ausgerichteten Prozess, mit dem Ziel der Beseitigung der Hilfebedürftigkeit möglichst durch eine nachhaltige Integration in den Arbeitsmarkt.
- um einen kooperativen Aushandlungsprozess zwischen Fallverantwortlichen und Klientel bei dem vorhandene individuelle Ressourcen und multiple Problemlagen der Klientel methodisch erfasst sowie gemeinsam Versorgungsangebote und Dienstleistungen geplant werden. Diese Aushandlungsprozesse werden vom Fallverantwortlichen implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert (vgl. auch S. Bohrke-Petrovic 2004).

Der Ausgangspunkt beider Entwicklungen ähnelt der Problembeschreibung vor der Einführung des Hilfeplans nach §36 SGB VIII: Ein meist sehr komplexes, individuelles Problemfeld des jeweiligen Klientel muss von zuständigen Personen in ein ebenfalls komplexes und keineswegs einfach aufgebautes Hilfesystem übersetzt werden. Dieser Übersetzungsprozess wies vor der Entwicklung der Integrationspläne einige Probleme auf. So wurde er von den Zuständigen „sehr individuell“ gehandhabt und war nur „teilweise transparent“. Zudem war die Rolle und Beteiligung der Betroffenen wenig bis nicht geregelt.

3.2 Die rechtliche Grundlage – Vergleich mit dem Hilfeplanverfahren nach §36

Die Idee einer Integrationsplanung hat einen mehrjährigen Hintergrund, bei dem auch die Erfahrungen mit dem Hilfeplan nach §36 SGB VIII eine wichtige Rolle gespielt haben. Wie Rolf Schumacher (2005) ausführt, gibt es einige wesentliche Gemeinsamkeiten der Integrationsplanung und der Hilfeplanung:

- Beide Planungsarten dienen dazu, die Form der Hilfe individuell zu gestalten.
- Die Hilfe entsteht auf der Grundlage eines vorangegangenen individuellen Beratungsgesprächs, einer abgesicherten und geordneten Datenerhebung und der Dateninterpretation.
- FallmanagerInnen wie auch Fallverantwortliche im Hilfeplanverfahren führen die Hilfen nicht selbst durch, sondern steuern und koordinieren den Hilfeplanprozess.
- Auch das Problempotenzial der Planung enthält Gemeinsamkeiten: Diese reichen von einer zu engmaschigen Planung bis hin zur fehlenden Bereitschaft der KundInnen die Vereinbarung zu unterzeichnen.

Daneben gibt es natürlich auch Unterschiede, die sich zum einen aus der unterschiedlichen gesetzlichen Verankerung, zum anderen aber auch aus bestimmten Rahmenbedingungen erklären. Letztere betreffen Altersgruppen und Lebenslagen ebenso wie ein anderes Verhältnis von Freiwilligkeit und Sanktionen sowie die Art der rechtlichen Vereinbarung, die FallmanagerInnen und Klientel eingehen.

Ein wichtiger Unterschied besteht darin, dass das SGB II nicht wie das SGB VIII den Hilfeplanprozess als einen eigenen Prozess definiert und auch zum Fallmanagement keinen unmittelbaren Hinweis enthält. Detaillierte Ausführungen zu Funktion und Aufgaben des Fallmanagers und damit auch zum Prozess der Integrationsplanung finden sich in den Begründungen des Gesetzes.

Nimmt man die §§4, 14 und 15 des SGB II, die die Rolle des persönlichen Ansprechpartners und die Eingliederungsvereinbarung beschreiben, fällt auf, dass es sich weit weniger als beim Hilfeplanverfahren um einen gemeinsam ausgehandelten Prozess, als um eine mit deutlichen Sanktionsmöglichkeiten versehene Leistung für den „SGB II Kunden“ handelt.

§ 14

Grundsatz des Förderns

Die Träger der Leistungen nach diesem Buch unterstützen erwerbsfähige Hilfebedürftige umfassend mit dem Ziel der Eingliederung in Arbeit. Die Agentur für Arbeit soll einen persönlichen Ansprechpartner für jeden erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und die mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft Lebenden benennen. Die Träger der Leistungen nach diesem Buch erbringen unter Beachtung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit alle im Einzelfall für die Eingliederung in Arbeit erforderlichen Leistungen.

§ 15

Eingliederungsvereinbarung

(1) Die Agentur für Arbeit soll im Einvernehmen mit dem kommunalen Träger mit jedem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen die für seine Eingliederung erforderlichen Leistungen vereinbaren (Eingliederungsvereinbarung). Die Eingliederungsvereinbarung soll insbesondere bestimmen,

1. welche Leistungen der Erwerbsfähige zur Eingliederung in Arbeit erhält,
2. welche Bemühungen der erwerbsfähige Hilfebedürftige in welcher Häufigkeit zur Eingliederung in Arbeit mindestens unternehmen muss und in welcher Form er die Bemühungen nachzuweisen hat

Die Eingliederungsvereinbarung soll für sechs Monate geschlossen werden. Danach soll eine neue Eingliederungsvereinbarung abgeschlossen werden. Bei jeder folgenden Eingliederungsvereinbarung sind die bisher gewonnenen Erfahrungen zu berücksichtigen. Kommt eine Eingliederungsvereinbarung nicht zustande, sollen die Regelungen nach Satz 2 durch Verwaltungsakt erfolgen.

(2) In der Eingliederungsvereinbarung kann auch vereinbart werden, welche Leistungen die Personen erhalten, die mit dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben. Diese Personen sind hierbei zu beteiligen.

(3) Wird in der Eingliederungsvereinbarung eine Bildungsmaßnahme vereinbart, ist auch zu regeln, in welchem Umfang und unter welchen Voraussetzungen der

erwerbsfähige Hilfebedürftige schadenersatzpflichtig ist, wenn er die Maßnahme aus einem von ihm zu vertretenden Grund nicht zu Ende führt.

3.3 Programm und Realität der Integrationsplanung

Mit der Realisierung der im SGB II formulierten Vorgaben beginnt die Umsetzung des von Schumacher skizzierten Idealtyps des Fallmanagements in die Praxis. Nach diesem Idealtyp vollzieht sich dieses Fallmanagement in verschiedenen Phasen:

- Beratung und Herstellung eines Arbeitsbündnisses
- Assessment: Probleme erkennen und verorten
- Integrationsplanung und Eingliederungsvereinbarung
- Leistungssteuerung
- Ergebnissicherung/ Controlling

Von der Konzeptlogik her ist der Prozess interaktiv angelegt, transparent und der Hilfebedürftige ist zu beteiligen. Eine Eingliederungsvereinbarung erfolgt (per Verwaltungsakt) jedoch auch dann, wenn der hilfebedürftige Arbeitssuchende eine solche nicht abschließen will.

Im Vergleich zur bisherigen Praxis des Arbeitsamts „Beraten und Vermitteln“ ist eine deutlich intensivere Betreuung geplant. Durch die Zuordnung nur eines Ansprechpartners sollte ein intensives Fallmanagement möglich werden.¹⁹ Ziel war einen Förderrahmen zu schaffen, der eine Möglichkeit zu einer vertieften Beratung/ Anamnese/ Diagnose von Kunden in schwieriger Lebenssituation mit dem Ziel einer individuellen Hilfeplanung bietet. Ein vorbereitender Arbeitskreis hatte das Fallmanagement als einen kooperativen Prozess definiert, in dem individuelle Ressourcen und multiple Problemlagen methodisch erfasst werden und bei dem gemeinsam Versorgungsangebote und Dienstleistungen geplant werden, die anschließend vom Fallmanager implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden.²⁰

Diese Umsetzung steht unter dem „Ein-Druck“ der Implementierung des Gesamtsystems „Hartz IV“. Wie die Recherchen zur Praxis der Integrationspläne zeigen, ergibt sich folgendes Bild (Stand Oktober 2005):

- Von einer Integrationsplanung im ursprünglichen Sinn kann man nur in ersten Ansätzen sprechen.
- Vielfach wird die Eingliederungsvereinbarung mit der Integrationsplanung gleichgesetzt.
- Es gibt viele Probleme, die einer Implementierung des Idealtypus, wie Rolf Schumacher ihn in seinem Beitrag skizziert hat, derzeit entgegenstehen.
- Diese Probleme sind in ihren Hintergründen größtenteils nachvollziehbar.
- Dennoch gibt es die Sorge: Werden die Probleme gelöst oder lösen die Probleme die Idee der Integrationsplanung auf?

¹⁹ Vgl. dazu Bundestags-Drucksache 15/1516, S.54

²⁰ Arbeitspapier des Arbeitskreises „Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement, 2004, S.10

Dabei zeigt sich, dass Integrationsplanung im Rahmen eines beschäftigungsorientierten Fallmanagements auch eine Frage des praktizierten Verständnisses von Case Management ist bzw. sein wird. Auf diese Befundlage möchte ich im Weiteren näher eingehen. Zunächst sollen die aktuellen Problemlagen differenzierter beschrieben werden.

3.3.1 Sieben aktuelle Problemfelder und Herausforderungen

Es sind vor allem sieben, unterschiedlich gelagerte Probleme, die zu dem aktuell unbefriedigenden Status der Integrationsplanung beitragen:

Enttäuschte Erwartungen. Die Systemumstellung (Sozialhilfeklientel wird zu KundInnen der ArGen) führt zu einer doppelten Erwartungsenttäuschung. Zum einen finden primär auf Fragen der beruflichen Integration vorbereitete Fallmanager ein Klientel vor, bei dem Fragen der beruflichen Integration durch das vorhandene Multiproblemgewebe zunächst nachrangig sind. Bevor diese Personen für den Arbeitsmarkt motiviert und vermittlungsfähig werden, braucht es eine Reihe anderer Veränderungsprozesse. Bewerbungstrainings und weitere, direkt auf die berufliche Integration abzielende Maßnahmen, kommen oft zu früh oder gehen angesichts der individuellen Problemlage der Klientel ins Leere. Zum anderen finden SozialhilfekundInnen nun AnsprechpartnerInnen vor, die von ihrem Auftrag her zu recht sagen, dass sie für Fragen „wo man einen Kleiderzuschuss“ oder einen „Zuschuss für eine neue Waschmaschine bekommt“ nicht zuständig sind. Diese verschiedenen Problemlagen führen auf beiden Seiten zu enttäuschten Erwartungen.

„Unzureichende“ Qualifikation der FallmanagerInnen: In kurzer Zeit musste in nahezu allen ArGen eine ausreichende Zahl an FallmanagerInnen eingestellt werden. Diese kommen aus zum Teil sehr unterschiedlichen Berufsfeldern. Die klassischen Quellen der Rekrutierung, – Personen, die im ehemaligen Arbeitsamt für Vermittlung bzw. Beratung zuständig waren und Personen, die in Sozialämtern als SachbearbeiterInnen für Sozialhilfe zuständig waren –, reichten zahlenmäßig nicht aus. Da von vorneherein klar war, dass die FallmanagerInnen für ihre neue Aufgabe geschult werden mussten, wurde eine konzeptionell sehr differenzierte Qualifikationsmaßnahme entwickelt (siehe Borke-Petrovic 2004). Diese konnte jedoch aufgrund von Zeit und Geldproblemen „nicht“ angewandt werden, stattdessen gab es vor Ort jeweils stark abgespeckte Varianten. Zudem sollten die gerade geschulten Personen als MultiplikatorInnen für weitere neue MitarbeiterInnen fungieren. Ein Experte spricht von einem solchen Modell als einer „Potenzierung des Mangels“.

Die Anamnese: mehr Screening als Tiefenprofilung. Die Idee einer aktivierenden Anamnese, in der Informationen, Daten und Eindrücke zur Person/Bedarfsgemeinschaft erhoben werden, die schließlich den/die Fallmanager/in in die Lage versetzen Ressourcen und Kompetenzen mit Fehlentwicklungen oder/und Blockierungen im Sinne eines Tiefenprofilings in Bezug zu setzen, musste angesichts der Qualifizierungsproblematik und der fehlenden Anamneseinstrumente scheitern. Die befragten ExpertInnen sehen in der aktuell vorgenommenen Anamnese eher ein einfaches, weitgehend auf berufsbiographische Aspekte beschränktes Screeningverfahren, denn das angestrebte und notwendige Tiefenprofilung.

Der Datenschutz – „Das was ich brauche, darf ich nicht erheben“. Diese Aussage eines Fallmanagers bezieht sich auf die expliziten Einwände des Bundesdatenschutzbeauftragten. Dieser hatte kritisiert, dass aufgrund des SGB II keine Legitimation bestehe Personendaten zu erheben, die wesentlich über berufliche Angaben hinausgehen. Wenn sich diese Sichtweise durchsetzt, wären den FallmanagerInnen die Hände gebunden, genau jene Daten zu erheben (persönliche, familiäre Probleme), die einer arbeitsmarktbezogenen Integration der Zielgruppe des SGB II vorrangig entgegenstehen.

Die Software – Dank VerBIS ein bald gelöstes Problem? Starke Kritik wurde auch an der unzureichenden Unterstützung der FallmanagerInnen durch die vorhandene Software geübt. Vernünftige, auf dem Markt erhältliche Tools wurden, so die Einschätzung, nicht genutzt. Stattdessen wurde auf eine „eigene, letztlich weniger geeignete Software in der Bundesagentur zurück gegriffen“ (ein Experte). Es wurde die Hoffnung formuliert, dass das Programm VerBIS, das bis Juli 2006 eingeführt werden soll, die EDV-Probleme endlich beseitigt.

Die Eingliederungsvereinbarung: Ein differenziertes Instrument des Kontraktmanagements oder bloße Rechtsfolgenbelehrung? Das einzige nach außen bislang sichtbare Instrument im Rahmen der Integrationsplanung ist die so genannte Eingliederungsvereinbarung. Von KooperationspartnerInnen der ArGen wurde diese in den ExpertInneninterviews oft mit der „Integrationsplanung“ gleichgesetzt. Vergleicht man die Eingliederungsvereinbarung etwa mit der Hilfeplanvereinbarung fällt auf, dass sich der größte Teil der Ausführungen nicht auf die gemeinsam ausgehandelten Eingliederungsschritte und deren Begründung bezieht, sondern auf die Erläuterung der Rechtsfolgen bei Nichterfüllen durch die Hilfebedürftigen.

Die Doppelrolle der FallmanagerInnen „beraten und sanktionieren“. Die Eingliederungsvereinbarung verdeutlicht exemplarisch, dass die FallmanagerInnen, neben dem Beratungsauftrag, auch einen klaren Auftrag gegenüber ihrer Klientel haben, die Sanktionen deutlich zu machen, die eintreten, wenn der/die Hilfebedürftige die Maßnahme verweigert bzw. nicht im vereinbarten Sinne nutzt. Die Schilderungen aus der gängigen gegenwärtigen Praxis zeigen, dass dieses Thema „Sanktionen“ derzeit einen beachtlichen Teil der Kommunikation mit den Hilfebedürftigen bestimmt.

Einige der oben genannten Probleme sind nicht grundsätzlicher Art, sondern vor allem der Tatsache geschuldet, dass die Integrationsplanung und ihre Instrumente sehr schnell eingeführt werden mussten und zugleich auf eine Organisationsstruktur (ARGE) trafen, die ebenfalls gerade neu geschaffen wurde. In diesem Sinne kann man die optimistische Einschätzung „Dieses Jahr war zum Üben, nächstes Jahr kommt die professionelle Handhabung“ von S. Bohrke-Petrovic (in einem Expertinnengespräch), verstehen. Ob sich dann jedoch nach der „Übungsphase“ alle der oben genannten Probleme sukzessiv in professionell gemanagte Lösungen überführen lassen, wird stark davon abhängen, wie es gelingt mit dem fachlichen und organisatorischen Spannungsfeld von Fordern und Fördern und dessen Rahmenbedingungen umzugehen. Dies soll im folgenden Abschnitt genauer analysiert werden.

3.3.2 Fallmanagement im organisatorischen Spannungsfeld von „fördern/beraten und fordern/sanktionieren“

In der Begründung zum SGB II wird das Fallmanagement als der prozessuale Kern der Integrationsplanung gesehen (zitiert nach Reis 2005, 1). Fallmanagement im Sinne von Case Management stellt nicht eine „Person als Fall“ in den Mittelpunkt, sondern das „was der Fall ist“ (Wendt 2004). Ähnlich wie im §36 des SGB VIII besteht die Hauptaufgabe des/der Fallverantwortlichen (hier FallmanagerIn) nicht in einer konkreten, durch ihn zu erbringenden Einzelfallhilfe, sondern in der Steuerung von Hilfeangeboten, die von Dritten erbracht werden. Reis (2005) verweist in seiner Analyse zu Anspruch und Wirklichkeit des Fallmanagements darauf hin, dass dies voraussetzt, dass durch geeignete Verfahren erkennbar wird, was der eigentliche Bedarf an Hilfe ist. Dies erfordert ein Zusammenspiel von Assessment, Planung und Steuerung, aus dem sich für die Beteiligten ein vollkommen neues Anforderungsprofil ergibt. Reis nennt, mit Rückgriff auf amerikanische Untersuchungen, fünf Erfolgsfaktoren für die Ausgestaltung des Fallmanagements:

- a. „Mit der Einführung des Case Managements muss der Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum der Mitarbeiter deutlich ausgedehnt werden. Die „Fallverantwortung“ der Case Manager muss sich organisationsintern in entsprechenden Entscheidungskompetenzen niederschlagen.
- b. Der Autonomiegewinn muss flankiert und stabilisiert werden durch die Vermittlung einer den Aufgaben entsprechenden Qualifikation.
- c. Den Mitarbeitern müssen Partizipationsmöglichkeiten bei der konkreten Ausgestaltung von Planungsprozessen eingeräumt werden — von der Bildung von Qualitätszirkeln bis hin zur Einbeziehung der Mitarbeiter in die oberste Steuerungsebene der einzelnen Projekte.
- d. Die hohe Handlungskompetenz der Fallmanager muss abgestützt werden durch professionelle Formen fachlicher Unterstützung, z.B. Coaching, Supervision und kollegiale Fallberatung.
- e. Die Organisationsstrukturen der Ämter müssen an die neuen Aufgaben angepasst werden. So ist es notwendig, klar die Aufnahmekriterien ins Fallmanagement zu bestimmen und die Schnittstelle „Zugang“ eindeutig zu gestalten. Auch müssen die Erfolgskriterien für alle Akteure transparent sein. Die Vorgesetzten müssen in der Lage sein, den Prozess des Fallmanagements zu verstehen und müssen ihre Bewertungskriterien für die Einschätzung der Mitarbeiter an den Zielen des Fallmanagements ausrichten.
- f. Je interessierter die Leitungsebene an der Etablierung neuer Strukturen ist, ohne unnötigen Druck zu erzeugen, umso ertragreicher ist die Handlungsautonomie für die Gesamtorganisation.
- g. Effektiveres Fallmanagement benötigt funktionierende Angebotsnetze. Das bedeutet, dass qualitativ und quantitativ ausreichende Hilfeangebote existieren müssen bzw. ein Modus institutionalisiert ist, um die entsprechenden Angebote – wenn sie denn fehlen – rasch aufzubauen. Hierzu bedarf es einerseits eines Überblicks über die Angebote (z.B. Angebotsdatenbank), gleichzeitig aber auch geeigneter Steuerungsformen (Kontraktmanagement).
- h. Um den Gesamtprozess des Fallmanagements zu steuern, ist ein funktionierendes Controlling auf EDV-Basis unerlässlich.“ (Reis 2005, 2f.)

Wie oben schon genannt, können die meisten dieser Faktoren derzeit nicht als gegeben angenommen werden. Reis (ebd.) sieht hier allerdings keineswegs nur Übergangsprobleme, sondern auch strukturelle Mängel. So erfordert beispielsweise die Identifikation von Problemen im Assessment eine vertrauensvolle Atmosphäre und Offenheit dessen, was geplant wird. Zwei Probleme behindern jedoch derzeit eine ausreichend tragfähige Vertrauensbasis zwischen FallmanagerIn und Klientel.

Erstes Problem ist, wie oben bereits dargestellt, ein zu früh ansetzendes und zu schnell schematisierendes Assessmentverfahren. Nur wenn es gelingt die individuelle Problemsituation der „Multiproblemfälle“ der SGB II Kundschaft zu verstehen, d.h. im Sinne eines Tiefenprofilings bearbeitbar zu machen, lassen sich erfolgsversprechende Hilfeangebote ermitteln und suchen. Dies ist zum einen eine Frage der Instrumente, zum anderen aber stärker noch eine Frage der Qualifikation. Kann diese Qualifikation nicht erworben werden bzw. ist sie aufgrund der heterogenen Ausgangsberufe der FallmanagerInnen nicht vorhanden, droht ein reduziertes Vorgehen. Man erhebt das, wofür man sich kompetent fühlt und „übersieht“ das, wofür man nicht qualifiziert wurde. Dies ist nicht das Problem bestimmter Berufsgruppen. Vereinfacht gesagt: SozialpädagogInnen haben keine Kompetenz für Beschäftigungspolitik, anderen Berufsgruppen fehlen die Kompetenz für bzw. die Erfahrungen mit sozialen Fragen und Problemstellungen. Hinzu kommt, dass sich FallmanagerInnen „häufig in ungesicherten, nicht abschließend definierten Handlungsfeldern bewegen. Sie steuern sehr komplexe und dynamische, häufig konflikthafte soziale Prozesse.“ (S. Bohrke-Petrovic 2004)

Zum zweiten existiert die Befürchtung der Klientel, dass derjenige, der berät, gegebenenfalls auch bestraft. Fördern und Fordern kann als Beratungskonzept funktionieren. Wenn es aber in der gleichen Person zur Kombination von Beratung und Sanktion kommt, sind Vorbehalte und Rückzüge seitens der Klientel unvermeidlich. Spätestens nach der ersten Sanktionierung wird das sich Vertrauen „sich mit seinen Problemen dem/der Fallmanager/in zu öffnen“ in ein „strategisches Verhältnis begrenzter Informationen und Wahrheiten“ verändern.

Reis sieht zudem noch eine drohende Verwechslung von Instrument und Ziel. Die Arbeitsgelegenheiten nach §16, Abs3 SGB II sind ein Instrument unter mehreren. Sie sind nicht Selbstzweck bzw. eigentliche Zielgröße, die von den FallmanagerInnen erfüllt werden müssen. Die Arbeitsgelegenheiten sollen flankiert, von weiteren, dem jeweils individuellen Fall angepassten Angeboten begleitet werden. „Vielorts hat sich die Praxis im Umgang mit Arbeitsgelegenheiten soweit verselbstständigt, dass diese zum Selbstzweck, zum Ziel lokaler Arbeitsmarktpolitik geworden zu sein scheinen.“ (Reis 2005, 4) Auch die Aussagen der von mir interviewten Anbieter von Hilfen bestätigen diese Erfahrung vor allem für Großstädte. Nicht wenige können in ihren Beschäftigungs- GmbHs derzeit ausschließlich sog. Ein-Euro-Jobber einsetzen.

3.4 Zum Stellenwert von Diagnose, Partizipation und Interdisziplinarität

Aufgrund der besonderen und andersartigen Rahmenbedingungen der Integrationsplanung sollen die Querschnittsfragen hier zusammenfassend beantwortet werden. Noch sind die Konturen eines „diagnostischen Vorgehens“ nicht erkennbar. Die Idee eines Tiefenprofilings steckt angesichts der Qualifizierungsproblematik und der noch unzureichenden Anamneseinstrumente in den Kinderschuhen. Ähnliches gilt auch für die angestrebte „gemeinsame Hilfeplanung“ mit den SGB II Kunden. Oben ist bereits deutlich geworden, dass die Doppelrolle des „beratens und sanktionierens“ dem/der FallmanagerIn Grenzen partizipativer Einbeziehung setzt. Zudem muss man sehen, dass im SGB II der „Kunde“ keine eigenständigen Beteiligungsrechte wie etwa im SGB VIII oder auch SGB IX hat. Interdisziplinäres Handeln ist in diesem komplexen Feld aus Sozial- und Arbeitsmarktintegration eine Notwendigkeit, die aber ohne entsprechende Strukturen nicht zu einem Miteinander von „Sozial- und Arbeitsmarktexperten“ führen wird. Noch immer fehlt auch ein gemeinsames Verständnis von Fallmanagement bei Führungs- und Fachkräften etwa, wenn es darum geht, ob es nur für die leistungsstarken, arbeitsmarktnahe Kundengruppen eingesetzt wird (damit der Mitteleinsatz sich rechnet) oder für diejenigen Kunden mit multiplen Problemlagen, die im Sinne des Gesetzgebers aktiviert werden sollen. (Bohrke-Petrovic, 2005)

3.5 Diskussion – Fehlstart mit Chancen

Die Implementierung der Integrationsplanung im Rahmen des SGB II gleicht einem gigantischen, zentralistischen Feldexperiment. Etwas überspitzt kann man sagen, dass der Einführungsprozess das Gegenteil, der „föderalen“, langsamen Entwicklung des Hilfeplans im SGB VIII verkörpert. Hier hatten sich über viele Jahre hinweg und in großer Ungleichzeitigkeit in den einzelnen Kommunen und Landkreisen deutlich unterschiedliche Modelle der Hilfeplanung entwickelt. Auch heute noch ist die Praxis der Hilfeplanung vielfältig (Modellprogramm Fortentwicklung des Hilfeplanverfahrens 2005, 23). Zwar haben sich einige übergreifende Qualitätsstandards entwickelt, aber die Ausgestaltung variiert noch immer stark von Kommune zu Kommune bzw. von Landkreisen zu Landkreisen.²¹

Ein Vergleich der beiden Planungsverfahren ist schon deshalb derzeit nur sehr eingeschränkt möglich.²² Dennoch zeigen sich einige Gemeinsamkeiten. So gibt es strukturell eine große Ähnlichkeit mit dem Hilfeplanverfahren nach §36 SGB VIII, vor allem was das Leistungsdreieck betrifft zwischen Planverantwortlichen – dem Klientel und anderen Einrichtungen, die

21 Allerdings muss man auch bei der von oben gesteuerten Einführung der Integrationsplanung sehen, dass sich in den ArGEen zum Teil sehr unterschiedliche Entwicklungen vollziehen.

22 In dem Abschlußbericht der Expertise findet sich eine ausführlichere Fassung des Vergleichs.

die Maßnahmen durchführen. Auch die vier von Schrapper benannten Faktoren gelingender Hilfeplanung (Modellprogramm Fortentwicklung des Hilfeplanverfahrens 2006) scheinen übertragbar:

- Es braucht eine tragfähige Organisation.
- Notwendig sind geklärte Strukturen und Regeln für Kooperation und Partizipation im Leistungsdreieck von Leistungsempfänger, Leistungserbringer und Kostenträger.
- Wichtig sind die Qualifikation und die Belastbarkeit des Personals.
- Vieles funktioniert nur dann, wenn es eine gemeinsame Kultur und Struktur der Verständigung gibt.

Momentan sieht vieles nach einem fulminanten Fehlstart der Integrationsplanung im Rahmen des SGB II aus. Keiner der oben genannten Faktoren gelingender Hilfeplanung, ebenso wie die von Reis aufgestellten Erfolgsfaktoren für die Ausgestaltung eines erfolgreichen Fallmanagements, können als erreicht gelten. Vieles, vor allem der Qualifikationsprozess der FallmanagerInnen verlief völlig anders als ursprünglich geplant/erwartet. Angesichts der Problemvielfalt spricht Bohrke-Petrovic (2005) von einem Arge(n) Dschungel.

Dennoch wäre es vorschnell von einem Scheitern zu sprechen. Noch kann man die Diagnose wagen, dass trotz des schwierigen Beginns sich letztlich ein kontinuierlicher Prozess der Etablierung und Annäherung an die ursprünglichen Zielvorgaben einstellen wird. Auch das Hilfeplanverfahren nach §36 SGB VIII wurde erst mit den Jahren den fachlichen Vorgaben und Erwartungen der Initiatoren und den im SGB VIII formulierten rechtlichen Standards gerecht. Die Schlüsselstelle für eine Normalisierung nach dem Fehlstart liegt m. E. in der Frage der Qualifikation und Belastbarkeit der FallmanagerInnen sowie in der prozessualen Qualität des Verfahrens der Balance von Fördern und Fordern (vergleiche dazu auch die abschließende Diskussion, insbesondere Punkt 4).

Teil B – bilaterale Verfahren der Hilfeplanung

- (IV) Integrationsplanung am Beispiel der Förderplanung in der Berufsbezogenen Jugendhilfe (BBJH)**

- (V) Stationäre Aufenthalte und Erziehungsplanung**

 - V-1 Erziehungsplanung in der Heimerziehung**

 - V-2 Vom Vollzugs- über den Erziehungs- zum Förderplan (Entwicklungen im Jugendstrafvollzug)**

4 (IV) Integrationsplanung am Beispiel der Förderplanung in der Berufsbezogenen Jugendhilfe (BBJH)

Die Berufsbezogene Jugendhilfe (in anderen Kontexten wird auch von arbeitsbezogener Jugendsozialarbeit oder von Jugendberufshilfe gesprochen) versucht, seit dem Entstehen der Jugendarbeitslosigkeit als Massenphänomen, entsprechende Beratungs-, Beschäftigungs- und Ausbildungsangebote zu entwickeln. In Bayern ist die Grundlage dafür das so genannte integrierte Angebot, das unterschiedliche Förderangebote inhaltlich und personell verknüpft (Höfer/Straus 1993, 154ff.). Im Rahmen dieser konzeptionellen Entwicklung wurde eine individuelle, auf die je spezifischen Bedürfnisse der Klientel ausgerichtete Förderplanung immer wichtiger und hat bereits in den 1990er Jahren zu ersten Ausformungen geführt.

Mit dem Beginn der Qualitätsoffensive der BBJH, die vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen seit 2000 gefördert wurde, kam es dabei zu einem Professionalisierungsschub in dreifacher Hinsicht:

- Zum einen wurde die Förderplanung als Schlüsselprozess definiert und über extern begleitete Qualitätsmanagementprozesse fachlich weiterentwickelt. Die dort entwickelten Standards wurden zudem für alle Einrichtungen per Internet zugänglich gemacht.
- Zum zweiten wurde in einem einrichtungsübergreifenden Projekt für das Anforderungsprofil des Förderplans eine geeignete Softwareunterstützung entwickelt und dann in eine begrenzte Ausschreibung übersetzt. Das Ergebnis dieses Projektes war für die BBJH-Einrichtungen in Bayern eine konkrete Softwarelösung (und -betreuung).
- Zum dritten wurde ein eigener Qualitätsstandard (BBJH-Gütesiegel) definiert, der den Bewertungsrahmen für ein eigenes Audit- und Zertifizierungsverfahren bildet. Eines der 25 Bewertungskriterien des Gütesiegels thematisiert Entwicklungs- und Zielstandards der Förderplanung.

Im Folgenden soll die Umsetzung dieses Standards am Beispiel einer Einrichtung näher skizziert werden. Vorab

4.1 Der rechtliche Rahmen

Die BBJH arbeitet in ihrer Jugendhilfezuordnung auf der Basis der §13 und 27 SGB VIII. Damit gehört sie im weiteren Sinn auch zu den ergänzenden Angeboten nach §27ff SGB VIII. und ist damit Teil der unter den §36 SGB VIII fallenden Hilfen zur Erziehung. Dieser Bezug ist jedoch nicht so direkt wie etwa bei der Heimerziehung. Von daher gab es auch keine Forderungen an die BBJH in eine differenzierte Förderplanung einzusteigen. Dass sie es dennoch tat, war also weniger der Rechtserfüllung als vielmehr der inneren Notwendigkeit systematischen Arbeitens geschuldet.

4.2 Beispiel der Durchführung der Förderplanung – am Beispiel der Werkstatt X

Zielsetzungen der Förderplanung – Was soll Integrationsplanung in einem Integrationsbetrieb der BBJH leisten?

Das im Weiteren vorgestellte Förderplanverfahren ist als einrichtungsinterne Variante der Hilfe- und Integrationsplanung zu sehen. Es ist das entscheidende Schlüsselinstrument, mit dem in dieser Werkstatt, die unterschiedliche Beschäftigungs- und Ausbildungsmöglichkeiten anbietet, Anpassungs- und Förderprozesse zwischen Jugendlichen, Einrichtung und Arbeitsmarkt erreicht werden sollen. Die einrichtungsinternen Rahmenbedingungen bzw. Qualitätsstandards der Werkstatt X zu diesem Verfahren lauten:²³

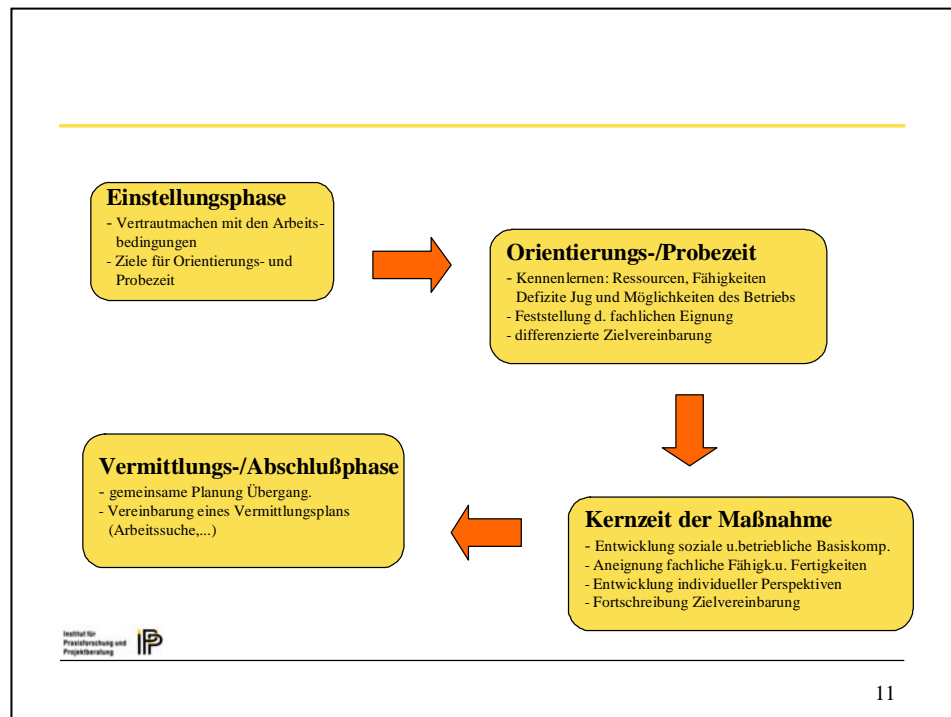
- „Mit jedem jungen Menschen, der in unserer Einrichtung an einer Qualifizierungs- oder Ausbildungsmaßnahme teilnimmt, wird auf der Grundlage individueller Förderplanung gearbeitet.
- Der individuelle Förderplan basiert auf lösungs- und ressourcenorientierten Grundsätzen.
- Der individuelle Förderplan ist ein partizipatives und für alle Beteiligten transparentes Instrument.
- Zu festgelegten Zeitpunkten finden Förderplangespräche statt. Je nach Maßnahmephase haben die Förderplangespräche eine spezifische Ausrichtung.
- Am Förderplangespräch nehmen jeweils der Jugendliche, der zuständige Handwerker (Meister oder Anleiter) und Sozialpädagoge teil.
- Alle drei beteiligten Seiten geben Rückmeldung über die bisherigen Erfahrungen und vereinbaren gemeinsam Ziele für die nächste Zeit.
- Die Förderplangespräche und Zielvereinbarungen werden schriftlich dokumentiert.
- Die Dokumentation ist allen Beteiligten zugänglich.“

4.2.1 Förderplanung in der BBJH: Prozessablauf

Die folgende Beschreibung des Prozessablaufs der Förderplanung orientiert sich ebenfalls an der Darstellung der Werkstatt X. Im Rahmen der in der Einrichtung vorgenommenen Qualitätssicherung wurde die Entwicklung und Evaluation des Förderplans ausgearbeitet. Insgesamt gibt es vier Phasen der Beschäftigung eines Jugendlichen, zu der mindestens ein Förderplanungsgespräch stattfindet

²³ Alle hier skizzierten Materialien entstammen dem Qualitätshandbuch der Einrichtung bzw. wurden mir von der Einrichtung zusätzlich zur Verfügung gestellt.

Abb.1: Vier Phasen der Förderplanung – Beispiel Werkstatt X



Mit Ausnahme des ersten Förderplangesprächs beginnen alle weiteren mit einer Rückmelderunde. Um die Gesprächssituation zu öffnen wird zum Einstieg ein positives Feed-back gewählt. SozialpädagogIn, HandwerkerIn und der junge Mensch geben dabei jeweils Rückmeldung über die Erfahrungen der vergangenen Förderphase, über die erlebte Entwicklung und über die Umsetzung der getroffenen Zielvereinbarung.

In der nachfolgenden Gesprächsphase werden die bisherigen Zielvereinbarungen modifiziert und/oder neue Ziele vereinbart. Die einzelnen Schritte, die zur Erreichung des Ziels notwendig sind, werden konkretisiert. Es wird benannt, welchen Part jede/r Beteiligte zur Zielerreichung beiträgt. Abschluss des Förderplangesprächs bildet ein positiver Ausblick auf die Zeitspanne bis zum nächsten Förderplangespräch. In der Regel findet dieses nach drei Monaten erneut statt.

4.2.2 Stellenwert der Diagnostik – am Beispiel Zielvereinbarung

Im Förderplan werden dabei eine Reihe von Instrumenten genutzt, – solche, die eigens dafür entwickelt wurden wie beispielsweise der Selbst- und Fremdeinschätzungsbogen und/oder solche, die bereits existierten wie beispielsweise Qualifizierungs- und Ausbildungsrahmenplan, Innungsbeurteilungen). Die Bewertungsinstrumente die im Rahmen der individuellen Förderplanung insgesamt mit einbezogen werden, sind:

- Aufnahmebogen
- Eignungstests
- Probearbeitsbeurteilung
- Bewertungsbogen für Übungsarbeiten
- Anwesenheitsliste
- Wochenberichte
- Qualifizierungs- und Ausbildungsrahmenplan
- Protokolle der Abteilungsbesprechungen
- Beratungsdokumentation
- Selbst- und Fremdeinschätzungsbogen
- Praktikumsbeurteilungen
- Schulbeurteilungen
- Innungsbeurteilungen
- Comp. ASS (Software)

Diese Vielzahl an Bewertungsinstrumenten ermöglicht zu verschiedenen Zeiten sowohl eine relativ umfangreiche und differenzierte Einschätzung der Situation des Jugendlichen in der Einrichtung als auch die Bezugnahme auf die Arbeitsmarktanforderungen herzustellen.

Eine zentrale Funktion in der gesamten Förderplanung hat die im Förderplangespräch erstellte Zielvereinbarung. Sie bildet die Klammer zwischen dem Alltag im Beschäftigungsprojekt und zu den weiteren nachfolgenden Förderplangesprächen. In diesen Zielvereinbarungen sind die zentralen Erfolgskriterien enthalten, die für die Phase zwischen den Gesprächen zugleich die Rahmenbedingungen für die Arbeitssituation bzw. die -anforderungen bilden, die zu bewältigen sind. Das folgende Beispiel einer Zielvereinbarung zeigt, dass für viele Jugendliche der Werkstatt X, wie auch für die Jugendlichen der BBJH generell, weniger konkrete handwerkliche Fragen das zentrale Problem darstellen, als die, diese Fähigkeiten und Fertigkeiten begleitenden, allgemeinen (extrafunktionalen) Verhaltensweisen bzw. soft skills.

Zielvereinbarung

Zwischen: YYY und: Werkstatt X / Sozialpädagoge XXX vom: 22.8.05

Als Folge des Gespräches am 22.8.05 wird vereinbart, die folgenden Ziele zu erreichen:

- YYY soll sauber, gut und gründlich arbeiten, auch wenn es länger dauert. Er soll auch von sich aus immer wieder nachfragen, wenn er sich unsicher ist.
- YYY soll bei einem Arbeitsauftrag darüber nachdenken, ob er es schaffen kann und wenn er Zweifel hat, dem/der Anleiter/in sagen, dass er es probiert, aber vielleicht nicht schaffen wird.
- YYY soll bei seinem Arbeitsauftrag bleiben und die anderen ihre Aufträge durchführen lassen, ohne sich einzumischen.
- YYY soll beim nächsten Auftrag dabei sein, bei dem tapeziert wird. Davor soll er die Grundkenntnisse des Tapezierens in der Werkstatt zusammen mit Herrn XXX lernen.
- Es soll in den nächsten zwei Wochen ein weiteres Gespräch mit Herrn XXX geben, in dem die Zukunftsperspektive und die persönlichen Ziele und Wünsche von YYY sowie das weitere Vorgehen besprochen werden.

Alle AnleiterInnen der Malerabteilung erhalten diese Zielvereinbarung als Kopie. Das Erreichen der Ziele wird in den wöchentlichen Besprechungen der Abteilung mit den Jugendlichen und den regelmäßigen Förderplangesprächen überprüft.

Ich habe die Zielvereinbarung gelesen, habe die Zielvereinbarung verstanden und bin damit einverstanden:

durchgesprochen und ausgehändigt:

(Jugendlicher)

(Soz.päd)

Die Integration in den Arbeitsmarkt erfordert einen Entwicklungsprozess in dem diese sog. extrafunktionalen Fähigkeiten in Kopplung mit bestimmten handwerklichen Fertigkeiten und Arbeitsroutinen erlernt werden. Dabei ist es wichtig, dass der/die Jugendliche diesen Prozess als von ihm mit bestimmbar erfährt und individuelle Fortschritte mit dem eigenen Handeln und der Zielerreichung zusammen erlebt.

4.2.3 Beschäftigungsplanung als Lernprozess der Beteiligung und des interdisziplinären Arbeitens

Dieser Lernprozess, der über eine systematische Integrationsplanung möglich wird, findet aber keineswegs nur beim Klientel statt. Insgesamt lassen sich Lernprozesse auf zwei Ebenen konstatieren:

Ebene 1: Lernprozesse die mit und durch den Förderplan in der konkreten Interaktion der Beteiligten stattfinden.

- Hohe Transparenz und Kontinuität. Alle Beteiligten wissen worum es geht, die Ziele entwickeln sich über mehrere Förderplangespräche.
- Bewertungsroutinen werden erfahrbar.
- Die Beschäftigungs- und Ausbildungszeit wird für die Jugendlichen so als Lernprozess besser durchschaubar. Die Lernerfahrung wird in eine andere Routine gegossen, als Jugendliche sie bislang kennen gelernt haben. Pointiert formuliert bestand diese Erfahrung zumeist entweder in einer schlechten Benotung in der Schule oder/und als Defizitkritik/Standpauke im Arbeitsleben.
- Die Jugendlichen erfahren, dass soziale und betriebliche Fachkompetenzen zählen und diese nicht getrennt gesehen werden können.
- Es gibt eine beiderseitige Zielvereinbarung. Gerade Jugendliche haben solche Gespräche früher oftmals als einseitige Vereinbarung bzw. auch als „Strafgericht“ bewertet. Deutlicher als in der Vergangenheit wird nun auch der Anteil, den die Einrichtung gemäß des Förderplangesprächs selbst zu leisten und zu erbringen hat.

Ebene 2: Lernprozesse bei der Entwicklung des Förderplans und Effekte für die Organisation

- Es entsteht eine neue Qualität der Kooperation zwischen den verantwortlichen SozialpädagogInnen und den HandwerkerInnen (MeisterInnen, AnleiterInnen).
- Positive Rückmeldungen gewinnen einen anderen Stellenwert.
- Jugendliche werden aktiv beteiligt.
- Verbindlichkeit und Rhythmus sind geregelt und transparent.

Ebenso deutlich zeigt sich der Stellenwert einer EDV basierter Förderplanung für die fachliche Weiterentwicklung und Qualitätssicherung.

4.3 Der fachliche Standard – das Gütesiegel BBJH

Wie einleitend erwähnt bildet mittlerweile ein BBJH internes Gütesiegel (EJSA 2004) einen zentralen inhaltlichen Maßstab für eine fachliche Weiterentwicklung. Ermöglicht wird damit ein Benchmarking, das sich nicht an formalen, möglicherweise zweifelhaften, weil aus einer völlig fremden Logik entwickelten Standards orientiert, sondern an solchen, die von FachkollegInnen entworfen und in der Fachbasis akzeptiert wurden. Dabei handelt es sich auch nicht um bloße Minimalstandards. Orientiert an der EFQM Logik wird auf einer 7er Skala sowohl das bewertet, was aktuell durchschnittlich in Einrichtungen der BBJH als Standard erwartet werden kann als wie auch das, was in der Branche als herausragender, exzellenter Status angesehen wird, als ein Standard, der derzeit kaum noch als verbesserbar gilt.²⁴

24 Für jedes Kriterium ist eine Reihe von Teilkriterien benannt, die jeweils mit einer 7er Skala bewertet werden. Der „normale“ Durchschnitt – im Sinne eines guten bis sehr guten Standards – liegt zwischen 3 und 5. Bewertungen mit 6 oder 7 verweisen auf eine vorbildliche Ausführung bzw. einen zurzeit kaum verbesserbaren Ausführungsstandard. Bewertungen mit 1 oder 2

Dies soll der folgende Ausschnitt verdeutlichen (der komplette Auszug befindet sich im Anhang). Unter der Dimension „Beteiligungsstandards“ finden sich beispielsweise folgende Ausprägungen:²⁵

(1) Die Zuständigkeit für die Durchführung der jeweiligen Förderplangespräche wird von Fall zu Fall geregelt.

(3) Die Förderplangespräche finden statt zwischen dem/der zuständigen SozialpädagogIn und dem/der Zielgruppenbeschäftigten. Dem/der Zielgruppenbeschäftigten werden die zu erreichenden Ziele in geeigneter Weise vermittelt.

(5) Das Förderplangespräch findet mit SozialpädagogInnen und Jugendlichen unter gelegentlicher Beteiligung der AnleiterInnen statt; Zielgruppenbeschäftigte können/ müssen aber keine eigenen Ziele einbringen.

(7) Alle Förderplangespräche finden unter Beteiligung der SozialpädagogInnen (Federführung), FachanleiterInnen und Zielgruppenbeschäftigten statt. Das Förderplangespräch basiert auf einer gleichberechtigten Zusammenarbeit von SozialpädagogInnen und FachanleiterInnen (Bewertung von sozialem und betrieblichem Verhalten) Die Zielgruppenbeschäftigten erleben, dass sie ihre Wünsche formulieren und mit der Einrichtung aushandeln können.

Insgesamt werden zum Förderplan vier Teilkriterien definiert. Das gesamte Instrument besteht in seiner seit Oktober 2004 gültigen Fassung aus 65 Teilkriterien, die zu 25 Hauptkriterien zusammengefasst sind. Das Instrument knüpft den erreichten Standard an den Prozess der fachlichen Weiterentwicklung.²⁶ Alle zwei Jahre werden die Kriterien überprüft und gegebenenfalls verändert.²⁷

4.4 Diskussion – ein hoher Entwicklungsstand

Die zweite, in dieser Expertise vorgestellte Variante, einer beschäftigungsorientierten Förderplanung agiert im Bereich der gesetzlichen Regelungen von SGB II und SGB VIII. Der Förderplan der Berufsbezogenen Jugendhilfe zielt auf eine beschäftigungs- bzw. ausbildungsbezogene Integration in den Arbeitsmarkt und die dazu notwendigen Fördermaßnahmen in einer Einrichtung der BBJH. Auch der Förderplan ist ein Instrument um individuelle Bedarfslagen mit dem vorhandenen Angebotsspektrum und den Zie-

verweisen auf das Vorhandensein eines Basisstandards mit einem deutlichen Verbesserungspotential.

25 Inhaltlich werden nur jeweils die ungeraden definiert. Die geraden Werte dienen als Zwischenbewertung. Die Skalen beinhalten quantitative und qualitative Steigerungen. Die nächst höhere Stufe setzt dabei die darunter liegende Stufe voraus.

26 Als primäres Ziel gilt bislang die Möglichkeit der internen Selbstreflexion und die dadurch ausgelöste fachliche Weiterentwicklung. Der externe Blick, das formale Erreichen der Zertifizierung kommt erst an zweiter Stelle. Ein weiterer Vorteil dieses Verfahrens ist auch die hohe Transparenz nach außen. Zuschußgeber, wie auch KundInnen können sehen, was das Unternehmen zu leisten im Stande ist und welche Anforderungen gestellt werden können.

27 Das, was einmal als eine Bewertung mit der Stufe 5 gegolten hat, kann bei entsprechender fachlicher Weiterentwicklung möglicherweise dann nur noch als ein Standard der Stufe 4 oder 3 gelten.

len und der Motivation der Klientel in ein sinnvolles Passungs- und Lernverhältnis zu bringen. Anders aber als bei der beschäftigungsorientierten Integrationsplanung des SGB II und der Hilfeplanung des SGB VIII fallen hier Fallverantwortung und Leistungserbringer zusammen. Dies erleichtert die Kultur der Verständigung und die Verbindlichkeit von Vereinbarungen. Allerdings muss man in diesem Bereich sehen, dass sich erst allmählich ein gemeinsames inhaltliches und methodisches Verständnis unterschiedlicher Berufsgruppen entwickelt hat. Auch für die Förderplanung in der BBJH gilt, wie für den Hilfeplan, dass ein zentraler Erfolgsfaktor eben in dieser Kultur der interprofessionellen Verständigung liegt.

Verbesserungen und Problempotenziale

Der Standard liegt für die Handhabung des Förderplans im Durchschnitt der BBJH Einrichtungen zwischen den Bewertungsstufen 3-5.²⁸ Dabei hat sich das Niveau in den letzten Jahren merklich erhöht. Dies gilt besonders für das entwickelte Kontraktmanagement (Verknüpfung von Gesprächsroutinen und schriftlicher Vereinbarung). Fortschritte zeigen sich auch in der Kultur der Verständigung zwischen zwei sehr unterschiedlich sozialisierten Berufsgruppen (SozialpädagogInnen und FachanleiterInnen). Hier hat sich schrittweise eine gleichberechtigte Zusammenarbeit entwickelt, die eine echte interdisziplinäre bzw. sogar transdisziplinäre Zusammenarbeit²⁹ begründet.

Natürlich gibt es auch Bereiche, in denen die Praxis der Handhabung noch weit(er) von den Zielen entfernt ist. Dies gilt am stärksten für das formulierte Ziel aus den gesammelten Förderplänen systematische Rückschlüsse für die Weiterentwicklung der Maßnahme insgesamt zu treffen. Dies gelingt (ähnlich wie beim Hilfeplan nach §36 SGB VIII) bislang allenfalls punktuell. Auch erfüllt die EDV basierte Umsetzung und Begleitung – trotz des aufwändigen BBJH- fokussierten Auswahl und Adaptionprozess –, noch immer nicht alle geweckten Erwartungen. Die dritte Herausforderung, die es weiter zu verbessern gilt, ist die Einbeziehung und Aktivierung der Jugendlichen, ein Prozess, der noch mehr Sicherheit auf beiden Seiten braucht³⁰. Noch begreifen die Jugendlichen ihre Einbeziehung in die Förderplanung zu wenig als Chance. Sie müssen dieses Setting erst als ihr Lernfeld erfahren können. Der bisherige Erfahrungshintergrund bei den Jugendlichen bot hier in der Regel wenig positive Ansatzpunkte. Diesen Erfahrungen muss ein entsprechend positiver und attraktiver Lernprozess in den Einrichtungen gegenüber gestellt werden. Selbst das oben dargestellte Beispiel einer Zielvereinbarung zeigt noch immer die Dominanz eines defizitorientierten Blicks (oder auch Sprachduktus). Allerdings gelingt hier die Balance von Fordern und Fördern weit eher als bei der Integrationsplanung des SGB II.

28 Die oben gewählte Einrichtung wies überdurchschnittliche Werte auf.

29 Das Konzept der Transdisziplinarität beschreibt Formen der Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen, in der über Synergieeffekte eine neue gemeinsame Handlungsidentität und -strategie erkennbar wird (vgl. Goll 1996).

30 Hier gab es bereits einige Verbesserungen aus dem QM-Prozess (siehe Anlagen 3).

5 (V) Stationäre Aufenthalte und Erziehungsplanung

Im Folgenden werden stationäre Betreuungsformen in unterschiedlichen Arrangements analysiert. Zunächst richtet sich der Blick auf die stationäre Heimerziehung. Diese gehört zum klassischen Angebotspektrum der Jugendhilfe und hat von der Anstaltserziehung zum differenzierten Hilfeangebot einen massiven Wandel erlebt. Der zweite Blick gilt einem Bereich, in dem man als Außenstehender ein Instrument wie einen Erziehungs- bzw. Förderplan zunächst nicht erwartet hätte, dem Jugendstrafvollzug. Doch auch hier hat es eine deutliche Weiterentwicklung gegeben, in der die Jugendstrafanstalt sich zu einer stationären Einrichtung verändert hat, in der es darum geht Jugendlichen Straftätern über vielfältige Angebote eine Chance auf ein gelingendes, straffreies Leben zu ermöglichen. Bei beiden Bereichen, und das ist nur auf den ersten Blick überraschend, handelt es sich um Bereiche mit einer zum Teil sehr langen Tradition in der Erstellung von Erziehungs- bzw. Förderplänen.

5.1 Erziehungsplanung im Heimbereich

Das Bild der Heimerziehung als „totaler“ Institution hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich gewandelt. In unterschiedlichen Reform- und Modell-etappen (Struck, Galuske, Thole 2003) haben sich stationäre Heime der Kinder- und Jugendhilfe mit Großgruppen und Anstaltsstrukturen zu Jugendhilfezentren mit kleinteiligen Wohnstrukturen und vielfältigen Angebotsformen weiterentwickelt. Dennoch bleiben stationäre Heime unter einem Legitimationsdruck. Dieser hat mit Vorurteilen zu tun, die diesen Wandel nicht ausreichend wahrnehmen (vgl. auch Post 2003). Er rührt aber auch von der Priorisierung „ambulant vor stationär“ her, die in der Jugendhilfe nach wie vor Gültigkeit besitzt. Und der Legitimationsdruck rührt natürlich auch von den knappen Kassen der öffentlichen Hand. Daraus resultiert der Anspruch jene Maßnahmen, die die höchsten Kosten verursachen, möglichst nicht oder nur in geringer Menge durchzuführen. Ob diese Kostenbewertung zurecht gilt, sei hier dahingestellt,³¹ deutlich wird jedenfalls, dass dieser Legitimationsdruck Heime heute in besonderem Masse verpflichtet „planvoll“ vorzugehen, d.h. Hilfen zeiteffizient einzusetzen und auch stärker als früher bereits bei Eintritt ins Heim die Rückführung in die Familie bzw. eine andere Form selbstständigen Lebens zu planen.

31 Alleine 3,8 Milliarden der Gesamtkosten in Höhe von 5,2 Milliarden für Hilfen zur Erziehung werden für die Heimerziehung aufgewendet. (Wolf 2003, 26). Dennoch müsste ein fairer Vergleich im Rahmen einer Nutzen-Kosten-Bewertung zwei Dinge berücksichtigen. Ist das Klientel in seinen Problemlagen vergleichbar? Welche Kosten verursachen andere Hilfen bei diesem Klientel über einen längeren Zeitraum, wenn kein stationärer Heimaufenthalt durchgeführt wird?

5.1.1 Rechtliche Grundlagen

Die *rechtliche Grundlage* bietet dabei der §27 in Kopplung mit den §§34 und 36 des SGBVIII. Die Heimerziehung wird hier als eine von mehreren Hilfen zur Erziehung gefasst, die für ein Jugendamt bei der Entscheidung nach §27 SGBVII „ob eine Hilfe und wenn, welche?“ in Betracht kommt. Wie schwer sich der Gesetzgeber bei der Aufnahme des Heimbereichs getan hat, kann man an der Begrifflichkeit des §34 SGBVII ahnen, bei der das Wort Heimerziehung im Text nur noch in Klammern vorkommt.³²

Die Heimerziehung zählt zu jenen Hilfen, für die, nach §36 SGBVII, eine eigene Hilfeplanung zu erstellen ist. Dieser soll hier im Weiteren jedoch nicht im Mittelpunkt meiner Überlegungen stehen, sondern der quasi unter dem Hilfeplan erstellte Erziehungsplan. Für diesen gelten wiederum länderspezifische Verordnungen und Empfehlungen. So heißt es beispielsweise in der Orientierungshilfe und Leitlinien des sächsischen Landesjugendamtes: „Für jedes Kind, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen wird nach der Aufnahme von der Einrichtung auf der Grundlage des Hilfeplans ein individueller Erziehungsplan erstellt und im Verlauf der Maßnahme kontinuierlich fortgeführt. Er dokumentiert die Vorstellungen und Erwartungen der Personensorgeberechtigten und der betroffenen Minderjährigen, damit auch das Maß der gefundenen Übereinstimmung, sowie die Rechte und Pflichten der beteiligten Personen und Institutionen. Der Erziehungsplan gestaltet die im Hilfeplan vorgegebenen Ziele im Interaktionsprozess zwischen Kind/Jugendlichen und der zuständigen Fachkraft aus. Er berücksichtigt dabei insbesondere die Zusammenarbeit mit der Familie und den Personen und Institutionen im Umfeld und ist insofern integraler Bestandteil der Hilfeplanung. Die regelmäßige Überprüfung der gewählten Hilfeart sollte mindestens halbjährlich erfolgen, um ggf. erforderliche Korrekturen rechtzeitig vornehmen zu können. Individuelle Erziehungspläne sollen die Qualität und Reflexivität von Erziehungsprozessen nachweisen. Dabei sind unterschiedliche Vorgehensweisen denkbar.“³³ Noch ausführlicher wird der Erziehungsplan in den Empfehlungen zur Heimerziehung in Bayern behandelt³⁴.

32 „Hilfe zur Erziehung in einer Einrichtung über Tag und Nacht (Heimerziehung) oder in einer sonstigen betreuten Wohnform soll Kinder und Jugendliche durch eine Verbindung von Alltagserleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten in ihrer Entwicklung fördern.“ (SGB VIII, §34, Auszug)

33 Orientierungshilfe und Leitlinien des sächsischen Landesjugendamtes für die Arbeit in Heimen und sonstigen betreuten Wohnformen der Hilfe zur Erziehung gemäß §34SGB VIII, verabschiedet vom Landesjugendhilfeausschuss am 28.2.1998, 11.

34 Beschluss des Landesjugendhilfeausschusses vom 8. April 2003 (Az 4 55 03/009/01).

2.6.8 Erziehungsplanung

2.6.8.1 Ausgehend vom festgestellten erzieherischen Bedarf und von den im Hilfeplan festgelegten Zielsetzungen werden im Erziehungsplan Teilziele für die einzelnen Lebensbereiche formuliert, damit Entwicklungsziele und die erbrachten Leistungen überprüft, dokumentiert und den Beteiligten in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht werden können.

2.6.8.2 Der Erziehungsplan ist das operative Steuerungsinstrument der leistungserbringenden Einrichtung und damit verpflichtender Bestandteil des einrichtungsinternen Qualitätssicherungssystems. Eine angemessene Beteiligung der Leistungsadressaten ist sicherzustellen. Der Erziehungsplan wird schriftlich fixiert und regelmäßig fortgeschrieben, mindestens im Turnus der Hilfeplanfortschreibung.

2.6.9 Der Entwicklungsbericht

2.6.9.1 Die Verzahnung von Hilfe- und Entwicklungsplanung erfolgt durch einen Entwicklungsbericht, der auf die im Hilfeplan vereinbarten Zielsetzungen Bezug nimmt. Die Inhalte sind mit den Betroffenen im Vorfeld abzusprechen.

2.6.9.2 Der Entwicklungsbericht enthält Auskünfte über den Prozessverlauf, insbesondere über die Mobilisierung von Ressourcen in den Bereichen Persönlichkeit, Wohngruppe, Schule/Ausbildung, Herkunftsfamilie, (bisheriges) soziales Umfeld, sowie Aussagen zu den bisher erreichten Effekten der Hilfe und Überlegungen über mögliche weitere Perspektiven.

2.6.9.3 Der Entwicklungsbericht wird rechtzeitig vor der Fortschreibung des Hilfeplans dem Jugendamt vorgelegt. Er versetzt die Teilnehmer der Hilfeplan-Konferenz in die Lage, den Fortgang der Hilfe konkret zu beurteilen und die nächsten Etappenziele zu verankern.

In den Empfehlungen des Bayerischen Landesjugendhilfeausschusses findet sich des Weiteren ein Phasenmodell, zu dessen zentralen Abschnitten jeweils ein eigenes Anforderungsprofil für den Erziehungsplan skizziert wird. Beispielsweise werden für die Orientierungsphase im Heim folgende Planungserfordernisse formuliert:

3.4.5.1 Erziehungsplanung

3.4.5.1.1 Im Rahmen der Erziehungsplanung werden aufgrund der ersten Erfahrungen mit dem Kind oder Jugendlichen und seiner Familie deren Ressourcen, Defizite und Risiken sowie daraus resultierende Entwicklungsziele und differenzierte erzieherische Vorgehensweisen benannt und angemessen dokumentiert.

3.4.5.1.2 Der Erfolg der Eingewöhnung während der Orientierungsphase wird anhand der Kriterien persönliches Wohlbefinden, Kontakte, lebenspraktische Fertigkeiten, schulische oder berufliche Situation, Integration in die Gruppe und das neue Lebensumfeld, Freizeitgestaltung, Kooperation, Umgang mit den vereinbarten Etappenzielen beurteilt.

3.4.5.1.3 Im Bedarfsfall erfolgt eine ergänzende Diagnostik, z. B. von Teilleistungsstörungen, Entwicklungsverzögerungen oder psychischen Auffälligkeiten. Alle Beobachtungen und Befunde fließen in die Zielentwicklung und die zeitliche Perspektivenplanung bei der anstehenden Fortschreibung des Hilfeplans ein.

3.4.5.1.4 Das Jugendamt wird seitens der Einrichtung über den Verlauf der Eingewöhnung und die Ergebnisse der bisherigen Erziehungsplanung informiert.

5.1.2 Beispiele zur Erstellung von Erziehungsplänen

Die hier geforderten Erziehungspläne sind grundsätzlich nichts Neues im Heimbereich. „Pläne“ im weiteren Sinne gibt es schon sehr lange. Veränderungen ergaben sich vor allen im Übergang des Erstellens eines „Bericht über“ zum Erarbeiten eines „Plan mit“. Statt ausführlicher Berichte über die Entwicklung eines Kindes, die von den ErzieherInnen weitgehend alleine erstellt wurden und in denen vor allem die Defizite und deren Reduzierung thematisiert wurde, entstand ein zunehmend auch ressourcenfundierten Erziehungsplan, der mit den Adressaten und unter Einbeziehung auch der Personensorgeberechtigten erstellt wird. Neu sind also weniger die Berichte über Jugendliche als vielmehr die Einbettung dieser Berichte in definierte Standards zu Abläufen, in „diagnostische Verfahren“ und in Beteiligungsstandards. Diese haben an Gewicht gewonnen seitdem nach 1990 eine Anknüpfung an das Hilfeplanverfahren nach §36 SGB VIII notwendig wurde. Dieses Verfahren ersetzt die Erziehungspläne nicht, sondern bettet sie in ein übergeordnetes Ganzes ein. Auch heute noch ist es im Heimbereich weitgehend unstrittig, dass für methodische und zielorientierte Interventionen Erziehungspläne notwendig sind. In diesen müssen Erziehungsziele deutlich ablesbar bzw. ableitbar sein. Sie bilden die Basis für eine handlungsorientierte pädagogische Umsetzung. Allerdings kann diese zu sehr unterschiedlichen Verfahrensweisen führen, wie an drei Beispielen aus unterschiedlichen Heimeinrichtungen gezeigt werden soll.

Beispiel 1 – Heim A³⁵

Diese Einrichtung betreut und fördert normal begabte, schulpflichtige Kinder und Jugendliche beiderlei Geschlechts mit Lern- und Verhaltensauffälligkeiten, „die sie in der Schule und/oder Familie nicht mehr tragbar erscheinen lassen“. Der Förderplan orientiert sich – ähnlich wie in den Empfehlungen des Bayerischen Landesjugendamts vorgeschlagen – an einem Phasenmodell. Der Aufnahme- und Eintrittsphase folgen die eigentliche Förderphase und dann die Austrittsphase. Eine wichtige Aufgabe sieht man in der Koordination der Beteiligten. „Eine wesentliche Begründung erfährt der Förderplan gerade dadurch, dass das Erziehungsgeschehen mehr als durch eine Person beeinflusst wird. Aufgabe des Förderplans ist es von daher die individuelle Förderplanung die Ziele, Erwartungen und Vereinbarungen aller am Erziehungsprozess Beteiligten zu koordinieren und zu orientieren. Die Arbeitsschritte werden von den Mitarbeitenden aus der individuellen Förderplanung abgeleitet. Dabei machen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter klar, wozu, warum und wie sie vorgehen wollen. Im Weiteren können sie während der Umsetzung beschreiben, weshalb sie was tun, wie ihr Handeln auf die betroffenen Personen sowie auf andere wirkt. Der Prozess zwischen dem Erarbeiten und Umsetzen der einzelnen Schritte und der ständigen Beurteilung und Neueinschätzung findet fortwährend statt.....Mit der individuellen Förderplanung und den daraus abgeleiteten Arbeitsschritten berücksichtigen wir die Lebenssituation und die Lebensbereiche der Kinder. Die individuelle Förderplanung sichert Kontinuität und

35 Das Beispiel ist anonymisiert. Zitiert wird aus der aktuell zugänglichen Konzeption der Einrichtung.

macht das Erziehungsgeschehen transparent und verbindlich. Sie beginnt mit den Eintrittsverhandlungen und endet mit dem Austritt. Zielsetzungen werden in regelmäßigen Standortgesprächen zusammen mit den Eltern und dem Schulkind erarbeitet, überprüft und angepasst... Die Kinderbesprechung ist das zentrale interne Hilfsmittel zur Umsetzung, Überprüfung und Koordination der Förderplanung. Sie findet in der Regel wöchentlich statt. Jedes Kind wird in einem ca. 10-monatigen Turnus besprochen. An der Kinderbesprechung nehmen möglichst alle Mitarbeitenden teil. Dieses Vorgehen ermöglicht Innehalten, Selbstreflexion und kritische Auseinandersetzung und führt zu einer bewussteren Praxis.“

Beispiel 2 – Heim B³⁶

Dieses Jugendhilfezentrum betreut Jugendliche mit multiplen Problemlagen, die vielfach von anderen Einrichtungen nicht mehr aufgenommen werden. In dieser Einrichtung wird die individuelle Förderung über einen persönlichen Entwicklungsplan (PEP) strukturiert und reflektiert. Jede persönliche Entwicklungsplanung gliedert sich dabei in drei Phasen:

a. Die Reflexion:

Hierzu gehört die Analyse der erreichten Ziele unter verwandten Methoden (oder: womit haben wir Erfolg gehabt).

b. Die beschreibende (deskriptive) Phase:

Hier wird das Kind oder der Jugendliche im Alltag beschrieben. Aus unseren unterschiedlichen Blickwinkeln formulieren wir eine Sichtweise und dokumentieren sie.

c. Die Beschlussphase:

Wir erstellen die sozialpädagogische Diagnose und setzen uns ein Ziel für das nächste halbe Jahr und überlegen wie wir es erreichen können. Außerdem werden die Ziele für das date³⁷ vereinbart.

Zunächst wird circa zwei Monate nach der Aufnahme ein, auf die Aufnahmephase zugeschnittene, Anamnese- PEP durchgeführt. Anschließend finden die „Normalen PEP- Sitzungen“ statt. Dabei wird über jedes Kind in einem halbjährlichen Turnus ein PEP erstellt bzw. fortgeschrieben. Für die Arbeit mit der PEP gibt es für die verantwortliche Bezugserzieherin in der Einrichtung festgelegte Standards (siehe Kasten)

36 Das Beispiel ist anonymisiert. Zitiert wird aus einem Arbeitsordner für MitarbeiterInnen (Stand 10/2005)

37 Als „date“ wird in dieser Einrichtung die Möglichkeit für Kinder und Jugendliche bezeichnet außerhalb des Gruppengeschehens mit ihrer BezugserzieherIn etwas alleine machen zu können. Die „dates“ finden immer an einem festgelegten Wochentag zu festgelegten Uhrzeiten statt.

Meine Arbeitsliste (AUSZUG)

⇒ *Vor jedem PEP Termin Kontaktaufnahme mit Lehrer, Therapeuten etc.*

⇒ *Im PEP:*

- - Berichterstattung über die Elternarbeit
- - Berichterstattung über Ablauf der WE und Ferienbeurlaubungen
- - Berichterstattung über die „date“ – Arbeit
- - Termine
- - Darstellung der Wochenendstrukturierung
- - Stellungnahmen zur Mitarbeitsbereitschaft der Eltern (compliance)
- - Weitere Planung der „dates“

⇒ *Meine Arbeit als Bezugsperson und die KollegInnen im Jugendamt*

- - Abklärung wie oft und wie das Jugendamt informiert werden will
- - telefonische Information bei nicht alltäglichen Veränderungen
- - Information der besonderen Vorkommnissen
- - Rückkopplung vor (was gibt es von Ihrer Seite zu besprechen) und nach (haben wir alles besprochen oder gibt es noch etwas zu klären) Hilfeplänen.

⇒ *Meine Arbeit als Bezugspersonen mit den Eltern/Familie*

- Unsere Standards:
- - fünf Elterngespräche pro Jahr (Haus Z nach Bedarf)
- - wöchentliche Information der Eltern an einem festen Tag
- - Jahres Planung
- - Beurlaubungen, damit Eltern ihre Kinder erleben können
- - Themen zu Entwicklung und zu den Problemen der Kinder

⇒ *Meine Arbeit als Bezugspersonen mit der Schule*

- - Vereinbarung eines Informations- und Gesprächsrhythmus
- - Mindestens wöchentliche Kontakte mit dem/der Lehrer/in

⇒ *Meine Arbeit als Bezugspersonen mit dem Fachdienst oder Therapeuten*

- - Mindestens wöchentliche Kontakte mit internen Diensten
- - regelmäßiger, festgelegter Austausch mit externen Therapeuten etc.

Zu dieser Arbeit mit dem Erziehungsplan kommen noch Wochenzielvereinbarungen mit dem Kind (aus den im PEP vereinbarten Zielsetzungen werden für den Jugendlichen/ das Kind attraktive Wochenziele abgeleitet), Wochenschwerpunkte für die ErzieherInnen und der STEP – eine Methode der Teamarbeit – hinzu. Letzteres ist ein Verfahren zu der kontinuierlichen Entwicklung und differenzierten Beobachtung.

Beispiel 3: – Heilpädagogische Wohngruppe C³⁸

Bei dieser Einrichtung handelt es sich um eine heilpädagogische Wohngruppe für Kinder. Die Einrichtung arbeitet explizit mit einem familientherapeutischen Ansatz. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wiederum arbeiten eng mit den Eltern zusammen. Der Aufenthalt und die Familientherapie

38 Das Beispiel ist anonymisiert. Zitiert wird aus der Darstellung der Einrichtung in einem externen Artikel.

sind auf zwei Jahre begrenzt. Ziel der Maßnahme ist die Rückführung des Kindes in seine Familie. Sollte sich während der Unterbringung allerdings herausstellen, dass das nicht möglich ist, wird nach einer anderweitigen Lösung für die Familie gesucht. In einer Darstellung der Arbeit dieser Einrichtung findet sich folgende Beschreibung der Erziehungsplanung: „In den ersten Wochen der Unterbringung findet zum ersten Mal die Erziehungsplanung statt, die von da an jedes halbe Jahr erneuert wird. Zu diesem Gespräch, für das drei Stunden eingeplant sind, finden sich Bereichsleiter, hauptamtliche Therapeutin, Bezugsmitarbeiter, wenn möglich die Eltern und fallabhängig auch die Jugendlichen zusammen. Der Ist-Zustand, der erzieherische Bedarf und sinnvolle pädagogische Maßnahmen werden in den Bereichen körperliche Entwicklung, psychische Entwicklung und Leistung (Schule, Heimbereich, Freizeitverhalten) festgelegt. Außerdem wird der Ist-Zustand der Kooperation mit den Eltern konstatiert und etwaige Veränderungen geplant. Alle Beteiligten geben sich selbst Aufträge, unterschreiben den Erziehungsplan und erhalten ein schriftliches Exemplar der Vereinbarung.“

5.1.3 Diagnostisches Arbeiten

Diagnostik meint in Einrichtungen des Heimbereichs primär ein systematisches Beobachten und Festhalten der Verhaltensweise der Adressaten über strukturierende Fragekataloge und Checklisten. Letztere wurden oft selbst entwickelt bzw. an die Erfordernisse der Einrichtung angepasst. Ergänzt wird diese, stärker am Fallverstehen orientierte Vorgehensweise durch diverse, extern entwickelte Diagnoseschemata. Je nach Ausrichtung des Heimes bzw. therapeutischer Orientierung werden andere Diagnosemanuale eingesetzt. Insgesamt überwiegen m. E. nach jedoch die eher fallstrukturierenden Verfahren.

5.1.4 Beteiligungsstandards

Auch hier reicht das Spektrum von einer Erstellung von Erziehungsplänen, bei denen die Fachkräfte die Erziehungspläne alleine erstellen und anschließend Eltern und Kinder/Jugendliche zum Ergebnis informieren über Verfahren an denen letztere und andere Personen bei Bedarf aktiv beteiligt werden, bis zu einer ritualisierten, festen Beteiligung der Betroffenen. Beispielsweise nehmen im Beispiel der Einrichtung 3 der/die BereichsleiterIn, hauptamtliche Therapeutin, Bezugsmitarbeiter, wenn möglich die Eltern und fallabhängig auch die Jugendlichen an der Erziehungsplanung teil. „Im Sinne der weitgehenden Erziehungsverantwortung, die die Eltern beibehalten, sucht man nach einer gemeinsamen Haltung und gemeinsamen Zielen. Die anwesenden Jugendlichen haben dabei nur ein Mitspracherecht, aber keine Entscheidungsbefugnis. In der Regel erweisen sie sich als kooperativ und beziehen keine oppositionelle Haltung. Die Inhalte des Erziehungsplans weisen die grobe Richtung für das nächste halbe Jahr. Die Feinabstimmung obliegt den Eltern und den Bezugsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern in den Folgegesprächen. Wenn zum Beispiel die Eltern einem Aspekt, der im Erziehungsplan festgeschrieben wurde, doch nicht zustim-

men oder ihn permanent unterlaufen, wird gemeinsam nach dem Grund geforscht. Dieser kann genauso gut in einer Blockade bei den Eltern liegen wie in einer solchen bei der Erzieherin. Vielleicht war das Ziel aber auch zu hoch gesteckt oder letztlich nicht sinnvoll. In einem solchen Fall können die Ziele während des halben Jahres bis zur nächsten Erziehungsplanung abgeändert werden. Andernfalls gelangt der Widerspruch zwischen Ziel und Ausführung in die Familientherapiesitzung und wird dort bearbeitet. Im Erziehungsplan werden zudem auch Erfolge dokumentiert, das heißt Verhaltensänderungen, die die Bezugsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter im pädagogischen Alltag und die Eltern an den Heimfahrwochenenden registrieren.“ (Taube 2000, 30).

5.1.5 Interdisziplinäres Arbeiten

Die Beteiligung an Erziehung des Heimes B umschließt in einigen Fällen auch andere Personen. Diese kann, wie in Beispiel 2, durch Vorabklärungen seitens des zuständigen Erziehers/ der zuständigen Erzieherin erfolgen oder auch durch direkte Teilnahme, wie am Beispiel des Heims A: „An der Kinderbesprechung nehmen möglichst alle Mitarbeitenden teil. Zuständige Behörden und einweisende Fachstellen werden nach Absprache ebenfalls eingeladen. Die Gesamtleitung und die Fachärztin oder der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie leiten die Besprechung. Im Anschluss an die Kinderbesprechung findet die Standortbestimmung statt. Die Eltern, das Kind, die Klassenlehrperson sowie die Sozialpädagogin oder der Sozialpädagoge nehmen daran teil. In diesem Gespräch werden die Ergebnisse der Kinderbesprechung transferiert, die Förderplanung ausgewertet, weiterentwickelt und für den kommenden Zeitabschnitt festgelegt. Die Ergebnisse werden schriftlich festgehalten.“

Generell kann man sagen, dass insbesondere in den Konferenzen meist nicht mehr nur die Perspektiven der verantwortlichen ErzieherInnen und SozialpädagogInnen zum Tragen kommen, sondern auch andere in der Institution beschäftigte relevante Berufsgruppen (Psychologen, Lehrer). Darin jedoch bereits eine Verschränkung der Perspektiven und ein gemeinsames Fallverstehen zu sehen, wäre übertrieben.

5.1.6 Diskussion

„Wer heute von Heimerziehung spricht, muss sich die Frage gefallen lassen, was genau er denn meint.“ (Wolf 2003, 19) Die Differenzierung und Formenvielfalt der Landschaft der Heime, auf die Klaus Wolf mit dieser Frage anspielt hat bis heute zu einem breiten Spektrum geführt „von konservierten (kleinen) Anstalten bis zu Formen, die kaum noch als Heimerziehungsarrangements identifizierbar sind“ (Wolf 2003, 19). So gesehen finden sich vermutlich noch alle Varianten an Erziehungsplanung, von den traditionellen Erzieherberichten über Kinder und Jugendliche bis hin zu partizipativen Formen einer Hilfeplanung, die differenzierte Ziele und Maßnahmenverknüpfungen vornimmt und auch entsprechende gemeinsame Erfolgskontrollen vorsieht. Verlässt man den Einzelfall lassen sich nach Ansicht der befragten ExpertInnen bei den Erziehungsplänen, als dem operativen Kern-

instrument in der Heimerziehung, aber insgesamt deutliche Fortschritte erkennen. Diese betreffen vor allem die regelmäßige, an definierten Standards orientierte und transparente Ablauflogik. Die Fortschritte lassen sich aber auch in verbesserten Ansätzen der Fallstrukturierung (Diagnostik) und Beteiligungskultur wahrnehmen. Vor allem wurde bei der Einführung des Hilfeplanverfahrens vermieden auf die Erziehungspläne der Einfachheit halber zu verzichten. So hat sich ein durchaus fruchtbares Zusammenspiel zwischen sehr differenzierten Erziehungsplänen und übergreifenden Hilfeplänen entwickelt. Dennoch bleiben auch hier noch einige Problembereiche und Verbesserungspotenziale. Und es gibt gerade mit Blick auf den Heimbereich die Grundsatzfrage der Planbarkeit.

Problembereiche und Verbesserungspotenziale

Elternbeteiligung. Die so genannte individuumszentrierte Behandlung jugendlicher Heiminsassen hat in Deutschland eine lange Tradition. „Die Eltern haben in der Erziehung versagt, nun sollen sich Profis bemühen, das Kind zur Vernunft zu bringen. Bei diesem Bestreben spielen die Eltern keine Rolle mehr, sie kommen nur manchmal zu Besuch. Die Erzieherinnen und Erzieher im Heim arbeiten am Verhalten des Kindes, sie stärken seine Identität, fördern seine Leistungsbereitschaft, ersetzen ihm seine unfähige Familie durch kuschelige Kleingruppen, vermitteln ihm Werte und Moral, um es bei Volljährigkeit in die Selbstständigkeit zu entlassen.“ (Taube 2000, 2) Zwar wuchs die Einsicht, dass die Ausklammerung der Eltern und des Herkunftsmilieus ein Fehler ist. Man erkannte, dass nur durch die Einbeziehung des kindlichen Umfeldes die Gründe für die Heimeinweisung geklärt und behoben sowie befriedigendere Lösungen erzielt werden können – im besten Fall die gelungene Rückführung der Kinder oder Jugendlichen in die Familien und damit die Verkürzung der Heimunterbringung. „Die Einigkeit der Fachleute aus Heimen und Jugendämtern über die Notwendigkeit von Elternarbeit täuscht über die recht unterschiedlichen Auffassungen hinweg, welche Funktion Eltern im Heim haben sollen, und über die Art und Intensität der Elternarbeit (Taube 2000, 3).

Kinder/ Jugendliche formulieren selbst Ziele. Auch die Beteiligung der Adressaten ist noch immer ein Problem. Dies gilt weniger generell als vielmehr für die Frage, wie man erreicht, dass die AdressatInnen Erziehungspläne auch als wichtiges Instrument der eigenen Weiterentwicklung und der Partizipation ernst nehmen. Teils fehlt das Zutrauen in die ErzieherInnen und in das Instrument, teils sind sie nicht in der Lage konkrete, eigene Ziele zu benennen (den Schritt vom bloßen Wunsch zum biografischen Ziel zu gehen). Hier treffen die Schwierigkeiten zum Teil auch die PädagogInnen selbst. Deren Probleme bei der Formulierung und Feststellung überprüfbarer Ziele sind ja bekannt.

Kritik an der Ideologie des Planbaren. Grundsätzlicher fällt die Kritik an den angewandten Planverfahren aus, wenn sie wie bei Wolf (2003) mit dem Technologieverdacht gekoppelt wird: „Gestörte Kinder kommen ins Heim, um dort repariert zu werden – diesen Eindruck kann man manchmal bekommen, wenn man Hilfepläne liest. Da werden Listen unerwünschter Merkmale aufgestellt, und ein halbes Jahr später wird der Erfolg der pädagogischen Arbeit daran überprüft und gemessen, ob ein Teil eben jener Merkmale abgebaut wurde – etwa mit Fragestellungen wie: Geht das Kind nun zur Schule, hat der Ärger mit der Polizei aufgehört, ist es selbstständi-

ger geworden, oder hat es sinnvolles Freizeitverhalten gelernt? Der Kostenträger kann so prüfen, ob er eine angemessene Dienstleistung für sein Geld erhalten hat, und die Mitarbeiterin im Heim weiß, was sie geschafft hat. Im Zeitalter der neuen Steuerung ist das ein plausibles Vorgehen: die Erwachsenen haben die Sache im Griff, Erziehungserfolge werden abrechenbar, das Technologiedefizit der Pädagogik ist gemildert, und die neuen Sozialmanager haben endlich eine Sprache, die aus der Schmutzdecke der Sozialarbeit herausführt (Hinte 1997). Also alles in Ordnung?“ (Wolf 2000, 6). Polemisch fährt er fort "pädagogischen Laien mag es so vorkommen. Aus erziehungswissenschaftlicher Sicht erscheint das Verfahren – Entschuldigung – lächerlich.“ (ebd., S.6). Er führt dazu vier Gründe ins Feld:

- a. Einwand „Aus dem gesamten Geflecht interdependenter Faktoren wird einer herausgegriffen und als Ursache gesetzt – nämlich der, der die Attributierungskünstler interessiert: die Wirkung der Heimerziehung. Was man sich wünscht, das passiert auch weil man es sich wünscht.“ (ebd. S. 7) Wolf spricht hier von der Reduktion auf monokausale Erklärungen, ein Vorgehen das seiner Meinung nach eher in das Feld magischen Denkens als in das der rationalen Erfolgskontrolle gehört.
- b. Der zweite Einwand betrifft die Vernachlässigung unerwünschter Nebenwirkungen. Wolf bringt hier ein Beispiel: „So beobachten wir oft, dass Heime, die sich als primäres Ziel die Teilnahme der Jugendlichen an Berufsausbildung oder Berufsausbildungsvorbereitungsmaßnahmen setzen, ein Lernfeld arrangieren, das hinsichtlich anderer Erziehungsziele – etwa Beförderung von Selbstständigkeit und Autonomie – sehr defizitär ist.... Durch die eingesetzten Methoden – etwa die Jugendlichen werden morgens geweckt, hinsichtlich ihres Erscheinens am Arbeitsplatz kontrolliert, für regelmäßigen Besuch belohnt und für unregelmäßigen bestraft – wird aber möglicherweise ein Lernfeld arrangiert, in dem die Jugendlichen Selbstkontrolle und die Fähigkeit Selbstzwang auszuüben nicht weiterentwickeln können.... Die Betroffenen werden möglicherweise zwar den Berufsvorbereitungslehrgang erfolgreich abschließen, aber später im Berufsleben scheitern, wenn sie jenseits der Fremdkontrolle darauf angewiesen sind, Selbstzwang ausüben zu können, was sie nicht hinreichend gelernt haben.“ (ebd., S. 9)
- c. Weitaus grundlegender fällt sein dritter Einwand aus, in dem er sich auf das Selbstverständnis von Erziehung bezieht. Er kritisiert, dass Kinder keine Erziehungsobjekte seien und in der von ihm skizzierten Art der Hilfeplanung primär als defizitäre Objekte der Erziehung wahrgenommen werden. Mit Bezug auf Niederberger und Bühler-Niederberger (1988) argumentiert er, dass Jugendliche „denjenigen pädagogischen Inszenierungen, in denen die pädagogischen Absichten allzu vordergründig zu spüren waren – die sozusagen schon von weitem nach Erziehung rochen -, die größten Widerstände entgegengebracht haben, während sie die impliziten Formen der Erziehung genossen haben“ (ebd., S10) Menschen, so sein Fazit wollen zur Veränderung der eigenen Person eher verführt werden und sich nicht gerne als Objekt der Veränderungsbemühungen anderer definieren lassen.
- d. Sein vierter Einwand ist methodischer Natur. Immer wenn die Entwicklungsziele unabhängig von den individuellen Lebenserfahrung eines Kindes festgelegt werden und die pädagogische Interaktion nicht die Strategien und Alltagstheorien des Kindes berücksichtigt, sieht er eine unpro-

fessionelle Hilfeplanung, die aus Attributierungsgründen zwar nicht merkt, dass sie ihre Ziele nicht erreicht, wohl aber Schuldzuschreibungen erzeugt.

Wolfs Ziel ist es eine bestimmte, aus seiner Sicht vorherrschende Art der Hilfeplanung und Erfolgsmessung insbesondere im Heimbereich zu diskreditieren, nicht aber um das Rad zurück in die Zeit zu drehen, in der die Frage nach Erfolgskriterien bereits als Tabubruch geahndet wurde. Er sucht nach einem anderen Ausweg aus einer klassisch defizitorientierten Diagnostik, in dem er versucht systematisch die Kindersicht einzunehmen. Einige Beispiele:

- So stellt er die Frage, wie man bei sog. „unerträglichen“ Kindern Organisationsformen und Unterhaltungen und Wahrnehmungsperspektiven verändern muss, damit wir es mit ihnen ertragen können. Nicht der Defizitblick auf das „Unerträgliche“ führt zur Lösung, sondern die Selbstreflexion bzw. selbstkritische Frage "was müssen wir ändern, um diese schwierige Kind ertragen zu können?"(ebd., S.18)
- So regt er einen Perspektivenwechsel an, beispielsweise in dem wir uns fragen, "wie oft Kinder unsere Erziehungskonferenzen und Erziehungsporgespräche mit dem Gefühl verlassen: Weiß'sch och ni, was das bedeutet"(ebd., S. 25)
- So fordert er stärker die Alltagstheorien der Kinder über Beziehungen und Bezugspersonen wie auch über ihre Bewältigung von biographischen Brüchen zu erkunden

Als Methode schlägt er (selbst-) forschende Gespräche und Beobachtungen vor. Daraus erhofft er sich praxisnahe, spezifische und kontrollierbaren Ziele für eine Weiterentwicklung der Arbeit. Ihm erscheint dies sinnvoller als "die Erfolgskontrolle durch die Auflistung unerwünschter Merkmale und eine spätere Kontrolle ihrer Erreichung" (ebd., S.34). Dies erscheint ihm auch ein adäquater Weg zu sein einem Wunsch der Kinder entgegenzukommen, der ihm aus vielen Interviews heraus deutlich wurde: "nämlich das Heim nicht als einen Ort der Erziehung oder gar um Erziehung erleben zu müssen, sondern als einen möglichst normalen Lebensort, und die Erwachsenen dort nicht nur als Erzieherinnen und Erzieher zu erleben – eine häufig verwendete Chiffre hierfür war "die, die nur ihren Job machen" -, sondern auch als richtige Menschen mit besonderen Kompetenzen." (ebd., S.35)

5.2 Vom Vollzugs- über den Erziehungs- zum Förderplan (Entwicklungen im Jugendstrafvollzug)

Ausgangspunkt der Recherche war ein Hinweis auf einer Nachrichtenseite eines Internetdienstes: „Jugendstrafvollzug: Förderpläne und Zielvereinbarungen statt Erlebnispädagogik“. Die Aufmerksamkeit galt dabei nicht einer weiteren Infragestellung des Sinns von Erlebnispädagogik als vielmehr dem Hinweis auf ein „neues Instrument“ Förderplan im Jugendstrafvollzug: „Angesichts weiterhin hoher Rückfallquoten und steigender Gewaltbereitschaft bei jugendlichen Straftätern will Hessens Justizminister nicht auf ein Bundesgesetz warten, sondern ... die Möglichkeiten ausschöpfen, die dem Land bleiben, insbesondere die Jugendstrafe effektiver zu vollziehen. Nach den Erkenntnissen einer Arbeitsgruppe werden jugendliche Straftäter in Hessen fortan schon zu Beginn der Haft einer intensiveren "Zugangsdagnostik" unterzogen. Pädagogen, Psychologen, Sozialarbeiter und Vollzugsbedienstete sollen gemeinsam einen Förderplan erstellen. Fähigkeiten und Schwächen, welche Bildungs-, Therapie- und Freizeitangebote für den Delinquenten geeignet seien, wie er am ehesten in den Alltag einer Vollzugsanstalt zu integrieren sei: All dies muss eruiert und in "Zielvereinbarungen", die der Inhaftierte gegenzeichnet, zusammengefasst werden.“(Breuning/Schwan 2004)

5.2.1 Rechtlicher Hintergrund: Das neue Jugendstrafvollzugsgesetz – ein Hoffnungsträger!

Der rechtliche Hintergrund für das oben vorgeschlagene Vorgehen könnte in Zukunft ein neues Gesetzes zum Jugendstrafvollzug bilden. In den §§ 9, 10 dieses Entwurfs finden sich folgende zentrale Aussagen:

§9 Vorbereitende Untersuchungen, Mitwirkung der Gefangenen

(1) Nach dem Aufnahmeverfahren werden den Gefangenen das Ziel des Aufenthalts in der Jugendstrafanstalt sowie die vorhandenen Unterrichts-, Bildungs-, Ausbildungs- und Freizeitangebote erläutert.

(2) Der Förderbedarf der Gefangenen wird ermittelt. Die Untersuchungen erstrecken sich auf die Persönlichkeit, die Lebensverhältnisse sowie alle sonstigen Umstände, deren Kenntnis für eine ziel führende Vollzugsgestaltung und für die Eingliederung nach der Entlassung notwendig erscheint.

(3) Die Planung der Vollzugsgestaltung und die Bedeutung des Förderplans werden mit den Gefangenen erörtert. Ihre Anregungen und Vorschläge werden in die Überlegungen einbezogen.

§10 Förderplan

(1) Aufgrund der vorbereitenden Untersuchungen wird unverzüglich, jedenfalls innerhalb der ersten vier Wochen nach der Aufnahme, ein verbindlicher Förderplan erstellt. Die Entlassungsvorbereitung ist integraler Bestandteil des Förderplans.

(2) Sind verschiedene Fördermaßnahmen gleichermaßen geeignet, soll die Wahl im Einvernehmen mit den Gefangenen getroffen werden. Einvernehmliche Vereinbarungen werden angestrebt. Der Förderplan wird in regelmäßigen Abständen auf seine Umsetzung hin überprüft und der Entwicklung der Gefangenen und weiteren Erkenntnissen über die für ihren Förderbedarf maßgebenden Umstände (§9 Abs.) entsprechend mit ihnen erörtert und fortgeschrieben.

(3) Der Förderplan enthält – je nach Stand des Vollzuges – Angaben insbesondere über folgende Bereiche:

- a. Erläuterung der dem Förderplan zu Grunde liegenden Annahmen zur Entwicklung des straffälligen Verhaltens sowie der Ziele, Inhalte und Methoden der Förderung.
- b. Art der Unterbringung im Vollzug, insbesondere die Zuordnung zu einer Wohngruppe oder Verlegung in eine sozialtherapeutische Anstalt oder Abteilung sowie Art und Umfang der Ausgleichsmaßnahmen bei fehlendem oder unzureichendem Angebot,
- c. Art und Umfang der Teilnahme an schulischen, Berufs orientierenden, – qualifizierenden oder pädagogischen Maßnahmen oder Zuweisung von Arbeit sowie Art und Umfang der Ausgleichsmaßnahmen bei fehlendem oder unzureichendem Angebot,
- d. Art und Umfang der Teilnahme an therapeutischer Behandlung oder anderen Hilfs- oder Fördermaßnahmen sowie Art und Umfang der Ausgleichsmaßnahmen bei fehlendem oder unzureichendem Angebot,
- e. Art und Umfang der notwendigen Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge,
- f. Art und Umfang der Teilnahme an Freizeitangeboten,
- g. Eignung zu sowie Planung von Lockerungen des Vollzuges und Urlaub,
- h. Gestaltung der Außenkontakte und Art und Umfang der Fördermaßnahmen bei heimatferner Unterbringung,
- i. Mitwirkung an der Alltagsgestaltung und Selbstverwaltung in der Jugendstrafanstalt,
- j. Maßnahmen und Angebote zum Ausgleich von Tatfolgen,
- k. Schuldenregulierung,
- l. Maßnahmen zur Vorbereitung der Entlassung, insbesondere die Fortsetzung oder Aufnahme einer beruflichen oder schulischen Ausbildung oder einer beruflichen Tätigkeit nach der Entlassung sowie weitere Maßnahmen zur Stabilisierung der Lebensführung,
- m. Bestimmungen der für die Koordination der Entlassungsplanung verantwortlichen Person.

(4) Die Personensorgeberechtigten erhalten Gelegenheit, Anregungen und Vorschläge einzubringen. Diese sollen, soweit mit dem Vollzugsziel und der Gestaltung des Vollzuges vereinbart, berücksichtigt werden.

(5) Der Förderplan und seine Fortschreibungen werden dem Personensorgeberechtigten und der Vollstreckungsleitung bekannt gegeben. Mit den Personensorgeberechtigten werden sie auf Wunsch erörtert.

In der Debatte um dieses Gesetz wurde dieses „neue Instrument“ einhellig begrüßt. Beispielsweise

- lobt der Deutsche Richterbund die konsequente Betonung eines neu verstandenen Erziehungs- bzw. Fördergedankens: „Unterstützt wird insbesondere das in dem Entwurf zum Ausdruck kommende Vollzugsziel: eine auf ein Leben ohne Straftaten gerichtete Förderung der Persönlichkeitsentwicklung der jungen Gefangenen.“ (Deutscher Richterbund 2004))

- begrüßt die AGJ „vor allem die verstärkte Mitbestimmung des Gefangenen bei der Vollzugsplanung und die Einbeziehung der Personensorgeberechtigten.“ (AGJ.2004)
- bestätigt eine gemeinsame Stellungnahmen kirchlicher Vereinigungen, dass der im Gesetzesentwurf vorgesehene Förderplan den Gefangenen eine verlässliche Förderkonzeption garantiert, „auf deren Gestaltung sie Einfluss haben und auf deren Umsetzung sie auch einen rechtlichen Anspruch haben. Teil des Förderplans sind schulische und berufliche Ausbildung, denen der Gesetzentwurf das erforderliche Gewicht beimisst.Der gemäß §10 JStVollz G-E differenziert angelegte Förderplan geht auf die Bedürfnisse der Persönlichkeitsentwicklung der Gefangenen und die Aporien der Situation der Gefangenen ein. Der Plan ermöglicht eine zukunftsorientierte Auseinandersetzung der Gefangenen mit ihrer Lebenssituation. (Gemeinsame Stellungnahme, 2004)
- sieht der Bundesverband für soziale Arbeit „endlich Standards gesetzt in Bezug auf die Mitverantwortung der Gefangenen, ...Mit dem Förderplan besteht die Möglichkeit, dem jungen Gefangenen deutlich zu machen, wo die Chancen seiner persönlichen Fortentwicklung liegen und wo er an sich selbst „auch nach seiner Entlassung“ arbeiten muss. Für die in der Jugendstrafanstalt Beschäftigten wiederum bildet der Förderplan eine Verpflichtung zur ständigen Überprüfung ob die angebotenen (Hilfe -) Maßnahmen ausreichend und sie in ihrer Wirksamkeit geeignet sind. Mit der geplanten Evaluation von Leitlinien und Fördermaßnahmen wird zugleich die Grundlage für eine Optimierung des Jugendstrafvollzugs geschaffen. Stellungnahme des Deutschen Berufsverbandes für soziale Arbeit (DBSH 2004).

Größter „Schönheitsfehler“ des Gesetzes ist, dass es noch nicht in Kraft getreten ist, weil es Teil der Verhandlungsmasse in der Föderalismusdebatte geworden war.

5.2.2 Die Noch-Wirklichkeit von JGG, StVollz und VVjug

Solange das neue Gesetz zum Jugendstrafvollzug nicht in Kraft ist, sind die für den Jugendstrafvollzug regelnden Vorschriften auf verschiedene Gesetze³⁹ und Verwaltungsvorschriften verstreut. Für die für uns hier relevante Frage der Förderplanung interessant sind neben dem JGG vor allem die bundeseinheitlichen Verwaltungsvorschriften zum Jugendstrafvollzug (Nr. 3 Absatz 2 VVJUG). Diese trat 1977 in Kraft. Zusammen mit dem Strafvollzugsgesetz (§6 und 7) regeln sie seitdem die Entwicklung und Fortschreibungen eines Vollzugsplans (in der Praxis des VVjug: Erziehungsplan), der als Grundlage der planvollen Behandlung des einzelnen Gefangenen dient. Die Aufstellung und Erörterung sowie die Fortschreibung des Vollzugs-

39 So regelt beispielsweise das JGG seit 1953 in den §§91 und 93 den Erziehungsauftrag. Durch den Vollzug der Jugendstrafe soll der Verurteilte dazu erzogen werden, künftig in sozialer Verantwortung einen rechtschaffenen und verantwortungsbewussten Lebenswandel ohne Straftaten zu führen. Der Vollzug der Jugendstrafe dient auch dem Schutz der Allgemeinheit. (siehe auch Konzeption für den Jugendvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen (2004, 1).

plans findet im Rahmen von Behandlungs- und Vollzugs-(im VVjug Erziehungs-)Konferenzen statt, an denen die maßgeblich Beteiligten teilnehmen. Für mich überraschend war, dass die Idee eines Förderplans nicht erst jetzt, sondern in einer etwas weniger verbindlichen Form als heute, bereits seit nahezu 30 Jahren existiert. Die VVjug wurde damals von den Bundesländern geschaffen in dem Bestreben eine gewisse Form von Vereinheitlichung im Jugendstrafvollzug herbeizuführen.

In den Jahren nach 1977 entstanden in unterschiedlicher Form „Erziehungspläne“, die sich allerdings weniger an dem nahe liegenden stationären Heimbereich orientierten, als vielmehr an den curricularen Modellen aus den sonderpädagogischen Förderschulen. Ein Grund war das Scheitern des Versuchs den Jugendstrafvollzug stärker an eine Jugendhilfeperspektive anzudocken (siehe auch die Debatten um die Einheit der Jugendhilfe, AGJ 1998). Ein anderer, dass in den Jugendstrafvollzugsanstalten stets schulische Angebote existieren und somit eine entsprechende Nähe zu den im schulischen System schon länger entwickelten Förderplänen vorhanden war.

Auch in den Jahren nach 1977 gelang es nicht ein eigenes Jugendstrafvollzugsgesetz durchzusetzen. Zwar gab es diverse Entwürfe von denen jedoch keiner Kabinettsreife erlangte (bis zum oben dargestellten Entwurf eines Jugendstrafvollzugsgesetzes). Die Gründe dafür sind vielfältig (vgl. auch Balint 2006). Eine Rolle spielte die Sorge der Finanzminister, dass mit einem Gesetz Kostenansprüche wachsen. Eine andere Sorge kam aus der Praxis des Jugendstrafvollzugs. Hier überwog die Befürchtung, dass bestimmte Freiheiten in der Gestaltung des Jugendstrafvollzugs durch eine Gesetzgebung gefährdet würden. Nicht unerheblich für das Scheitern bisheriger Gesetzgebungsverfahren ist auch der geringe Stellenwert des Jugendstrafvollzugs (wie generell der Jugendthemen) in der Politik.

Wenn auch noch nicht Gesetz, so hatte die Debatte um den Entwurf doch bereits eine Reihe von Folgen. So wollte Hessen nicht mehr auf das Inkrafttreten warten und hat bestimmte Entwicklungen in einem eigenen Konzept vorweggenommen. Dieses stellte der Justizminister im Mai 2004 vor. Hauptzielpunkt war es die Rückfallquote junger Straftäter zu verringern. Dabei sollen die beiden Haftanstalten Hessens in Wiesbaden und Rockenberg ein einheitliches, gemeinsames Angebot zur Aufarbeitung der kriminalitätsauslösenden bzw. –aufrechterhaltenden Wahrnehmungs-, Verarbeitungs-, und Verhaltensdispositionen junger Gefangener entwickeln und vorhalten. In diesem Rahmen soll auch der Förderplan eine zentrale Rolle einnehmen: „Der soziale, schulische und berufliche Förderbedarf der Jugendlichen soll individueller erfasst werden. Für die Eingangsuntersuchung bei Vollzugsbeginn wird dazu eine einheitliche Checkliste eingeführt. Eine Kommission – ähnlich wie beim Erwachsenenvollzug –, gebildet aus Mitarbeitern des psychologischen und des allgemeinen Vollzugsdienstes, soll über den Förderplan entscheiden. Dieser Förderplan enthält für jeden jungen Gefangenen Angaben über seine Fähigkeiten und seine Schwächen, über seine Eignung für Vollzugslockerungen und seine Teilnahme an Bildungsangeboten.“⁴⁰

40 Regierungserklärung "Bilanz Strafvollzug" vom 15. Juni 2004 / Justizminister Dr. Christian Wagner, Seite 6.

5.2.3 Beispiele konkreter Hilfeplanung

Zwei Beispiele der Anwendung aus unterschiedlichen Bundesländern sollen hier exemplarisch beschrieben werden. Diese Beispiele können nach Ansicht der befragten Experten als durchaus typisch für andere JVA's in der Bundesrepublik gelten, vielleicht nicht in der unten beschriebenen Ausführlichkeit, wohl aber von den Grundsätzen einer individuelle Erziehungsplanung her.

*Beispiel JVA-A*⁴¹

Hier durchlaufen alle neu aufgenommenen Gefangenen eine Reihe von diagnostischen Tests. Diese betreffen einerseits den handwerklich-motorischen Bereich, andererseits werden über ein spezifisches Interviewverfahren soziale Kompetenzen diagnostisch erfasst. Zusätzlich wird bei längerstrafigen Gefangenen (dies betrifft jeden dritten bis vierten Gefangenen) das diagnostische Verfahren MIVEA (Methode der idealtypisch vergleichenden Einzelfallanalyse). Durch die Erkenntnisse der Diagnostik ist es möglich, die zum Vollzugsplan dazugehörigen Zielvereinbarungen mit dem Gefangenen präziser und passgenauer zu formulieren. Diese werden dann insbesondere im beruflichen Bereich über Qualifizierungsmodule und Teilqualifikationen umgesetzt. Der Gefangene unterschreibt und bestätigt die Kenntnisnahme und Mitwirkung am Vollzugsziel. Eine Überprüfung der Pläne ergab, dass diese weitgehend die Vorgaben erfüllen.⁴²

*Beispiel JVA-B*⁴³

Etwa nach 14 Tagen nach Zugang wird ein Erziehungsplan in einer Konferenz erstellt. An dieser nehmen neben dem Gefangenen zahlreiche weitere Fachleute teil. Den Vorsitz hat die Stellvertreterin der Amtsleitung. Weitere Mitglieder sind ein Psychologe, ein Sozialarbeiter, der Ausbildungsleiter, der Schulleiter, sowie ein besonders erfahrener Beamter des allgemeinen Vollzugsdienstes. Der Erziehungsplan selbst enthält bereits einen großen Teil der im §10 geforderten Angaben. Von der Form her ist er ergebnisorien-

41 Anonymisiertes Beispiel. Die Angaben beziehen sich auf eine Beschreibung des Vorgehens in einer Landtagsdrucksache zum Jugendstrafvollzug.

42 Eine Überprüfung der Pläne ergab folgendes Bild: Die erstellten Vollzugspläne enthielten in 60 Fällen qualifizierte Aussagen zu allen fraglichen Bereichen mit Ausnahme des Punkts 10 (Mitwirkung an der Gestaltung und Selbstverwaltung in der Anstalt). Nur bei Bedarf wurde auf die Gestaltung der Außenkontakte oder die Maßnahmen zur Gesundheitsfürsorge eingegangen (notwendige Maßnahmen im sportlichen Bereich zur Gesundheitsvorsorge wurden natürlich aufgenommen). Ausgleichsmaßnahmen wurden nur dann aufgenommen, wenn die Umsetzung der als notwendig erachteten Maßnahmen aus zeitlichen oder organisatorischen Gründen fraglich erschien. In der Regel konnte sowohl im Leistungsbereich als auch bei therapeutischen oder sozialpädagogischen Maßnahmen ein ausreichendes Angebot bereitgestellt bzw. die Umsetzung vorausgesetzt werden. In 11 Fällen wurden verkürzte Pläne erstellt, weil etwa eine Abschiebung des Gefangenen kurz oder mittelfristig zu erwarten war und/oder eine Auseinandersetzung mit dem Gefangenen auf sprachlicher Ebene nicht möglich war.

43 Anonymisiertes Beispiel. Die Angaben beziehen sich auf die Beschreibung eines Experten und zugesandte Unterlagen.

tiert, Berichts- bzw. Maßnahmeorientiert gehalten. Beispielsweise wird unter dem Punkt „Besondere Hilfe- und Erziehungsmaßnahmen; therapeutische Maßnahmen festgehalten, dass der Jugendliche eine Einzelfallhilfe erhält und erneut an einer Drogengruppe teilnimmt.“ Nicht explizit benannt sind die Ziele. Der Erziehungsplan wird in dieser Einrichtung mindestens alle 6 Monate überarbeitet und auf den neuesten Stand gebracht. Die Überarbeitung nimmt ein Dreier-Team, bestehend aus PsychologIn, SozialpädagogIn und einem/r erfahrenen Vollzugsbeamten vor. Der jugendliche Gefangene, dessen Wünsche und Einschätzungen vorher erhoben wurden, erhält den Vollzugsplan zur Kenntnis.

5.2.4 Diagnostisches Vorgehen

Das diagnostische Vorgehen verfolgt (zumindest in einigen der JVA's) eine Doppelstrategie. Zum einen geht es – vor allem in der Eingangsdiagnostik – um eine breit angelegte Einschätzung zu verschiedenen Feldern. Erhoben werden Aussagen zur Persönlichkeitsentwicklung, zum beruflichen und schulischen Leistungsbereich, zum Freizeitverhalten und zu besonderen Neigungen und Fähigkeiten, zum Suchtmittelgebrauch, zum Delinquenzbereich, zur gesundheitlichen Situation und zur Lebensorientierung. Zum anderen geht es um Bedürfnisse, die speziell auf den Jugendstrafvollzug zugeschnitten sind: erhoben werden Täterbiographie und -karriere sowie Folgen für Freigang, vorzeitige Haftentlassung, usw.

Bei den angewandten Verfahren orientiert man sich sowohl an den in den jeweiligen Fachdisziplinen anerkannten Tests (beispielsweise dem Freiburger Persönlichkeitsinventar, dem HWI, dem handwerklich-motorischen Eingangstest/ HAMEI, etc). Zum Teil werden auch selbst entwickelte Verfahren angewandt oder Verfahren, die für den Strafvollzug entwickelt wurden.⁴⁴ Beispielsweise hat die Justizvollzugsanstalt Rockenberg: RODIMA (Rockenberger Diagnosemanual) entwickelt, andere nutzen MIVEA (Methode der idealtypisch vergleichenden Einzelfallanalyse) eine seit längerem bekannte Methode (Bock 2001, Vaupel 2003 Kirchner 2003), die allerdings in ihrer prognostischen Kraft nach Ansicht der ExpertInnen umstritten ist.

5.2.5 Stellenwert von Interdisziplinarität

Am Beispiel der JVA- B wird deutlich, dass bei der Erstellung des Erziehungsplans mehrere Berufsgruppen beteiligt sind. Diese beurteilen aufgrund der Aktenlage und eigener Diagnosen die Situation und Person des Gefangenen. Die Federführung für die Förder-/ Erziehungspläne kann bei unterschiedlichen Personen liegen. In der JVA-B entstehen über die Bildung fester Teams in den Wohngruppen auch Formen interdisziplinärer Zusammenarbeit, beispielsweise zwischen PsychologIn, SozialpädagogIn und dem/der Vollzugsbeamten. Diese drei sind dann auch für die Fortschreibung des Erziehungsplans zuständig. Das Thema Interdisziplinarität

spielt in den Selbstbeschreibungen und konzeptionellen Überlegungen zur Praxis des Jugendstrafvollzugs jedoch insgesamt eine untergeordnete Rolle.

5.2.6 Beteiligungskultur

Im Strafvollzugsgesetz ist eine Mitwirkung des Strafgefangenen vorgesehen: Er hat das Recht auf Erstellung eines Plans (es sei denn die Strafe ist zu kurz) und er hat das Recht, dass der Plan mit ihm erörtert wird. Er hat kein Recht an einer Teilnahme an der Konferenz, in der der Vollzugsplan im Wesentlichen entwickelt wird und er kann auch nicht bestimmte Maßnahmen wählen.

Generell muss man sagen, dass sich hier natürlich die besonderen Bedingungen einer JVA auswirken. Eine umfassende Beteiligung findet in einer Mischung aus Freiwilligkeit (Gefangene sind zu motivieren) und Vorgabe (Gefangene haben die Pflicht zu tun) stattfindet. Bezeichnet sei dafür ein Ausschnitt aus der Generalaussage der Konzeption für den Jugendvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen zitiert: „Die Vollzugsgestaltung und Vollzugsplanung ist erzieherisch auszurichten. Die Gefangenen sind verpflichtet, an der Erreichung des Vollzugsziels mitzuwirken. Sie sind zu motivieren, eigenverantwortlich – im Rahmen ihrer Möglichkeiten – aktiv mitzuarbeiten. Hierzu gehört insbesondere die Auseinandersetzung mit der eigenen Tat und deren Folgen.“ (Konzeption für den Jugendvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen 2004, 3)

An der Entwicklung des Vollzugsplans zeigt sich, dass sich der gesamte Erziehungsprozess deutlich von einer Haltung des „Anhörens und Anordnens“ in Richtung „bilateraler Aushandlungsprozesse“ bewegt und das Ziel verfolgt, wie es im Gesetzesentwurf formuliert ist, zu einer einvernehmlichen Regelung zu kommen. Auch sollen in Zukunft stärker die Personensorgeberechtigten Gelegenheiten erhalten, Anregungen und Vorschläge einzubringen. Schließlich soll in Zukunft auch gelten, dass wenn verschiedene Fördermaßnahmen gleichermaßen geeignet sind, die Wahl im Einvernehmen mit den Gefangenen aufgetroffen wird.

5.2.7 Diskussion

Der Jugendstrafvollzug besitzt eine lange Tradition in der Planung von Erziehungsangeboten. In seiner Entwicklung zeichnet sich schrittweise ein Übergang von einem Erziehungsgedanken, der Jugendliche mit Blick auf ihre schädlichen Neigungen auf das richtige Leben ausrichtet zu einem Konzept des Förderns, das Übergänge in einen gelingenden Lebensalltag zu schaffen versucht. Dazu werden schulische, berufsbildende, sozialintegrative, therapeutische, sport- und freizeitpädagogische sowie arbeitsmarktintegrierende Angebote vorgehalten. Über eine differenzierende Diagnostik und zunehmend modulare Angebote versucht man in der Vollzugsplanung individuelle Fördermaßnahmen festzulegen. Auch die Beteiligungskultur weist eine Weiterentwicklung auf, die mehr Beteiligungsmöglichkeit einschließlich der Personensorgeberechtigten vorsieht.

Probleme und Verbesserungspotenziale:

Gesetz nach fast 30 Jahren in Kraft setzen: Nach wie vor bleibt ein wichtiges Vorhaben, die bisherigen und veralteten Regelungen durch ein neues Jugendstrafvollzugsgesetz abzulösen. Damit würde vor allem deutlich, dass Ziele und Aufgaben im Jugendstrafvollzug sich deutlich von den Zielen und Aufgaben des Vollzugs an Erwachsenen unterscheiden.

Ausbau der Angebotsmodule. Eine stärkere Individualisierung der Förderplanung bedeutet auch, dass man die jugendlichen Gefangenen nicht einfach an das institutionell vorhandene Angebot anpassen soll, sondern umgekehrt die Angebotsmodule an den Bedarf. Hier helfen die vorgeschalteten Auswahlverfahren, die an einigen Orten für jugendliche Gefangene geeignete JVA's suchen. Zum zweiten braucht es einen noch stärkeren modularen Aufbau mancher Angebote, beispielsweise bei beruflichen Lehrgängen bzw. Qualifikationsangeboten.

Verstärkung der Kooperation: Eine weitere Schwierigkeit entsteht dadurch, dass bestimmte Angebote (Erwerb von bestimmten Qualifikationen im schulischen oder beruflichen Bereich) auf eine Dauer ausgelegt sind, die eine längere Haftstrafe voraussetzt. Die Alternative dazu wäre, dass es zu einer stärkeren Zusammenarbeit mit Einrichtungen außerhalb der JVA kommt. Letzteres wird angestrebt, bislang aber nur einigen wenigen Fällen versucht. In eine ähnliche Richtung geht die Forderung realistische Pläne auch für kurzzeitig Gefangene Personen zu entwickeln (siehe Konferenz der katholischen Seelsorge bei den Justizvollzugsanstalten, gemeinsame Stellungnahme Juli 2004) und die Zielsetzung vor allem stärker mit der Jugendhilfe zu kooperieren.

Personelle Kontinuität. Denkbar wäre auch, ähnlich wie im Heimbereich, einen Bezugsbetreuer zu schaffen, der auch für die Federführung der Förderplanung verantwortlich ist. Dahinter steht die Erfahrung, dass gerade benachteiligte Personengruppen, die bereits langjährige Erfahrungen mit Helfersystemen haben menschliche, auf Kontinuität fußende Vertrauensbeziehungen benötigen statt nur „sekundär erzeugter Bindungen“.

Stärkere Einbeziehung der jugendlichen Gefangenen. Das Abfragen von Wünschen und Vorstellungen ist nur ein erster Schritt in der Partizipation. Es bleibt die Herausforderung über stärkere Einbeziehung und Zielidentifikation mehr Verantwortung für das eigene Leben zu erreichen. Auch in den JVA's zeigt sich nach ExpertInnenansicht ein rückläufiges Interesse der Jugendlichen an den klassischen Partizipationsmöglichkeiten. Zudem spielen auch soziale Erwünschtheitsphänomene, um sich Vergünstigungen nicht zu verscherzen, bei der Herstellung einvernehmlicher Lösungen eine Rolle.⁴⁵

45 "Der Gefangene kann gegen einzelne Aspekte wie gegen den Gesamt – Vollzugsplan im Rahmen seiner eingeschränkten rechtlichen wie tatsächlichen Möglichkeiten vorgehen. Im Wesentlichen bleibt ihm aber ein Abwägungsprozess, sich als aktiv Mitwirkender der Vollzugsplanung zu verstehen oder eben nicht." (Straube, JVA Bremen, zitiert nach Workshop" Kompetenzfeststellung, Vollzugsplanerstellung und Zugang im Justizvollzug)

Teil C – Diskussion

(VI) Der Planungsgewinn – ein Fortschritt im Falschen?

6 Der Planungsgewinn – ein Fortschritt im Falschen?

Diskussion des Entwicklungsstands von Hilfeplänen aus sechs Anwendungsfeldern

Ziel der bisherigen Analysen war eine bereichsimmanente Darstellung der jeweiligen Entwicklung, rechtlichen Grundlage und Erfahrungen mit der Durchführung in sechs unterschiedlichen Anwendungsfeldern der Hilfeplanung. Ziel der folgenden Überlegungen ist es, diese Eindrücke zu einem Gesamtbild zu verdichten. Voranstellen möchte ich vier Thesen, die sich während der einzelnen Recherchen zu einem übergreifenden Bild verfestigt haben.

(1) Wir leben in einer für Klienten und Professionellen neuen, wenngleich nach wie vor sehr komplexen Planungswelt. Vieles in der Beziehung zwischen Klientel, Leistungserbringer und Kostenträger wird heute rationaler, systematischer und transparenter als noch vor 20 Jahren organisiert.

(2) Mit der Etablierung von neuen Planungsverfahren lassen sich Fortschritte im diagnostischen Vorgehen, in der Qualität der realisierten Beteiligung von Adressaten ebenso wie in Ansätzen zu mehr Miteinander der verschiedenen, am Hilfeplanprozess beteiligten Disziplinen konstatieren.

(3) Mehr an Planung heißt aber nicht gleichzeitig Aufgabe kleinteiligen Planungsdenken. Nach wie vor herrscht „Föderalismus pur“ und die Nachhaltigkeit von Hilfen scheitert immer noch an Institutions- und Disziplinengrenzen und fehlender Konsequenz im interdisziplinären Handeln.

(4) Trotz der Unterschiedlichkeit der Bereiche und beteiligten Disziplinen ähneln sich die Verfahren und Vorgehensweisen. Dies gilt auch für die oben beschriebenen Entwicklungstrends. Allerdings gibt es eine Ausnahme: die Integrationsplanung nach SGB II. Es mag noch der kurzen Laufzeit, wie auch den schwierigen Rahmenbedingungen geschuldet sein, es können aber auch strukturelle Faktoren sein, die einen Sonderstatus begründen. Vor allem in der Beteiligungskultur, dem Stellenwert der Leistungserbringer im Prozess bis hin zu Ablauf der Planungsschritte sind die, in den anderen Feldern weitgehend erreichten, Standards nicht erkennbar.

Dieser übergreifende Eindruck soll im folgenden noch einmal differenziert erläutert werden und mit abschließend mit der, in der Überschrift anklingenden, Generalfrage, ob dieses „Mehr an Planung“ auch als Fortschritt zu sehen ist, konfrontiert werden.

6.1 Willkommen in der neuen Planungswelt – Siegeszug einer „Allianz unterschiedlicher Interessen“

Die Entwicklung der Hilfeplanung nach §36 SGB VIII ist kein Einzelfall. In allen anderen untersuchten Bereichen haben sich ähnliche Entwicklungsschritte vollzogen. Man kann vor allem die letzten 5 bis 15 Jahre geradezu als eine historische Entwicklungsetappe „zu mehr Planbarkeit“ sehen. In

diese Zeit fallen in allen der analysierten Bereiche markante Weiterentwicklungen und wurden diverse neue Planungsverfahren ausprobiert und implementiert. Alle hier beschriebenen Planungsverfahren richten den Blick auf die Zukunft. Planung meint ein systematisches Gestalten des eigenen zukünftigen Handelns einer Person. Und dieser Planungsprozess soll anders, als seine Vorgänger nicht nur von Defiziten und der Frage, wie man diese beseitigen kann, sondern auch von den Ressourcen und Interessen der Person geprägt sein.

Es wäre verfehlt davon zu sprechen, dass aus planlosem Vorgehen nun planvolles geworden sei. In der einen oder anderen Form wurde schon immer auch zielgerichtet gehandelt, wurden Vereinbarungen getroffen und deren Einhaltung überprüft. Aber, dieses Vorgehen war stark von der Person des Fachmitarbeiters und auch der lokalen Kultur seiner Institution geprägt. Ein wenig überspitzt könnte man davon sprechen, dass mit der Etablierung der neuen Planverfahren die Individualisierungsperspektive die Seite gewechselt hat. Der individuelle Spielraum der MitarbeiterInnen wurde reglementiert und begrenzt zugunsten einer stärkeren Individualisierung der Hilfen für den Klienten. In allen analysierten Bereichen gibt es aus Sicht der Klienten weitgehend verlässliche Verfahrenswege, die nicht nur das Ziel haben für mehr Überschaubarkeit im Verfahrensvollzug zu sorgen, sondern auch für eine Individuumszentrierung der Hilfen sorgen sollten. Nicht mehr die Institution mit ihren Angeboten bildet die Richtschnur für die Hilfegebarung, sondern die Klienten mit ihrem Bedarf. Nicht mehr die Hilfe aus einer Institution (ob sie passt oder nicht) ist das Ziel, sondern ein Puzzle an unterschiedlichen, passgenauen Angeboten durchaus auch verschiedener Anbieter von Hilfen. Um dieses Ziel zu erreichen braucht es mehr Kooperation und Vernetzung und in vielen der beschriebenen Planverfahren finden sich entsprechende Hinweise.

Bemerkenswert erscheint mir, dass die zunehmend knapper werdenden öffentlichen Mittel zweifellos die Implementierung der neuen Planungsverfahren befördert, aber m. E. nicht einseitig geprägt haben. Gerade das noch junge Beispiel des bayerischen Gesamtplanverfahrens in der Psychiatrie zeigt dies eindrucksvoll. Das Ziel durch verbesserte Planungsvorgänge Hilfen effizienter einzusetzen wird zwar mit dem Kostendruck begründet, aber in der Umsetzung ist es kein primär betriebswirtschaftliches Kalkül das die Ausgestaltung des Verfahrens prägt. Generell kann man nicht sagen, dass eine dominierende Interessenslage zum Ausbau der Planungsverfahren geführt hat. Stattdessen beobachten wir sehr unterschiedliche Anliegen. Neben der Hoffnung auf mehr Kostenkontrolle, haben sich auch diejenigen gesellt

- die für mehr Beteiligung- und Gestaltungsrechte für die Adressaten der Hilfen plädieren.
- die Kritik an der Institutionszentrierung vieler Hilfen üben.
- die hoffen mehr über Wirkungen von Hilfen und auch über die Effizienz von Hilfebringern zu erfahren (dazu braucht man operationalisierbare und überprüfbare Ziele).
- die eine fundiertere Diagnostik in der psychosozialen Arbeit anstreben.
- diejenigen, die hoffen in einer komplexen, individualisierten Welt über mehr Planung Veränderungen besser und flexibler begegnen zu können.
- die für mehr Ressourcenorientierung, Selbstbestimmung und Verantwortungsübernahme in Hilfesituationen plädieren.

- und die über neue Steuerungsinstrumente das Handeln öffentlicher Träger effektiver und effizienter gestalten wollen.

Man kann sagen, dass der „breite“ Siegeszug der analysierten Planungsverfahren mit einer Allianz sehr unterschiedlicher Erwartungshaltungen und Interessen erklärt werden kann. Ohne, dass die obige Liste vollständig ist, macht sie auch auf ein Problem aufmerksam, das für das Hilfeplanverfahren nach §36 SGB VIII schon mehrfach konstatiert wurde: die „Überfrachtung“ der Verfahren mit Erwartungen unterschiedlichster Art.

6.2 Mehr Transparenz, Standardisierung, Einfachheit?

Diese drei Ziele umschreiben so etwas, wie den selbstverständlichen Rahmen, der mit der Einführung von Hilfeplanverfahren (mit-) erreicht werden soll. Man könnte hier auch von „Basiserwartungen“ sprechen, die in jedem Fall erfüllt werden müssen, während das Ziel „passgenauere Hilfen zu erhalten“ die Ebene der Leistungserwartungen umschreibt.⁴⁶

Worum geht es bei diesen „Basiserwartungen“⁴⁷ an Hilfeplanverfahren?

- *Transparenz*: Ist die Auswahl der Maßnahmen und die, diesen zugrunde liegende Diagnostik begründet und nachvollziehbar? Sind die Aushandlungsprozesse mit den daraus abgeleiteten Zielen und Maßnahmen für alle Beteiligten verständlich und folgerichtig? Zumindest sollte das Verfahren nachvollziehbarer und mit expliziteren Begründungen versehen sein als die Vorgehensweisen, die vor der Einführung der Hilfeplanverfahren existierten.
- *Standardisierung*: Lassen sich wiederholbare Standards definieren, nach denen das Verfahren abläuft? Weiß beispielsweise ein/e neue/r MitarbeiterIn, wenn er/sie die Beschreibung des Verfahrens liest, was er/sie zu tun hat. Eine Erfahrung aus der Evaluation solcher Hilfeplanverfahren ist, dass vor allem (aber nicht nur) neuen MitarbeiterInnen standardisierte Verfahren der Hilfeplanung Handlungssicherheit geben. Standardisierung reduziert Beliebigkeit, erleichtert oft die Kommunikation über die Inhalte des Verfahrens und beinhaltet meistens auch Kriterien, nach denen ein Controlling eines Verfahrens möglich wird.

Beide Ziele werden so die Einschätzung der ExpertInnen und soweit vorhanden auch der Evaluationsstudien weitgehend erreicht. Eine Ausnahme bildet das sich erst entwickelnde Verfahren der Integrationsplanung im SGB II.

46 Diese Begriffe stammen aus dem Qualitätsmanagement und umschreiben die verschiedenen Erwartungsebenen aus Kundensicht. Hinzu kommt noch als oberster Ebene die der Begeisterungserwartung. Es ist eine empirisch interessante Frage, wie diese bei der Hilfeplanung aus der Sicht der verschiedenen Kundengruppen (Leistungsempfänger, Leistungserbringer, Kostenträger) definiert würde.

47 Bei den im Weiteren beschriebenen Zielen „zu mehr Beteiligung, einer professionalisierten Diagnostik und interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung“ handelt es sich Querschnittsziele.

Viel schwieriger zu beurteilen ist die Frage, ob das Verfahren auch „einfacher“ geworden ist. Sehr oft wird ähnlich, wie bei den Diskussionen um das Hilfeplanverfahren nach §36 SGB VIII betont, wie kompliziert und komplex die Materie des Hilfeprozesses ist. Die Verfahren heben diese nicht einfach auf, sondern machen bestenfalls, die dahinter liegenden komplexen Strukturen samt ihrer Ambivalenzen, Spannungen und Widersprüche sichtbar. Ob die neuen Hilfeplanverfahren gegenüber ihren „Vorläufern“ hier Komplexität reduziert haben, kann bezweifelt werden. Sie haben aber m. E. dazu geholfen die Komplexität besser verstehbar und in einem gewissen Sinn auch ‚verhandelbarer‘ zu machen.

Meist wird unter einer Vereinfachung auch ein „weniger an Bürokratie“ verstanden und mit der zusätzlichen Frage verknüpft, ob mit einem neuen Verfahren der zeitliche Aufwand rückläufig ist. Betrachtet man die mit den Verfahren eingeführten „neuen Formulare“ fällt auf, dass sie in aller Regel eher knapp, teilweise (wie beispielsweise die Erziehungspläne im Strafvollzug, die Förderpläne in der Frühförderung) fast bescheiden in Umfang und Darstellung ausfallen. Soweit Evaluationsergebnisse vorliegen wird der Aufwand auch als machbar beurteilt. Auffallend ist auch die oft geäußerte Einschätzung, dass der „Prosaanteil“ bei Begründungen gegenüber der Zeit vor Einführung der Verfahren zurückgegangen sei. Auch dies kann man als Indiz für die Verständigung auf klarere Kriterien werten. Die Standardisierung der Verfahren hat hier in jedem Fall konstruktive Veränderungen bewirkt.

Viel Hoffnung wird auch auf eine EDV-orientierte Unterstützung gesetzt. Diese Hoffnung und hier muss man nicht nur die schlechten Bedingungen der Integrationsplanung als Beispiel nehmen, sondern kann auch Erfahrungen aus dem strukturell gesehen positiv verlaufenen Auswahlprozess in der BBJH wählen, bleiben immer noch hinter den Erwartungen und auch Versprechen der Anbieter zurück.

6.3 Vom Aufstieg der (sozial-)pädagogischen Diagnose

In Hilfeplänen haben „Diagnosen“ (wieder) einen zentralen Platz. Sie stehen aber nicht für sich, sondern sind Mittel zum Zweck. Der Zweck heißt Ziele zu definieren, Maßnahmen zu entwickeln und später auch die Zielerreichung (bzw. Nicht-Erreichung) besser beurteilen zu können. Das Verständnis dessen, was als „Diagnosen“ genutzt wird ist sehr breit gefächert. Angefangen von strukturierten Fragen über Checklisten, bis hin zu validierten Tests. Im Rahmen der analysierten Bereiche erscheint mir die Zahl der diagnostischen Vorgehensweisen noch zugenommen zu haben. Dies entspricht Heiners (2005, 536) Feststellung, dass die Zahl der diagnostischen Konzepte und Verfahren in den letzten Jahren sprunghaft angestiegen sei.

Die Diagnose steht immer im Verdacht einer medizinisch klinischen Diagnostikvorstellung, und damit einem naturwissenschaftlichen Menschenbild entlehnt zu sein. Medizinische Diagnosen spielen in vielen Bereichen eine Rolle, in der Frühförderung und Psychiatrie aufgrund der historischen Entwicklung dieser Bereiche in besonderem Maße. Hier waren sie

auch lange Zeit dominierend, wenn es um eine Beschlussdiagnostik ging, d.h. die Entscheidung, ob und welche Hilfe gewährt wird. In beiden Bereichen gibt es erste Hinweise, dass die Alleinherrschaft der medizinischen Diagnose gebrochen ist, pädagogische Perspektiven (fast) gleichberechtigt mit in die Entscheidung der Kostenträger Eingang finden.

Übergreifend kann man einen vorsichtigen Trend zu einer stärker partizipativen, dialogischen und mehrperspektivischen Diagnostik (Heiner 2001) erkennen.

- *Partizipativ*, in dem die Selbstsicht der Adressaten systematischer als früher erhoben und auch einbezogen wird. Wenn dies nicht über bestimmte Methoden erfolgt, dann wird doch zumindest stärker respektiert, dass die Eigendiagnose ein wichtiger Teil des Ko-produktionsprozesses von Hilfen ist.
- *Dialogisch*, in dem Sinne, dass Diagnosen nicht mehr nur im „stillen Kämmerlein“ der Fachkräfte gemacht und verschriftlicht werden, sondern zumindest auch Dialoge über die verschiedenen Perspektiven stattfinden. Dies gilt (wieder mit Ausnahme der Integrationsplanung) quer zu den analysierten Feldern. Das überall praktizierte Instrument der Hilfe(Erziehungs-)plankonferenzen unterstützt dies.
- *Mehrperspektivisch* in dem Sinne, dass Dominanzwünsche einzelner Disziplinen zwar nach wie vor vorhanden sind, sich aber (zunehmend?) mit dem Fachstandard einer mehrperspektivischen Diagnostik konfrontiert sehen.

Nach wie vor dominieren die bereichsunspezifischen Diagnoseverfahren der jeweiligen Disziplinen. Die Fachkräfte greifen auf bewährte oder von ihnen geschätzte Verfahren ihrer jeweiligen Fachdisziplin zurück. Allerdings tun sie dies nicht selten mit der Zusatzeinschätzung, dass „valide Aussagen“ teilweise darunter leiden, dass diese bereichsunspezifischen Verfahren keine genaue Antwort auf die, an die Diagnostik aus den Bereichen gestellten Fragen geben. Die Abhilfe könnten bereichsspezifische Diagnoseverfahren sein. Hierfür gibt es allerdings wenige Beispiele. Man behilft sich stattdessen damit, dass man `unterhalb` der Diagnostikebene bereichsspezifische Frage raster einsetzt.

Noch immer dominiert eine Querschnittsdiagnostik. Die Frühförderung, wie auch die BBJH und die Erziehungspläne im Heim ermöglichen und verlangen jedoch eine Verlaufsdiagnostik, die in der Lage ist, auch dem Klientel Fortschritte und das eigenen Weiterkommen zu verdeutlichen. Hier ist noch ein Entwicklungsbereich mit Forschungsbedarf.

Zu wünschen wäre zudem zweierlei: Trotz der in einem Hilfeplanverfahren „logischen Rolle“ der Diagnostik als Beschlussdiagnostik darf man die andere Seite einer „Orientierungs- und Gestaltungsdiagnostik nicht aus dem Auge zu verlieren. Diese muss „partizipativ, aushandlungs- und prozessorientiert sein und dient wesentlich auch dazu, mit dem Betroffenen gemeinsam ein Verständnis seiner Lebens- und Problemsituation und einem individuellen Behandlungs- oder Rehabilitationsplan zu entwerfen (Armbruster 2005, 547). Diese Seite der Diagnostik weiß um den Hypothesencharakter von Diagnosen und ermöglicht einen vorsichtigen Umgang mit Diagnosen. Man akzeptiert, dass es sich bei Diagnosen um riskante Konstruktionen einer Wirklichkeit handelt (Uhlendorff 2005, 528). Zugleich dürfen Diagnosen nicht nur Sicherheitshandlungen sein, sondern müssen auch in der Lage sein, pädagogische Fantasie freisetzen zu können (Uhlendorff 2005, 529).

6.4 Beteiligung wird ernster genommen – (kleine) Fortschritte in der Partizipationskultur

In der Stufenleiter der Partizipation vom „informiert und beraten werden“, über ein Erörterungsrecht bis hin zur rechtlich Verpflichtung der Beteiligung mit Möglichkeiten der Mitgestaltung und Mitentscheidung finden wir in den analysierten Hilfeplanverfahren alle Varianten. Es zeigt sich auch ein Trend, mehr Beteiligung der Adressaten zu ermöglichen. Am Beispiel des Jugendstrafvollzug kann man besonders gut den Wechsel im Leitbild erkennen: Von einem obrigkeitshörigen Staat, der anhört und anordnet zu einem demokratischen und zivilgesellschaftlichen Staat, der beteiligt aushandelt. Immer eindeutiger geht es in den Hilfeplänen um die Suche nach einvernehmlichen Lösungen.

Soweit rechtliche Grundlagen in den letzten Jahren neu entstanden sind bzw. im Entstehen befindlich sind (Psychiatrie, Frühförderung, Jugendstrafvollzug), kann man diese Ausweitung der Beteiligungsrechte der Adressaten wieder finden. In einigen Fällen ist eine Unterschrift der Beteiligten (siehe §58 SGBXII, §36 SGBVIII) zwingend vorgeschrieben.

Auch in der Anwendungspraxis finden sich entsprechende Umsetzungen. Erkennbar wird dies beispielsweise durch eine verstärkte Einbeziehung der Kinder, Jugendlichen und Eltern in Planungskonferenzen. Zwei Aspekte scheinen mir für dieses „Mehr an Partizipation“ verantwortlich.

- a. Das Wissen um die Co-produktion von Hilfeleistungen setzt sich durch. Nicht mehr die Vorstellung des passiven Hilfeempfängers ist leitend, sondern die des aktiven Co-Produzenten der eigenen Hilfeleistung. Letzteres konsequent gedacht erfordert die Co-Produktion bereits bei der Zielentwicklung und Hilfeplanung zu beginnen. Nur, wenn jemand für sich sieht, dass es um die Realisierung selbst gewollter und definierter Ziele geht, kann daraus eine entsprechend hohe Motivationskraft für den meist schwierigen Umsetzungsprozess entstehen. Der Hilfeerfolg hängt entscheidend von der Bereitschaft und Akzeptanz der HilfeadressatInnen zur Kooperation ab (Wiesner 2005, 16).
- b. Obwohl oft nicht mehr als ein abstraktes Konzept (ohne die sonst so beliebten Techniken) hat die Empowermentidee im Kontext psychosozialer Arbeit immer mehr Anhänger gewonnen. Sie gibt die Zielrichtung vor Menschen mehr Gestaltungsraum, Selbstbestimmung und Regiekompetenz über ihr eigenes Leben zu ermöglichen. Dieses Ziel korrespondiert mit der Zivilgesellschaft begründeten Forderung, dass es zu den Bürgerrechten gehört aktiv an ihrer Zukunftsgestaltung beteiligt zu werden. Damit wird Partizipation auch mehr als nur ein formales Beteiligen, sondern zielt immer auch auf einen Ermutigungsprozess ab: Zukunft selbst gestalten zu können.

Kritisch muss man jedoch einwenden, dass mit dem Einräumen von mehr Rechten und Chancen der Partizipation die Kultur der Beteiligung sich nicht automatisch mit verbessert. Die Weiterentwicklung der Partizipationskultur ist heute überwiegend keine strukturelle Frage mehr. „Die Unterschrift symbolisiert jedoch nur dann eine substantielle Partizipation, wenn

zuvor der Hilfeplanbogen bzw. der Sozialbericht mit dem Klienten durchgegangen wurde und wenn Wünsche, Erwartungen und Ziele der betroffenen HilfeempfängerInnen in diesen eingeflossen sind.“ (Transfer 2003,13). Die Interviews zum psychiatrischen Gesamtplanverfahren zeigen, dass ersteres in aller Regel wohl stattfand, während Angaben zu den Wünschen der Hilfeempfänger/innen häufig fehlten. Die Evaluation des psychiatrischen Gesamtplanverfahrens zeigt mit dem Hinweis auf die fehlenden Wünsche und Ziele eines der Umsetzungsprobleme eines erweiterten Partizipationsverständnisses. Ein weiteres, noch grundlegenderes Problem ist, dass das Benennen von (vor allem) Wünschen nicht ausreicht. Eine zentrale Herausforderung besteht heute darin, mit Hilfeplanverfahren nicht nur Partizipationsräume zu nutzen, sondern zugleich Partizipation zu lernen. Allzu leicht übersieht man in der Selbstverständlichkeit der heutigen Partizipationsdebatte, dass viele Menschen zu wenige Kompetenzen für partizipative Prozesse mitbringen. Hinzu kommt, dass viele benachteiligte Personen aus dem klassischen Klientel psychosozialer Hilfen zudem noch viele negative oder ambivalente Partizipationserfahrungen mitbringen (weil sie die Erfahrung gemacht haben nicht ernsthaft beteiligt worden zu sein oder/und weil es ihnen nicht gelang sich entsprechend auszudrücken, weil ihnen die Sicherheit fehlt eigene Interessen zu formulieren oder und „nur“, weil man mit ihnen zusammen ihre Wünsche nicht in entsprechende Ziele übersetzt hat).

Mathias Schwabe hat die damit verbundene Herausforderung eindrucksvoll am Beispiel der Voraussetzungen für Zielformulierung und Kontraktfähigkeit gezeigt. Seiner Einschätzung nach gehen die in den Hilfeplanungsverfahren Tätigen in der Regel davon aus, „dass die Adressaten und Adressaten in der Lage seien, eigene Ziele zu bilden, diese in Worte zu fassen, sich an Aushandlungsprozessen zu beteiligen und verbindliche Absprachen zu treffen. Jedoch seien bei Jugendlichen, Eltern und anderen beteiligten Erwachsenen die für die Hilfeplanung notwendigen Fähigkeiten allzu oft nur bedingt etabliert“ (Schwabe 2005, 216). Es geht ihm nicht um eine Pathologisierung der Betroffenen sondern, „im Gegenteil, es geht darum, sie vor unsensiblen Professionellen zu schützen.“ (217). Schwabe bezieht sich auf u. a. Forschungen zu Identität, Kohärenzgefühl und Selbstwirksamkeit, wenn er schrittweise die Kompetenzen und die Fähigkeiten Ziele zu entwickeln mit der Stärkung bestimmter Kompetenzen verknüpft (wie beispielsweise Ambivalenzen auszuhalten, Kontrollüberzeugung zu entwickeln das Gefühl von Selbstwirksamkeit zu haben, Planungskompetenzen zu entwickeln auf Verlässlichkeit zu vertrauen). Er fordert mit Kriener (1999), dass solche indirekten Strategien der Partizipation die direkten, die in der Jugendhilfe unter dem Stichwort Partizipation diskutiert werden, ergänzen. „Dies ist eine fachliche zentrale Herausforderung: so kommt es im Hilfeplanungsgespräch also – zumindest bei den unzuverlässigen – zu der abenteuerlichen Unternehmungen, dass man mit Personen Kontrakte schließen muss, die noch gar nicht kontraktfähig sind; man muss es trotzdem tun, weil sie sonst nicht kontraktfähig werden.“ (Schwabe 2005,229). Sein Fazit lautet: Zielentwicklung ist immer auch eine Chance zur Persönlichkeitsentwicklung.“ (Schwabe 2005,231).

Teilt man diese Einschätzung muss man insbesondere die Entwicklung der Integrationsplanung im Rahmen des SGB II kritisch werten. Es geht hier nicht nur um die beschriebenen Übergangsprobleme. Der Balanceakt von Fordern und Fördern scheint, selbst im Vergleich zum Jugendstrafvoll-

zug, bereits durch die nicht vorhandenen Beteiligungsrechte und fehlenden Lernräume der Adressaten gefährdet. Insofern wären dann auch die beschriebenen Integrationsvereinbarungen mit dem starken Übergewicht der Erläuterung des Sanktionskatalogs nicht zufällig, sondern quasi systemimmanent.

Zieht man ein Fazit, so erfordert ein Mehr an Beteiligungsqualität heute vor allem Lernräume im Rahmen der Hilfeplanung für Partizipationskompetenzen zu schaffen. Dort wo diese Erkenntnis ernst genommen wird, bietet gerade der Hilfeplanprozess mit seinen schrittweisen Etappen der Zielformulierung und Überprüfung (siehe auch die Erfahrungen im Heimbereich und der BBJH) wichtige Chancen erfolgreich für sich selbst zu handeln und wird tatsächlich ein Teil der Persönlichkeitsentwicklung.

6.5 Neue Gelegenheitsstrukturen für interdisziplinäres Handeln

Interdisziplinarität ist mittlerweile ein viel gebrauchtes Schlagwort, ein catch-all-Begriff, der scheinbar mühelos auf alle Formen der Zusammenarbeit angewandt wird – mit dem „kleinen Schönheitsfehler“, dass er nichts sagend geworden ist. Deshalb möchte ich zur Präzisierung der weiteren Überlegungen dem Vorschlag von Goll (1996) folgen. Er unterscheidet in der Zusammenarbeit von unterschiedlichen Berufsgruppen zwischen

- Multidisziplinarität, „Nebeneinander planen – Nebeneinander handeln“,
- Interdisziplinarität: „Miteinander planen – nebeneinander handeln“,
- Transdisziplinarität: „Miteinander planen – miteinander handeln“.

Zudem kann unterschieden werden, für welche Ebenen der Zusammenarbeit diese gelten sollen. Ebenso wichtig zu sehen ist, ob es sich noch um Programmatik oder bereits um faktisch interdisziplinäres Handeln handelt.

	Hilfeplanung	Förderprozess	Zusammenarbeit in der Organisation
Multidisziplinarität	Programm?/ Realisiert?	Programm?/ Realisiert?	Programm?/ Realisiert?
Interdisziplinarität	Programm?/ Realisiert?	Programm?/ Realisiert?	Programm?/ Realisiert?
Transdisziplinarität	Programm?/ Realisiert?	Programm?/ Realisiert?	Programm?/ Realisiert?

Für einen Ausschnitt dieses Rasters, den Prozess der Hilfeplanung (und in Ansätzen auch für den Förderprozess) möchte ich die Ergebnisse des Vergleiches der verschiedenen Hilfepläne zusammenfassen.

Auf einer programmatischen Ebene ist in den verschiedenen Hilfeplanverfahren durchgängig der erwartbare Trend zu multidisziplinären Dienstleistungen erkennbar. Es besteht ein Konsens, dass es für die überwiegende Zahl der Fälle notwendig ist, unterschiedliche Disziplinen im Prozess zu beteiligen. Dem tragen auch die rechtlichen Rahmenbedingungen bei, indem sie die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen teilweise verbindlich vorschreiben.

- Im Rahmenvertrag für die Frühförderung ist festgeschrieben, dass die „Eingangsdiagnostik“ vom behandelnden Arzt im Zusammenwirken mit der Interdisziplinären Frühförderstelle ermittelt wird. Auch für Leistungserbringungen ist in §4 des Rahmenvertrages ein Verbund an ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungen festgeschrieben (medizinisch-therapeutische, psychologische, (heil-)pädagogische/ sonderpädagogische und psychosoziale Leistungen. Zudem definiert der Vertrag die Frühförderstellen als interdisziplinär (auch in §6 Abs. 2).
- In der Psychiatrie ist in §58(2) SGB XII geregelt, dass bei der Aufstellung des Gesamtplans und der Durchführung der Leistungen neben dem Träger der Sozialhilfe, dem behinderten Menschen auch die sonst im Einzelfall Beteiligten mitwirken. Explizit genannt werden der behandelnde Arzt, das Gesundheitsamt, der Landesarzt, das Jugendamt und die Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit.
- Im Entwurf zum Jugendstrafvollzug wird in §10(3) über eine Auflistung der in der Förderplanung zu berücksichtigende Bereiche deutlich, dass sehr unterschiedliche Disziplinen bereits bei der Planung eine Rolle spielen (Ärzte, Therapeuten, Fachleiter der Arbeitsmaßnahmen, Lehrer bei Schulförderung,...).

Bei der berufsbezogenen Jugendhilfe finden sich in den, auf Landesebene vereinbarten, Standards des Gütesiegels viele Kriterien, die einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Sozialpädagogen auf der einen und dem Meister und Gesellen aus dem betrieblichen Teil einen herausragenden Stellenwert verleihen. Dies gilt vor allem für die gemeinsam zu erstellende Förderplanung.

Auch die analysierte Praxis bestätigt den programmatischen Trend unterschiedlichere Disziplinen bereits an der Erstellung von Hilfeplänen zu beteiligen. Es würde jedoch zu weit gehen, alle diese Ansätze bereits als interdisziplinär oder gar transdisziplinär zu bezeichnen. Erste Beispiele sind jedoch erkennbar:

- wenn in der Frühförderung in interdisziplinären Teams gearbeitet wird und dieses sich auch in Fallbesprechungen und Förderplänen niederschlägt.
- wenn in der BBJH SozialpädagogInnen im Bildungsteil wie auch bei der Erledigung der betrieblichen Aufträge gemeinsam mit handwerklichen Fachkräften eng zusammen arbeiten. Dem entspricht eine Kultur der Förderplangespräche. Beide Disziplinen bereiten die Gespräche gemeinsam vor- und nach.
- Wenn Leistungen integriert erbracht werden. Beispielsweise in Heimklassen, wenn Lehrer im Haus/ in der Gruppe unterrichten und es zu Abstimmungen des curricularen Teils mit den Zielen und Maßnahmen im Heimalltag kommt.

Auch die, in den letzten Jahren offensichtlich intensiviertere, Form des Dialogs über diverse Hilfeplankonferenzen spricht für eine veränderte Kultur des Miteinanders. Generell lässt sich ein Bestreben erkennen nicht einfach nur nacheinander zu agieren, sondern zumindest bei der Planung von Hilfen andere Disziplinen in ihrer Fachlichkeit erstens wahrzunehmen und deren Beitrag auch ernst zu nehmen.

Interdisziplinarität ist vor allem dort eine Herausforderung, wo Disziplinen mit sehr unterschiedlichen Kulturen aufeinanderprallen. In den untersuchten Bereichen sind dies vor allem die Schnittstellen zwischen Medizin

und Pädagogik und Pädagogik und Handwerkern. Gerade gibt es nicht nur den Trend diagnostischer Kooperation, sondern es entwickeln sich auch Ansätze eines gleichberechtigten Nebeneinanders. Als Fazit kann man deshalb konstatieren, dass die Logik eines Hilfeplans (und den entsprechenden Rahmenbedingungen) Gelegenheitsräume fördert, in denen sich Interdisziplinarität entwickeln kann. Diese bildet dann auch einen wichtigen Faktor für ein gelingendes Kontraktmanagement.

6.6 Die neue Steuerungswelt – Mythos, Gefahr, Rückschritt?

Neben vielen positiven und primär auf Weiterentwicklung einzelner Aspekte des Hilfeplanverfahrens zielenden Entwicklungen und Diskussionen, gibt es aber auch kritische Debatte um die Planbarkeit von Hilfen. Diese soll zum Abschluss aufgegriffen und kommentiert werden.

So spricht beispielsweise Schwabe von einem einfachen „linearen Planungsoptimismus“, der vielen Hilfeplanverfahren und – gesprächen inneohnt und erteilt diesem eine klare Absage. Er nennt es eine modern gewordene Fehlhaltung „mittels Planungen Ziele auf berechenbare Weise erreichen zu können.“ (Schwabe 2002, 4). Schwabe trifft sich in dieser Kritik mit jenen Argumenten, die Klaus Wolf am Beispiel der Heimerziehung und der dort formulierten Hilfepläne formuliert hat. Beide bezweifeln die Kette von Ziel – Maßnahmen und Überprüfung, in dem sie darauf verweisen, dass meist das Geflecht interdependenter Faktoren nicht ausreichend berücksichtigt werde und ein unzulässiges monokausales Steuerungsverständnis überwiegt. „Da werden Listen unerwünschter Merkmale aufgestellt, und ein halbes Jahr später wird der Erfolg der pädagogischen Arbeit daran überprüft und gemessen, ob ein Teil eben jener Merkmale abgebaut wurde.“ (Wolf 2000, 6). Er nennt dieses Verfahren im Zeitalter der neuen Steuerung plausibel, aus erziehungswissenschaftlicher jedoch lächerlich.“(ebd., S.6).

Wolf wie Schwabe verweisen auf die heute kaum noch weg zu diskutierende Erkenntnis der Relevanz von Nebenfolgen und wie wenig diese (vor allem die unerwünschten) in den rational fundierten Hilfeplänen Berücksichtigung finden. Schwabe zeigt zudem auf, dass die in Hilfeplangesprächen erzeugten Abmachungen aus kommunikationstheoretischer Sicht höchst „wacklige“ Basis für dauerhafte Bündnisse und langfristig verbindliche Abmachungen sind (Schwabe 2002, 5). Diese Kritik entspricht in ihrem Kern jener Debatte der reflexiven Modernisierung, die das hier skizzierte Planungsverständnis (rationaler Berechenbarkeit) als typisches Merkmal der ersten Moderne sieht (Beck & Lau 2004) und für die jetzige gesellschaftliche Phase andere Formen (die freilich noch nicht genau benannt werden können) als notwendig erachtet. In der Tat finden sich in den Beschreibungen und Darstellungen von Hilfeplänen immer wieder Begründungen, die an ein technokratisches Planungsverständnis erinnern, wie es sich in den 70er und 80er Jahren vor allem in der Kultur der sozialdemokratischen Reformära entwickelt hatte. In diesem Verständnis blieben die Hilfe suchenden Personen weitgehend Objekte (Wiesner 2005, 11). Wolf befürchtet, dass auch in den modernen Hilfeplänen Kinder zu Erziehungsobjekten pädagogischer Insze-

nierungen werden. Er und Schwabe sehen hierin vor allem auch ein methodisches Problem, weil die Hilfeplanungen viel zu wenig von der individuellen Lebenserfahrung der Kinder/ Jugendlichen beeinflusst seien (Wolf 2000, 12ff.) und die Art wie Ziele in Hilfeplangesprächen formuliert werden von falschen Voraussetzungen ausgehe (Schwabe 2005, 216).

Ist mit diesen Argumenten der oben skizzierte Fortschritt der Hilfeplanung diskreditiert und angesichts gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse gar als Rückschritt zu werten (oder auch als ein Prozess nachholender Modernisierung, dem jetzt aber schnell ein flexibleres, anderes Planungsverständnis zu folgen habe)?

Ich denke diese Argumente sind ernst zu nehmen, nicht als Kritik, der eine Ablehnung jeglicher Hilfeplanung zu folgen hat, wohl aber in ihrer Relativierung falscher Planungseuphorie. Schwabe selbst stellt seiner Kritik die prinzipielle Abwehr von Hilfeplanung gegenüber und verwirft auch diese. „Was denn nun? Soll die Planbarkeit ernst genommen oder die Nicht-Planbarkeit geachtet werden? Dann ist zu antworten: Beides zusammen und zwar beides mit Leidenschaft!“ (Schwabe 2002, 12). In jedem Planungsprozess gilt es, seiner Einschätzung nach, einen spezifischen Mix aus verbindlich Planbarem, hoffentlich Erreichbarem und von Planung Auszusparendem zu entwickeln. Auch Wolf will das Rad nicht zurück in die Zeit drehen, in der die Frage nach Erfolgskriterien bereits als Tabubruch geahndet wurde. Er plädiert für eine spezifische „Diagnostik“, die über (selbst-) forschende Gespräche und Beobachtungen systematisch die Sichtweisen und Alltagstheorien der Kinder und Jugendlichen zu erkunden sucht. (Wolf 2000, 35). Beide Plädoyers stellen zudem die Kinder und Jugendlichen ins Zentrum und fordern diese in die Lage zu versetzen, Hilfeplanung ist einen wirklichen partizipativen Prozess ihrer Zukunftsplanung zu erleben. Dazu braucht es, an anderer Stelle ausführlich dargestellt, aber auch einen Lernraum „Hilfeplanung“, der im Erstellen der Hilfepläne zugleich erst die Grundlage für solche Prozesse schafft. Hierin liegt der Kern der pädagogischen Fachlichkeit im Umgang mit Planungsprozessen. Hilfeplanung als so gesehen in mehrfachem Sinn ein Balanceakt. Nicht nur zwischen Hilfe und Kontrolle, sondern auch zwischen Planbaren und Nicht-Planbaren. Sozialpädagogische Fachlichkeit, so Ulrike Urban zeichnet sich durch einen begründeten, reflektierten und kontrollierten Umgang mit diesen Widersprüchen aus. Mit Rückgriff auf Schütze (1992) schreibt sie, dass „kein eingängiges Modell mit einfachen Handlungsanweisungen daraus entstehen (wird), und es ist schwer in Effizienz und Effektivität umzurechnen. Stattdessen geht es um ein Handeln in Paradoxien und Ungewissheiten. (Urban 2005, 239; Urban 2004)

6.7 Vier zentrale Herausforderungen für die Weiterentwicklung der Hilfeplanverfahren

In fast all den untersuchten Hilfeplanverfahren ist es gelungen, den Hilfeprozess transparenter, weniger beliebig und zugleich in einem tragbaren Aufwand zu halten. Die Akzeptanzwerte bei den Beteiligten sind, soweit evaluiert, gut. Auch haben die Hilfeplanverfahren dazu mit beigetragen, die

Debatten um sinnvolle Diagnostikverfahren zu professionalisieren und die Beteiligungskultur im Verhältnis von Leistungserbringer, Leistungsempfänger und Kostenträger zu verbessern. Und es gibt dank der Hilfeplanverfahren mehr Gelegenheitsstrukturen für (echte) interdisziplinäre Zusammenarbeit. Kann man – vorausgesetzt es gelingt auch noch ein lineares Planungsverständnis zu vermeiden – damit bereits die Etablierung der Hilfepläne in den unterschiedlichen Feldern als einen herausragenden Meilenstein im Umgang von Leistungsempfänger, Leistungserbringer und Kostenträger verbuchen?

Herausforderung 1 – Definition des Forschungsbedarfs und mehr Evaluationsstudien

Für ein „eindeutiges“ Ja ist es meines Erachtens noch zu früh. Viele der Verbesserungen in den untersuchten Feldern sind in Relation zum Hilfeplanverfahren nach §36 SGB VIII erst jüngeren Datums und benötigen noch Zeit zur Stabilisierung. Auch fehlen Evaluationsstudien. Setzt man die vorhandenen Studien in Relation zur Evaluationsdichte für das Hilfeplanverfahren nach §36 SGB VIII wirken die anderen Bereiche noch fast unerforscht.

Das Hilfeplanverfahren einen herausragenden Meilenstein im Umgang von Leistungsempfänger, Leistungserbringer und Kostenträger zu nennen, würde zudem auch voraussetzen, dass man sich den beiden großen Zielen der Hilfeplanung deutlich genähert hat:

- Dem Schritt von einer Institutionszentrierung zu einer wirklichen Personenzentrierung der Hilfen.
- Und daran ansetzend eine Entwicklung individueller passgenauerer und langfristig auch effizienter Hilfen.

Hier stellen sich noch viele unbeantwortete Fragen:

- Wir haben zwar die Verfahren zur Erstellung von Hilfeplänen verbessert, haben wir jedoch auch damit die Hilfen selbst verbessert? Das Verfahren ist individualisierter, aber sind die Hilfen damit auch automatisch nicht mehr institutionszentriert?
- Welche Formen modularer, mosaikartiger Hilfen für individuelle Problemlagen haben sich bislang entwickelt? Wie weit kann man überhaupt jenseits institutionell vordefinierter Angebote individualisierte Hilfen anbieten? Wo liegen für die anbietenden Institutionen ökonomische Grenzen der Flexibilität?
- Welche Erfahrungen haben wir mittel- und langfristig mit bestimmten Hilfevarianten, wie aussagekräftig sind die Überprüfungen von Hilfeplänen in Bezug auf den mittel- und langfristigen Erfolg? Wie angemessen ist das Verhältnis von erzielter Wirkung und eingesetzten Mitteln?
- Noch sind die Hilfepläne je nach Land, Kommune und Einrichtung unterschiedlich. Steckt in der föderalen Praxis die Chance „sozialraumorientierter Passförmigkeit“? Können wir aus den unterschiedlichen Erfolgen der einzelnen Verfahrenswege lernen oder ist die „föderale Vielfalt“ in der Hilfeplanung nur ein Ausfluss eines veralteten, föderalen Widerstands gegen einheitliche Verfahrenswege?

Herausforderung 2: Einzelfallübergreifende Auswertung der Hilfepläne.

Mit der neuen systematischeren Form der Planung von Hilfen eröffnet sich eine weitere Chance zu interessanten Daten zu kommen. Eine Chance, die bislang aber so gut wie nie genutzt wurde: wir müssen die Hilfepläne auch

über den Einzelfall hinaus auswerten. Dies gilt zum einen für die Einrichtung, in der sie erstellt wurde. Hier geben die Pläne eine gute Basis dafür zu beurteilen, wie gut Bedarf und Angebot zusammenpassen bzw. wie sich Zielgruppen und Angebotsformen über die Zeit verändern und in Teilen auch, wie sich in den Organisationen das Miteinander verschiedener Disziplinen entwickelt. Zudem bietet die Auswertung von Hilfeplänen auch die Möglichkeit (das Vorhandensein einigermaßen valider Verbleibsdaten vorausgesetzt) differenziertere Einschätzungen zu treffen, wie die Maßnahmen der Einrichtung und die Erfolge im Alltag der Klienten zusammenhängen. Zumindest würde (eine qualifizierte Auswertung der Hilfepläne vorausgesetzt) der Stand der Hypothesenbildung sich deutlich verbessern.

Das gleiche Potenzial steckt in einrichtungsübergreifende Auswertungen. Auch hier bieten die Hilfepläne viele Anhaltspunkte für eine verbesserte Hilfeplanung bzw. könnten, wiederum vorausgesetzt sie würden ausgewertet, eine große Chance für die, vielerorts den Mangel an qualifizierten Daten beklagenden Hilfeplaner bieten.

Herausforderung 3: Das Hilfeplanverfahren als Chance der Persönlichkeitsförderung

Diese im ersten Moment vom Anspruch her überzogen wirkende Anforderung von Schwabe gewinnt an Umsetzungswahrscheinlichkeit, wenn wir begreifen, dass Hilfeplanverfahren selbst Lernräume für Partizipation, Empowerment und Zukunftsgestaltung bieten, ja bieten müssen. Ich habe es oben bereits an der Beteiligungskultur und Schwabe's Beispiel der Zielentwicklung angedeutet. Wir kommen gar nicht umhin Beteiligungsmöglichkeiten erfahrbar, d. h. erlernbar zu machen, wenn wir wollen, dass die unterschiedlichen Zielgruppen der Hilfeplanverfahren dies auch adäquat nutzen. Dafür ist allerdings ein Perspektivwechsel erforderlich. Nicht das Verfahren ist problematisch, weil Teile des Klientels damit (bzw. mit bestimmten Elementen) überfordert sind, sondern es fehlen die Erfahrungsräume, wie man mit dem Verfahren adäquat umgeht und flexibel und kreativ mit ihm umgeht. So gedacht bieten die Hilfeplanverfahren die Chance auch von den Kompetenzen und der Motivation her mit Klienten an der Gestaltung des eigenen Lebens, an der dazu notwendigen Umsetzung von Wünschen in Ziele, am Prozess der Verantwortungsübernahmen usw. zu arbeiten.

Zu dieser Herausforderung gehört auch das Verfahren mit und für verschiedene Zielgruppen entsprechend anzupassen. Dies gilt auch für die interkulturelle Einbettung der Verfahren. Die Analysen in den verschiedenen Feldern haben hier keine anderen Ergebnisse⁴⁸ gebracht, wie sie bereits die Expertise für den §36 SGB VIII (Kappel, Straus, Weiterschan 2004) festgestellt hatte.

Herausforderung 4: „Über den Tellerrand hinaus“ – Nachhaltige Hilfeplanung.

Die vierte große Herausforderung besteht zunächst in der Aufmerksamkeit für Übergänge und Schnittstellen zu anderen Hilfesystemen. So sehr man

48 Zu den positiven Merkpunkten gehörte schon, wenn beispielsweise in manchen Jugendstrafanstalten im Anamnesebogen gefragt wird, ob man einer islamischen Religion angehöre und oder/und welche daraus resultierenden Essgewohnheiten man hat. Diese Anstalt hatte dann auch entsprechende Angebote (islamischen Gebetsraum, Verpflegungsangebote, usw.) zur Verfügung.

heute (teilweise) erfolgreich versucht im jeweiligen Hilfesystem Ziel und Maßnahmen zu koordinieren (um Entwicklungsverläufe zu verstehen und nicht- abgestimmte Maßnahmenkarrieren zu vermeiden), so wenig passiert dies m. E. nach zwischen den verschiedenen gesellschaftlichen Hilfesystemen. Ein Experte hat leicht resigniert festgestellt, dass er noch nie von Einrichtungen eines anderen Hilfesystems um seine Förderpläne gebeten wurde. „Ganz selbstverständlich beginnt man dort in der Anamnese und Diagnostik wieder bei Null. Das ist wie bei den Ärzten und den Röntgenaufnahmen. Die macht auch jeder Arzt wieder aufs Neue“. Nachhaltigkeit unter einer Hilfeplanperspektive bedeutet diesen Übergängen mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Die vielfach geforderte Vernetzung und Kooperation unterschiedlicher Bereiche würde hier erst mal eine fachlich fundierte Basis erhalten. Selbstverständlich geht dies nur mit Einverständnis der AdressatInnen zur Datenweitergabe. Im Sinne der beschriebenen Beteiligungskultur geht es auch nicht um ein mehr an expertorientiertem Datenaustausch, als vielmehr das Klientel in die Lage zu versetzen, die verschiedenen Hilfeplanungen für die eigene Zukunftsgestaltung zu nutzen.

7 Literaturverzeichnis

- AGJ (1998). Einheit der Jugendhilfe – 50 Jahre Arbeitsgemeinschaft Jugendhilfe.
- AGJ (2004). Stellungnahme des Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Regelung des Jugendstrafvollzuges (GJVollz) und zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Regelung des Vollzuges der Untersuchungshaft. (November 2004). Arbeitskreises „Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement (2004). Arbeitspapier 2004.
- Arbeitsstelle Frühförderung Bayern (1998): Leistungsbeschreibung der interdisziplinären Frühförderung an Frühförderstellen. München.
- Arbeitsstelle Frühförderung Bayern (2006): Leistungsbeschreibung für interdisziplinären Frühförderung. In: Anhang zum Rahmensvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderten und von Behinderung bedrohter Kinder in interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern.
- Armbruster, Jürgen: Zum Stellenwert der Diagnostik für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie. In np 5/2005, S.545-550.
- Autorengruppe Kruckenberg, Peter et al.: Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“. Bd. I.
- AutorInnenkollektiv (2005): Ein Bundesmodellprojekt zur Fortentwicklung des Hilfeplanverfahrens– Ausgangslage, Fragestellung und zusammenfassende Befunde in: Modellprogramm zur Fortentwicklung des Hilfeplanverfahrens: Innovation durch Kooperation. (unveröffentlichter Bericht).
- Balint, Monika (2006). Das Erziehungskonzept im Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Jugendstrafvollzuges vom April 2004. Tübinger Schriften und Materialien zur Kriminologie. Tübingen: Universitätsbibliothek.
- Beck, Ullrich & Lau, Christoph (Hrsg.) (2004). Entgrenzung und Entscheidung. Frankfurt: Edition Zweite Moderne: Suhrkamp.
- Behringer, Luise & Höfer, Renate (2005). Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. München: E. Reinhardt Vlg.
- Berger, Renate (2006): Leitlinien für den medizinischen Anteil der interdisziplinären Frühförderung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern in Frühförderstellen. In: Anlage 7 zum Rahmensvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderten und von Behinderung bedrohter Kinder in interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern.
- Bock, Michael (2001). Einige Bemerkungen zur Aktualität von MIVEA. Referat beim Treffen von Tübinger Altkriminologen am 17./18. September 1999 in Mainz 26.11.2001
- Bohrke-Petrovic Siglinde (2005). Arbeitsmarktpolitik im Argon, Online Text Loccum 26.10.2005, www.loccum.de/aktuell/arbeitsmarkt/arbeit.htm.
- Bohrke- Petrovic, Siglinde (2004). Fallmanagement in der Arbeitsgemeinschaft (ArGe), Online Text Loccum 23.11.2004, www.loccum.de/aktuell/arbeitsmarkt/arbeit.htm.
- Breunig, Werner & Schwan Helmut (2004) Jugendstrafvollzug: Förderpläne und Zielvereinbarungen statt Erlebnispädagogik. FAZ.Net (12.8.2004)
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/ICF/>
- Bundesregierung (2004) Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Jugendstrafvollzuges (GJVollz) (Stand 28.4.2004).
- DBSH (2004). Stellungnahme des Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) zum: Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Jugendstrafvollzuges (GJVollz) (Juni 2004).
- Depner, Rolf / Trube, Achim: in Johannes. Schädler u. a.: Der Stand der Kunst, Qualitätsmanagement Sozialer Dienste, Münster 2001.Deutschen Richterbundes (2004). Stellungnahme des Deutschen Richterbundes zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Regelung des Vollzuges der Untersuchungshaft (GVU) <http://www.dr.b.de/>
- Fricke, Christian (2004): Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung. Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der erforderlichen Teamarbeit. In: Kühl, Jürgen (Hrsg.): Frühförderung und SGB IX – Rechtsgrundlagen und praktische Umsetzung. Ernst Reinhardt, München/Basel, S.54-57.

- Gemeinsame Stellungnahmen (2004). Konferenz der katholischen Seelsorge bei den Justizvollzugsanstalten, gemeinsame Stellungnahme (Juli 2004) Gemeinsame Stellungnahme der Konferenz der Katholischen Seelsorge bei den Justizvollzugsanstalten in der Bundesrepublik Deutschland und ihrer Arbeitsgemeinschaft Jugendvollzug, der Evangelischen Konferenz für Gefängnisseelsorge in Deutschland und ihrer Arbeitsgemeinschaft Jugendvollzug, der Katholischen Bundes-Arbeitsgemeinschaft Straffälligenhilfe im Deutschen Caritasverband, der Evangelischen Konferenz für Straffälligenhilfe im Diakonischen Werk der EKD, der Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V., des Beauftragten des Rates der EKD für Seelsorge in den Justizvollzugsanstalten, des Bevollmächtigten des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland bei der Bundesrepublik Deutschland und der EU und des Leiters des Kommissariats der deutschen Bischöfe. Katholisches Büro in Berlin – zum Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Jugendstrafvollzuges (GJVollz) (Juli 2004)
<http://www.kags.de/html/jugendstrafvollzugsgesetz.html>.
- Goll, Herbert (1996) Transdisziplinarität. In: Opp, G., Freytag A., Budnik I. (Hrsg.) Heilpädagogik in der Wendezeit. Brüche, Kontinuitäten, Perspektiven. Edition SZH/SPC, Luzern, S.164-174.
- Gromann, Petra (2006): Der Personenzentrierte Ansatz: Von einem institutions- zu einem personenzentrierten psychiatrischen Hilfesystem“ <http://www.ibrp-online.de/01.html> (20.2.2006).
- Handbuch zur Individuellen Hilfeplanung in Rheinland-Pfalz (2005)
<http://www.kaiserslautern-kreis.de>
- Heiner, Maja: Konzeptionelle und methodische Ansätze der Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In np 5/2005, S.535-539.
- Herrmann-Woitas, Eva (2000). Der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) im psychiatrischen Wohnverbund: eine Prozess- und Ergebnisevaluation. Dissertation zum Dr. sc. hum., Universität Heidelberg.
- Hessischer Landtag (2005). Kleine Anfrage des Abg. Dr. Andreas Jürgens (Die Grünen) vom 7.10.2004 betreffend einheitliche Vollzugskonzeption im hessischen Jugendstrafvollzug und Förderplanung und Antwort des Ministers der Justiz. Drucksache 16/2784 (3.2.2005). Wiesbaden.
- Hessisches Justizministerium (2004). Regierungserklärung "Bilanz Strafvollzug" vom 15. Juni 2004 / Justizminister Dr. Christian Wagner.
- Hessisches Sozialministerium (Hrsg.) (2003): Rahmenkonzeption Frühförderung Hessen. Erarbeitet von der Landesarbeitsgemeinschaft der Frühförderstellen Hessen e.V. Lebenshilfe-Verlag, Marburg.
- Hinte, Wolfgang (1997). Jugendämter auf dem Prüfstand. Zentralblatt für Jugendrecht. S.345- 392.
- Höfer, Renate & Straus, Florian (1993), Von Beginn an ohne Chance? – Benachteiligte Jugendliche und Integrationshilfen der BBJH. München: Profil Vlg.
- Hölzlein, Manfred (2004): in Leitfaden, 12/2004, Vorwort zum „Leitfaden der bayerischen Bezirke zum Gesamtplanverfahren gemäß § 58 SGB XII“, Präsident des Verbandes der bayerischen Bezirke.
- Justizministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, (2004). Konzeption für den Jugendvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen. (Stand August 2004).
- Kappel, Monika & Straus, Florian & Weiterschan, Walter (2004). Expertise: Interkulturelle Aspekte bei der Durchführung des Hilfeplanverfahrens. München: DJI. Das Modellprogramm wird gefördert aus Mitteln des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Kirchner, Gernot (2003). Warum haben wir für die Einführung von MIVEA entschieden? Vortrag bei der Tagung der Führungsakademie für den Justizvollzug in Celle am 24.11.2003.
- Kriener, Martina (1999). Beteiligung als Chance für mehr Demokratie in der Heimerziehung. In: Kriener & Petersen (Hrsg.), Beteiligung in der Jugendhilfepraxis. Sozialpädagogische Strategien zur Partizipation in Erziehungshilfen und bei Vormundschaften. Votum: Münster, S. 112-129.
- Kruckenberg, Peter (2000). Kruckenberg in: ZS Sozialpsychiatrische Informationen, Bonn 2000.
- Kunze, Heinrich / Kruckenberg, Peter / Aktion psychisch Kranke (Hg.): Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung.
- EJSA (2004). Gütesiegelsoziale und berufliche Integration. München: Eigenverlag Landesarbeitsgemeinschaft der Jugendsozialarbeit (2005): BBJH Qualitätsoffensive. <http://www.lagjsa-bayern.de/pages/qualof.html>
- Leitfaden (2004). „Leitfaden der bayerischen Bezirke zum Gesamtplanverfahren gemäß § 58 SGB XII“. Dezember 2004.
- Neuhäuser, G. (1995): Medizinische Konzepte und Interdisziplinarität in der Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär. 14.Jg, S.145-152.
- Niederberger, Josef Martin & Bühler-Niederberger, Doris (1988). Formenvielfalt in der Fremderziehung. Zwischen Anlehnung und Konstruktion: Enke: Stuttgart.

- Ohr, Barbara (1998). Leitlinien für den medizinischen Anteil der interdisziplinären Frühförderung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern in Frühförderstellen. VIFF, Landesvereinigung Bayern.
- Post, Wolfgang (2003). Erziehung im Heim. Perspektiven der Heimerziehung im System, der Jugendhilfe. Weinheim und München: Juventa.
- Rahmenvertrag (2006), Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern, Stand 26.1.2006.
- Reis, Claus (2005). Anspruch und Wirklichkeit des Fallmanagements. Online Texte der Evangelischen Akademie Bad-Boll / www.ev-akademie-boll.de, www.ev-akademie-boll.de/fileadmin/res/otg/650405-Reis.pdf.
- Schrappner, Christian (2005) Standards der Hilfeplanung nach §36 – eine Zwischenbilanz, ExpertInnengespräch 18.10.2005 in München, DJI.
- Schulte-Kemna, Georg (2004). Materialien zum Personenzentrierten Ansatz in der psychiatrischen Versorgung. Forum für Psychiatrie, Kerbe: Stuttgart.
- Schumacher, Rolf (2005). Integrationsplanung im Beschäftigungsorientierten Fallmanagement. ExpertInnengespräch 18.10.2005 in München, DJI.
- Schwabe, Mathias (2002) Das Hilfeplangespräch als Planungsinstrument. Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren eines kommunikativen Verfahrens bei der Steuerung und Zielorientierung von Erziehungshilfen. Forum Erziehungshilfen 8./ 2002, Heft 1, S. 4-12.
- Schwabe, Mathias (2005) Subjektive Voraussetzung für Zielformulierung und Kontraktfähigkeit“ In: SPI (Hrsg.): Hilfeplanung – reine Formsache? Dokumentationen 4, München 2005, S. 216-232.
- Schwabe, Mathias (2005a) Methoden der Hilfeplanung. Zielentwicklung, Moderation und Aushandlung, IGFH: Frankfurt am Main.
- Struck, Norbert/Galuske, Michael/ Thole, Werner (Hrsg.) (2003). Reform der Heimerziehung. Eine Bilanz. Opladen: Leske + Budrich.
- Taube, Kathrin (2000). Von der Elternarbeit zur systemischen Familienarbeit in der Heimerziehung. Aus: Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e.V. (Hrsg.), Zurück zu den Eltern? München: Eigenverlag (zugleich SGB VIII – Online-Handbuch herausgegeben von Ingeborg Becker-Textor und Martin R. Textor.
- Thurmair, Manfred & Naggl, Monika (2000): Praxis der Frühförderung. Ernst Reinhardt, München/Basel.
- Transfer (2003.). Evaluation des Gesamtplanverfahrens, nach §46 BSHG für seelisch behinderte Menschen. Herausgegeben vom Verband Bayerischer Bezirke (CD).
- Treptow, Rainer: Zwischen Fallverstehen, Aushandlung und Entscheidung. In: np 5/2005, S.555-558.
- Uhlendorff, Uwe: Sozialpädagogische Diagnosen: Traditionslinien und aktuelle Herausforderungen. In: np 5/2005, S.524-529.
- Urban, Ulrike (2004). Professionelles Handeln zwischen Hilfe und Kontrolle. Sozialpädagogische Entscheidungsfindung in der Hilfeplanung. München: Juventa.
- Urban, Ulrike (2005). Hilfeplanung in der Ambivalenz zwischen Hilfe und Kontrolle. In: SPI (Hrsg.): Hilfeplanung – reine Formsache? Dokumentationen 4, München 2005, S. 233-242.
- Vaupel, Heinz- Wilhelm (2003). MIVEA- Erfahrungen bei der Umsetzung in die richterliche Praxis als Jugendrichter und besonderer Vollstreckungsleiter.
- ViFF (1999) Stellungnahmen VIFF zum SGB IX – Frühförderungsverordnung – FrühV (BR-Drs. 205/03)vom 30.11.1999.
- ViFFnetz www.fruehfoerderung-viff.de
- Wendt, Wolf Rainer (2004): Case Management der Zukunft, Münster 29.1.2004.
- Wiesner R. (2005). Das Hilfeplanverfahren als Steuerungsinstrument. In: SPI (Hrsg.): Hilfeplanung – reine Formsache? Dokumentationen 4, München 2005, S. 8-26.
- Wolf, Klaus (2003). Heimerziehung aus Kindersicht als Evaluationsstrategie. In SPI (Hrsg.) Heimerziehung aus Kindersicht. Autorenband 4 der SPI Schriftenreihe. München: Eigenverlag, S.6-39.

ANHANG

Das Deutsche Jugendinstitut stellt hier im Anhang Unterlagen und Anschauungsmaterial der Expertise „Hilfepläne im interdisziplinären Zusammenhang“ von Dr. Florian Strauß, zur Dokumentation vor.

1 **Arbeitsversion zum Förderplan in der Frühförderung**

(Arbeitsstelle Frühförderung Bayern November 2005)

2 **Planungsinstrumente Gesamtplanverfahren in Bayern**

(aus: Leitfaden der bayerischen Bezirke zum Gesamtplanverfahren gemäß § 58 SGB XII Dezember 2004)

3 **Eingliederungsvereinbarung nach SGB II (anonymisiertes Beispiel)**

4 **Förderplan als integriertes Steuerungsinstrument**

Kriterium 1.3 des Gütesiegels der BBJH Bayern aus: (© Evangelische Jugendsozialarbeit Bayern, Gütesiegel zur beruflichen und sozialen Integration Stand 10/2004)

+ **Beispiel eines Auswertungsbogens zu einem Förderplangespräch (Werkstatt X)**

5 **Erziehungsplan (anonymisiertes Beispiel aus dem Strafvollzug)**

Kurzfassung des 2. Erziehungsplans, erstellt ein halbes Jahr nach dem 1. Erziehungsplan)

1 **Arbeitsversion zum Förderplan in der Frühförderung**

(Arbeitsstelle Frühförderung Bayern November 2005)

Förder- und Behandlungsplan

Datum

Name

geb. am

Anmeldung am

Hauptdiagnose und Nebendiagnosen (wenn möglich ICD 10)

1. Dimension: Allgemeine Entwicklung und Kognition
2. Dimension: Körperlich-neurologischer Befund
3. Dimension: Teilleistungen
4. Dimension: Verhalten und emotionale Entwicklung
5. Dimension: Entwicklungsbedingungen

Ergebnis: Bedingungsanalyse, Zusammenhänge, Prognose, Ziele, Behandlung

Fehlende Informationen und Diagnosen

01 Erläuterungen

02 Leitlinien

03 Ablaufschema

04 Dimensionenübersicht

05 Förderplan

Abmachungen:

Vorschläge zur Förderung aus fachspezifischer Förderdiagnostik:

Fördernder/Behandelnder Fachbereich (Beruf, Name):

<p>Behandlungsempfehlung</p> <ul style="list-style-type: none"> o keine weiteren Maßnahmen o Weitervermittlung o <u>Kontroll- Untersuchung am</u> o Interdisziplinäre Frühförderung/ Therapie 	<p>Schwerpunkte</p> <ul style="list-style-type: none"> o Funktionelle Förderung/Behandlung o Verhalten/soziale und emotionale Kompetenz o Spiel- und Lernverhalten o Selbständigkeit u. Lebenspraxis o Elternberatung o Andere
<p>Setting</p> <ul style="list-style-type: none"> o Einzel o Gruppe o Wechsel <hr/> <ul style="list-style-type: none"> o Ambulant o Mobil im Kindergarten o Mobil im Elternhaus o Wechsel 	<p>Setting</p> <ul style="list-style-type: none"> o Förderblock o Kurzzeit o Regelmäßig und nachhaltig o Befristet o Unbefristet <p>Besonderes;</p>

Interdisziplinäre Fallberatung mit:

Diagnosevermittlung und Behandlungsempfehlung am: mit

Vereinbarung mit den Eltern:

Datum/Unterschrift Diagnostiker(in)

2 Planungsinstrumente Gesamtplanverfahren in Bayern

(aus: Leitfaden der bayerischen Bezirke zum Gesamtplanverfahren gemäß § 58 SGB XII Dezember 2004)

VIII: Anhang
1. Planungsinstrumente
a) Ärztlicher Bericht

An den Kostenträger

Name des Verfassers/ der Verfasserin und Anschrift
der
erstellenden Dienststelle/ Institution

Anschrift:
Dienststelle/ Institution:

Straße:
Postleitzahl/Ort:

Arzt/Ärztin:

Tel.
Fax: E-
Mail:

Der Arztbericht wurde erstellt am:

Dieser Bericht ist in einem verschlossenen
Umschlag an den Fachdienst zu senden

Ärztlicher Bericht

zur Einleitung von Maßnahmen/ Hilfen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII als Vorlage beim Sozialhilfeträger

Die in diesem Ärztlichen Bericht erhobenen Daten sind ausschließlich zur Vorlage beim Sozialhilfeträger bestimmt und dienen der sozialhilferechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe der §§ 53 und 9 SGB XII i.V. m. § 58 SGB XII.

Dieser Bericht mit Maßnahmeempfehlung bildet eine wesentliche Voraussetzung zur systematischen Entwicklung und Erstellung eines Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfgewährung. Das Prinzip der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung ist soweit wie möglich zu berücksichtigen. Auch ist der Grundsatz ambulant vor stationär zu beachten (2. Bayer. Landespsychiatrieplan).

Es wird gebeten, das vorgegebene Schema zu verwenden und Angaben möglichst vollständig und umfassend zu machen.

Anlagen:

Schweigepflichtentbindung (2-fach),
Rechtliche Erläuterungen.

1. Personalien des Betroffenen/ der Betroffenen:

Name
Vorname
Geb.-Datum
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)

An den Leistungsträger

Anschrift des diesen Sozialbericht
bearbeitenden Leistungsanbieters:

Sozialbericht mit Maßnahmeempfehlung

**für den Personenkreis der
wesentlich seelisch behinderten
Menschen**

Tel.: Fax:

eMail:

Name des
Erstellers

zur Erstellung eines Gesamtplans

gemäß §58 SGB XII

(zur Vorlage beim Leistungsträger- möglichst
maschinell bearbeiten)

Erläuterungen:

Die in diesem Sozialbericht erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Leistungsträger bestimmt und dienen der sozialhilferechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe der §§ 53 und 9 SGB XII i. V. m. § 58 SGB XII. Dieser Sozialbericht mit Maßnahmeempfehlung bildet eine wesentliche Voraussetzung zur Entwicklung eines Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfestellung.

Der Sozialbericht mit Maßnahmeempfehlung ist in enger Abstimmung mit dem Leistungsberechtigtem und ggf. dem/der gesetzlichen Betreuer/in zu fertigen. Die Beteiligung des Leistungsberechtigtem wird mit dessen/deren Unterschrift - ggf. zusätzlich mit der Unterschrift des/der gesetzlichen Betreuers/in - auf der letzten Seite dieses Sozialberichtes bestätigt.

Paragraph 67a Abs.3 SGB X (Sozialgesetzbuch Zehntes Buch) verpflichtet dazu, auf die Mitwirkungspflichten des Antragstellers bzw. des Leistungsbeziehers nach den §§ 60 ff SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch) zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts hinzuweisen. Gleiches gilt für den Hinweis, dass der Leistungsträger bei fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise

versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

Im Sinne einer Vernetzung und einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung sind die vorbehandelnden bzw. -betreuenden Leistungsträger möglichst zu beteiligen. Dabei ist der Grundsatz **"ambulant vor stationär"** zu berücksichtigen.

Es wird gebeten, das vorgegebene Schema zu verwenden und die für die jeweilige Hilfeplanung notwendigen Angaben möglichst vollständig und umfassend zu machen. Sofern Informationen zur Bearbeitung einzelner Abschnitte des Sozialberichtes nicht vorliegen bzw. nicht zu erhalten sind, wird gebeten, dies mit "nicht bekannt" zu kennzeichnen

Sozialbericht für: geb. am: Erstellt am:

SOZIALDATEN

Straße, HsNr.:
PLZ Wohnort:
Telefon:
Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

- Deutsch
- andere:

Krankenkasse:

Rentenversicherungsträger:

Arbeitsamt:

Nächste(r) Angehörige(r) (bzw. nächste Bezugsperson):

Name:
Vorname:
Straße, HsNr.:
PLZ, Wohnort:
Telefon:

Wurde ein/e gesetzliche/r Betreuer/in bestellt oder einer nahestehenden Person Vollmacht erteilt?

- Nein
- Ja, und zwar
 - gesetzliche Betreuung
 - Bevollmächtigung
 - beantragt am

Wenn Ja.:

Name: Vorname:
Straße, HsNr.:
PLZ, Wohnort:
Telefon:

Wirkungs-/Aufgabenkreis des/der Betreuers/in bzw. der bevollmächtigten Person

Aufenthaltsbestimmung

- Heilbehandlung
- Vermögenssorge
- Vertretung gegenüber Behörden
- Einwilligungsvorbehalt
- Sonstige

A. ANGABEN ZUR ALLGEMEINEN SOZIALEN SITUATION

A. 1 Familienstand:

- Ledig
- verheiratet, seit
- verwitwet, seit
- geschieden, seit
- getrennt lebend, seit

A. 2 Kinder:

- Anzahl

Alter:

A. 3 Lebensform:

- Alleinlebend
- zusammen mit
 - Partner
 - Eltern
 - Kindern, Verwandte
 - mit zu versorgenden Kindern

A. 4 Wohnsituation:

- Eigene Wohnung
- Elterliche Wohnung
- Wohngemeinschaft
- Möbliertes Zimmer
- ambulant betreute Wohnform
- Heim
- Wohnungslos
- Sonstige (bitte angeben):

A. 5 Für den Leistungsberechtigten bedeutsame soziale Kontakte, die Unterstützung bedeuten und zukünftig erhalten werden sollen:

- zu Angehörigen
- zu Freunden
- zu Kollegen
- zu Nachbarn, Mitbewohnern '
- durch Vereins- oder Clubtätigkeit (auch: Selbsthilfegruppen, Besuch von (Alten-) Begegnungsstätten)
- besondere sprachliche/kulturelle Bezugsgruppe
- Sonstige:

Sozialbericht für:

geb. am:

Erstellt am

A. 6 Kurze Sozialanamnese und Erläuterung der aktuellen Lebenssituation

B. ANGABEN ZU AUSBILDUNG UND BERUFSTÄTIGKEIT

B 1 Schulbildung

höchster erreichter Schulabschluß:

B 4 Ergänzende Angaben zu Schule, Ausbildung und Berufstätigkeit (z. B. auch frühere berufliche Erfahrungen):

B. 2 Berufsausbildung

erlernte Berufe

Abschlüsse;

B. 3 Derzeit (oder zuletzt) ausgeübter Beruf bzw. Tätigkeit:

nie erwerbstätig

Von:

bis:

Sozialversicherungspflichtig:

ja nein

berufstätig Vollzeit;

befristet unbefristet

berufstätig Teilzeit.

Anzahl der wöchentlichen Stunden

befristet unbefristet

berufstätig gelegentlich

mithelfender Familienangehöriger

Hausfrau/-mann, nicht erwerbstätig

Wehr-/Zivildienst, FSJ

beschäftigt in:

WfB Dauerarbeitsplatz

Selbsthilfefirma/Integrationsfirma

Belastungserprobung /Arbeitstraining

Sonstige (bitte angeben):

C. ÜBERSICHT DER BISHER VORAUSGEGANGENEN MASSNAHMEN

C. 1 stationäre Klinikaufenthalte:

nein ja

Name / Art der Einrichtung Dauer des Aufenthaltes

Von bis

C.4 Ambulante psychiatrische / psychotherapeutische Behandlungen;

nein ja

wenn ja.
Art der Behandlung, Zeitraum

C. 2 Aufenthalte in stationären Wohnformen:

nein wenn ja

Art der Einrichtung Dauer des Aufenthaltes
Von bis

C. 5 In Anspruch genommene ambulante / teilstationäre sozialpsychiatrische Betreuungsleistungen:

nein ja

Art der Maßnahme und Zeitraum

C. 3 Teilnahme an medizinischen, beruflichen oder sozialen Rehabilitationsmaßnahmen;

nein ja

Wenn ja:
Name und Art der Maßnahme und des Leistungserbringers,
Zeitraum

C. 6 Ergänzende Angaben zu den vorausgegangenen Maßnahmen:

Sozialbericht für	,geb.	Erstellt am:	Erstellt am:
D. AKTUELLER HILFEBEDARF - R E S S O U R C E N - Z I E L E			
	Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage	Beschreibung vorhandener Fähigkeiten, aktivierbarer Ressourcen	Einschätzung des Hilfebedarfes
			Förderziele
Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z.B. Krankheitseinsicht, Compliance, Krisensituation, Medikamenteneinnahme)			<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot
Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen			<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot
Selbstversorgung und Wohnen	Lke4l		<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot

Version Dezember 2004 - AG Gesamtplan (Verband der Bayer. Bezirke)

Sozialbericht für	,geb.	Erstellt am:	Erstellt am:

D. AKTUELLER HILFEBEDARF - RESSOURCEN - ZIELE

	Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage	Beschreibung vorhandener Fähigkeiten, aktivierbarer Ressourcen	Einschätzung des Hilfebedarfes	Förderziele
Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung			<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot	
Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben			<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot	

Ergänzende Ausführungen zum Hilfebedarf, Krisenzeiten, usw.

Sozialbericht für:

geb. am:

Erstellt am:

E. MASSNAHMEVORSCHLAG AMBULANT - TEILSTATIONÄR

E. 1 Für die ambulante/teilstationäre Betreuung wird / werden, folgende Maßnahme/n vorgeschlagen (Angabe der Stunden pro Woche):

Betreuungsschlüssel
Stundenzahl

E. 2 Die Hilfestellung erfolgt im Zusammenwirken folgender Personen, Dienste und Leistungserbringern (ggf. Benennung des/der für den Hilfeprozess vorrangigen Ansprechpartners/Casemanagers - Anschrift, Tel., evtl. Absprachen bzgl. Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten ausführen):

E. 3 Folgende nicht psychiatrische Hilfen werden begleitend in Anspruch genommen bzw. empfohlen (Anschrift, Tel.):

E. 4 Ergänzende Bemerkungen (z.B. Ausführungen zu evtl. fehlenden Betreuungsangeboten bzw. fehlenden Versorgungsstrukturen und einer dadurch erschwerten Hilfevermittlung):

* **Übersicht!** psych Klinik, psych. Tagesklinik, Nachtklinik, Fach-/Kurklinik (Sucht/Psychosomatik), Institutsambulanz/Poliklinik, niedergelassener Psychiater, niedergelassener Psychotherapeut, Hausarzt, sonst. Fachärzte, SpDi, psychiatrischer Pflegedienst, Betreutes Wohnen, Familienpflege, Übergangwohnheim, psychiatrisches Wohnheim, Alten(pflege)heim, Rena-Einrichtung, amb. Arbeitst. , PSD (berufsbegleitender Fachdienst), Arbeitsassistenz, Selbsthilfefirma, WfbM, Tagesstätte, Aitentagespflege, sonst. Kontakt- und Beratungsstelle, Suchtberatungsstelle, allgem. soziale Dienste, Sonstige

Sozialbericht für:	geb am:	Erstellt am:
F. MASSNAHMEVORSCHLAG AMBULANT - STATIONÄR		

F. 1 Begründung des Ausschlusses ambulanter / teilstationärer Hilfen sowie Begründung der Notwendigkeit einer stationär Leistung:

F.1a Für die stationäre Betreuung wird / werden, folgende Maßnahme/n vorgeschlagen:

F. 2 Die stationäre Betreuung muss beschützend (= geschlossen) erfolgen:

ja nein

wenn ja, Erläuterung:

Bitte soweit vorhanden Beschluss beifügen

F. 3 Folgende Leistungserbringer wären geeignet (falls eine Vermittlung in eine Einrichtung außerhalb des gemeindenahen Versorgungssystems erfolgen soll, Begründung):

Vorstellung erfolgt(e) am:

F. 4 Bei folgenden weiteren Leistungserbringern wurde die / der Leistungsberechtigte ebenfalls angemeldet:

F. 5 Folgende(r) Leistungserbringer hat / haben eine Aufnahme in Aussicht gestellt (bitte Ausführungen zum voraussichtlichen Leistungsbeginn, zum geplanten bzw. durchgeführten Probewohnen etc.):

* Schlüssel 01 psych. Klinik, 02 psych. Tagesklinik, 03 Nachtklinik, 04 Fach-/Kurklinik (Sucht/Psychosomatik), 05 Institutsambulanz /Poliklinik, 06 niedergelassener Psychiater, 07 niedergelassener Psychotherapeut, 08 Hausarzt, 09 sonst. Fachärzte, 10 SpDi, 11 psychiatrischer Pflegedienst, 12 Betreutes Wohnen, 13 Familienpflege, 14 Übergangswohnheim, 15 psychiatrisches Wohnheim, 16 Alten(pflege)heim, 17 Reha-Einrichtung, 18 amb. Arbeitsst., 19 PSD (berufsbegleitender Fachdienst), Arbeitsassistent, 20 Selbsthilfefirma, 21 WfB, 22 Tagesstätte, 23 Altentagespflege, 24 sonst. Kontakt- und Beratungsstelle, 25 Suchtberatungsstelle, 26 allgem.

F. 6 Ausführungen zu evtl. fehlenden Betreuungsangeboten bzw. fehlenden Versorgungsstrukturen und einer dadurch erschwerten Hilfevermittlung:

F. 7 Sofern vorhanden, Darstellung und prognostische Einschätzung der in der Symptomatik bzw. im Verlauf der psychischen Erkrankung liegenden besonderen Erschwerungsgründe bei der Vermittlung in Einrichtungen:

Übersicht: psych. Klinik, psych. Tagesklinik, Nachtklinik, Fach-/Kurklinik (Sucht/Psychosomatik), Institutsambulanz/Poliklinik, niedergelassener Psychiater, niedergelassener Psychotherapeut, Hausarzt, sonst. Fachärzte, SpDi, psychiatrischer Pflegedienst, Betreutes Wohnen, Familienpflege, Übergangwohnheim, psychiatrisches Wohnheim, Alten(pflege)heim, Reha-Einrichtung, amb. Arbeitsth., PSD (berufsbegleitender Fachdienst), Arbeitsassistent, Selbsthilfefirma, WfbM, Tagesstätte, Altentagespflege, sonst. Kontakt- und Beratungsstelle, Sucht beratungsstelle, allgem. soziale Dienste, Sonstige

Abbildung von Originaldokumenten

Sozialbericht für:	geb. am:	Erstellt am:	
G. DAUER - H./I. WÜNSCHE / VORBEHALTE - J. BETEILIGTE STELLEN - K.BEMERKUNGEN			

G. Einschätzung über die notwendige Dauer der im Punkt E. oder F. vorgeschlagenen Maßnahmen:

D kurzfristig im Sinne von Krisenintervention (bis 6 Monate) D
mittelfristig (6 bis 24 Monate) D langfristige (24 Monate und
mehr)

Prognose des weiteren Verlaufes;

I. Wünsche des / der Leistungsberechtigter in Bezug auf seine / ihre zukünftige Wohn- und Lebenssituation - ggf. unabhängig oder auch im Gegensatz zu den vorgeschlagenen Maßnahmen:

H. Wünsche, Erwartungen und Vorbehalte der / nachfragenden Person, ggf. des gesetzlichen Betreuers, in Bezug auf die vorgeschlagenen Maßnahmen:

J. Dieser Sozialbericht wurde in Kooperation mit folgenden Personen, Diensten, Leistungserbringern und Leistungsträgern erstellt (Name, Ansprechpartner Adresse, Tel. / Fax, ggf. Aktenzeichen):

K. Sonstige Bemerkungen:
z.B. Sozialbericht wurde in Form einer
Personen/Fachkonferenz erstellt

Datenverantwortliche Stelle i. S. d. § 67 Abs. 9 S.3 SGB X ist die Sozialverwaltung des Sozialhilfeträgers (Leistungsträgers). Die Zweckbestimmung sowie die Hinweise auf die Mitwirkungspflichten und auf die Folgen fehlender Mitwirkung ergeben sich aus dem Deckblatt dieses Berichts. Der Leistungsberechtigte erklärt für die Zweckbestimmung dieses Sozialberichts seine Einwilligung in die Übermittlung der hierzu erforderlichen Daten an den Sozialhilfeträger. Dies gilt auch für Angaben über seine Gesundheit und Religionszugehörigkeit (besondere Arten personenbezogener Daten nach § 67 Abs. 12 SGB X).

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungsberechtigten

Unterschrift des Ausfüllenden

Unterschrift des gesetzlichen Betreuers

3 Eingliederungsvereinbarung nach SGB II (anonymisiertes Beispiel)

Frau
XX

Kundennummer: 12345
Telefon: 123 /45678

Org. -Zeichen: xy
Name: XX
Telefon: 1234566

Eingliederungsvereinbarung

zwischen

erwerbsfähige(r) Hilfeempfänger(in)

(nichterwerbsfähige(r) Hilfebedürftige(r) in BG)

und

JobcenterXX-Stadt

im Einvernehmen mit

Frau XX

1. Leistungen und Pflichten der Vertragsparteien

Frau XX verpflichtet sich, alle Möglichkeiten zu nutzen, um den eigenen Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln und Kräften zu bestreiten und an allen Maßnahmen zur Eingliederung mitzuwirken.

Aufgrund der besprochenen Chanceneinschätzung werden folgende Aktivitäten zur beruflichen Eingliederung für XX sowie für nicht erwerbsfähige Personen, die mit ihm/ihr in einer Bedarfsgemeinschaft leben, für die Zeit bis 03.04.2006 verbindlich vereinbart, soweit zwischenzeitlich nichts anderes vereinbart wird.

a. ARGE, Agentur, Kommune

* Aus-/Weiterbildung
- Förderung der Maßnahme XYZ
ab dem 04.04.2005

b. eHb

Abbildung von Originaldokumenten

Sonstiges

- Verpflichtung zur Teilnahme an der Maßnahme XYZ

c. Leistungen und Pflichten an die/den nicht erwerbsfähige(n) Hilfebedürftige(n), die/der mit der/dem eHb in einer Bedarfsgemeinschaft wohnt

2. Rechtsfolgen bei Nichterfüllung der Rechte und Pflichten;

a. Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende

Die Vertragsparteien sind sich einig, dass sich Frau XX gegenüber dem zuständigen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende darauf berufen kann, dass sie/er die in der EinV festgelegten Rechte einfordern kann.

Sollte der entsprechende Träger seiner in der Eingliederungsvereinbarung festgelegten Pflicht nicht nachkommen, ist ihm innerhalb einer Frist von 6 Monaten das Recht der Nacherfüllung einzuräumen.

Sollte eine Nachbesserung tatsächlich nicht möglich sein, muss er Frau XX folgende Ersatzmaßnahme anbieten:

b. erwerbsfähige(r) Hilfebedürftige(r)

Sollte Frau XX die in dieser Eingliederungsvereinbarung vereinbarten Pflichten nicht erfüllen, insbesondere keine Eigenbemühungen in dem hier festgelegten Umfang nachweisen, treten die gesetzlich vorgeschriebenen Rechtsfolgen ein, sofern die/der erwerbsfähige Hilfebedürftige/n keinen wichtigen Grund für sein Verhalten nachweist (Hinweise zu den Rechtsfolgen befinden sich im Anhang).

c. nicht erwerbsfähige(r) Hilfebedürftige(r)

Auch für die/den nicht erwerbsfähige(r)/n Hilfebedürftige(r)/n können gesetzlich vorgeschriebene Rechtsfolgen eintreten, die Leistungskürzungen zur Folge haben. Hinweise zu den Rechtsfolgen befinden sich im Anhang.

3. Schadensersatzpflicht bei Abbruch einer Bildungsmaßnahme

Frau XX verpflichtet sich zur Zahlung von Schadensersatz, wenn sie/er die Maßnahme aus einem von ihr/ihm zu vertretenden Grund nicht zu Ende führt. Die Höhe des Schadensersatzes beträgt 30 % der Lehrgangskosten, es sei denn der tatsächlich eingetretene Schaden ist niedriger.

Das Einvernehmen des kommunalen Trägers liegt vor (siehe Anlage) bzw. gilt durch übergreifende Regelungen der Grundsicherungsträger als erteilt.

Ich habe eine Ausfertigung der Eingliederungsvereinbarung erhalten. Unklare Punkte wurden erläutert, die möglichen Rechtsfolgen" verdeutlicht. Mit den Inhalten der Eingliederungsvereinbarung bin ich einverstanden.

Rechtsfolgenbelehrung

1. Wenn Sie nicht bereit sind,

- die in diesem Bescheid festgelegten Pflichten zu erfüllen, insbesondere in ausreichendem Maße Eigenbemühungen nachzuweisen, oder
- eine zumutbare Arbeit, Ausbildung oder Arbeitsgelegenheit aufzunehmen oder fortzuführen, oder
- zumutbare Arbeit nach §16 Abs. 3 Satz 2 Sozialgesetzbuch Zweites Buch (nachfolgend SGB II genannt) auszuführen (eine im öffentlichen Interesse liegende, zusätzliche Arbeit), oder wenn Sie eine zumutbare Maßnahme zur Eingliederung in Arbeit abbrechen oder Anlass für den Abbruch geben,

wird das Arbeitslosengeld II in einer ersten Stufe um 30 vom Hundert der für Sie maßgebenden Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhaltes. (§ 20 SGB II) abgesenkt; darüber hinaus entfällt der Zuschlag nach Bezug von Arbeitslosengeld im Sinne des § 24 SGB II.

Dies gilt nicht, wenn Sie einen wichtigen Grund für Ihr Verhalten nachweisen (§ 31 Absatz 1 SGB II).

2. Bei wiederholter Pflichtverletzung innerhalb des Sanktionszeitraums (siehe Ziffer 5) im Sinne der Ziffer 1 wird das Arbeitslosengeld II zusätzlich um 30 vom Hundert der für Sie maßgebenden Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhaltes gemindert.

Ist die Minderung höher als Ihr Anspruch auf Leistung zum Lebensunterhalt nach § 20 SGB II, so können auch die Leistungen des § 21 SGB II (Leistungen für Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt), des § 22 SGB II (Leistungen für Unterkunft und Heizung) und des § 23 Abs. 3 SGB II (Sachleistungen) gemindert werden.

Bei einer Minderung der Regelleistung im Sinne des § 20 SGB II um mehr als 30% kann der zuständige Träger in angemessenem Umfang ergänzende Sachleistungen oder geldwerte Vorteile erbringen; diese Leistungen werden im Regelfall erbracht, wenn Sie mit minderjährigen Kindern in einer Bedarfsgemeinschaft leben.

3. Kommen Sie einer Aufforderung, sich bei der Arbeitsgemeinschaft/ Agentur zu melden, oder zu einem ärztlichen oder psychologischen Untersuchungstermin zu erscheinen, nicht nach und weisen Sie keinen wichtigen Grund hierfür nach, wird das Arbeitslosengeld II in einer ersten Stufe um 10% der Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach § 20 SGB II gekürzt und der Zuschlag nach Bezug von Arbeitslosengeld im Sinne des § 24 SGB II fällt weg.

4. Bei wiederholter Pflichtverletzung im Sinne der Ziffer 3 wird das Arbeitslosengeld II zusätzlich um 10% der Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhaltes gemindert.

Ist die Minderung höher als Ihr Anspruch auf Leistung zum Lebensunterhalt nach § 20 SGB II, so können auch die Leistungen des § 21 SGB II (Leistungen für Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt), des § 22 SGB II (Leistungen für Unterkunft und Heizung) und des § 23 Abs. 3 SGB II (Sachleistungen) gemindert werden.

Bei einer Minderung der Regelleistung im Sinne des § 20 SGB II um mehr als 30% kann der zuständige Träger in angemessenem Umfang ergänzende Sachleistungen oder geldwerte Vorteile erbringen; diese Leistungen werden im Regelfall erbracht, wenn Sie mit minderjährigen Kindern in einer Bedarfsgemeinschaft leben.

5. Absenkung oder Wegfall der Leistung dauern jeweils drei Monate. Während der Absenkung oder des Wegfalls der Leistung besteht kein Anspruch auf ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß der Vorschriften des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII). Der Sanktionszeitraum beginnt mit Wirkung des Kalendermonats, der auf das Wirksamwerden des Bescheides über die Absenkung oder den Wegfall der Leistung folgt.

6. Abweichende Rechtsfolgen bei 15- bis 24- Jährigen

Haben Sie das 15. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet und die in Ziffer 1 genannten Voraussetzungen für eine Absenkung des Arbeitslosengeldes II erfüllt, wird das Arbeitslosengeld II auf die Leistungen nach § 22 SGB II (Unterkunft und Heizung) beschränkt; dann werden im Regelfall die nach § 22 Abs. 1 SGB II angemessenen Kosten für Heizung und Unterkunft an den Vermieter oder andere Empfangsberechtigte ausgezahlt. Trotz der eigentlich eingetretenen Kürzung können in angemessenem Umfang ergänzende Sachleistungen oder geldwerte Vorteile erbracht werden (§ 31 Abs. 3 Satz 3 SGB II).

Die Ziffern 3 bis 5 gelten entsprechend.

7. Abweichende Rechtsfolgen bei nicht erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die mit dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben

Sofern Sie nicht erwerbsfähig sind und mit einer/m erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben und für Sie Leistungen in der Eingliederungsvereinbarung vereinbart worden sind, können auch Sie Rechtsfolgen treffen.

Die Ziffern 3 bis 5 gelten für Sie entsprechend.

Datum/Unterschrift erwerbsfähige(r)
Hilfempfänger(in)

ggf. Datum/Unterschrift
nichterwerbsfähige(r) Hilfebedürftige(r), die/der mit der /dem erwerbsfähigen
Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft lebt

ggf. Datum/Unterschrift
Erziehungsberechtigter/gesetzlicher Vertreter / Vormund (bei Minderjährigen)

11.4.05

Datum/Unterschrift Vertreter(in)
Agentur für Arbeit / ARGE

4 Förderplan als integriertes Steuerungsinstrument

Kriterium 1.3 des Gütesiegels der BBJH Bayern aus: (© Evangelische Jugendsozialarbeit Bayern, Gütesiegel zur beruflichen und sozialen Integration Stand 10/2004)

- + Beispiel eines Auswertungsbogens zu einem Förderplangespräch (Werkstatt X)**

1.3. Förderplan als integriertes Steuerungsinstrument

	1	3	5	7
Standards zur Ablaufstruktur und Häufigkeit	Mit jedem/jeder Zielgruppenbeschäftigten wird 1 Förderplangespräch pro Jahr geführt.	Mit jedem/jeder Zielgruppenbeschäftigten wird jeweils 1 Förderplangespräch in der Anfangs- und Schlussphase der Betreuung geführt.	Mit jedem/jeder Zielgruppenbeschäftigten werden mehrere Förderplangespräche geführt (der Zeitpunkt ist eher anlass- / krisenbezogen).	Mit jedem/jeder Zielgruppenbeschäftigten werden mindestens 4 Förderplangespräche pro Jahr nach einem begründeten Phasenmodell geführt,
Beteiligungsstandards	Die Zuständigkeit für die Durchführung der jeweiligen Förderplangespräche wird von Fall zu Fall geregelt.	Die Förderplangespräche finden statt zwischen dem/der zuständigen SozialpädagogenIn und dem/der Zielgruppenbeschäftigten. Dem/der Zielgruppenbeschäftigten werden die zu erreichenden Ziele in geeigneter Weise vermittelt.	Förderplangespräch findet mit Sozialpädagogen und Jugendlichen unter gelegentlicher Beteiligung der Anleiter statt; Zielgruppenbeschäftigte können/ müssen aber nicht eigene Ziele einbringen.	Alle Förderplangespräche finden unter Beteiligung der SozialpädagogenInnen (Federführung), Fachanleiterinnen und Zielgruppenbeschäftigten statt Das Förderplangespräch basiert auf einer gleichberechtigten Zusammenarbeit von SozialpädagogenInnen und Fachanleiterinnen (Bewertung von sozialem und betrieblichem Verhalten) Die Zielgruppenbeschäftigten erleben, dass sie ihre Wünsche formulieren und

Copyright© Evangelische Jugendsozialarbeit Bayern, Anschrift: Nördliche Auffahrtsallee 14, 80638 München
 Eine Verwertung dieser urheberrechtlich geschützten Broschüre, insbesondere durch Vervielfältigung und Verbreitung - auch in elektronischer Form - ist ohne vorherige Zustimmung unzulässig und strafbar, soweit sich aus dem Urhebergesetz nichts anderes ergibt"

				mit der Einrichtung aushandeln können.
Methodische Qualitätsstandards	Den Zielgruppenbeschäftigten wird das Ziel und der Inhalt des Förderplangespraches zu Beginn des Gespräches mitgeteilt, Die Inhalte werden situationsbezogen festgelegt.	Das Förderplangespräch hat ein eigenes Gesprächssetting, Ziel und Inhalt sind den Zielgruppenbeschäftigten in groben Zügen bekannt. Grundlage der Zielüberprüfung ist ein vorformuliertes Feedback oder ein aktueller Anlass. Festgelegte Teilziele werden überprüft.	Es findet ein strukturiertes Förderplangespräch statt dessen Aufbau und Ablauf von den zuständigen Personen individuell gestaltet werden. Die Zielüberprüfung, Zielformulierung und die Umsetzung in Handlungsschritte sind in der Regel sichergestellt. Als Grundlage der Zielüberprüfung dient ein differenziertes Feedback aller Beteiligten Ein gelegentlicher Einsatz von differenzierten Bewertungsinstrumenten findet statt.	Es gibt eine klare Beschreibung, wie ein Förderplangespräch aufgebaut und durchgeführt wird Es werden an der individuellen Entwicklung des Jugendlichen orientierte und überprüfbare Ziele formuliert Die Zielerreichung wird regelmäßig überprüft und daraus Handlungsschritte abgeleitet Es findet ein systematischer Einsatz von differenzierten Bewertungsinstrumenten statt.
Standards der Dokumentation & Auswertung	Einzelne Gesprächsinhalte des Förderplangespraches sind in Kurznotizen festgehalten. Vereinbarungen zu Zielen und Handlungsschritten werden in mündlicher Form getroffen.	Die Dokumentation der Förderplangespräche besteht aus strukturierten Gesprächsprotokollen. Der/die Sozialpädagogen verwaltet die Ergebnisse der Förderplangespräche.	Für die Förderplangespräche gibt es eine systematische Form der Dokumentation deren Inhalt und Schlüsse so aufbereitet sind, dass sie von den Beteiligten nachvollzogen werden können.	Die Art der Dokumentation des Förderplangespraches und dessen Visualisierungen ermöglichen den Zielgruppenbeschäftigten das Nachvollziehen des Entwicklungsverlaufs und unterstützen die Motivation die

			<p>Alle Beteiligten erhalten die Dokumentation und wissen, was jeweils bis wann von ihnen erwartet wird.</p> <p>Teile der Dokumentation sind auf Datenträger verfügbar.</p>	<p>Ziele zu erreichen zusätzlich.</p> <p>Es gibt ein einheitliches, EDV-gestütztes Dokumentationsverfahren mit Schnittstellen und unterschiedlichen Auswertungsmöglichkeiten.</p>
				<p>Zur Weiterentwicklung der Einrichtung werden die Förderpläne in regelmäßigen Intervallen systematisch ausgewertet</p>

Auswertungsbogen

Woche:

Verhalten gegenüber Vorgesetzten beurteilt von:	Umgangston allgemein			Beleidigung/ Beschimpfungen			Rumschreien			Rummaulen			Verbesserung gegenüber Vorwoche		
	gut	weniger gut	schlecht	oft	selten	gar nicht	o	selten	gar nicht	o	selten	gar nicht	besser	unverändert	schlechter

Ausführen von Arbeitsanweisungen beurteilt von:	hat Anweisungen diskutiert			hat Anweisungen ausgeführt (meistens)						Arbeitsqualität			Verbesserung gegenüber Vorwoche						
	o	o	o	selten	gar nicht	gar nicht	vollständig	teilweise	eigenständig	ohne Kontrolle	nur mit Kontrolle	konzentriert	unkonzentriert	s	mittelmäßig	schlecht	besser	unverändert	schlechter

Störungen des Arbeitsablaufes / Pauseneinhaltung beurteilt von:	Vereinbarte Pausen eingehalten			zusätzliche Pausen			Ärgern von Kollegen			Provozieren von Kollegen			herumalbern			Verbesserung gegenüber Vorwoche		
	immer	manchmal	nie	oft	selten	nie	oft	selten	nie	oft	selten	nie	oft	selten	nie	besser	unverändert	schlechter

Gesamteindruck beurteilt von:	Das Verhalten und die Arbeit insgesamt:				
	muß viel besser werden	muß besser werden	ist akzeptabel	ist gut	ist hervorragend

5 Erziehungsplan (anonymisiertes Beispiel aus dem Strafvollzug)

Kurzfassung des 2. Erziehungsplans, erstellt ein halbes Jahr nach dem 1. Erziehungsplan)

Erziehungsplan Nr. 2

Gef.-Buch-Nr. **2005/**

Name: XX

Vorname: xy

geb.:1984

1. Art der Unterbringung: G 1

Verlegung G/F möglich frühestens:

2. Schulische und sonstige Aus- und Weiterbildung

Hauptschulabschluss vorhanden

3. Maßnahmen der beruflichen Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung oder sonstiger Arbeitseinsatz:

Küche

4. Innenlockerung möglich frühestens:

bei Bedarf denkbar

5. Besondere Hilfs- und Erziehungsmaßnahmen; therapeutische Maßnahmen (auch besondere Vollzugslockerungen):

Einzelfallhilfe; während seines Aufenthaltes im E 3 war er in der Drogengruppe von Frau XX möchte jetzt im G 1 erneut teilnehmen

6. Teilnahme an Sport- und Freizeitveranstaltungen:

Hausübliches Freizeitverhalten (Fitness-Sport); darüber hinaus hat er Interesse an einer Teilnahme an der Bastelgruppe

7. Gestaltung der Außenkontakte:

Inzwischen regelmäßige Außenkontakte von seiner Freundin sowie 2 weiteren guten Freunden

8. Notwendige Maßnahmen zur Vorbereitung der Entlassung:

siehe Anmerkungen

9. Inhaltliche Briefkontrolle

ja

nein

Anmerkungen, Stellungnahme zur Persönlichkeitsentwicklung:

Nach Abbruch seiner Therapie hat sich XX wieder zum Strafantritt gestellt und befindet sich wieder seit dem 12.09.05 in Haff. An einer Therapie ist er inzwischen nicht mehr interessiert, sondern überzeugt, dass er es auch ohne eine solche schaffen kann. Der bisherige Eindruck kann dies auch bestätigen. Bisher gab es keinerlei Verdachtsmomente auf Drogenkonsum u. dergl. und eine vor kurzem durchgeführte Urinuntersuchung erbrachte ebenfalls keinen Nachweis auf Betäubungsmittelkonsum. XX hat sich darüber hinaus entschlossen, bis zum Endstrafenzeitpunkt in der JVA zu verbleiben und auch nicht mehr nach einer Entlassung nach XY zurückzukehren. Er hat vielmehr Interesse als Freigänger eingesetzt zu werden, um sich noch eine finanzielle Basis für ein eigenständiges Leben zu schaffen. Zu seinen Familienangehörigen bestehen keinerlei Verbindungen mehr, so dass seine wichtigsten Bezugspersonen seine Freundin sowie ein Freund und eine weitere gute Bekannte sind. Diese Personen waren auch anlässlich des Weihnachtsbasars (bei welchem XX im Rahmen der Musikgruppe aktiv war) in der Außengärtnerei und hinterließen einen guten Eindruck. Im Wohnbereich E 3 ergaben sich im Umgang mit XX keine Schwierigkeiten, in Folge seiner Hafterfahrung kennt er die hiesigen Regeln. Auch im Wohnbereich G 1 gilt er als umgänglicher Gefangener, der bislang noch keine Schwierigkeiten bereitet hat Seine Arbeitsleistung in der Küche wird durchweg sehr positiv beurteilt. Er wird dort als Beikoch eingesetzt und zeigt überdurchschnittliche Leistungen und zählt als zuverlässiger Mitarbeiter.

**10. Lockerungsplanung:
Ungeeignet oder ausgeschlossen wegen**

- a) erhebliche Drogen-/Alkoholgefährdung ja nein
b) Ausbruch/Gefangenenmeuterei ja nein
c) Unterbringung angeordnet ja nein

Besonders gründliche Prüfung erforderlich:

- Sexualdelikte ja nein
Gewalttätigkeit ja nein
Flucht oder Fluchtgefahr ja nein
BtM-Delikte ja nein
Sonstiges:

Anhängiges Verfahren, Überhaft u. a.: *Nein*

StA _____ -gericht

Ausländeramt

hat Vollzugslockerungen zugestimmt am:

falls **besondere Prüfung erforderlich, Ergebnis:** *im Bereich Drogen bislang völlig unauffällig. Eine zuletzt im Rahmen dieses Erziehungsplans veranlasste Urinkontrolle erbrachte keinen Nachweis auf Betäubungsmittelkonsum, weitere UK's vorgesehen.*

11. Strafzeitberechnung:

1/3: _____ 1/2: _____ 7/12: _____ 2/3: 06,05.06 1/1 02.09.2006+18

Tage Ersatzfreiheitsstrafe 1/1: 20.09.2006

Voraussichtlicher Entlassungszeitpunkt: *Endstrafe*

12. Zeitpunkt der derzeitigen frühestmöglichen Gewährung von Lockerungen:

Begleit-/Gruppenausgang: *nicht mehr erfordert.* Außenbeschäftigung: *nicht geplant*

Ausgang: *ab Febr.* Freigang: *ab April*

Urlaub: *ab Freigangszulassung*

13. Wiederbesprechung bis spätestens *Mai 2006*
(nach Verlegung in ein anderes Haus innerhalb 4 Wochen)

Für die Hauskonferenz:

II. Bei erstmaliger bzw. geänderter Lockerungsplanung:

- Vorlage an Herrn AL mit der Bitte um Zustimmung:

1. **Den oben genannten Lockerungen und Terminen wird - nicht - zugestimmt.**

2. HK xx **Z.W.V.**

III. Mit dem Gefangenen besprochen am TT.MM.JJ sodann Personalakte,

Mehrfertigung an: Vollstreckungsleiter;
Handakte;
Arbeitsbetrieb/Ausb. Stelle