

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Soziale Arbeit und Pflege
Studiendepartment Soziale Arbeit

**Die zentrale Rolle des
Allgemeinen Sozialen Dienstes
des Jugendamtes
im Rahmen von Kindeswohlgefährdung
anhand eines Praxisbeispiels**

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 18. März 2007

Melanie Szameitat

Betreuender Prüfer:
Dr. Manfred Neuffer

Zweiter Prüfer:
Peter Kunkel

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen

Vorwort

1. Einleitung.....	1
2. Einführung in das Fallbeispiel der Familie Schmidt.....	4
2.1 Die Meldung und erste Kontakte.....	4
2.2 Die weiteren Kontakte bis zum Antrag auf HzE.....	6
3. Handlungsgrundlagen, Zuständigkeit und Verantwortung des ASD bei Kindeswohlgefährdung.....	10
3.1 Einblick in die Aufgaben des ASD.....	10
3.2 Praxisorientierte Grundannahmen und Vorgehensweisen des ASD.....	13
3.3 Das staatliche Wächteramt und der Schutzauftrag des ASD.....	16
3.4 Die Definition von Kindeswohlgefährdung gemäß § 1666 BGB.....	20
3.5 Grundlagen zum Eingriff des ASD.....	23
3.6 Die Garantenstellung von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern im ASD bei Kindeswohlgefährdung.....	29
3.7 HzE gemäß der §§ 27 ff. KJHG in Bezug auf Kindeswohlgefährdung.....	32
3.8 Mitwirkung und Hilfeplan gemäß § 36 KJHG.....	39
4. Erklärungstheoretischer Bezug zur sozialpädagogischen Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung vertieft am Beispiel von Vernachlässigung.....	43
4.1 Definition und Formen von Kindeswohlgefährdung.....	43
4.2 Theoretische Hintergründe zur Vernachlässigung.....	50
4.2.1 Entstehung und Unterscheidungsmerkmale von Vernachlässigung.....	51
4.2.2 Die Folgen von Vernachlässigung für das Kind.....	52
4.2.3 Bindung im Rahmen von Vernachlässigung.....	53
4.2.4 Die Eltern- und Familienebene	57
4.2.5 Risiko- und Schutzfaktoren.....	59
4.2.6 Einblick in die Grundlagen zur Hilfe.....	61
5. Handlungs- und Verfahrensstandards im Rahmen von Kindeswohlgefährdung.....	63
5.1 Die „Handlungsempfehlungen“ und der Krisenleitfaden als Basis fachlicher Stan- dards.....	64
5.2 Zur Anwendung von standardisierten Verfahren zur Risikoabschätzung.....	68

6. Der Fall Schmidt – Die Einleitung der Hilfe.....	74
6.1 Das Gremium der kollektiven Beratung.....	74
6.2 Der hilfebegründende Bericht.....	76
6.3 Die konkretisierte Hilfeplanung.....	83
7. Die weitere Entwicklung im Fall Schmidt.....	85
7.1 Der Fallverlauf bis zur Beendigung der Hilfe.....	85
7.2 Ein Blick in die Zukunft der Familie Schmidt.....	89
8. Fazit.....	93

Resümee

Abbildungsverzeichnis

Literaturverzeichnis

Anhang

Erklärung

Abkürzungen

ADS	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst (des Jugendamtes)
EB	Erziehungsberatung
EK	Erziehungskonferenz
HzE	Hilfe zur Erziehung
KTH	Kindertagesheim
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe

Gesetze

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
FGG	Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
GG	Grundgesetz
KICK	Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetz
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
StGB	Strafgesetzbuch
ZPO	Zivilprozessordnung

Vorwort

Die Idee, Kindeswohlgefährdung im Rahmen der Tätigkeit des ASD zum Thema meiner Diplomarbeit zu machen, kam mir eigentlich schon während meines studienbegleitenden Praktikums, welches ich bis zum Sommer 2003 im ASD absolvierte. Allerdings hatte ich auch einige Bedenken, handelt es sich doch um ein sehr schwieriges Thema, sowohl im Hinblick auf den Ruf des Jugendamtes als „Kinderdieb“, als auch durch die mediale Darstellung des „Versagens“ der Behörden in besonders schwerwiegenden Fällen. Als dann auch noch der Tod der siebenjährigen Jessica im März 2005 in Hamburg Auslöser für weitreichende öffentliche Debatten, nicht nur auf fachlicher Basis wurde, entschied ich mich Abstand zu diesem Thema zu nehmen. Kindeswohlgefährdung wurde zu einem Thema zu dem „Jedermann“ eine Meinung hatte, diese äußerte und seine Meinung zur Abhilfe kundtat. Eine fachliche Auseinandersetzung zur Kindeswohlgefährdung erschien mir durch diese Überpräsenz des Themas äußerst schwierig.

Nach verschiedensten mehr oder weniger guten Ideen kam ich dann mit dem Abstand von etwa 1 ½ Jahren wieder auf das Thema Kindeswohl in Verbindung mit der Tätigkeit des ASD zurück. Herr Neuffer unterstützte mich dann bei der Konkretisierung des Themas und, um nicht wieder etliche Ausreden für das Verschieben der Bearbeitung zu finden, meldete ich mich umgehend an. Wenngleich sich in den letzten Jahren weitere Fälle, wie zuletzt im Herbst 2006 der Tod des zweijährigen Dennis in Bremen, ereigneten, gab es doch einige Veränderungen auf fachlicher Basis, die eine Betrachtung von Kindeswohlgefährdung als zentrale Aufgabe des ASD für mich wieder interessant gemacht haben.

An dieser Stelle gilt mein besonderer Dank Dirk für seine ausdauernde Geduld und Unterstützung nicht nur in Bezug auf mein Studium und die Diplomarbeit. Des weiteren möchte mich bei Karla, Renate und Erika für die tolle Anleitung im Praktikum bedanken. Durch das Glück drei hervorragender Anleiterinnen hatte ich im Praktikum immer den Raum für zeitnahe Reflexion meiner Handlungen, Aufgaben und beruflichen Rolle im ASD. Vielen Dank auch für die Unterstützung weit über Zeit und Raum des Praktikums hinaus.

1. Einleitung

Kindeswohlgefährdung ist und bleibt ein besonderes Thema der Jugendhilfe, speziell für den ASD. Nicht nur die Todesfälle von denen in den letzten Jahren immer wieder in den Medien berichtet wurde, wie z.B. Jessica 2005 in Hamburg oder Dennis 2006 in Bremen, spielen dabei eine Rolle. Es sind die vielen Fälle von denen nicht berichtet wird, die für die Tätigkeit des ASD einen großen Teil der Praxis ausmachen.

In den letzten Jahren hat es erste Veränderungen für die Praxis gegeben, sowohl gesetzlich mit der Einführung des KICK, als auch in der Praxis der Jugendhilfe. Nicht nur die Todesfälle haben daran ihren Anteil, auch die Diskussion um eine mögliche Garantenstellung von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, entfacht durch gerichtlichen Verfahren gegen diese, unterstützen die Veränderungen in der Praxis. Die Weiterentwicklung fachlicher Standards im Umgang mit einer möglichen Kindeswohlgefährdung wurden vielerorts durch konkretisierte Verfahren zur Gefährdungseinschätzung ergänzt.

Das Kindeswohl spielt seit je her eine zentrale Rolle im ASD, dabei ist bei weitem nicht immer eine Kindeswohlgefährdung die Ausgangslage. Dennoch ist der Schutz der Kinder vor Gefahren für ihr Wohl und die Überwachung des elterlichen Erziehungsauftrags die zentrale Aufgabe des ASD. Der Schutz der Kinder kann nicht, wie andere Aufgabenbereiche, in eine „Warteschleife“ gestellt werden, denn es geht im schlimmsten Fall um das Leben eines Kindes. Daher ist die Aktualität dieses Themas dauerhaft, gilt es doch den Schutz von Kindern zu gewährleisten.

Diese Arbeit erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, ist das Thema der Kindeswohlgefährdung dafür doch viel zu komplex. Anhand der Darstellungen soll die zentrale Rolle des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung erläutert werden und einen Eindruck zur Komplexität dieser geboten werden. Mittels eines Fallbeispiels wird Bezug auf die Praxis des ASD genommen.

Grundlage dieser Arbeit bilden der gesetzliche Rahmen zur Kindeswohlgefährdung, insbesondere das KJHG und der § 1666 BGB, sowie erklärungstheoretische Bezüge zur fachlichen Einschätzung von Kindeswohlgefährdung, speziell in Form von Vernachlässigung. Weiterhin

stützt sich die Arbeit auf neue Handlungs- und Verfahrensstandards der Hamburger Praxis und bezieht diese in die exemplarische Bearbeitung eines Fallbeispiels ein.

Die Falldarstellung und weitere Bearbeitung erfolgt auf Basis einer anonymisierten Akte des ASD. Die Fakten und grundlegenden fachlichen Einschätzungen sind dieser entnommen. Der Fall wird soweit möglich in „neuer Form“ dargestellt, haben sich doch die Anforderungen an eine Fallbearbeitung seit Beginn dieses Falls weiterentwickelt. Ziel ist es den Fall in der aktuellen Praxis des ASD darzustellen und nicht einfach aus der Akte „abzuschreiben“. Eine Veränderung des Falls und der Handlungen der Beteiligten resultiert aus dieser Bearbeitung nicht.

Die Fallvorstellung gleich zu Beginn der Arbeit, soll einen Einblick in die Ausgangslage des Falles selbst bieten und gleichzeitig ein Beispiel für einen möglichen Einstieg des ASD in einen Fall sein. Diese Darstellung bildet die Grundlage für die weitere Bearbeitung in nachfolgenden Kapiteln. Ein erster Eindruck zur Rolle des ASD schließt den Einstieg in den Fall ab.

Daran anknüpfend wird der Handlungsrahmen des ASD erläutert. Über die grobe Beschreibung der Aufgaben des ASD neben dem staatlichen Wächteramt, zur Darstellung der Vielfältigkeit und Komplexität der Tätigkeiten des ASD, wird auf die allgemeinen theoretischen Grundannahmen und auf die praxisorientierten Vorgehensweisen der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im ASD eingegangen. Ziel ist es, einen Eindruck der Herangehensweise in der Fallarbeit des ASD zu vermitteln. Nach dieser Klärung der basalen Voraussetzungen für die Tätigkeit des ASD wird darauf aufbauend die besondere Verantwortung und Aufgabe des Kinderschutzes des ASD konkretisiert. Es werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Aufgabenwahrnehmung des ASD und dessen Handlungsgrundlagen bei Kindeswohlgefährdung dargestellt. Neben der generalisierten Verantwortung aufgrund des gesetzlichen Auftrages des ASD, wird die individuelle Verantwortung des einzelfallzuständigen Sozialarbeiters beschrieben. Weiterhin erfolgt ein Einblick in mögliche Hilfen bei Kindeswohlgefährdung durch HZE, sowie eine kurze Erläuterung zum Hilfeplanverfahren. Diese umfassende Darstellung der gesetzlichen Grundlagen ist unumgänglich zur Darstellung der zentralen Rolle des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung, denn der Auftrag und die Aufgaben aus dem Gesetz bilden die Basis für die Tätigkeit und Grundhaltung des ASD, bzw. der dort tätigen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter.

Damit eine fallzuständige Fachkraft des ASD eine mögliche Kindeswohlgefährdung auch auf sozialpädagogischer Ebene einschätzen kann, bedarf es über den gesetzlichen Rahmen hinaus der Kenntnis erklärungstheoretischer Bezüge. Von der Definition zur Kindeswohlgefährdung

ausgehend, erfolgt die Darstellung kindlicher Grundbedürfnisse als Basiswissen für die Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung. Des Weiteren findet eine kurze Darstellung der hauptsächlichsten Formen von Kindeswohlgefährdung statt. Eine konkretisierte Darstellung theoretischer Erkenntnisse sämtlicher Formen von Kindeswohlgefährdung kann und soll hier nicht erfolgen. Vielmehr richtet sich die Ausführung auf das Fallbeispiel aus und stellt daher die Form der Vernachlässigung in den Mittelpunkt der theoretischen Exploration. Diese beispielhafte Vertiefung ist zur erweiterten Klärung der zentralen Rolle des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung mehr als ausreichend.

Es erfolgt eine Ausführung zu fachlichen Standards der Hamburger Praxis, insbesondere bei Verdacht auf eine akute Kindeswohlgefährdung. Es werden hier die Vorgehensweisen bei einer Krisenintervention, sowie grundlegende fachliche Standards, wie etwa zur Dokumentation, erörtert. Die kurze Erläuterung zu standardisierten Verfahren zur Risikoabschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung und die konkrete Vorstellung des in der Hamburger Praxis angewandten Indikatoren-Modells erfolgt. Abschließend wird erneut ein Bezug zur zentralen Rolle des ASD hergestellt.

Nach dieser vornehmlich theoretischen Darstellung des komplexen Themas der Kindeswohlgefährdung für den ASD, soll das Hauptaugenmerk nun auf die Praxis des ASD übergehen. Grundlegend geht es im folgenden Teil um die Darstellung der praktischen Arbeit des ASD anhand des Fallbeispiels. Eine weiterführende theoretische Exploration zu den einzelnen Schritten und Vorgehensweisen des ASD erfolgt hier nicht mehr, obwohl dem ASD auch weitere theoretische Kenntnisse als Basis seiner Handlungen dienen. Für die Darstellung der zentralen Rolle des ASD bei Kindeswohlgefährdung ist dies auch nicht zwingend erforderlich. Die beispielhafte Ausführung der Handlungsschritte im Rahmen von HzE und die erweiterte Fallbeschreibung geben hinreichende Informationen zur zentralen Rolle des ASD und stellt die Anforderungen des ASD im Einzelfall hervor.

Ausgehend von der am Anfang erfolgten Falldarstellung wird kurz die Situation der kollegialen Beratung beschrieben. Darauf folgend wird ein „hilfebegründender Bericht“ verfasst, der mit einer Problem- und Ressourcenanalyse zu vergleichen ist. Dieser bildet die Grundlage für weitere Handlungsschritte und Vorgehensweisen. Die Ergebnisse des Hilfeplangesprächs schließen die konkrete Fallbearbeitung ab und lassen weitere Schlüsse auf die zentrale Rolle des ASD zu.

Da mit der Einrichtung einer HzE ein Fall für den ASD längst nicht abgeschlossen ist, sondern vielmehr die Zuständigkeit und Verantwortung für die Beteiligten zur Begleitung, Beratung und Überprüfung der Zielerreichung beim ASD verbleibt, erfolgt eine zusammen-

fassende Fortschreibung der Entwicklung im Beispielfall, bis hin zur Beendigung der HzE. Ein abschließender Ausblick in die Zukunft des Falles gibt Aufschluss über einen möglichen langfristigen Erfolg der Hilfe und erweitert den Blickwinkel auf die Rolle des ASD.

Die Zusammenfassung wesentlicher Merkmale für die zentrale Rolle des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung bilden den Abschluss der Arbeit.

2. Einführung in das Fallbeispiel der Familie Schmidt

Die Einführung in den Fall der Familie Schmidt gleich zu Beginn der Arbeit soll einen ersten Eindruck zur praxisorientierten Tätigkeit des ASD vermitteln. Weiterhin ist diese Einleitung der Ausgangspunkt für die später erfolgende konkretisierte Bearbeitung.¹

Grundlage des Fallbeispiels bildet eine anonymisierte Akte des ASD. Für die erleichterte Darstellung wurden sämtlichen Namen und Daten frei erfunden und verändert, wobei z.B. die Altersabstände der einzelnen Familienmitglieder entsprechend beachtet wurden. Die Ausgangssituation der Familie Schmidt liegt schon einige Jahre zurück, dennoch besteht bei Bedarf weiterhin ein loser Kontakt der Familie zum ASD.

In der Fallannahme² übernimmt die zuständige Sozialarbeiterin die Aufgabe der ersten Handlungen. In der weiteren Fallvergabe im Team wird entschieden, dass sie den Fall als fallzuständige Fachkraft ganz übernimmt, ein Wechsel der Zuständigkeit ist zu keiner Zeit erfolgt.

2.1 Die Meldung und erste Kontakte³

Ein Nachbar der Familie Schmidt wendet sich am 13.7.1996 in der Sprechstunde an den ASD und teilt mit, dass er sich Gedanken um die Kinder der Familie Schmidt mache, weil die Mutter soviel mit den Kindern schimpfe und es aus der Wohnung unangenehm rieche.

Die Familie Schmidt besteht aus dem Vater, Mark Schmidt, 28 Jahre, der Mutter Paula Schmidt, 23 Jahre und den Kindern Carola, 4 Jahre, Cassandra, 2 Jahre und Mick, 8 Monate.

1 siehe Kapitel 6 und 7

2 Häufig auch Intake genannt

3 siehe dazu auch Anhang 4, Anwendung der Vorlagen des Indikatoren-Modells auf den Fall Schmidt

Ein Termin zum unangekündigten Hausbesuch bei der Familie Schmidt am 18.7.96, 9:00 Uhr wird mit der Kinderkrankenschwester der Mütterberatungsstelle abgestimmt. Der Versuch dieser Kontaktaufnahme schlägt fehl, auf das Klingeln wird nicht geöffnet.

Ein weiterer unangemeldeter Hausbesuch der fallzuständigen Fachkraft findet am 24.7.96 gegen 13:30 Uhr statt. Zugegen sind der Herr Schmidt und Mick. Herr Schmidt muss sich zunächst erst einmal eine Hose anziehen, es ist offensichtlich, dass er geschlafen hat. Mick sitzt in seinem Kinderwagen vor einem riesigen Fernseher im Wohnzimmer. Die Wohnung ist un-aufgeräumt, die einzelnen Zimmer sind sehr unordentlich. Es finden sich volle Aschenbecher, angegessene Kekse und gebrauchte Windeln auf dem Boden. Die Küche wirkt verwahrlost, es stehen Essensreste und mehrere Müllbeutel herum. Herr Schmidt erzählt, dass bei ihnen alles in Ordnung ist. Er selbst ist derzeit arbeitslos, seine letzte Anstellung in einer arbeitsfördernden Einrichtung hat er, weil das nichts für ihn war, gekündigt. Er gibt an, dass seine Familie oft auf dem Campingplatz der Eltern ist. Des weiteren besuchen die beiden Töchter das KTH Sonnenschein. Die Kinder sind in ärztlicher Behandlung bei Dr. Johanson. Mick hatte die Krätze, aber die ist inzwischen abgeheilt. Er stimmt zu, dass der Zustand der Wohnung für Kinder ungeeignet ist und sagt zu, die Wohnung sofort in einen sauberen Zustand zu versetzen, damit sich die Kinder keine Krankheiten holen. Ein weiterer Hausbesuch der fallzuständigen Fachkraft wird für Ende August geplant.

Das KTH Sonnenschein bestätigt am 24.7.96 auf Nachfrage des ASD, dass Carola den Kindergarten besucht und berichtet weiter, dass Carola häufig sehr schmutzig sei und fast täglich im Kindergarten geduscht und auch mit sauberer Kleidung versorgt würde. Des weiteren habe sie fast keine Zähne mehr im Mund, da diese von Karies zerstört seien. Die vom KTH angebotene Hilfe wurde von der Familie als nicht notwendig erachtet und den Ermahnungen, zur Verbesserung der Fürsorge, wurde mit einer Zusage zur Veränderung begegnet, auf die kein Handeln erfolgte. Der emotionale Kontakt zwischen Eltern und Kindern wird als gut beschrieben, der Umgang mit den Kindern als liebevoll beobachtet. Die Eltern nehmen regelmäßig an den Elternabenden teil.

Die folgenden zwei Hausbesuche (5.9. und 7.12.) ergeben, dass die Wohnung wesentlich sauberer, aber weit davon entfernt ist, wirklich sauber zu sein. Herr und Frau Schmidt scheinen den Zustand der Wohnung als normal zu empfinden. Für die Hausarbeit fühlt sich Herr Schmidt nicht verantwortlich und Frau Schmidt möchte ihren Mann nicht zur Hilfe drängen, obwohl sie sich seine Unterstützung wünscht. Frau Schmidt äußert, dass Herr Schmidt be-

quem sei und viel fern sehe. Frau Schmidt antwortet auf konkrete Nachfrage, dass ihr die Bewältigung des Haushalt keine Schwierigkeiten macht. Herr Schmidt erzählt, dass er auf die Kinder aufpasst und auch Spielzeug für sie kauft. Die Situation der Kinder erscheint insbesondere hinsichtlich der Pflege, Gesundheit und Ernährung katastrophal. Es besteht der Verdacht, dass sich diese Mängel inzwischen auch auf die Entwicklung der Kinder auswirkten.

Kassandra sieht schmutzlig aus, das Wäschewaschen und die Körperpflege der Kinder erscheint nicht regelmäßig zu erfolgen. Die Gesundheitsfürsorge für die Kinder erscheint mangelhaft, besonders die zahnärztliche Versorgung. Kassandra hat, wie Carola auch, fast keine Zähne mehr im Mund. Ein Mangel an angemessener Ernährung könnte aus dem Zustand der Zähne der Kinder ebenfalls hergeleitet werden, außerdem trinkt Kassandra während des Besuches Zitronentee aus einer Flasche. Frau Schmidt äußert, dass Carola wieder das Bett einnässe. Der Kontakt von Eltern und Kindern wird als liebevoll und freundlich wahrgenommen. Die Eltern wirken insgesamt einfach unbedarft. Die Kinder besuchen inzwischen alle drei das KTH Marienkäfer, einer Kontaktaufnahme des ASD wird zugestimmt. Die Eltern scheinen in der Gestaltung der Abläufe des täglichen Lebens und in der Versorgung und Erziehung der Kinder Hilfe zu benötigen. Herr und Frau Schmidt sehen keinen Hilfebedarf. In weiteren Kontakten zur Familie soll daraufhingewirkt werden Hilfe in o.g. Bereichen anzunehmen. Frau Schmidt wird beauftragt, dringend einen Zahnarzttermin für die Kinder zu machen. Des weiteren wird vereinbart, dass sie einen Termin bei der Erziehungsberatungsstelle macht, um dort Hilfe und Unterstützung bezüglich des Einnässens von Carola zu erhalten.

Das KTH Marienkäfer schildert auf Anfrage des ASD, dass die gesamte Familie sehr ungepflegt wirkt. Dem KTH erscheint eine Betreuung hilfreich und ist über den Kontakt des ASD zur Familie erfreut. Eine gegenseitige Information bei Bedarf, zur Verbesserung der Situation zum Wohl der Kinder, wird vereinbart.

2.2 Die weiteren Kontakte bis zum Antrag auf HzE

Im weiteren Verlauf ergibt sich auf Nachfrage im KTH, dass die Kinder weder beim Zahnarzt waren noch ein Termin in der EB erfolgt ist. Des weiteren ist Mick eines morgens völlig ausgehungert gewesen.

Darauf erfolgt ein Besuch des ASD im KTH gemeinsam mit der Kinderkrankenschwester der Mütterberatungsstelle. Die Erzieherinnen berichten, dass die meiste Kleidung der Kinder

verschmutzt ist. Mick hat morgens völlig verschmutzte Flaschen mit gesüßtem Tee dabei. Häufig ist der Tee so lange in der Flasche, dass er schlecht ist. Mick ist in seiner Entwicklung hinter den Altersgenossen zurück. Seine Bewegungsabläufe wirken beeinträchtigt und er schluckt schlecht. Auf Drängen des KTH bekommt Mick inzwischen 2x wöchentlich Krankengymnastik. Es besteht die Vermutung, dass Frau Schmidt die Übungen zu Hause nicht wiederholt. Zur weiteren Diagnostik soll Mick der Ärztin der Mütterberatungsstelle vorgestellt werden. Cassandra spielt in der Gruppe und wirkt unauffällig. Carola verhält sich distanzlos und ihre zerstörten Zähne fallen auf.

Der anschließende Hausbesuch ergibt, dass Frau Schmidt wohl nicht kochen kann und nicht weiß, wie frisches Gemüse zubereitet wird. Im Haus befindet sich nur Toastbrot und im Bad befinden sich mehrere angefangene Tüten Instant-Zitronentee. Es besteht die Vermutung, dass die Zubereitung mit warmen Wasser aus dem Hahn erfolgt. Die Wohnung ist recht schmutzig. Die Kinderkrankenschwester erklärt Frau Schmidt einige grundlegende und praktische Dinge bezüglich Hygiene, gesunder, altersgemäßer Ernährung und Förderung der Kindesentwicklung. Herr Schmidt ist am Wochenende häufig unterwegs und wenn er da ist, schaut er nur fern. Es besteht die Vermutung, dass Frau Schmidt die Haushaltsführung im Protest gegen ihren Mann verweigert. Frau Schmidt kann sich im Gespräch soweit öffnen, dass sie ihre Ängste vor der Tätigkeit des ASD verbalisiert. Frau Schmidt bekommt das Angebot für eine SPFH, um ihr eine praktische Lernhilfe in Bezug auf die Kindererziehung und zur Alltagsbewältigung zu bieten. Ein Termin im ASD zwecks Information soll erfolgen. Es wird ein Zahnarzttermin vereinbart, zu dem die Mitarbeiterin des ASD, Frau Schröder, mitkommen wird, um Frau Schmidt Unterstützung zu bieten.

Entgegen der eigenen Erzählung von Frau Schmidt hat doch ein Termin in der EB stattgefunden, ein zweiter vereinbarter Termin wurde nicht wahrgenommen. Frau Schmidt erhält einen weiteren Termin für sich in der EB, um ihre Ängste zu hinterfragen.

Der Kontakt zum Träger der SPFH wird aufgenommen und ein Termin zu einem gemeinsamen Gespräch festgelegt.

Frau Schmidt öffnet sich in weiteren Kontakten und berichtet von erheblichen Eheproblemen. Herr Schmidt kümmere sich nicht um die Familie und trinke viel. Sie trägt sich mit Trennungsgedanken. Die Familie ihres Mannes lehnt sie und Carola ab. Bezüglich der EB verdeutlicht Frau Schmidt ihre Angst, dass Carola etwas sagen könnte, das zur Herausnahme der Kinder führt. Frau Schmidt wird verdeutlicht, dass das Ziel des ASD nicht die Herausnahme, sondern die Hilfe zur Veränderung der Situation der Kinder zu Hause ist. Erst wenn die Hilfe nicht angenommen wird und die häusliche Situation das Wohl der Kinder gefährdet, würde eine Meldung an das Familiengericht erfolgen. Frau Schmidt kann dies scheinbar

annehmen. Beim Zahnarzttermin zeigt Frau Schmidt viel Einfühlungsvermögen für ihre Kinder.

Ein Gespräch mit Herrn Schmidt ergibt, dass ihm die Tätigkeit des ASD in seiner Familie missfällt. Er räumt ein, aufgrund der Arbeitslosigkeit in letzter Zeit, zu viel getrunken zu haben. Seine Eltern trinken beide und er erzählt von einer trostlosen Kindheit. Er weiß nicht wie er seine Vaterrolle positiv ausfüllen kann. Ihm wird die SPFH als Hilfe und Unterstützung dargelegt. Herr Schmidt möchte die Familie erhalten, er weiß, dass seine Frau Trennungsgedanken hat.

Der Termin in der Mütterberatungsstelle ergibt, dass Mick zu dünn angezogen ist, seine Füße sind bläulich angelaufen. Es fehlt eine Decke im Kinderwagen. Mick ist in seiner Entwicklung mindestens 6 Monate zurück. Er scheint wenig Ansprache zu haben und viel zu liegen, was am abgeflachten Hinterkopf zu erkennen ist. Auf Nachfrage beim Kinderarzt ergibt sich, dass einige Impfungen und Untersuchungen fehlen. Frau Schmidt kann diese in der Mütterberatungsstelle nachholen, damit der Weg nicht so weit ist. Die Stundenzahl der Krankengymnastik wird trotz Anraten der Mütterberatungsstelle nicht erhöht.

In zwei Gesprächen mit Herrn Wunderlich, dem Familienhelfer eines freien Trägers, erzielen die Eheleute Schmidt Einigung darüber, Hilfe in Form von SPFH durch Herrn Wunderlich annehmen zu wollen. Die Hilfe und Beratung soll im Bereich der Haushaltsführung, Kindererziehung und evtl. auch bezüglich der Schwierigkeiten in der Paarbeziehung erfolgen. Nach sieben Monaten erfolgt ein Antrag der Eltern auf HzE in Form von SPFH.

Ohne auch nur irgendetwas über den Auftrag des ASD, die gesetzliche Grundlagen oder fachtheoretische Hintergründe dargestellt zu haben, lässt sich auch jetzt schon viel zur Rolle des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung festhalten.

Grundsätzlich ist der ASD darauf angewiesen, von einer Auffälligkeit und Problemen eines Kindes oder einer Familie entweder durch Selbstmeldung oder durch Dritte⁴ zu erfahren. Der ASD begibt sich dann in der Praxis zunächst in eine für ihn relativ unklare Situation, die es zu klären gilt. Es erfolgt eine erste Einschätzung, die durch nachfolgende Kontakte überprüft, erweitert und ergänzt wird. Je nach Einzelfall können ggf. unterschiedliche Hilfen, Maßnahmen oder Eingriffe zur Gefahrenabwehr notwendig werden. Der ASD richtet seinen Blick auf das Kindeswohl aus, fordert die Mithilfe zur Abwendung der Gefährdung ein und koope-

4 Nachbarn, Angehörige oder andere Institutionen, wie KTH, Schule, Polizei u.s.w.

riert und vernetzt sich und auch die Klienten mit weiteren Beteiligten. Es wird deutlich, dass der ASD einem konkreten Auftrag folgt, den es noch zu ergründen gilt.

Die Vorgehensweisen im Fall Schmidt zeigen, dass der Beziehungsaufbau zu den Klienten und deren Motivation von entscheidender Bedeutung für den weiteren Verlauf der Beratung und Hilfe sind. Damit entsteht schon hier heraus eine zentrale Rolle des ASD, denn dieser Kontakt zu den Klienten ist für den ASD die Basis seiner praktischen Tätigkeit. Wenngleich die Situation für die Kinder als grenzwertig einzuschätzen ist, wirkt der ASD auf die Kooperation der Bezugsperson(en) hin. Sofern die gefährdende Situation kein promptes Einschreiten, also einen direkten Eingriff, erfordert, steht die Hilfe und Unterstützung im Vordergrund. Weiterhin lässt sich festhalten, dass der ASD parallel eine Kontrollfunktion ausübt. Dabei wird den Klienten, je nach Gefährdungslage, im Einzelfall auch Raum und Zeit für Veränderungen gelassen und das Scheitern von Vereinbarungen führt nicht zwingend zu einem (un)mittelbaren Eingriff. Im Fall der Familie Schmidt sind deutliche Widerstände, Ängste und Hemmschwellen bezüglich der Tätigkeit des ASD zu erkennen. Diese versucht der ASD mittels Transparenz, Beteiligung, Motivation und Unterstützung abzubauen.

Weiterhin wird das Ausmaß möglicher Vernetzung und Kooperation im Einzelfall am Beispiel der Familie Schmidt deutlich. Der ASD bezieht weitere Institutionen in seine Arbeit ein. Dies dient der erweiterten Einschätzung zur Gefährdungslage der Kinder, erhöht die soziale Kontrolle, bietet Unterstützung zur Abwendung der Gefährdung und eröffnet den Zugang zu weiteren Hilfen für die Klienten.

Die zentrale Rolle des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung ergibt sich also schon aus dem Fallbeispiel auf mehreren Ebenen: Der ASD ist die zentrale Anlaufstelle bei Kindeswohlgefährdung. Er klärt und bewertet die Gesamtsituation, er bietet Hilfe zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung an, es obliegt ihm eine Kontrollfunktion. Es besteht demnach also ein konkreter Auftrag für den ASD. Der Beziehungsaufbau und die Motivation der Klienten ist für die Praxis und den weiteren Verlauf von zentraler Bedeutung und der ASD kooperiert und vernetzt sich und die Klienten mit weiteren Beteiligten.

3. Handlungsgrundlagen, Zuständigkeit und Verantwortung des ASD bei Kindeswohlgefährdung

Um auf die Aufgaben und Handlungsgrundlagen des ASD, speziell auf die zentrale Rolle des ASD bei Kindeswohlgefährdung, das staatliche Wächteramt, zu kommen, bedarf es zunächst der kurzen Einordnung des ASD in die Organisationsstrukturen der Behörde und der Klärung der Zuständigkeit des ASD. Ferner erfolgt die Erläuterung einer Kindeswohlgefährdung unter den gesetzlichen Voraussetzungen des § 1666 BGB und die Darstellung der Grundlagen zum Eingriff des ASD bei Kindeswohlgefährdung. Als nächstes wird die Garantenstellung und -pflicht für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter behandelt und im Anschluss ein Einblick in mögliche Hilfe bei Kindeswohlgefährdung durch HZE gegeben und der Hilfeplan erläutert. Die Einschätzung zur zentralen Rolle des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung bildet den Abschluss des Kapitels.

3.1 Einblick in die Aufgaben des ASD

Das Jugendamt ist in Hamburg den Bezirken zugeordnet, alle Leistungen der Jugendhilfe werden hier regional angeboten. Der ASD nimmt vor Ort alle ihm zugehörigen Aufgaben wahr. Das bezirkliche Jugendamt ist in Regionen unterteilt, deren Angebote, neben den ASD-Abteilungen beispielsweise die Pflegeelternberatung oder die Jugendgerichtshilfe umfassen. Der ASD ist neben der Trennung in Abteilungen je nach Stadtteilstruktur weiter in Teams untergliedert. Innerhalb eines solchen Teams sind die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter fallverantwortlich mit der konkreten Umsetzung der Aufgaben des ASD betraut.

Die zentralen, übergeordneten Aufgabenfelder, wie Jugend- und Sozialplanung, Controlling, Angebotsberatung und das Kostensachgebiet, sind für alle Regionen eines Bezirkes zuständig. Auf überbezirklicher Ebene steht die Fachbehörde.⁵ Hier werden die im Gesetz aufgeführten Aufgaben der Koordination, Planung, Aufsicht und Kontrolle ausgeübt.

Es ist deutlich erkennbar, dass die ASD-Teams in der Hierarchie der behördlichen Struktur als letztes Glied stehen.⁶

Gemäß § 79 KJHG obliegt dem Jugendamt die Gesamtverantwortung zur Erfüllung der Auf-

5 Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG)

6 siehe Anhang 1, Organigramm des Jugendamtes Bezirk Hamburg Mitte

gaben des KJHG. Dazu gehört u.a., dass zur Aufgabenerfüllung ausreichende Mittel zur Verfügung stehen.⁷

Die weiteren Zuständigkeiten des ASD ergeben sich aus den verschiedenen gesetzlichen Aufgaben des KJHG für die Jugendhilfe.⁸ § 65 I KJHG regelt die Zuständigkeit des Jugendamtes zur Leistungsgewährung und die Erfüllung anderer Aufgaben des KJHG, z.B. die Inobhutnahme gemäß § 42 KJHG.⁹

Die einzelfallbezogene Zuständigkeit des jeweiligen bezirklichen ASD richtet sich gemäß § 86 KJHG grundlegend nach dem *gewöhnlichen Wohnort* der Eltern.

Die Aufgaben des ASD umfassen eine Vielzahl an unterschiedlichen Tätigkeiten, die sich aus dem gesetzlichen Auftrag des KJHG und anderer Rechtsnormen ergeben.

Es soll hier kurz dargestellt werden, welche Aufgaben der ASD im Groben zu erfüllen hat. Aufgaben und Handlungsgrundlagen im Rahmen einer Kindeswohlgefährdung, der Schutzauftrag und die Kontroll- und Eingriffsfunktion des ASD werden später umfangreicher behandelt.¹⁰

Zunächst ergibt sich der Auftrag der Jugendhilfe und damit auch der des ASD allgemein nach § 1 I KJHG *auf das Recht jedes jungen Menschen auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit*. Die Förderung seiner Entwicklung umfasst die körperliche, geistige und psychische Entwicklung und zielt auf die Entwicklung individueller und sozialer Kompetenzen ab (vgl. Wiesner, 2006: § 1 Rz 5a, 10: 21ff.).

Zur Verwirklichung sind dann in § 1 III KJHG die Kernaufgaben als Zielrichtung der Jugendhilfe benannt. Für den ASD maßgeblich ist hier § 1 III Nr. 2 und 3 KJHG. *Eltern und andere Erziehungsberechtigte sollen bei der Erziehung beraten und unterstützt werden und Kinder und Jugendliche sind vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen*.

Aus dem Leistungs- und Aufgabenkatalog des § 2 II und III KJHG ergeben sich für den ASD folgende Aufgaben: *Angebote zur Förderung der Erziehung in der Familie, HzE und ergänzende Leistungen, Hilfen für seelisch behinderte Kinder- und Jugendliche und ergänzende*

7 z.B. geeignete und notwendige Einrichtungen freier und/oder öffentlicher Träger oder ausreichend viele Fachkräfte

8 s.u.

9 siehe Kapitel 3.5

10 siehe Kapitel 3.3 ff.

Leistungen, Hilfe für junge Volljährige und Nachbetreuung, Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen, Mitwirkung in Verfahren vor dem Vormundschafts- und Familiengericht.

Konkretisiert werden diese Aufgaben dann in unterschiedlichen Teilbereichen des KJHG. Der zweite und vierte Abschnitt sind hier vorrangig für das Tätigkeitsfeld des ASD zu benennen.

Beispielhaft wird hier § 17 KJHG kurz erläutert. Demnach haben *Mütter und Väter einen Anspruch auf Beratung in Fragen der Partnerschaft, wenn sie für ein Kind oder einen Jugendlichen zu sorgen haben oder tatsächlich sorgen*. Die Beratung ist darauf ausgerichtet, partnerschaftliche Fragen, Probleme und Krisen zu bewältigen und bei Trennung oder Scheidung der Eltern diesen Unterstützung zur Ausübung ihrer Elternverantwortung anzubieten. Des Weiteren sollen die Eltern bei der Entwicklung eines einvernehmlichen Konzeptes zur Wahrnehmung der elterlichen Sorge unterstützt werden.

Als weitere besondere Aufgabe des ASD ist die Gewährung von HzE gemäß § 27 ff KJHG zu benennen, die darauf ausgerichtet ist, eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung zu gewährleisten.¹¹

Es wird nach § 3 II und III KJHG differenziert, dass Leistungen durch öffentliche und freie Träger der Jugendhilfe erbracht werden können (wobei die Leistungspflicht dem öffentlichen Träger obliegt) und andere Aufgaben der Jugendhilfe, wie z.B. die Inobhutnahme, grundlegend nur von öffentlichen Trägern wahrzunehmen sind, abgesehen von ausdrücklichen Regelungen zur Betrauung freier Träger.

Weitere gesetzliche Grundlagen der Aufgaben des ASD und einen konkreten Bezugsrahmen zu mehreren Vorschriften des BGB, der Kinder und Jugendliche so wie Personensorge- oder Umgangsberechtigte betrifft, bilden u.a. § 49a FGG, Anhörung des Jugendamtes durch das Familiengericht, § 50 KJHG, Mitwirkung in Verfahren vor den Vormundschafts- und den Familiengerichten. Dabei handelt es sich nicht ausschließlich um Verfahren, die eine Kindeswohlgefährdung betreffen.

Der ASD, als hilfe anbietende Stelle des Jugendamtes, richtet seine Tätigkeit zusammenfassend insbesondere darauf, die Erziehungsfähigkeit der Eltern herzustellen und/oder zu erhalten, das Familiensystem zu stärken und entsprechend der Lebenslagen und Erziehungssituation von Kindern, Jugendlichen und Familien eine individuell zugeschnittene Hilfe und Unterstützung anzubieten.

¹¹ siehe Kapitel 3.7

3.2 Praxisorientierte Grundannahmen und Vorgehensweisen des ASD

In Anlehnung an die Grundannahmen im systemischen Ansatz gehen die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im ASD von einem positiven Menschenbild aus. Der Mensch selbst wird so wie er ist angenommen, bestimmte Handlungen und Verhaltensweisen können dabei abgelehnt werden. Klienten sind in der Lage sich zu ändern, der Rahmen für eine solche Veränderung muss ihnen ggf. geschaffen werden. Es ist zu beachten, dass die Klienten eigene Kriterien zur Bewertung ihres Alltags und ihrer Handlungen zugrunde legen und für ihre Problemlagen und Belastungen eigene Experten sind (vgl. Culley in Neuffer, 2005: 140).

Die Klienten sollen mittels der Beratung und Hilfe des ASD eine Hilfestellung bekommen, die sie in die Lage versetzt, sich selbst zu helfen. Im Basisverstehen des systemischen Denkens des ASD wird davon ausgegangen, dass Verhalten und Handlungen von Individuen zirkulär und immer im gesamten Zusammenhang des Systems zu betrachten sind. Zunächst stellt jedes Individuum ein eigenes psychisches System dar, das ein aufgrund seiner Erfahrungen innerhalb eines sozialen Systems, bestimmtes Verhalten zeigt, um dieses vorhandene Beziehungssystem zu stabilisieren. Damit ist nach Außen auffallendes Verhalten innerhalb des Systems sinnvoll. Die Beziehungen der Individuen untereinander sind wichtiger als individuelle Eigenschaften. Bestimmte Verhaltensweisen werden nicht einer Person zugeschrieben, sondern bilden eine Reaktion innerhalb eines Systems.

Der ASD betrachtet also nicht das Problem isoliert, sondern bezieht verschiedene Faktoren und Wechselbeziehungen in seine fachliche Einschätzung ein. Der ASD versucht den Klienten eine Hilfestellung bei der Veränderung der Beziehungsmuster zu geben und nicht Symptomträger zu verändern. Nach Erfassen der Gesamtsituation soll, unter Einbeziehung der Ressourcen, auf Lösungen hingearbeitet werden. Dabei wird beachtet, dass Systeme autonom und nur bedingt beeinflussbar sind (vgl. Enders in Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 1997: 941). Der ASD bezieht die auf nächster Ebene beteiligten Systeme, wie Schule oder Nachbarschaft, in seine Einschätzung und Handlungen ein und beachtet auf metatheoretischer Ebene die biologischen, psychischen, sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen der Klientenumwelt (vgl. Staub-Bernasconi in Stimmer, 2000: 738). Das Hauptaugenmerk des ASD liegt auf einer zielgerichteten, ressourcen- und lösungsorientierten Beratung. Hilfe und Unterstützung werden durch kleine, konkrete und realistische Ziele im prozessorientierten und planvollen Handeln des ASD zur Veränderung der Gesamtsituation aller Beteiligten geboten.

Einen Einschnitt in dieses Unterstützungskonzept bildet die Gefährdung des Kindeswohls, wenn eingreifende Maßnahmen erforderlich werden. Dabei bleibt die Beratungs- und Unter-

stützungsfunktion des ASD erhalten und zielt darauf, die Gefährdung im Einvernehmen mit den Beteiligten abzuwenden.

Die Klienten werden zu Beginn einer Beratung über dieses Doppelmandat des ASD aufgeklärt und es wird verdeutlicht, dass der Fokus des ASD nicht auf einem Eingriff liegt, sondern, mittels der Beratung und Hilfe, eine Veränderung der Gesamtsituation aller Beteiligten erreicht werden soll.

Das planvolle, prozessorientierte Vorgehen des ASD geschieht anhand einer dem Case Management angelehnten Struktur der Arbeitsabläufe im ASD (vgl. Neuffer, 2005: 52). Neben der konkreten Beratung im Einzelfall und einer eingehenden Klärung der Situation der Beteiligten, unter Beachtung bestimmter Strukturen (u.a. Intake, Erstgespräch, Hilfeplanverfahren), werden diese bei Bedarf in spezialisierte Hilfen, wie beispielsweise HzE nach § 27 ff KJHG vermittelt.¹² In einem prozesshaften Verlauf werden mögliche Hilfen mit den Beteiligten erörtert und die Ziele und Wünsche der Beteiligten¹³ bezüglich einer konkreteren Hilfe besprochen. Diese bilden die Grundlage eines Hilfeplans, in dem festgelegt wird, welche operationalisierten Ziele innerhalb eines bestimmten Zeitraums mittels besprochener Lösungsvorschläge zu erreichen sind.¹⁴ Die Überprüfung der Zielerreichung und entscheidende Veränderungen werden im Rahmen von Erziehungskonferenzen in die Hilfeplanung integriert. Der ASD bleibt, wie ein Case Manager, zuständig für den Prozess und trägt die Verantwortung für den Verlauf der Hilfe. Er ist Ansprechpartner für die Klienten und für den hilfeleistenden Träger. Besondere Vorkommnisse und Veränderungen werden dem ASD mitgeteilt. Bei Konflikten zwischen Klienten und Träger nimmt der ASD eine vermittelnde Rolle ein. Im Rahmen von Verlaufskonferenzen wird das Erreichen der Ziele überprüft und je nach Bedarf und Absprache werden die Ziele und Wünsche der Beteiligten neu formuliert und der Hilfeplan fortgeschrieben. Dabei ist der aktuelle Hilfebedarf genau zu beachten, um unwirksame Hilfe einzustellen und neue Lösungen anzustrengen. Sind Klienten in der Lage, wieder ohne spezialisierte Hilfe auszukommen, wird die Hilfe im Rahmen einer Beendigungskonferenz abgeschlossen. Für die Klienten bleibt der ASD danach als Ansprechpartner erhalten, im Bedarfsfall können sich die Klienten wieder an den ASD wenden. Diese Freiwilligkeit des erneuten Zugangs zum ASD setzt voraus, dass die Beziehung zwischen Klienten und ASD tragfähig und vertrauensvoll gewachsen ist. Bei Abbruch einer Hilfe bleibt der ASD ebenfalls zuständig und je nach Fallsituation wird erneut mit dem Klienten gemeinsam überlegt, was

12 siehe Kapitel 3.7 und 6.

13 Personensorgeberechtigte, Kind, weitere Fachkräfte, ggf. weitere Personen

14 siehe dazu Kapitel 3.8 und 6.3, Anhang 7

alternativ hilfreich wäre, um die Gesamtsituation für alle Beteiligten zu verbessern oder ob ggf. ein Eingriff notwendig wird.¹⁵

Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im ASD reflektieren ihre Handlungsweisen und das eigene Rollenverständnis im informellen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen, in Dienst- und Teambesprechungen und im Rahmen der kollegialen Beratung.¹⁶ Die Selbstreflexion dient der Überprüfung des eigenen Handelns innerhalb des Beziehungssystems zu den Klienten und anderen Beteiligten, und dem Bewusstmachen eigener Wertevorstellung und persönlicher Anteile bestimmter Thematiken innerhalb der Beratung.

Der ASD ist vernetzt im Stadtteil tätig.¹⁷ Eine Vernetzung und Gremienarbeit erleichtert den Zugang für Klienten und andere Institutionen zum ASD und hat somit eine präventive Wirkung. Der ASD zeigt Präsenz als Ansprechpartner für mögliche Klienten und andere Institutionen und hilft damit die Hemmschwelle für mögliche Klienten herabzusetzen und das öffentliche Bild des „bösen Jugendamtes als Kinderdieb“ abzubauen. Die Vernetzung dient außerdem einem Austausch über aktuelle Themen und Probleme im Stadtteil und bietet einen informellen Austausch über verschiedene Hilfeleistungen und Kapazitäten, insbesondere für niedrigschwellige Angebote. Ein Austausch über Klienten findet unter der Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen statt. In der Regel wird das Einverständnis der Beteiligten erbeten, um die Kommunikation transparent zu machen.

Es ist festzuhalten, dass ein systemisches Denken als Grundannahme im ASD vorhanden ist und ein ähnlich strukturierter Ablauf wie im Case Management eine Grundlage für die Arbeit im ASD bildet. Auch innerhalb weiterer methodischer Verfahren, wie z.B. der Mediation bedient sich die Fachkraft des ASD, je nach Kenntnisstand und Bedarf, im Einzelfall. Es ist zu beachten, dass der fachwissenschaftliche Ausbildungsstand im ASD sehr unterschiedlich ist, da Fortbildungen im ASD individuell ausgewählt werden und entscheidende Weiterbildungen, z.B. im systemischen Ansatz sehr schnell ausgebucht sind. Auch die häufig schwierige personelle Situation trägt dazu bei, indem einfach keine Zeit bleibt, sich mit neuen Strukturen und Methoden auseinander zusetzen. Demnach kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im ASD ausreichend Gelegenheit haben, ihr Grundwissen zu vertiefen.

15 siehe Kapitel 3.5

16 siehe Kapitel 5.1 und 6.1

17 Stadtteilkonferenzen, weitere Gremien, Stadtteilstfeste usw.

3.3 Das staatliche Wächteramt und der Schutzauftrag des ASD

Ausgehend von Artikel 6 II GG bildet dieser die Grundlage für das *natürliche Recht der Eltern und gleichzeitig ihre Pflicht der Pflege und Erziehung ihrer Kinder*. In Artikel 6 II S. 2 GG legitimiert sich zunächst grundsätzlich der *Schutzauftrag des staatlichen Wächteramtes*. Analog zum Artikel 6 II GG ist § 1 II KJHG formuliert und zeigt damit eine besondere Bedeutung für die Jugendhilfe. Das Kind hat also aus dieser Rechtsnorm entstehend auch ein Recht auf staatlichen Schutz.

Unter Einbeziehung des Schutzes der Menschenwürde und des allgemeinen Persönlichkeitsrechts nach Artikel 1 und 2 GG wird das aus Artikel 6 II GG begründete Elternrecht als „...ein am Kindeswohl orientiertes Grundrecht...“ betrachtet (Raack, in Kindler u.a., 2006: 34-1). Die Eltern sollen demnach das Elternrecht zur Vertretung der Interessen und Bedürfnisse ihrer Kinder unter Einbeziehung der fortschreitenden Selbstbestimmungsfähigkeit ausüben (vgl. Münder u.a., 2006: § 1 Rz 20:112).

Das Elternrecht bietet, durch die Verankerung im Grundgesetz, ein *Abwehrrecht der Eltern* gegenüber staatlicher Eingriffe. Es wird davon ausgegangen, dass den Eltern das *Wohl ihrer Kinder in besonderer Weise am Herzen liegt* (vgl. Münder u.a., 2006: § 1 Rz 17: 111). Zum Schutz der Kinder dient das staatliche Wächteramt über die Ausübung des Elternrechts. Ein Eingriff in dieses legitimiert sich in Artikel 6 III GG unter bestimmten Voraussetzungen. Parallel wird aber wiederum auch das Elternrecht vor Eingriffen des Staates geschützt, in dem es für *eine Trennung von Eltern und Kind gegen ihren Willen eine gesetzliche Grundlage geben muss und als Eingriffsvoraussetzung das Versagen der Eltern oder eine Verwahrlosung der Kinder aus anderen Gründen droht*. Es bedarf also zusätzlich konkretisierter Rechtsnormen, um den Schutzauftrag des staatlichen Wächteramtes als eingreifende Instanz im Rahmen von Kindeswohlgefährdung zu verstehen.

Der aus § 1 III Nr. 3 KJHG hergeleitete Schutzauftrag, *Kinder vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen*, bildet keine Grundlage für einen Eingriff in die Grundrechte von Eltern und Kindern, sondern ist hier als eine Zielbestimmung für die Jugendhilfe zu betrachten (vgl. Münder u.a., 2006: § 1 Rz 29: 115, § 8a Rz 1: 164).

Das Inkrafttreten des KICK am 01.10.2005 hat für die Schutzfunktion des ASD eine zentrale Rolle eingenommen, insbesondere durch die Einführung des § 8a KJHG, dem *Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung*.

Durch die Verankerung im ersten Teil des KJHG ist der § 8a KJHG für alle Hilfen des KJHG maßgeblich (vgl. Münder u.a., 2006: § 8a Rz 3: 165).

Das Jugendamt wird in § 8 a I KJHG *verpflichtet bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte einer Kindeswohlgefährdung* (im Sinne des § 1666 BGB)¹⁸ eine *Abschätzung des Gefährdungsrisikos im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte* vorzunehmen. Grundsätzlich werden die *Beteiligten einbezogen* (Ausschlusskriterium ist der Schutz der Kinder) und das Jugendamt soll den Eltern zur Gefahrenabwehr *geeignete und notwendige Hilfen*¹⁹ anbieten.

Der Auftrag des ASD ist es, konkreten Hinweisen oder Indizien für eine Kindeswohlgefährdung nachzugehen und ggf. weitere Informationen zur familiären Situation, die zur Klärung beitragen, zu sammeln. Diese sind auf fachlicher Ebene entweder mit Kollegen, Vorgesetzten oder auch mit anderen, externen Fachkräften²⁰ zu reflektieren und einzuschätzen (vgl. Münder u.a., 2006: § 8a Rz 9: 13ff.). Die Informationen zur Risikoabschätzung sind grundsätzlich bei den Betroffenen selbst einzuholen. Zur Klärung der Gefährdungssituation kann es dennoch notwendig sein, Informationen durch Dritte zu gewinnen. Sofern die Möglichkeit besteht, wird dafür das Einverständnis der Beteiligten eingeholt. Es ist dem ASD aber auch gemäß § 62 III Nr. 2 d KJHG gestattet, Sozialdaten im Rahmen der *Erfüllung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a KJHG*, wenn die Betroffenen nicht mitwirken, zu erheben (vgl. Wiesner, 2006: § 8a Rz 24: 111).

Für die Abschätzung einer Gefährdung des Kindeswohls ist es, bis auf o.g. Ausnahme, allein schon aus fachlicher Sicht unumgänglich, die Beteiligten in die Klärungsphase einzubeziehen. Die Grundlage für eine Klärung der familiären Situation und vielleicht folgende Hilfen stützt sich doch insbesondere auf die Beziehung zwischen Klienten und Sozialarbeiter und ist Basis der Sozialen Arbeit im ASD zu betrachten. Die Beteiligung folgt dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe, also den Beteiligten Beratung und Unterstützung anzubieten, um wieder eigenverantwortliche Entscheidungen im Sinne des Kindeswohls treffen zu können (vgl. Münder u.a., 2006: § 8a Rz 19ff.: 169f.).

Im Rahmen einer Risikoabschätzung sind nach den Empfehlungen des Deutschen Städtetages insbesondere folgende Fragen zu klären:

„1. Gewährleistung des Kindeswohls: Inwieweit ist das Wohl des Kindes durch die Sorgeberechtigten gewährleistet oder ist dies nur z.T. oder überhaupt nicht der Fall?

18 siehe Kapitel 3.4

19 z.B. HzE, siehe dazu Kapitel 3.7

20 z.B. Psychologen oder Ärzten

2. Problemaakzeptanz: Sehen die Sorgeberechtigten und die Kinder selbst ein Problem oder ist dies weniger oder gar nicht der Fall?

3. Problemkongruenz: Stimmen die Sorgeberechtigten und die beteiligten Fachkräfte in der Problemkonstruktion überein oder ist dies weniger oder gar nicht der Fall?

4. Hilfeakzeptanz: Sind die betroffenen Sorgeberechtigten und Kinder bereit, die ihnen gemachten Hilfeangebote anzunehmen und zu nutzen oder ist dies nur z.T. oder gar nicht der Fall?“

Des weiteren sind „...die häusliche und soziale Situation der Familie, das Erscheinungsbild und Verhalten des Kindes und das Kooperationsverhalten der Eltern...“ in die Risikoabschätzung einzubeziehen (Deutscher Städtetag, 2003: 6f. in www.agsp.de).²¹

Weiterhin lässt sich anhand der nachfolgenden Abbildung kurz und übersichtlich darstellen in welchem Einschätzungsprozess der ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung grundlegend steckt.

Abb. 1: Übersicht: Nichtgewährleistung/Gefährdung des Kindeswohls und Fähigkeit/Bereitschaft der Eltern zur Annahme von Hilfe (zur Erziehung)

	Eltern wollen und können Hilfe (zur Erziehung) annehmen	Eltern wollen und/oder können Hilfe (zur Erziehung) nicht annehmen
Eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung ist „nur“ nicht gewährleistet.	A	C
Das Wohl des Kindes oder Jugendlichen ist gefährdet.	B	D

(Schone in SPI, 2001: 60)

Bei der Situation A liegt der klassische Fall zur Einleitung und Gewährung von HZE²² vor. Eine Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 BGB²³ ist nicht vorhanden. Die Konstellation des Falls C setzt ebenfalls voraus, dass keine Gefährdungslage vorliegt. Die Eltern können

²¹ siehe dazu die konkretisierten Verfahrensstandards der Hamburger Praxis in Kapitel 5

²² siehe dazu Kapitel 3.7

²³ siehe Kapitel 3.4

nicht zu einer Hilfeannahme gezwungen werden, auch wenn es für die Erziehungsgewährleistung des Kindes geeignete und notwendige Hilfen gibt, da den Eltern das Erziehungsrecht aus dem Grundgesetz obliegt. Für die Tätigkeit des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung sind die Konstellationen B und D relevant. Besonders in Fällen der „unfreiwilligen“ Freiwilligen der Gruppe B²⁴ bedarf der genauen Einschätzung inwieweit diese Familie wirklich bereit und in der Lage ist eine Hilfe anzunehmen. Häufig sind die Eltern in diesen Grenzfällen zunächst nur oberflächlich zu Gefahrenabwehr und Hilfeannahme bereit. Es gilt hier genau im Blick zu behalten, ob die eingesetzte Hilfe zur Abwendung der Gefährdungslage führt. Der Fall D ist für den ASD der klassische Fall zur Anrufung des Familiengerichts und ggf. zur Inobhutnahme²⁵ (vgl. Schone in SPI, 2001: 60f. oder auch Schone in ZBFS, 2006b:117f.).

Für den ASD ergibt sich aus § 8a II KJHG eine Unterstützung durch andere Träger im Tätigkeitsbereich der Kindeswohlgefährdung. Für die Träger resultieren bestimmte Aufgaben und Verpflichtungen aus der Rechtsnorm, insbesondere die *Mitverantwortung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen*. Der öffentlichen Jugendhilfe obliegt es für den Handlungsrahmen, Vereinbarungen mit den Trägern und Einrichtungen im Sinne des § 8a II KJHG zu treffen. Über eine solche Vereinbarung sollen die Träger dieselbe Aufgabe, wie in § 8a I KJHG, wahrnehmen und zusätzlich zur Risikoeinschätzung eine *insoweit erfahrene Fachkraft hinzuziehen*. Des Weiteren sind die Träger zu verpflichten, *auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken und das Jugendamt zu informieren, wenn eine angenommene Hilfe zur Gefahrenabwehr nicht ausreichend erscheint oder Hilfen abgelehnt werden* (vgl. Münder u.a., 2006: § 8a Rz 25ff.: 171ff.).

Nach § 8 a III KJHG ist das *Familiengericht anzurufen*, sofern dies *zur Gefahrenabwehr aus Sicht des Jugendamtes erforderlich* ist oder ein *Mitwirken zur Risikoabschätzung von den Personensorgeberechtigten abgelehnt wird oder diese dazu nicht in der Lage* sind. Die Grenzen für eine Mitwirkung sind sehr eng gefasst, Ablehnung von bestimmten Hilfen oder beschönigende Darstellungen führen dabei nicht grundsätzlich zu einem Versäumnis der Mitwirkung.

Für den ASD entsteht dennoch die *Pflicht zur Anrufung des Familiengerichtes* und bei *akutem Handlungsbedarf das Kind in Obhut zu nehmen*. Ein direktes Eingriffsrecht des ASD lässt sich hier nicht ableiten, weil die Handlungsgrundlage für eine Inobhutnahme der § 42 KJHG

24 Zumeist erfolgt die Bereitschaft der Eltern zur Hilfeannahme aufgrund von Druck, der durch Ankündigung einer Anrufung des Familiengerichts erzeugt wird.

25 siehe Kapitel 3.4 und 3.5

bildet und der einzig herzuleitende Eingriff im Anrufen des Familiengerichtes liegt²⁶ (vgl. Münder u.a., 2006: § 8a Rz 37: 175, Rz 47: 179).

Dem *Jugendamt* obliegt es gemäß § 8a IV KJHG *zur Gefahrenabwehr auf eine Inanspruchnahme von Leistungen anderer Träger, der Gesundheitshilfe oder der Polizei hinzuwirken. Es schaltet diese Stellen bei sofortiger Erforderlichkeit selbst ein, wenn die Personensorgeberechtigten nicht mitwirken.* Ein solches Einschalten anderer Leistungsträger durch den ASD legitimiert sich ausschließlich durch das Vorliegen einer „*Gefahr im Verzug*“, also einem akuten Handlungsbedarf (vgl. Münder u.a., 2006: § 8a Rz 54ff.: 181).

Insgesamt bietet der Schutzauftrag des § 8 a KJHG eine Konkretisierung des allgemein formulierten staatlichen Wächteramtes. Er stellt auf Kindeswohlgefährdung zugeschnittene, bestimmte Vorgehensweisen und Aufgaben an die Jugendhilfe, insbesondere an den ASD (vgl. Münder u.a., 2006: § 8a Rz 2: 165).

3.4 Die Definition von Kindeswohlgefährdung gemäß § 1666 BGB

Der § 1666 BGB regelt auf gerichtlicher Ebene die Aufgabe des staatlichen Wächteramtes im Sinne des Artikel 6 II S. 2 und III GG. Für die Tätigkeit und mögliche Eingriffe des ASD werden als Definitionsrahmen einer Kindeswohlgefährdung ebenfalls die Voraussetzungen dieser Rechtsnorm zugrunde gelegt.

Die gerichtliche Eingriffsnorm des § 1666 I BGB benennt drei der Gefährdung des Kindeswohls zugeordnete Bereiche, das *geistige, körperliche oder seelische Wohl*. Diese können jeweils einzeln als Gefährdungsgrundlage, aber auch in Verbindung miteinander stehen.

Die Grundlage für das Kindeswohl bilden gesetzliche Rahmenbedingungen durch Benennung von Erziehungszielen, wie die *Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit* nach § 1 I KJHG und die *Beachtung der Fähigkeit und des Bedürfnisses des Kindes auf wachsendes selbständiges verantwortungsbewusstes Handeln* gemäß § 1626 II KJHG. Die die Personensorge umfassenden *Rechte und Pflichten der Pflege, Erziehung, Beaufsichtigung und Bestimmung des Aufenthaltes, so wie das Recht des Kindes auf eine gewaltfreie Erziehung und die Unzulässigkeit körperlicher Bestrafung, seelischer Verletzung und anderer entwürdigender Maßnahmen* gemäß § 1631 BGB, konkretisieren den Rahmen für das Wohl eines Kindes. Die Bindung und Beziehung von Eltern und Kindern hat gegenüber den Eingriffen des Staates einen besonderen Stellenwert, es gilt das Prinzip der

²⁶ siehe Kapitel 3.4 und 3.5

Verhältnismäßigkeit und wird durch Rechtsnormen, wie Artikel 6 III GG und §1666a BGB betont (vgl. Bamberger, 2003: § 1666 Rz 4: 885 und Münchener Kommentar, 2002: § 1666 Rz 43ff.: 931).

Für die Feststellung einer Kindeswohlgefährdung ist Grundvoraussetzung, dass eine *Gefährdung* im Mindesten unmittelbar bevorsteht und eine erhebliche Schädigung des Kindeswohls mit ziemlicher Sicherheit vorauszusehen ist. „Die Gefährdung muss nachhaltig und schwerwiegend sein.“ (Münchener Kommentar, 2002: § 1666 Rz 51: 914). Einen grundsätzlichen Schutz des Kindes vor bestimmten Lebensbedingungen oder Verhaltensweisen der Eltern, die keine Gefährdungsvoraussetzung bilden, sieht das Gesetz nicht vor (vgl. Bamberger, 2003: § 1666 Rz 5: 885f.).

Eine Gefährdung des *körperlichen, geistigen oder seelischen Wohles* des Kindes kann auf unterschiedliche Weise geschehen.

Zuerst wird in § 1666 I BGB die *missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge* benannt. Es handelt sich hierbei um ein aktives, vorwerfbares Handeln gegen das Kindeswohl, insbesondere durch Tötungsversuche, erhebliche körperliche und seelische Misshandlungen oder sexuellen Missbrauch. „Missbräuchlich ist jedes Ausnutzen der elterlichen Sorge zum Schaden des Kindes.“ (Bamberger, 2003: § 1666 Rz 7ff.: 886f.).

Es folgt die passive Gefährdung des Kindeswohls durch *Vernachlässigung*, diese ist den Eltern ebenfalls vorwerfbar. Vernachlässigung im Sinne des § 1666 I BGB heißt, dass dem Kind das Recht auf Pflege und Erziehung ganz oder in Teilen durch Unterlassen versagt wird. Vernachlässigende Eltern sorgen sich nicht ausreichend um die Grundbedürfnisse ihrer Kinder wie ausreichende und ausgewogene Ernährung, regelmäßige Körperpflege, witterungsgemäße Kleidung und altersangemessene Aufsicht. Auch das nicht Wahrnehmen von ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung oder Vorsorge ist ein Vernachlässigungsmerkmal (vgl. Bamberger, 2003: § 1666 Rz 13: 888 und Münchener Kommentar, 2002: § 1666 Rz 102ff.: 928f.).

Das *unverschuldete Versagen der Eltern*, als dritte, mögliche Voraussetzung einer Kindeswohlgefährdung, dient dazu, elterliches Versagen, das nicht vorwerfbar ist, abzudecken. Diese Auffangfunktion setzt voraus, dass das Fehlverhalten und Versagen der Eltern so gravierend sein muss, dass daraus eine Kindeswohlgefährdung erfolgt. Gefährden Eltern das Wohl ihrer Kinder durch Überforderung oder Ungeeignetheit in der Erziehung, ist von einem unverschuldeten Versagen auszugehen. Des weiteren sind diesem Gefährdungsmerkmal insbesondere psychisch erkrankte oder suchtmittelabhängige Eltern, deren Erziehungsfähigkeit da-

durch erheblich eingeschränkt ist, zuzuordnen. Auch Eltern die selbst besondere Defizite in ihrer Persönlichkeit oder geistigen Entwicklung haben und dem Kind die notwendige Förderung nicht auf einem anderen Weg ermöglichen, zählen zu dieser Gruppe (vgl. Bamberger, 2003: § 1666 Rz 14: 889 und Münchener Kommentar, 2002: § 1666 Rz 105ff.: 929f.). Das Gericht kann als letztes auch gegen Dritte, die das Kindeswohl schädigen, vorgehen. Wenn Eltern schädigendes *Verhalten eines Dritten* im Rahmen ihres Elternrechtes nicht verhindern und ihre Kinder schützen, kann das Gericht die notwendigen Maßnahmen zum Schutz der Kinder ergreifen. Dabei ist der Verbleib des Dritten in der Nähe des Kindes als mögliche Eingriffsvoraussetzung denkbar, weil für das Verhalten Dritter jegliches Tun und Unterlassen, dass das Kindeswohl schädigt, ursächlich ist. Zum hier genannten Personenkreis zählen z.B. Freunde, Verwandte oder Nachbarn, die das Kind beispielsweise durch entwürdigende Maßnahmen, sexuellen Missbrauch, Verleiten zur Alkohol- und Drogensucht, Prostitution oder Straftaten schädigen (vgl. Bamberger, 2003: § 1666 Rz 1: 889 und Münchener Kommentar, 2002: § 1666 Rz 112ff.: 930f.).

Als weiterführende Voraussetzung gerichtlicher Maßnahmen müssen die *Eltern nicht gewillt oder in der Lage* sein, die Gefährdung für das Kind abzuwenden. Dazu gehören z.B. Hilflosigkeit und Gleichgültigkeit der Eltern, wie auch die fehlende Einsicht über eine Gefährdung oder der Unwillen einer Gefährdung entgegenzuwirken.

Nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit kann das Gericht zum Schutz des Kindes unterschiedliche Maßnahmen ergreifen und in die Elternrechte eingreifen. Diese reichen von Ermahnungen bis hin zur Entziehung der gesamten elterlichen Sorge (§ 1666 und § 1666 a BGB). Es ist immer die zur Gefahrenabwehr mildeste Maßnahme zu wählen. Die *Trennung von Kinder und Eltern* setzt gemäß § 1666 a I BGB voraus, dass der *Gefahr auf keine andere Weise, auch nicht durch öffentliche Hilfe*, begegnet werden kann. Neben Kindertageseinrichtungen oder einer Tagespflege (§ 22 und 23 KJHG) sind unter öffentlicher Hilfe insbesondere HzE nach § 27 ff. KJHG zu verstehen.²⁷

In Verfahren nach § 1666 BGB vor dem Familiengericht obliegt dem ASD eine Mitwirkungspflicht gemäß § 50 I KJHG und § 49 a I Nr. 8 FGG. Der ASD hat hier die Aufgabe, das Familiengericht bei *allen Maßnahmen, die die Sorge für die Person von Kindern und Jugendlichen betreffen* zu unterstützen und in § 50 II KJHG konkretisiert *insbesondere über angebotene und erbrachte Leistungen zu unterrichten, erzieherische und soziale Gesichtspunkte zur*

²⁷ siehe Kapitel 3.7

Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen einzubringen und auf weitere Hilfemöglichkeiten hinzuweisen.

Die Tätigkeit des ASD vor dem Familiengericht ist als eigenständige Aufgabe zu betrachten und nicht als Hilfsorgan des Gerichtes zu verstehen (vgl. Wiesner, 2006: § 50 Rz 3: 894). Ferner ist das Gericht nicht „Vollstrecker“ des ASD und muss möglichen Entscheidungsvorschlägen nicht folgen. Die Form der Mitwirkung des ASD wird nicht konkretisiert, es bleibt dem ASD überlassen, wie diese unter sozialpädagogischen Gesichtspunkten mit Blick auf das Kindeswohl ausgeführt wird. Es besteht keine Verpflichtung zur gutachterlichen Stellungnahme oder einem Entscheidungsvorschlag (vgl. Münder u.a., 2006: § 50 Rz 13: 634). In Verfahren nach §1666 BGB ist davon auszugehen, dass der ASD ein besonderes Interesse an diesen hat, allein schon im Hinblick auf seine Kontroll- und Schutzfunktion und sich mit ziemlicher Sicherheit sowohl schriftlich, als auch persönlich äußert und auch einen Entscheidungsvorschlag unterbreitet. Dem ASD obliegt gemäß § 57 I Nr. 9 FGG ein Beschwerderecht, wenn die familiengerichtliche Entscheidung aus Sicht des ASD das Kindeswohl unzureichend berücksichtigt hat.

3.5 Grundlagen zum Eingriff des ASD

Grundsätzlich ist bei der Beratung und Hilfe des ASD immer von einem zumindest „empfundenen Eingriff“ oder einer bedingten Freiwilligkeit auszugehen. Die wenigsten Klienten kommen wirklich freiwillig zu der Stelle, die „Kinder wegnimmt“, um sich beraten zu lassen. Der Leidensdruck der Klienten oder der Druck von anderen Institutionen ist also relativ hoch, wenn die Klienten selbst zum ASD kommen (vgl. Schone in SPI, 2001: 61 oder auch Schone in ZBFS, 2006b: 117).

Bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung kommt es dann auch häufig vor, dass die Klienten gar nicht selbst zum ASD kommen, sondern vielmehr Dritte, zumeist Nachbarn oder andere Institutionen, dem ASD melden, dass eine Familie auffällt und vielleicht Hilfe benötigen könnte. Dieses führt zu einer Kontaktaufnahme durch den ASD und je nach Fallschilderung wird zu einem Gespräch in die Dienststelle gebeten, ein Hausbesuch angekündigt oder die Familie ohne Vorankündigung aufgesucht. Egal, wie nach einer Meldung Dritter vorgegangen wird, ist das Handeln des ASD als Eingriff zu betrachten, weil die Klienten die Kontaktaufnahme nicht selbst entschieden haben. Aufgrund des vorhandenen Wächteramtes und dem daraus resultierenden Schutzauftrag des ASD ist das Nachgehen einer Fremdmeldung unumgänglich. Es bleibt im Ermessen des ASD, je nach fachlicher Einschätzung der

Meldung unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit, das Vorgehen zu bestimmen, z.B. ob ein Hausbesuch notwendig ist oder ein Kontakt in der Dienststelle ausreichend erscheint.

Sollte kein Kontakt zur Familie zustande kommen oder die Beratung und angebotene Hilfe abgelehnt werden, ist zu prüfen, ob nach *Klärung der Fallsituation im Fachteam* ein weiteres Vorgehen aufgrund *gewichtiger Anhaltspunkte einer Kindeswohlgefährdung* notwendig wird, und nach § 8a III KJHG das Familiengericht eingeschaltet oder in einer akuten Notsituation ein Kind in Obhut genommen wird.

Das Anrufen des Familiengerichts stellt einen indirekten Eingriff dar. Der ASD hält das Tätigwerden des Gerichts für erforderlich, um die Gefahr für das Kindeswohl abzuwenden oder ein Mitwirken der Eltern zur Risikoabschätzung zu erreichen. Dem ASD entsteht aus § 8a III S. 1 KJHG sogar die Pflicht, das Familiengericht einzuschalten. Dabei ist zu beachten, dass dem ASD daraus keine weiteren Eingriffsbefugnisse entstehen (vgl. Münder u.a.: 2006: § 8a Rz 37: 175).

Der ASD kann gemäß § 621g ZPO bei Eilbedürftigkeit einen Antrag auf eine einstweilige Anordnung stellen. Es ist dafür notwendig, dass der ASD eine sofortige Maßnahme zur Abwendung der Gefahr dem Gericht glaubhaft macht und ein dringendes Bedürfnis für sofortiges Einschreiten besteht (vgl. Münchener Kommentar, 2002: § 1666 Rz 193: 949). Ist also Gefahr in Verzug, kann das Gericht eine vorläufige Entscheidung treffen. Eine Anhörung der Beteiligten ist dafür zunächst nicht erforderlich, aber unverzüglich nachzuholen. Eine Entscheidung im Hauptsacheverfahren kann dann, wenn sich die Voraussetzungen für eine Kindeswohlgefährdung verändert haben, den Beschluss einer einstweiligen Anordnung aufheben. Es ist deshalb dringend darauf zu achten, welche Einschnitte und vielleicht auch Schädigungen durch eine Maßnahmenregelung per einstweiliger Anordnung für das Kind entstehen können, und daher unbedingt das Prinzip der Verhältnismäßigkeit zu verfolgen (vgl. Haase in Kindler u.a., 2006: 118-2f.).

Ein direkter Eingriff des ASD zum Schutz eines Kindes vor Gefahren für sein Wohl legitimiert sich durch § 42 KJHG, die Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen. Diese Krisenintervention²⁸ durch Inobhutnahme ist eine hoheitliche Aufgabe des Jugendamtes. Grundsätzlich dürfen andere Institutionen, wie Schulen oder auch freie Träger, ein Kind im Rahmen von § 42 KJHG nicht in Obhut nehmen (vgl. Münder u.a., 2006: §42 Rz 1: 550).

Es obliegt dem ASD, unter den Voraussetzungen des § 42 I KJHG, das Recht und die Pflicht ein Kind in seine Obhut zu nehmen. Der ASD hat Kinder auf *eigenen Wunsch*, bei einer

28 siehe dazu Kapitel 5.1

dringenden Gefahr für das Wohl des Kindes oder Jugendlichen (wenn die Eltern nicht widersprechen oder eine familiengerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann) oder einen minderjährigen unbegleiteten Flüchtling ohne Personensorgeberechtigte im Inland in Obhut zu nehmen. Der ASD ist befugt das Kind vorläufig bei einer geeigneten Person oder in einer geeigneten Wohnform unterzubringen. Im Fall nach § 42 I Nr. 3 KJHG darf der ASD ein Kind bei einer dringenden Kindeswohlgefährdung, die eine Inobhutnahme erfordert, das Kind von einer anderen Person wegnehmen.

Hier sind sowohl Eltern als auch Dritte, die das Kindeswohl gefährden oder das Kind einer Gefährdungssituation aussetzen, gemeint. Neben einer Herausnahme bzw. Wegnahme eines Kindes können Kinder dem ASD auch durch Dritte zugeführt werden, z.B. wenn ein Nachbar ein schutz- und hilfloses Kind zur Polizei oder dem ASD direkt bringt (vgl. Wiesner, 2006 § 42 Rz 10: 754).

Grundlage für das Eingreifen des ASD nach § 42 I Nr. 2 KJHG bilden die Voraussetzungen des § 1666 I BGB in Verbindung mit einer *dringenden Gefahr für das Kindeswohl*. Eine Anrufung des Familiengerichtes nach § 8 a III KJHG kann zur Gefahrenabwehr nicht abgewartet werden. Dieses ist u.a. der Fall, wenn eine extreme Vernachlässigung, eine Misshandlung oder sexueller Missbrauch vorliegen. „Für eine Inobhutnahme müssen die tatsächlichen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung **objektiv** erkennbar sein,...“ (Münder u.a., 2006: § 42 Rz 13: 554). Die Inobhutnahme ist als kurzfristiger Eingriff in einer Notsituation zu verstehen. Es handelt sich dabei um eine sozialpädagogische Krisenintervention, die unter Einhaltung fachlicher Standards durchgeführt wird.²⁹ Das Eingreifen des ASD selbst setzt keine unmittelbare Gefahr voraus, vielmehr ist davon auszugehen, dass, wenn die aktuelle Situation ohne Eingreifen weiter bestehen bleibt, eine Gefährdung höchstwahrscheinlich eintreten wird. Je größer der evtl. Schaden des Kindes sein wird, desto niedriger ist die Anforderung an die Gefahrenprüfung und die Schwelle für einen Eingriff zu bewerten, auch wenn sich später herausstellt, dass keine Gefährdungssituation bestanden hat. Dem ASD obliegt im akuten Handlungsbedarf dennoch grundsätzlich, die Voraussetzungen für eine Kindeswohlgefährdung fachlich und konkret auf den Einzelfall einzuschätzen, um eine rechtswidrige Inobhutnahme zu vermeiden. (vgl. Münder u.a., 2006: § 42 Rz 13ff.: 554ff. und Wiesner, 2006: § 42 Rz 11: 754).

Das Jugendamt ist zur Umsetzung einer Inobhutnahme nicht befugt, Gewalt anzuwenden (z.B. eine Wohnung aufzubrechen). Sollte beispielsweise Gewaltanwendung, also *unmittelbarer Zwang*, notwendig sein, um eine dringende Gefahr für das Kindeswohl abzuwenden, ist

²⁹ siehe Kapitel 5.1

die Polizei gemäß § 42 VI KJHG als befugte Instanz hinzuzuziehen (vgl. Münder u.a., 2006: § 42 Rz 6: 552 und Wiesner, 2006: § 42 Rz 25: 760, Rz 76f.: 578f.).

Sofern ein Hausbesuch das einzige Mittel zur Sicherung des Kindeswohls ist, ist der ASD zu diesem verpflichtet. Der Wohnungsinhaber ist dabei grundsätzlich erst einmal nicht zum Einlassen verpflichtet. Liegt keine unmittelbare Gefährdung vor, ist ein Antrag an das Gericht zu stellen (z.B. Antrag auf einstweilige Anordnung, mit der Maßnahme einer Zulassung eines Hausbesuches und einer in Augenscheinnahme der Kinder zur Risikoabschätzung nach § 8 a III KJHG). Das Betreten einer Wohnung durch den ASD gegen den Willen des Inhabers legitimiert sich für diesen in Hamburg aus § 3 HmbSOG in Verbindung mit § 16 II Nr. 4 HmbSOG, sofern eine Gefahr für Leib, Leben und Freiheit unmittelbar bevorsteht.

Die Unterbringung eines in Obhut genommenen Kindes erfordert keine sozialpädagogische Ausbildung der betreuenden Person, sondern vielmehr die Geeignetheit, auf die Bedürfnisse des Kindes einzugehen. Es ist die spezifische Fallsituation zu beachten. Demnach kann beispielsweise ein Kind auch bei der Oma oder einem nicht sorgeberechtigtem Elternteil untergebracht werden, sofern diese geeignet sind. Grundsätzlich ist von einer „betreuenden Schutzgewährung“ zu sprechen, so dass bei einer Einrichtung, z.B. ein Kinderschutzhaus, und sonstiger Wohnform in der Regel von einer betreuten Wohngruppe auszugehen ist (vgl. Münder u.a., 2006: § 42 Rz 21ff.: 559). Kleinkinder werden, z.T. lediglich zur Klärung der Situation und Erörterung möglicher Hilfen, untergebracht.³⁰ Eine Erfüllung der Voraussetzungen des § 42 KJHG erscheint hier in der Regel nicht erbracht, vielmehr wäre die gesetzliche Grundlage im Rahmen der HzE, der Einrichtung einer vorläufigen Hilfe, zu sehen (vgl. Wiesner, 2006: § 42 Rz 21: 758).

§ 42 II KJHG umfasst die Aufgabe des Jugendamtes die *Gefährdungssituation und Inobhutnahme mit dem Kind oder Jugendlichen zu klären und Unterstützungs- und Hilfemöglichkeiten aufzuzeigen* und ihm *Gelegenheit zur Information einer Person seines Vertrauens* zu geben. Während der Inobhutnahme *sorgt das Jugendamt für das Wohl des Kindes*. Dazu gehören auch der *Unterhalt* und die *Krankenhilfe*. Das Jugendamt ist, unter *angemessener Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens der Sorgeberechtigten*, befugt, alle *notwendigen Rechtshandlungen zum Wohl des Kindes* vorzunehmen.

Die Ausübung der Vertretung der Rechtshandlungen ist ausschließlich im Hinblick auf das Kindeswohls gestattet, unter der Voraussetzung einer Handlungsnotwendigkeit. Da es sich nicht um eine Übertragung der elterlichen Sorge auf das Jugendamt handelt, ist die Vertretung insbesondere an den vermuteten Willen der Eltern zu koppeln, sofern dieses unter denen im

³⁰ Zumeist ohne sichtbare akute Gefährdungslage des Kindes

Einzelfall vorliegenden Gefährdungsaspekten im Sinne des Kindeswohls ist (vgl. Münder u.a., 2006: § 42 Rz 32: 562f.).

Nach der Inobhutnahme ist dem Kind oder Jugendlichen die Gelegenheit zur Information einer Vertrauensperson zu geben. Wen diese auf welche Weise informieren, ist allein ihnen überlassen. Einzige Ausnahme zur Unterbindung eines bestimmten Kontaktes kann die Gefährdung des Schutzes des Kindes, z.B. die Information eines Dealers, sein (vgl. Münder u.a., 2006: § 42 Rz 29f.: 561f.).

Die Aufgabe des ASD, die gemeinsame Problemklärung und das (Auf)Klären von Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten mit dem Kind oder Jugendlichen, ist als wesentlicher Bestandteil der Inobhutnahme zu betrachten. Es geht darum, im Hinblick auf Veränderungsprozesse, eine längerfristige Hilfe und Unterstützung zur dauerhaften Abwendung der Gefährdung zu besprechen und erste Schritte zur Umsetzung anzugehen. Je nach Gefährdungssituation sind hier jegliche Hilfen der Jugendhilfe, aber auch medizinische oder psychologische Maßnahmen zu verstehen (vgl. Wiesner, 2006: § 42 Rz 26ff.: 760f.).

Die *Sorgeberechtigten* sind nach § 42 III KJHG *unverzüglich über die Inobhutnahme zu unterrichten* und es ist *mit ihnen eine Risikoabschätzung* vorzunehmen. Vorrangig ist hier die Klärung der Situation mit dem Kind zu berücksichtigen. Es bedarf der Abwägung einer möglichen weiteren Gefährdung des Kindeswohls durch die Information der Eltern gegenüber der Informationspflicht durch den ASD. Es besteht die Möglichkeit, die Eltern zunächst über andere Stellen, wie die Polizei, über die Obhut des Kindes beim Jugendamt zu unterrichten. Die Entscheidung, wann und wie die Eltern informiert werden, ist immer für den konkreten Einzelfall zu treffen. Je nach Gefährdungsgrundlage, z.B. bei Misshandlung oder sexuellem Missbrauch, kann es sein, dass es notwendig ist, die Eltern über den genauen Aufenthalt des Kindes nicht zu informieren, auch wenn dies grundsätzlich dem Erziehungsrecht entgegensteht (vgl. Münder u.a., 2006: §42 Rz 36f.: 564).

Die Zusammenarbeit mit den Eltern im Rahmen einer Risikoabschätzung wird häufig durch das Verlangen der Eltern auf Herausgabe des Kindes erschwert. Für den ASD ist die Elternarbeit im Hinblick auf weitere Hilfen zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung dennoch zentral. Das Ziel des ASD ist nicht, primär Kinder dauerhaft unterzubringen, sondern eine Veränderung der familiären Bedingungen zur Rückkehr des Kindes zu unterstützen. Es obliegt dem ASD mit dem Widerstand der Eltern konstruktiv auf die Zukunft gerichtet zu arbeiten. Ist die Familie dem ASD bekannt und wurde nach § 8 a I S. 2 KJHG bereits eine Risikoabschätzung vorgenommen, ersetzt diese eine weitere im Sinne des § 42 III S. 1 KJHG (vgl. Münder u.a., 2006: § 42 Rz 39: 565 und Wiesner: 2006: § 42 Rz 39: 765).

Sind die *Eltern mit der Inobhutnahme einverstanden*, ist unverzüglich ein *Hilfeplanverfahren* gemäß § 36 KJHG einzuleiten.³¹

Stimmen die Eltern der *Inobhutnahme nicht zu*, ist das *Kind zurückzuführen, sofern eine Gefährdung des Kindeswohls nicht vorliegt*³² oder die Eltern *gewillt und in der Lage sind, die Gefährdung abzuwenden*. Es sind im weiteren Verlauf notwendige und geeignete Hilfen zu besprechen, ggf. ebenfalls ein Hilfeplanverfahren einzuleiten und die Hilfe einzurichten.

Nur wenn die *Kindeswohlgefährdung nach Risikoabschätzung mit den Eltern bestehen* bleibt und die Eltern der Inobhutnahme widersprechen oder *nicht erreichbar* sind, hat das Jugendamt *unverzüglich*³³ eine *Entscheidung des Familiengerichts über erforderliche Maßnahmen herbeizuführen*. Für *minderjährige unbegleitete Flüchtlinge* ist unverzüglich ein *Pfleger oder Vormund* zu bestellen. Das Kind bleibt bis zur Entscheidung des Familiengerichts in der Obhut des Jugendamtes. In der Regel ist von einem vorläufigen Beschluss im Rahmen einer einstweiligen Anordnung durch das Familiengericht auszugehen.

Eine *Inobhutnahme endet* nach § 42 IV KJHG erst mit der *Übergabe an die Eltern* oder einer *Entscheidung über die Gewährung von Hilfen*. Entweder ist also die Gefährdungssituation vorüber oder die Eltern sind gewillt und in der Lage, die Kindeswohlgefährdung abzuwenden. Entsprechend wird daher ein Kind an die Eltern übergeben oder es wurde eine Entscheidung über die Gewährung von Hilfen getroffen. Diese Entscheidungen können sowohl im ASD im Rahmen eines weitergeführten Klärungsprozesses getroffen worden sein, als auch durch eine gerichtliche Anordnung. Unter Hilfen sind, neben denen des KJHG, auch Hilfen gemäß der anderen Teile des SGB zu verstehen, so z.B. die stationäre Krankenbehandlung nach dem SGB V (vgl. Wiesner, 2006: § 42 Rz 53: 770). Es ist dabei zu beachten, dass die Inobhutnahme faktisch erst mit dem tatsächlichen Beginn der Hilfe endet, sofern das Kind nicht zu seinen Eltern zurückkehren kann, da sonst eine „Versorgungslücke“ entstehen würde und das Kind der Gefährdung seines Wohl erneut ausgesetzt würde (vgl. Münder u.a., 2006: § 42 Rz 50: 568f.).

Freiheitsentziehende Maßnahmen setzen nach § 42 V KJHG eine *Gefahr für Leib und Leben des Kindes oder Jugendlichen oder Dritter* voraus und *enden ohne gerichtliche Entscheidung spätestens mit Ablauf des Tages nach ihrem Beginn*.

Hier ist zumeist von älteren Kindern oder Jugendlichen auszugehen, die sich selbst oder andere gefährden, beispielsweise durch (angekündigte) Suizidversuche, extremes Suchtverhalten

31 siehe Kapitel 3.8

32 nach der Risikoabschätzung im Sinne des § 1666 I BGB

33 hier ist darunter sofort zu verstehen

mit möglicher Todesfolge oder die mit ziemlicher Sicherheit vorauszusehende Begehung einer Straftat, die über eine einfache Körperverletzung hinausgeht und eine Lebensgefahr für Dritte bedeuten kann. Es bedarf der Erforderlichkeit der freiheitsentziehenden Inobhutnahme zur Gefahrenabwehr (vgl. Münder u.a., 2006: § 42 Rz 62f.: 572f.).

Insgesamt ist der ASD also befugt und verpflichtet, Kinder und Jugendliche im Rahmen einer akuten Kindeswohlgefährdung in seine Obhut zu nehmen. Dieser Eingriff in die Elternrechte, ohne eine gerichtliche Entscheidung, ist dabei deutlich als Krisenintervention zu verstehen. Die sekundären Eingriffe, die durch den Schutzauftrag und die Kontrollfunktion des ASD im Zuge einer Beratung und/oder Risikoabschätzung entstehen, sind für die Beteiligten häufig gleichermaßen schwer auszuhalten, wobei die Inobhutnahme im Sinne der Klienten sicherlich die „Krönung“ darstellt. Die Zusammenarbeit des ASD mit den Beteiligten an einer Abwendung der Gefährdung ist daher besonders hoch zu halten. Es ist dringend notwendig, nicht in einen Machtkampf mit den Eltern zu treten, sondern Wege zur Veränderung und Hilfe und Unterstützung zur Verbesserung der familiären Situation anzubieten und auszuhandeln.

3.6 Die Garantenstellung von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern im ASD bei Kindeswohlgefährdung

Die Einführung des § 8 a KJHG und der damit konkretisierte Schutzauftrag des ASD diene insbesondere dazu der Diskussion über mögliches „Fehlverhalten“ im ASD entgegenzuwirken und dem ASD einen sichereren Handlungsrahmen bei Kindeswohlgefährdung zu geben. Den Verunsicherungen durch verschiedene Verfahren gegen ASD-Mitarbeiter³⁴ wird hier begegnet.

Dennoch gibt es bisher keine höchstrichterliche Entscheidung, die eine Garantenstellung für Mitarbeiter des ASD eindeutig macht, allerdings verdichtet sich die Grundannahme einer Garantenstellung. „Ungeachtet der teilweise berechtigten Kritik gegenüber der Argumentation der Strafgerichte wird man aufgrund der etablierten Rechtsprechung und Literatur von einer Garantenpflicht der Mitarbeiter des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe für die von ihnen betreuten Kinder und Jugendlichen ausgehen müssen, sofern im konkreten Einzelfall die entsprechenden Bedingungen erfüllt sind.“ (Münder u.a., 2006: § 1 Rz 40: 119).

³⁴ z.B. der Fall in Osnabrück oder Stuttgart

Von diesem Hintergrund ausgehend wird hier das Entstehen einer Garantenstellung und die daraus resultierende Garantenpflicht für einzelne, fallverantwortliche Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter des ASD kurz dargestellt.

Bei einer Garantenstellung ergibt sich eine Pflicht zum Handeln aus dieser besonderen Stellung und Verpflichtung. Es handelt sich also um eine besondere Rechtsposition in der sich ein Garant befindet. Im Vergleich dazu steht die Verpflichtung zum Handeln als Jedermann (vgl. Münder u.a., 2006: § 1 Rz 39: 119).

Für einen Sozialarbeiter im ASD heißt das konkret, dass sich aus der Rechtsnorm des Artikel 6 II S.2 GG zunächst für den Staat allgemein, speziell für die öffentliche Jugendhilfe in § 1 II S. 2 KJHG und im § 8a KJHG eine Garantenstellung ergibt. Die Überwachung des Erziehungsrechtes der Eltern zum Schutz des Kindes vor einer Kindeswohlgefährdung verpflichtet den ASD-Mitarbeiter in besonderer Weise. Entsprechend obliegt ihm also, das Rechtsgut eines Kindes auf Schutz vor Gefahren für sein Wohl zu schützen und als Überwachungsgarant die Pflicht des Schutzes vor Gefahren von Außen, also einen Schutz gegen Gefährdung durch Dritte, insbesondere durch die eigenen Eltern, zu übernehmen. Der ASD-Mitarbeiter wird zusätzlich zum Beschützergarant, wenn er im Rahmen seiner Tätigkeit einen Fall übernimmt, weil er durch den regelmäßigen Kontakt zu einer Familie die tatsächliche Schutzübernahme inne hat. Die Familie verlässt sich auf das Fachwissen des Sozialarbeiters und vertraut auf seine fachliche Einschätzung (vgl. Bringewat in www.agjae.de: 12). Aus der Garantenpflicht des ASD-Mitarbeiters resultiert die Pflicht, alle möglichen, geeigneten und erforderlichen Maßnahmen gegen den Eintritt einer Schädigung des Kindes zu ergreifen. Damit richtet sich die Garantenpflicht unmittelbar auf das Kind und mittelbar auch auf die Eltern, um eine Gefahr für das Kind abzuwenden (vgl. Bringewat, 1997: 62). Bei Einrichtung einer Hilfe verbleibt eine Garantenstellung des ASD-Mitarbeiters im Sinne einer Auswahl- und Kontrollpflicht. Eine Vertretung bei Krankheit oder Urlaub bedarf der gleichen Qualifikation wie die des Primärgaranten, des weiteren ist für die Vertretung eine fachgerechte Dokumentation und Information über die Erfüllung des Schutzauftrages im Einzelfall zur Verfügung zu stellen (vgl. Bringewat, 1997: 65ff.).

Eine strafrechtliche Verfolgung gegen einen ASD-Mitarbeiter richtet sich danach, ob er seine Garantenpflicht zum Schutz des Kindes in einem konkreten Einzelfall verletzt hat. Daraus folgt eine Strafbarkeit im Sinne des § 13 StGB. Diese Verletzung der Rechtspflicht muss entweder fahrlässig oder vorsätzlich begangen worden und der Schaden (z.B. Tod eines Kindes) auf diese Pflichtverletzung zurückzuführen sein, es bedarf also einer Kausalität (vgl. Münder u.a.: 2006, § 1 Rz 40: 119). Richtet der Mitarbeiter eines ASD beispielsweise keine

Hilfe ein, obwohl es dieser nach seiner Einschätzung zur Gefahrenabwehr einer Kindeswohlgefährdung bedarf und erfolgt deshalb eine Schädigung des Kindes, ist er strafrechtlich zur Verantwortung zu ziehen. Auch wenn er der Meinung ist, es würde nach fachlicher Überlegung „vielleicht schon gut gehen können“, ist ihm mit ziemlicher Sicherheit im Mindesten eine Fahrlässigkeit vorzuwerfen.

Der Garant wird durch seine Garantienpflicht ggf. im Rahmen eines unechten Unterlassungsdeliktes nach dem höheren Strafmaß für Begehungsdelikte zur strafrechtlichen Verantwortung gezogen, weil er in einer besonderen Verantwortung und Pflicht steht, das Kind vor Gefahren für sein Wohl zu schützen.

Es ist hervorzuheben, dass sich aus der Garantienstellung des ASD-Mitarbeiters keine allumfassende Schutzpflicht ergibt. Es obliegt ihm unter der Beachtung seiner sozialpädagogischen Fachlichkeit, seine Aufgaben und Pflichten gemäß KJHG zu erfüllen. Nur bei pflichtwidrigem Verhalten oder Handeln aus dieser Position kann er strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden (vgl. Münder u.a., 2006: § 8a Rz 62: 185). Grundsätzlich ist zu beachten, dass das Risiko einer strafrechtlichen Verfolgung für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter des ASD sehr gering einzustufen ist (vgl. Münder u.a., 2006: § 8a Rz 69: 187).

Für die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter des ASD ergibt sich dennoch aus der Garantienstellung die Aufgabe zur eigenen Risikominimierung einer strafrechtlichen Verfolgung durch Einhalten sämtlicher fachlicher Standards und die persönliche Absicherung durch eine Berufshaftpflichtversicherung.

In der Umsetzung der täglichen Fallarbeit gehört es nicht zur Risikominimierung, bei jeglicher Unsicherheit und Angst das Familiengericht einzuschalten. Vielmehr geht es um die Weiterentwicklung und Umsetzung fachlicher Standards und das Nutzen von in- und externer Unterstützung bei der Falleinschätzung und -bewertung. Eine sorgfältige, zeitnahe Dokumentation der Kontakte zur Familie, über (angebotene) Hilfen, die aktuelle familiäre Situation und Veränderungen dieser, sowie über den den Beratungsprozess und -verlauf ist unumgänglich.

Der Leitung kommt eine Verantwortung für die Schaffung von Mitarbeiterunterstützungskonzepten und Fortbildungsangeboten und die der Unterstützung der fallverantwortlichen Fachkraft im Einzelfall zu.

In Hamburg wurden in diesem Zusammenhang die *Handlungsempfehlungen zum Umgang mit der „Garantienstellung“ des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdung* eingeführt, die mit Instrumenten zur Abklärung einer Kindeswohlgefährdung in Rahmen eines Indikatoren-Modells

verbunden ist.³⁵ Bundesweit sind viele solcher Hilfestellungen für die Praxis des ASD entwickelt worden, auch um der Verantwortung nach § 8a KJHG in besonderem Maße gerecht werden zu können.

3.7 HzE gemäß der §§ 27 ff. KJHG in Bezug auf Kindeswohlgefährdung

Es ist zunächst erst einmal grundlegend festzuhalten, dass HzE nicht der Voraussetzung einer Kindeswohlgefährdung bedürfen und demnach grundsätzlich zum Leistungskatalog und Aufgabenbereich des ASD im Rahmen der Hilfe und Unterstützung von Familien, Kindern und Jugendlichen zu zählen sind.

Hier werden die HzE in Bezug auf eine mögliche Gefahrenabwehr einer Kindeswohlgefährdung dargestellt. Es erfolgt eine Klärung der Grundvoraussetzung zur Hilfebewilligung gemäß § 27 KJHG und ein kurzer Überblick der konkretisierten Hilfen nach § 28ff. KJHG. Beispielhaft werden die Voraussetzungen für § 28 KJHG Erziehungsberatung und § 31 KJHG Sozialpädagogische Familienhilfe genauer betrachtet.

Bezug nehmend auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung obliegt dem ASD im Rahmen der Risikoabschätzung nach § 8a I KJHG den Sorgeberechtigten geeignete und notwendige Hilfe anzubieten. Als zentrale Hilfen des ASD ist die HzE zu verstehen, im Rahmen der Geeignetheit und Notwendigkeit können prinzipiell allerdings auch andere Hilfen zur Gefahrenabwehr erforderlich sein.

Sind die Eltern nicht gewillt oder in der Lage die angebotene Hilfe anzunehmen und bedarf es dieser zur Gefahrenabwehr, kann der ASD, unter der Voraussetzung seiner fachlichen Einschätzung, bei Erforderlichkeit nach § 8 a III KJHG das Familiengericht anrufen und im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht auf die Inanspruchnahme dieser geeigneten und notwendigen Hilfe hinwirken, gleichwohl zu beachten ist, dass das Familiengericht diesem Vorschlag nicht folgen muss und z.B. eine andere Hilfe und/oder Maßnahme (auch eine andere HzE) für geeignet und notwendig hält.

Demzufolge kann das Familiengericht eine HzE unter den Voraussetzungen des § 1666 I BGB in Verbindung mit dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz des § 1666a I S.1 BGB zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung anordnen (vgl. Münder u.a., 2006: Vor§ 27 Rz 9: 384; § 27 Rz 32: 403).

³⁵ siehe Kapitel 5 und Anhang 4 und 5

Von § 27 I KJHG ausgehend sind die Voraussetzungen für eine HzE, dass eine dem *Kindeswohl entsprechende Erziehung nicht gewährleistet* und die *Hilfe geeignet und notwendig für die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen* ist. Einem *Personensorgeberechtigten* entsteht aus der Erfüllung der Bedingungen ein *Rechtsanspruch* auf diese Hilfe.

Grundsätzlich ist die HzE als Unterstützung und Ergänzung der Erziehung der Eltern anzusehen, selbst wenn die Hilfe eine Trennung von Eltern und Kind erfordert. Ein erzieherischer Bedarf ergibt sich aus einem Mangel und einer Benachteiligung in der Sozialisationsmöglichkeit, u.a. auch gemessen an „normalen“ Entwicklungsmöglichkeiten. Als grundlegende Norm ist hier der § 1 I KJHG zu betrachten.³⁶ Die Feststellung eines erzieherischen Bedarfs ist niedriger anzusetzen als die Schwelle für eine Kindeswohlgefährdung, wenngleich der Wortlaut des § 27 I KJHG an die Voraussetzungen des § 1666 I BGB angelehnt ist (vgl. Münder u.a., 2006: § 27 Rz5ff.: 394f.). Es ist zu beachten, dass die Ausübung der elterlichen Sorge im Rahmen der Erziehungsverantwortung und -pflicht sehr vielfältige Vorstellungen und Ziele zulässt. Die Klärung eines Erziehungsdefizits ist also insbesondere in jedem konkreten Einzelfall vorzunehmen (vgl. Wiesner, 2006: § 27 Rz 20f.: 412f.). Die Grenze bildet eine Kindeswohlgefährdung, dann ist unter der Maßgabe des § 8a KJHG die Fallsituation zu klären.

Des weiteren muss die *Hilfe für die Entwicklung des Kindes geeignet und notwendig* sein. Eine Hilfe muss zunächst grundlegend durch sozialpädagogisches Handeln geeignet und notwendig sein, außerdem bedarf es der Geeignetheit und Notwendigkeit einer auf den Einzelfall bezogenen konkreten Hilfe zur Behebung des Mangels. Sind andere, niedrighschwelligere Hilfen ausreichend zur Mängelbeseitigung besteht kein Anspruch auf HzE (vgl. Münder u.a., 2006: § 27 Rz 9: 396).

Zur Erfüllung des Anspruchs auf HzE bedarf es keines Antrages, sondern einzig „...einer eindeutigen Willensbekundung des PerSorgeBer (d. h. beider Elternteile, wenn sie die gemeinsame Sorge ausüben), HzE in Anspruch nehmen zu wollen.“ (Wiesner, 2006: § 27 Rz 26: 415). Es obliegt dem Jugendamt nach Feststellung eines Bedarfs, ein Angebot für HzE zu machen, im Hinblick auf § 8 a I KJHG könnte sogar zur Verhinderung eines Schadens des Kindes eine Pflicht zum Angebot bestehen. Dabei ist dringend zu beachten, dass die HzE grundsätzlich als Leistungsangebot zu verstehen ist und den Eltern nicht aufgezwungen werden darf (vgl. Wiesner, 2006: § 27 Rz 26: 415). Allerdings könnte sich wie zuvor festgestellt eine Zwangssituation aus einer gerichtlichen Entscheidung begründet ergeben.

36 siehe Kapitel 3.1

Im Rahmen eines Klärungs- und Entscheidungsprozesses ist mit den Beteiligten gemeinsam die Hilfe „..., die angesichts der spezifischen Bedingungen des Einzelfalls die günstigsten Voraussetzungen für die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen bietet“, auszuwählen (Wiesner, 2006: § 27 Rz 30: 419). Es können dabei mehrere Hilfen gleichzeitig notwendig und erforderlich sein oder verschiedene Hilfen zur Auswahl stehen. Nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist bei einer Auswahl unter verschiedenen Hilfen die am wenigsten intensive zu wählen, ein Anspruch auf die intensivere Hilfe besteht nicht. Das Wunsch- und Wahlrecht³⁷ der Beteiligten ist dabei zu berücksichtigen, gerade auch mit Blick auf den Erfolg der Hilfe (vgl. Münder u.a., 2006: § 27 Rz 15, 18: 397ff.). Des weiteren kann es sein, dass die geeignete und notwendige Hilfe z.B. eine stationäre Unterbringung erfordert, eine andere mildere Hilfe ist dann nicht vorher auszuprobieren, sondern die geeignete und notwendige Hilfe ist zu installieren.

Nach § 27 II S. 1 und 2 KJHG ist die *HZE insbesondere nach Maßgabe der §§ 28-35 KJHG* zu gewähren, *Art und Umfang* richten sich nach dem *erzieherischen Bedarf im Einzelfall* und das *engere soziale Umfeld des Kindes oder Jugendlichen ist einzubeziehen*.

Hier wird also, neben der Nennung des Kataloges der konkretisierten Hilfen, die Möglichkeit einer anderen sozialpädagogischen Hilfe im Einzelfall erhalten. Die Gliederung der verschiedenen Hilfen ist nicht als Rangfolge zu verstehen, sondern ist einzig aufsteigend mit intensiverem Eingriff verbunden (vgl. Wiesner, 2006: § 27 Rz 28f.: 418f.).

Die Ermittlung des erzieherischen Bedarfs bildet die Grundlage für Art und Umfang der Hilfe. Die Bedarfsermittlung findet im Rahmen eines „Klärungs-, Beratungs- und Entscheidungsprozesses“ im Zusammenwirken mit den Betroffenen statt (vgl. Wiesner, 2006: § 27 Rz 30: 419). Die sozialpädagogische Einschätzung der Gesamtsituation und die Hilfeplanentwicklung nach § 36 KJHG sind hier von besonderer Bedeutung (vgl. Münder u.a., 2006: § 27 Rz 15: 397).³⁸ Die Risikoabschätzung mit den Betroffenen nach § 8 a I KJHG führt, in Verbindung mit angebotener Hilfe, unter der Voraussetzung, dass die Eltern gewillt und in der Lage sind die Gefahr abzuwenden, ebenfalls in diesen „Klärungs-, Beratungs- und Entscheidungsprozess“ nach § 27 II S. 2 KJHG.

Unter der Bedingung der Geeignetheit und Notwendigkeit ist das *engere Umfeld des Kindes einzubeziehen*. Angelehnt an § 1666a I BGB gilt hier der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und die Hilfe im Kinderumfeld ist zunächst als vorrangig zu betrachten (vgl. Münder u.a., 2006: § 27 Rz 18: 398f.). Den hilfe anbietenden Trägern obliegt es demnach, diese Angebote bereit zu halten, eine Umsetzung findet in Hamburg im Rahmen der Sozialräumlichen

37 siehe Kapitel 3.8

38 siehe Kapitel 3.8 und auch Kapitel 6

Angebotsentwicklung statt (vgl. Wiesner, 2006: § 27 Rz 37ff.: 422f.). Neben HzE werden z.B. auch niedrigschwellige Angebote im Stadtteil, wie z.B. Kindergruppen in offenen Einrichtungen, zur frühen Intervention und/oder Bedarfsklärung angeboten.

Nach § 27 II a KJHG kann ein Anspruch auf HzE während einer Unterbringung bei Verwandten, die dem Kind gegenüber in einer Unterhaltspflicht stehen (z.B. Großeltern) grundsätzlich bestehen, es bedarf der Erfüllung der Grundbestimmung des § 27 I KJHG.

Unter HzE ist gemäß § 27 III KJHG eine sozialpädagogische Hilfe zu verstehen. Therapeutische Hilfe ist hier nur im Gesamtzusammenhang dieser zu betrachten und versteht sich also nicht als einzelne Hilfeform. Neben psychotherapeutischer Hilfen sind hier auch andere Therapieformen, wie Kunst- oder Bewegungstherapien, zu verstehen. Wenn die Behandlung somatischer oder psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht oder eine andere psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der Krankenkassenleistung erbracht werden kann, ist keine HzE einzurichten (vgl. Wiesner, 2006: § 27 Rz 32ff.: 421f.).

Die Ausgestaltung der Hilfen in § 28ff. KJHG ist in ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfe gegliedert. Im folgenden werden die einzelnen Hilfen kurz vorgestellt. Erziehungsberatung und Sozialpädagogische Familienhilfe (§§ 28 und 31 KJHG) werden in Vorbereitung auf die weitere Entwicklung im Fall Schmidt detaillierter betrachtet.

Die Erziehungsberatung nach § 28 KJHG soll *Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrunde liegenden Faktoren, bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei der Trennung und Scheidung unterstützen. Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen, die mit unterschiedlichen Methoden vertraut sind, sollen zusammenwirken.*

Die Zielsetzung der Erziehungsberatung grenzt sich von anderer therapeutischer Hilfe ab und ist als niedrigschwelliges Angebot zu verstehen. Des Weiteren bezieht die Erziehungsberatung die Lebenswelt der Klienten in die Arbeit mit ein. In der Regel dauert eine Erziehungsberatung weniger als ein Jahr (vgl. Münder u.a., 2006: § 28 Rz 1ff.: 414ff.).

Im Hinblick auf eine Kindeswohlgefährdung kann bei ersten gewichtigen Anhaltspunkten eine Erziehungsberatung helfen, eine Gefährdung abzuwenden und zur Klärung der Gesamtsituation beitragen, sofern ein gewisser Schweregrad einer Kindeswohlgefährdung nicht erreicht ist. Es geht also auch darum, andere Hilfe (z.B. stationäre Hilfe) durch frühzeitige Beratung zu vermeiden und die Erziehungsfähigkeit innerhalb des Beratungsprozesses unter Anwendung geeigneter Methoden zu stabilisieren und wieder herzustellen. Neben gemein-

samen Sitzungen der gesamten Familie können Eltern in einzelnen Sitzungen ihr Erziehungsverhalten überprüfen und neu einüben. Kinder bekommen den Raum, positive Erfahrungen zu machen und daraus ein neues Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl. Ein bestimmtes Verhalten kann dadurch z.B. aufgegeben werden. Die Stärkung eigener und familiärer Kompetenzen steht im Vordergrund und eine Veränderung der Einzelnen bewirkt eine Veränderung des Familiensystems. Insbesondere liegt das Augenmerk auf den Beziehungsmustern und einer positiven Veränderungshilfe dieser. Die Wahrnehmung eigener Anteile an einer Situation, wie auch die Wahrnehmung der Bedürfnisse der anderen, insbesondere der Kinder, wird geschärft.

Soziale Gruppenarbeit gemäß § 29 KJHG zielt auf eine *Überwindung von Entwicklungs- und Verhaltensproblemen älterer Kinder und Jugendlicher im Rahmen von sozialem Lernen in der Gruppe*. Eine solche Hilfe richtet das Hauptaugenmerk auf das Kind und bezieht das Umfeld und die Familie nur zu einem verhältnismäßig geringen Anteil mit ein, ganz im Gegensatz zur Erziehungsbeistandschaft und Betreuungshilfe nach § 30 KJHG. Diese stellt dem *Kind oder Jugendlichen* eine fachkundige Einzelperson zur *Bewältigung von Entwicklungsproblemen und Förderung der Verselbständigung innerhalb des Umfeldes und unter Beibehaltung des Lebensbezuges zur Familie* zur Seite.

Die Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) nach § 31 KJHG ist auf die Bewältigung familiärer Schwierigkeiten ausgerichtet und erfordert die *Mitarbeit der Familie*. Die SPFH umfasst eine *intensive Betreuung und Begleitung* der Familie in ihren *Erziehungsaufgaben, der Bewältigung von Alltagsproblemen, die Unterstützung im Kontakt zu Ämtern und anderen Institutionen und der Lösung von Konflikten und Krisen*. Diese Hilfeform zielt auf *Anleitung zur Selbsthilfe* ab und ist in der Regel auf *längere Dauer* angelegt.

Die SPFH ist auf allen im Einzelfall bedeutsamen Ebenen, von den Beziehungen in der Familie bis hin zur Haushaltsführung und dem sozialen Umfeld, tätig. Kennzeichnend für die SPFH ist, dass die Betreuung im unmittelbaren Umfeld der Familie erfolgt und sie neben einer beratenden Funktion praktische Hilfestellungen gibt. Des Weiteren obliegt der SPFH eine Art Vorbildfunktion, die Anleitung zur Selbsthilfe kann aus konkreten beispielhaftem Handeln erfolgen. Eine SPFH erhält einen tiefen Einblick in die Familienverhältnisse und bietet gezielt konkrete Hilfestellungen innerhalb dieser Strukturen zur Veränderung der Gesamtsituation der Familie an (vgl. Münder u.a., 2006: § 31 Rz 3ff.: 426ff.).

Bei einer Kindeswohlgefährdung steht die Abwendung der Gefährdung durch die Unterstützung der SPFH im Vordergrund. Je nach konkretem Einzelfall sind die besonderen,

kindeswohlgefährdenden Problemlagen anzugehen. Dabei können mehrere Bereiche gleichzeitig betroffen sein, so beispielsweise auf der einen Seite die Gesundheitsfürsorge für die Kinder und andererseits auch die Verbesserung der Haushaltsführung und der hygienischen Bedingungen. Sind die akut notwendigen Hilfestellungen bezüglich der Kinder auf den Weg gebracht, ist auch die Hilfestellung z.B. bei der Gesundheitsfürsorge der Eltern und für weitere Problem- und Konfliktlagen aufzugreifen.

Ein Zwangskontext, der sich häufig aus der Situation einer angedrohten Unterbringung der Kinder ergibt, stellt hier einen besonderen Einschnitt für die „hilfeannehmende“ Familie dar und eine Mitarbeit der Familie wird dadurch zumeist erheblich erschwert, wenn nicht gar vollständig verhindert. Die SPFH ist dann in der Situation, das Vertrauen der Familie dennoch zu gewinnen und zu verdeutlichen, dass die Hilfe als Chance zur Veränderung und Verbesserung genutzt werden kann. Über eine Verbesserung der Situation im Sinne der Familie, z.B. die Unterstützung und Regelung finanzieller Probleme, können daraus folgend weitere Hilfestellungen in anderen Bereichen, wie die Versorgung und Erziehung der Kinder, aufgrund der positiven Erfahrung behutsam aufgenommen werden. Ist eine Mitwirkungsbereitschaft der Familie dennoch nicht vorhanden, sollte erneut über andere geeignete und notwendige Hilfe, ggf. auch die Unterbringung der Kinder, im ASD gemeinsam gesprochen werden.

Die Erziehung in einer Tagesgruppe nach § 32 KJHG ist darauf ausgerichtet den *Verbleib eines Kindes in der Familie* durch *soziales Lernen in einer Gruppe, Begleitung der schulischen Förderung und Elternarbeit* zu sichern. Ziel ist es, die *Entwicklung* durch diese Hilfe zu *unterstützen*. Die Tagespflege kann auch durch eine *Familienpflege* erfolgen. Die Erziehung in einer Tagesgruppe ist als teilstationäre Hilfe zu verstehen. Es handelt sich hier um eine Unterstützung und Entlastung der familiären Situation. Die Hilfe beinhaltet die Betreuung und Versorgung des Kindes am Tage, eine Unterstützung der kindlichen Entwicklung, insbesondere die emotionale Entwicklung und Stabilisierung auf der einen Seite und dem gegenüber die „...Beratung, Betreuung und Unterstützung der Familie...“ auf der anderen Seite (Münder u.a., 2006: § 32 Rz 1: 430). Die Verbesserung der Beziehungen von Eltern und Kindern steht ebenfalls im Mittelpunkt der Hilfe. Fernziel ist die Erreichung einer Verbesserung der Situation insoweit, das andere weniger intensive Hilfen notwendig und geeignet werden (vgl. Münder u.a., 2006: § 32 Rz 8: 431).

§ 33 KJHG ist die erstgenannte stationäre Hilfe in Form einer Vollzeitpflege. Entsprechend dem *Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder Jugendlichen* sowie seiner *persönlichen Bindungen* und den *Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in seiner*

Herkunftsfamilie, ist die Vollzeitpflege entweder als eine *zeitlich befristete Erziehungshilfe* oder als eine *auf Dauer angelegte Lebensform* zu verwirklichen. *Besonders entwicklungsbeeinträchtigten Kindern oder Jugendlichen* sind *geeignete Formen der Familienpflege* zur Verfügung zu stellen. Nach Möglichkeit ist die Unterbringung eines Kindes in Vollzeitpflege der *Heimerziehung oder sonstigen betreuten Wohnform* vorzuziehen (vgl. Globalrichtlinie GR J 8/04, 2004: 4).

Nach § 34 KJHG dienen die Einrichtungen über Tag und Nacht oder sonstige betreute Wohnformen der *Entwicklungsförderung des Kindes oder Jugendlichen im Alltagserleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten*. Ähnlich wie in der Vollzeitpflege ist die Hilfe *je nach Alter und Entwicklungsstand und der Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie* entweder *zeitlich befristet* oder eine *auf längere Zeit angelegte Lebensform*. Ein grundlegendes Merkmal ist das Ziel der Erreichung einer *Rückkehr in die Familie* oder die Vorbereitung auf die *Erziehung in einer anderen Familie*. Eine *Unterstützung und Beratung in Fragen der Ausbildung, Beschäftigung und allgemeinen Lebensführung* ist für Jugendliche maßgeblich. Bei einer *längerfristigen Unterbringung* nach § 34 KJHG soll das Kind oder der Jugendliche auf ein *selbständiges Leben vorbereitet* werden. Kinder und Jugendliche, die aufgrund ihrer Vorerfahrungen die Nähe einer Vollzeitpflege nicht aushalten können, sind auf diese Weise stationär unterzubringen.

Die Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung nach § 35 KJHG ist auf Jugendliche ausgerichtet, die einer *intensiven Unterstützung zur sozialen Integration und eigenverantwortlichen Lebensführung* bedürfen. Die *individuellen Bedürfnisse* des Jugendlichen finden eine besondere Berücksichtigung. Eine intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung ist auf eine *längere Zeit* ausgerichtet. Durch die besondere Beachtung der individuellen Bedürfnisse ist hier eine Hilfe mit größtmöglichem Ausgestaltungsspielraum zu verstehen (vgl. Münder u.a., 2006: § 35 Rz 3: 446).

Die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35 a KJHG gehört zwar nicht in den Leistungskatalog der HzE, soll hier dennoch kurz erwähnt werden, da von dieser Norm auch Kinder und Jugendliche betroffen sind, die einer Kindeswohlgefährdung ausgesetzt waren. Die Hilfe richtet sich an *Kinder und Jugendliche, deren Teilhabe am Leben und der Gesellschaft* entweder schon beeinträchtigt ist oder dies zumindest *droht*, sofern ihre *seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht*.

Insbesondere Kinder, die Opfer schwerer Misshandlungen oder sexuellen Missbrauchs wurden, könnten hier unter der Beachtung der fachlichen Einschätzung eines Spezialisten vermutlich betroffen sein.

Zusammenfassend ist zur HzE im Hinblick auf gewünschte Hilfeerfolge dringend festzuhalten, dass es prinzipiell der Mitwirkung der Beteiligten bei jeder HzE bedarf. Im Mindesten ist ein gewisses Maß an Akzeptanz vorauszusetzen, da sonst eine Veränderung der Gesamtsituation kaum zu erreichen wäre. Wenn eine Hilfe von den Beteiligten abgelehnt wird, ist die Wirksamkeit dieser und damit auch die Geeignetheit in Frage zu stellen und zu überprüfen.

3.8 Mitwirkung und Hilfeplan gemäß § 36 KJHG

Der § 36 KJHG stellt das Gerüst zur Hilfeplanung dar und verdeutlicht, diese als Beteiligungsprozess zu verstehen, aus dem sich dann der Hilfeplan als Ergebnis gestalten lässt (vgl. Wiesner, 2006: § 36 Rz 7: 617).

Die nachfolgende Erläuterung richtet sich auf das Fallbeispiel aus und wendet den Blick zur Hilfeplanung, im Falle einer Unterbringung eines Kindes, daher nur am Rande, wenngleich diese im Rahmen von Kindeswohlgefährdung ebenso von zentraler Bedeutung ist. Auf die Besonderheit im Falle einer Eingliederungshilfe nach § 35 a KJHG wird hier nicht eingegangen.

Nach § 36 I KJHG sind *der Personensorgeberechtigte und das Kind vor der Entscheidung über die Inanspruchnahme einer Hilfe³⁹ oder einer Änderung von Art und Umfang einer bestehenden Hilfe auf mögliche Folgen für die Entwicklung des Kindes hinzuweisen*. Es entsteht dem ASD hier die Pflicht, den Hilfeempfängern umfassende Beratung im Hinblick auf die Hilfe zu bieten. Diese soll unaufgefordert erfolgen und dient dazu, den Klienten Kompetenzen zur eigenen Urteilsfähigkeit bezüglich der freiwilligen Inanspruchnahme einer Hilfe zu vermitteln (vgl. Münder u.a., 2006: § 36 Rz 7ff.: 480f.). Die Beratung beinhaltet den Einblick in den Verlauf und die Auswirkungen einer möglichen Hilfe, und bezieht sich auf die aus der Hilfe erwachsenden „...entwicklungspsychologischen und pädagogischen Zusammenhänge...“ im konkreten Einzelfall (Münder, u.a., 2006: § 36 Rz 9: 481). Es ist hier elementar, dass die Aufklärung und Beratung der Leistungsempfänger auf eine für sie nachvollziehbare und verständliche Weise erfolgt, um dem Anspruch einer verantwortungsbewussten Entscheidung durch die Klienten gerecht zu werden (vgl. Wiesner, 2006: § 36 Rz 28: 627). Im Rahmen einer stationären Unterbringung, erfordert die Beratung zu Art und Umfang darüber hinaus eine Aufklärung über die Entwicklung neuer Bindungen des Kindes, die mit Blick auf eine

39 Zumeist ist ihrer von HzE auszugehen

Rückkehroption in die Herkunftsfamilie von Bedeutung werden könnten (vgl. Münder, 2006: § 36 Rz 9: 481). Des weiteren bedarf nach § 36 I S. 2 ff. KJHG der Klärung, ob eine *Annahme als Kind*, anstatt einer Unterbringung in Betracht kommt und es erfolgt eine *Konkretisierung zum Wunsch- und Wahlrecht im Rahmen einer stationären Unterbringung*.

Alle Leistungsempfänger sind grundsätzlich über ihr Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 5 KJHG aufzuklären und die Vorstellungen dieser, unter den gegebenen Voraussetzungen, zu berücksichtigen. Dabei bezieht sich das Wunsch- und Wahlrecht insbesondere auf die Auswahl zwischen mehreren geeigneten Diensten und Einrichtungen und die Wünsche hinsichtlich der Ausgestaltung der Hilfe (vgl. Wiesner, 2006: § 5 Rz 9ff.: 56f.).

Nach § 36 II S. 1 KJHG soll *die Entscheidung über eine Hilfeart, bei Leistung über eine voraussichtlich längere Dauer, im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte* getroffen werden. Der Begriff der längeren Zeit, lässt sich aufgrund der unterschiedlichen Intensität möglicher Hilfen, schwer auf eine generalisierte Zeitangabe bringen. Bei stationären Hilfen oder SPFH, die eine höhere Intensität und Belastung bedeuten, sollte grundlegend die Beratung im Fachteam erfolgen (vgl. Münder u.a., 2006: § 36 Rz 41: 490). Bei Hilfen, die weniger Eingriff bedeuten, sollte die Beratung im Fachteam bei Überschreiten einer Dauer von 6 Monaten erfolgen (vgl. Wiesner, 2006: § 36 Rz 46: 633). Unter der Zusammenwirkung mehrerer Fachkräfte, sind hier mindestens zwei entsprechend qualifizierte Fachkräfte zu verstehen. Zusätzlich könnten je nach Einzelfalllage auch weitere Beteiligte im Rahmen einer Helferkonferenz hinzugezogen werden, die dann eine beratende Funktion einnehmen⁴⁰(vgl. Münder u.a., 2006: § 36 Rz 42ff.: 490f.). Grundsätzlich ist eine Beratung im Fachteam⁴¹, unter Anwendung strukturierter Verfahrensweisen⁴², als fachlicher Standard zur Hilfeplanung zu verstehen (vgl. Münder u.a., 2006: § 36 Rz 43: 491). Je nach Strukturen der jeweiligen Jugendämter, kann die Entscheidung sowohl im Team, als auch nach der Beratung von der fallzuständigen Fachkraft getroffen werden (vgl. Münder u.a., 2006: § 36 Rz 44: 491).

Nach § 36 II KJHG wird anschließend, im *Zusammenwirken mit den Leistungsempfängern und der hilfeleistenden Institution*, vertreten durch die ausführende Person, die Hilfe im Rahmen eines Hilfeplangesprächs⁴³ konkretisiert. Aus diesem Prozess der Hilfeentwicklung und -planung resultiert der *Hilfeplan*, der als *Grundlage der Ausgestaltung* u.a. Feststellungen *über den Bedarf* und die *Art der Hilfe sowie notwendige Leistungen* enthält. Darüber hinaus bedarf es einer *regelmäßigen Überprüfung der Geeignetheit und Notwendigkeit der Hilfeart*.

40 z.B. Erzieherinnen des KTHs, Lehrer Ärzte u.s.w

41 ob nun unter Beteiligung externer Fachleute oder nicht

42 z.B. Kollegiale Beratung, siehe Kapitel 5.1 und 6.1

43 in Hamburg auch Erziehungskonferenz bzw. Erstkonferenz genannt

Weitere am Fall beteiligte Institutionen und Personen können hinzugezogen werden. Die Entscheidung darüber liegt im Ermessen des ASD, dem „...die sozialpädagogisch-fachliche Steuerungshoheit“ obliegt (Münder u. a., 2006: § 36 Rz 27: 486). Der Hilfeplan konkretisiert den Rechtsanspruch auf Hilfe gemäß §27 ff. KJHG und ist Bestandteil zur Hilfeentscheidung. Auf fachlicher Basis wird die Entscheidung zur Hilfe konkretisiert. Dem ASD entsteht daher die Verpflichtung und Befugnis zur Erstellung des Hilfeplans und kann nur von diesem erfüllt werden (vgl. Münder u.a., 2006: § 36 Rz 50f.: 493).

Zum Inhalt und Umfang des Hilfeplans gehören u.a. eine kurze Beschreibung zur familiären Situation, die die für die Hilfe relevante Aspekte hervorhebt, die Darstellung der Beteiligten mit ihrer jeweiligen Problem- und Bedarfssicht, Vorstellungen und Wünsche zur Hilfe und Hilfeart, sowie ein Überblick der bisherigen Lösungsversuche und Hilfen. Des weiteren erfolgt die Benennung der konkretisierten Hilfe, sowie deren Ausgestaltung mit operationalisierten Zielen und Aufgaben und die Darstellung über Dauer und Umfang der Hilfe.⁴⁴ Dabei ist eine konkrete, zeitliche Befristung einer Hilfe kritisch gegenüberzustehen. Im Falle einer stationären Hilfe, ist auf die Zusammenarbeit mit der Herkunftsfamilie, die Eltern-Kind-Kontakte und auf Perspektiven zur Rückkehr einzugehen (vgl. Münder u. a., 2006: § 36 Rz 53f.: 494).

Der Hilfeplan stellt also insgesamt mehr als nur ein Instrument der Koordination und Selbstkontrolle und Pflichterfüllung des ASD dar, vielmehr kann er zusätzlich auch als eine Art Kontrakt verstanden werden, da der Hilfeplan in der Praxis häufig von den Beteiligten gegengezeichnet wird (vgl. Münder u. a., 2006: § 36 Rz 52f.: 493f.).

Wenngleich der ASD wie eingangs festgestellt, in der bürokratischen Organisationsstruktur des Jugendamtes als letztes Glied steht, obliegt ihm die zentrale Rolle im Rahmen von Kindeswohlgefährdung durch die an ihn übertragenen Aufgaben und Pflichten, die sich aus den unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen ergeben.

Grundlegend ist die zentrale Aufgabe und damit auch Rolle des ASD bei Kindeswohlgefährdung, die Erfüllung des staatlichen Wächteramtes. Der Auftrag der Überwachung der elterli-

⁴⁴ In Hamburg wird z.T. der hilfebegründende Bericht schon als Basis der Hilfeplanung verstanden, daher ist der Umfang des Hilfeplans deutlich geringer und bezieht sich vor allem auf die Beschreibung der aktuellen Situation der Beteiligten und auf die Feststellungen zum Hilfebedarf. Weiterhin soll hier die zeitliche Perspektive der Hilfe konkret benannt werden. Ergänzend werden Vereinbarungen zu den Zielen mit den Beteiligten zum Hilfeplan getroffen. Siehe dazu auch Kapitel 6 und Anhang 6 und 7

chen Erziehungsverantwortung stellt die Basis dar, die eine Erweiterung und Konkretisierung in zusätzlichen Rechtsnormen erfährt.

Der Schutzauftrag aus § 8 a KJHG bildet die Grundlage für das Tätigwerden des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung und ist damit für die zentrale Rolle des ASD maßgeblich. Ihm entwachsen spezielle Aufgaben und Pflichten, die seine Handlungsgrundlage darstellen und z.T. konkretisierte Vorgehensweisen erfordern. Der ASD hat die besondere Aufgabe, eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden und zu verhindern. Zur Gewährleistung seines Schutzauftrags bedarf es der Kenntnis weiterer Rechtsnormen, wie z.B. § 1666 BGB, der im Wesentlichen klärt, wann von einer Kindeswohlgefährdung zu sprechen ist. Nicht nur das Wissen der einzelnen, für den ASD gültigen Rechtsnormen, sondern darüber hinaus auch die Fertigkeit der praktischen Anwendung, Ausgestaltung und Umsetzung dieser, bilden die Grundlage der zentralen Rolle.

Der ASD folgt in seiner Tätigkeit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und wird somit vor die besonders komplexe Aufgabe der Abwägung und Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung im Einzelfall gestellt. Über die fachliche Einschätzung hinaus muss der ASD Hilfe und Unterstützung zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung bieten, wengleich ihm parallel dazu die Aufgabe und Rolle zuteil wird, im Bedarfsfall eine Kontroll- und Eingriffsfunktion auszuüben. Er schaltet ggf. das Familiengericht ein und wirkt in diesen gerichtlichen Verfahren mit. Der ASD hat die hoheitliche Befugnis, ein Kind bei unmittelbarer Gefährdung in seine Obhut zu nehmen. Darüber hinaus kooperiert der ASD, sofern notwendig, mit anderen Institutionen, um die Gefahr für das Kind abzuwenden.

Damit kommt dem ASD ein Doppelmandat zu, das seine Aufgabe und Rolle hoch komplex werden lässt und nicht mit der Erfüllung des Schutzauftrages an sich als beendet zu verstehen ist. Im Rahmen von Unterstützung und Hilfe, aber auch bei Eingriff und Kontrolle zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung, obliegt ihm die Verantwortung auf Hilfen hinzuwirken und diese einzuleiten. Hier ist insbesondere HzE und die zugehörige Hilfeplanung, unter Mitwirken der Beteiligten, von zentraler Bedeutung.

Zur Erfüllung des komplexen gesetzlichen Auftrags und seiner zentralen Rolle des Kinderschutzes des ASD bedarf es, neben den Kenntnissen und Fertigkeiten im Rahmen der gesetzlichen Grundlagen, daher weitere Fachkenntnisse und Fertigkeiten, die ihn zur Erfüllung seiner Aufgabe und Rolle erweitert befähigen.

4. Erklärungstheoretischer Bezug zur sozialpädagogischen Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung vertieft am Beispiel von Vernachlässigung

Nachdem die Bestimmung der Aufgaben und des Auftrags des ASD bei Kindeswohlgefährdung unter Beachtung der gesetzlichen Voraussetzungen erfolgt ist, bedarf es nun einer erklärungstheoretischen Betrachtung von Kindeswohlgefährdung.

Die folgende Exploration richtet sich auf ein sozialpädagogisches Basisverstehen zur Kindeswohlgefährdung, insbesondere im Fall von Vernachlässigung. Es soll hier keine einzelne Theorie (z.B. Bindungstheorie) isoliert, vertieft und umfassend betrachtet werden. Ausgehend von einer groben Definition zur Kindeswohlgefährdung, mit Klärung grundlegender kindlicher Bedürfnisse, erfolgt die Vorstellung und Definition der unterschiedlichen Formen von Kindeswohlgefährdung. Daran anschließend wird der theoretische Hintergrund zur Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung konkretisiert dargestellt. Ziel ist es, aufgrund des angeeigneten Wissens, die eigene Wahrnehmung im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung zu schärfen und eine fachliche sozialpädagogische Einschätzung im Einzelfallkontext von Vernachlässigung vornehmen zu können. Die Relevanz des erklärungstheoretischen Wissens zur Einschätzung der zentralen Rolle des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung wird abschließend kurz erörtert.

4.1 Definition und Formen von Kindeswohlgefährdung

Jedes „...Unterlassen oder Handeln einer unmittelbaren Bezugsperson (oder dritten Person, Anm. d. Verf.)..., das mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erheblichen physischen oder psychischen Beeinträchtigungen eines Kindes führt.“ ist als Kindeswohlgefährdung zu verstehen (Dettenborn/Walter, 2002: 220).

Häufig findet eine Beschreibung von Kindeswohlgefährdung im Rahmen einer weit gefassten Definition von Kindesmisshandlung statt, die in der Regel als „...eine nicht zufällige, bewusste oder unbewusste gewaltsame psychische oder physische Schädigung, die in Familien oder Institutionen geschieht und die zu Verletzungen, Entwicklungshemmungen oder sogar zum Tode führt und die das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht.“ (Lenkitsch in Olbing/Bachmann/Gross, 1989: 172) beschrieben wird.

Grundsätzlich ist bei einer Kindeswohlgefährdung von einer „...Missachtung oder Verletzung kindlicher Bedürfnisse.“ zu sprechen (Hantel-Quitmann, 1997: 306). Daher darf es zur sozi-

alpädagogischen Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung der Kenntnis kindlicher Grundbedürfnisse.

Eine Beschreibung kindlicher Bedürfnisse findet im Zusammenhang von Kindeswohlgefährdung in der zugehörigen Literatur auf vergleichbarer Basis mit z.T. unterschiedlicher Gewichtung statt (vgl. Hantel-Quitmann, 1997: 306; Wolff in Zenz u. a., 2002: 73ff. oder auch DKSB NRW e.V./ISA e.V., 2000: 17ff.). Im folgenden richtet sich die Erläuterung kindlicher Bedürfnisse insbesondere nach dem ASD-Handbuch des Deutschen Jugendinstituts, ist dies doch auf die Tätigkeit des ASD ausgelegt (vgl. Werner in Kindler u.a., 2006: 13-1-4).

Es wird von drei basalen Grundbedürfnissen ausgegangen, die zur positiven Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes elementar sind. Diese stehen in Verbindung miteinander, sind jeweils gleichwertig zu betrachten und je nach Entwicklungsstand des Kindes unterschiedlich bedeutsam. Die Gewichtung der kindlichen Bedürfnisse und die Signale des Kindes zur Aufforderung der Bedürfnisbefriedigung verändern sich im Laufe der Entwicklung und müssen Berücksichtigung im Kontakt von Kind und Bezugsperson finden. Das Kind steht in einem Abhängigkeitsverhältnis zur Bedürfnisbefriedigung durch die Bezugsperson bzw. ist dieser gar ganz oder teilweise ausgeliefert. Je älter das Kind wird, desto größer wird seine Frustrationstoleranz und Selbständigkeit in Bezug auf die eigene Bedürfnisbefriedigung. Es finden zunehmend mehr Aushandlungsprozesse statt und „Im Rahmen wechselseitiger, wenngleich nicht symmetrischer Zielkorrektur muss eine Balance zwischen der Erfüllung der einzelnen Bedürfnisse der beteiligten Personen in der Familie gefunden werden.“ (Werner in Kindler u.a., 2006: 13-3f.).

Das *Bedürfnis nach Existenz* sichert das Überleben eines Kindes. Maßgeblich ist die Erfüllung physiologischer Bedürfnisse sowie die Gewährleistung von Schutz und Sicherheit des Kindes durch die Bezugsperson. Neben der Versorgung des Kindes durch altersangemessenen Ernährung, Körperpflege, Körperkontakt, Gesundheitsfürsorge und einem Wach- und Ruherhythmus ist das Kind vor Gefahren von Außen zu schützen, z.B. vor Krankheiten oder körperlicher und psychischer Gewalt. Dabei dient dem Schutz u.a. witterungsangemessene Kleidung oder die Beaufsichtigung des Kindes. Das Kind hat das Grundbedürfnis auf Sicherheit durch die Bezugsperson, das sämtliche Unterlassen von körperlicher und psychischer Gewalt durch diese beinhaltet (vgl. Werner in Kindler u.a., 2006: 13-2).

Das *Bedürfnis nach sozialer Bindung* wird als natürliches Grundbedürfnis aller Menschen verstanden und „...durch das Heranwachsen des Kindes in einer beständigen und liebevollen

Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson erfüllt...“ (Werner in Kindler u.a., 2006: 13-2). Es bedarf also einer konstanten Bezugsperson, die dem Kind einfühlsame Zuwendung, Verständnis, Verlässlichkeit und Nähe bietet und die Individualität des Kindes dabei angemessen berücksichtigt. In den ersten Lebensjahren entsteht durch die regelmäßige Befriedigung der existenziellen Bedürfnisse eine Bindung des Kindes zur Bezugsperson, in der Adoleszenz können sich aus engen Freundschaften Bindungen entwickeln. Des Weiteren ist unter sozialen Bindungen im Entwicklungsverlauf des Kindes die Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen zu verstehen. Es obliegt der Bezugsperson ihrem Kind einen sicheren Rahmen aufgrund positiver Beziehungserfahrungen und der Sicherheit dieser Beziehung zu bieten, damit das Kind seine Umwelt selbständig erkunden und erfahren kann, sich bei Bedarf aber auch Hilfe holen lernt. In der fortlaufenden Entwicklung wird dem Kind zunehmend mehr Autonomie eingeräumt. Seinem Alter entsprechend erkundet das Kind seine Umwelt also insgesamt zunehmend selbständig und gewinnt an Selbstsicherheit ausgehend vom „sicheren Hafen“ der Bindung zur Bezugsperson durch dessen Konstanz und Verlässlichkeit. Die Bindung zur Bezugsperson bietet einen Schutzraum und ggf. eine Unterstützung für das Kind. Die Anpassung der Bezugsperson auf das Bindungs- und Beziehungsbedürfnis des Kindes ist dabei nicht als ein Abbruch der Beziehung zu verstehen, sondern bietet dem Kind einen zunehmend erweiterten Erfahrungsfreiraum. Die Bindungserfahrung eines Kindes bildet die Grundlage für das eigene Bindungsverhalten und dessen Umgang mit anderen Menschen und wirkt sich daher auf die Entwicklung seiner Persönlichkeit und damit auch auf sein gesamtes zukünftiges Leben aus (vgl. Werner in Kindler u.a., 2006: 13-2f.).

Das *Bedürfnis nach Wachstum* richtet sich auf die Erfüllung kognitiver, emotionaler, ethischer und sozialer Anregung und Erfahrung eines Kindes zur positiven körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung. Am Alter und Entwicklungsstand des einzelnen Kindes orientiert, bedarf es der Motivation, Förderung und Vermittlung zur Interaktion mit seiner materiellen und sozialen Umwelt durch die Bezugsperson und daraus resultierender eigener Erfahrungen und Erlebnisse. Das Kind erwirbt also eigene Fähigkeiten und erweitert diese, gestützt durch Anregung und Motivation, Lob und Anerkennung und Strukturgebung und ausgewogene Grenzsetzung der Bezugsperson. Daraus resultiert für das Kind ein Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten und es entwickelt ein positives Selbstkonzept (vgl. Werner in Kindler u.a., 2006: 13-3).

Weiterhin ist das *Bedürfnis der Wertschätzung* des Kindes durch die Bezugsperson hervorzuheben. Das Kind braucht für eine positive Entwicklung auf der körperlichen, psychischen,

geistigen und sexuellen Ebene insbesondere die Wertschätzung seiner Person als Individuum und als Teil der Gemeinschaft unter Beachtung seiner zunehmenden Eigenständigkeit (vgl. DKSB NRW e.V./ISA e.V., 2000: 17f.).

Eine erweiterte Darstellung zur Bedürfnisbefriedigung eines Kindes verdeutlicht, dass eine pyramidale Abhängigkeit⁴⁵ der einzelnen Bedürfnisse untereinander besteht. Die Grundbedürfnisse eines Kindes bauen demnach aufeinander auf. So muss also beispielsweise ein Mindestmaß an physiologischen Bedürfnissen erfüllt sein, damit sich daraus überhaupt ein Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit entwickeln kann. Je nach Einzelfall kann hier einer erste Einschätzung der Verletzung der kindlichen Bedürfnisse erfolgen. Dabei ist die Problem- und Gefährdungslage eines Kindes um so erheblicher einzuschätzen, je niedriger die verletzten Grundbedürfnisse in dieser Struktur eingestuft sind (vgl. DKSB NRW e.V./ISA e.V., 2000: 18f.).

Das Unterlassen oder Handeln entgegen der Befriedigung kindlichen Grundbedürfnisse wirkt sich insgesamt hemmend oder schädigend auf die Entwicklung des Kindes aus und führt unter Umständen zu nachhaltigen Schäden, im schlimmsten Fall bis hin zum Tod.

Abb. 2 Bedürfnispyramide:



(vgl. Maslow, 1978 in DKSB NRW e.V./ISA e.V., 2000: 18)

Eine Aufteilung in unterschiedliche Formen der Kindeswohlgefährdung ermöglicht eine Eingrenzung und dient einer besseren Einschätzung einer möglichen Gefährdung, wobei z.B. Misshandlung oder sexueller Missbrauch häufig mit vernachlässigenden Merkmalen
45 siehe Abb. 2

einhergehen (vgl. DGKJP, 2003 in www.uni-duesseldorf.de und Schone in ZBFS, 2006b: 116).

Ausgehend von den „Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ findet eine Differenzierung von Kindeswohlgefährdung in körperliche und emotionale Vernachlässigung, körperliche und emotionale Kindesmisshandlung, sexuellen Kindesmissbrauch und den Sonderfall des Münchhausen-by-proxy-Syndrom⁴⁶ statt. Des Weiteren wird zwischen familieninterner und externer Gewalt gegen Kinder und Jugendliche unterschieden. Nach den „Leitlinien“ wird die emotionale Misshandlung nicht definiert, sondern in Verbindung zur emotionaler Vernachlässigung gestellt (vgl. DGKJP, 2003 in www.uni-duesseldorf.de und ähnlich auch Lenkitsch in Olbing/Bachmann/Gross, 1989: 172). Im Rahmen rechtlicher Auseinandersetzungen mit psychologischen Dimensionen von Kindeswohlgefährdung werden ergänzend Erwachsenenkonflikte um das Kind und Autonomiekonflikte definiert. Des Weiteren erfolgt keine Differenzierung von Vernachlässigung, dafür aber eine genauere Erläuterung zum emotionalen Missbrauch (vgl. Dettenborn/Walter, 2002: 220f. oder auch Schone in ZBFS, 2006b: 116).

Schon der jeweils fachlich unterschiedliche Hintergrund zur Betrachtung von Kindeswohlgefährdung führt also zu einer unterschiedlichen Benennung der Formen. Dies ist nicht verwunderlich, da es sich beim Kindeswohl um einen unbestimmten Rechtsbegriff handelt und dadurch dieser „Freiraum“ Zulassung findet, gerade unter der Voraussetzung einer Gefährdungsprüfung im Einzelfall.

Nachfolgend werden Misshandlung, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung als die „gewöhnlichen“ Formen der Kindeswohlgefährdung definiert. Es ist dennoch festzuhalten, dass nach einer Auswertung von 318 Jugendhilfeakten, in denen eine Mitwirkung des Jugendamtes vor Gericht bestand, bei möglicher Mehrfachnennung, Elternkonflikte um das Kind mit 23,6% einen größeren Anteil als sexueller Missbrauch mit 16,7% ausmachten (vgl. Schone in ZBFS, 2006b: 116).

Von einer *Misshandlung* eines Kindes wird nach gängiger Meinung grundsätzlich ausgegangen, wenn gewaltsame Handlungen von Bezugspersonen das körperliche und/oder psychische Wohl und damit verbunden die Entwicklung eines Kind aktiv schädigen oder eine solche Schädigung vorhersehbar ist (vgl. Frank in Olbing/Bachmann/Gross, 1989: 18 und Engfer

⁴⁶ auch Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom genannt

in Egle/Hoffmann/Joraschky, 2000: 23). Eine Differenzierung findet in körperliche und emotionale Misshandlung statt.

Unter *körperlicher Misshandlung* ist eine direkte gewaltsame Handlung gegen das Kind zu verstehen. Neben Schlägen, Schütteln, Verbrennungen u.v.m. fallen auch Vergiftungen unter den Begriff der körperlichen Misshandlung (vgl. DGKJP, 2003 in www.uni-duesseldorf.de). Sowohl das Ausmaß der Härte und Häufigkeit der körperlichen Misshandlung, als auch situative Faktoren und die Empfindsamkeit des Kindes sind für den Schweregrad der Schädigung ausschlaggebend. Das Schütteln eines Säuglings kann beispielsweise nachhaltige Hirnschäden oder gar dessen Tod verursachen, während für ältere Kinder aus dem Schütteln keine körperliche und/oder geistige, sondern vielmehr eine psychische Schädigung zu erwarten ist (vgl. Engfer in Egle/Hoffmann/Joraschky, 2000: 27). Die körperliche Misshandlung ist aufgrund äußerlich sichtbarer Schädigung die am leichtesten erkennbare Form von Kindeswohlgefährdung. Dennoch bedarf es auch hier der besonderen Aufmerksamkeit Dritter, insbesondere im institutionellen Rahmen, zum Erkennen und Einschätzen einer körperliche Kindesmisshandlung.

Eine *emotionale Misshandlung*⁴⁷ geht von einer feindseligen Haltung der Bezugsperson gegenüber dem Kind aus. Die Schädigung liegt insbesondere auf der psychischen und/oder geistigen Ebene des Kindes. Das Kind wird abgelehnt und ist einer konstanten Abwertung seiner Person ausgesetzt. Auch eine demonstrative Bevorzugung der Geschwister oder anhaltender Liebesentzug zeugen von dieser Ablehnung. Des weiteren zählt zur emotionalen Misshandlung eine andauernde Bedrohung, Ängstigung und Einschüchterung, die Übertragung der „Sündenbockfunktion“ oder die regelmäßige Demütigung des Kindes. Eine Isolation des Kindes (Einsperren oder Kontaktverbote), sowie das Ausbeuten des Kindes (z.B. als Arbeitskraft) sind ebenfalls zu benennen. Auch das stetige Erleben von Partnerschaftskonflikten der Bezugsperson(en), insbesondere gewalttätige Auseinandersetzungen oder das Anhalten zu Straftaten oder Drogenmissbrauch ist unter emotionalem Misshandlung zu verstehen (vgl. Engfer in Egle/Hoffmann/Joraschky, 2000: 26 und Kindler in Kindler u.a., 2006: 4-1 oder auch Dettenborn/Walter, 2002: 221). Weiterhin sind hier auch Überbehütung oder symbiotische Beziehungen durch die Bezugsperson zu verstehen (vgl. Schone in ZBSF, 2006b: 116). Das *Münchhausen-by-proxy-Syndrom* stellt eine besondere Form der Misshandlung dar, wobei das Vorkommen im Vergleich zu den anderen Formen der Kindeswohlgefährdung sehr gering ist (vgl. Fegert in Ziegenhain in ZBFS, 2006a: 12). Unter dem Münchhausen-by-proxy-Syndrom wird das Vortäuschen und/oder bewusste Herbeiführen von Krankheiten des Kindes durch die Bezugsperson verstanden. Das Kind wird durch dieses Herbeiführen von

47 auch seelische Misshandlung genannt

Symptomen durch eine Bezugsperson, aber auch durch langwierige Diagnoseverfahren und die ärztlichen Behandlungen der falsch angegebenen und/oder herbeigeführten Symptome geschädigt (vgl. Dettenborn/Walter, 2002: 221).

Grundsätzlich ist unter einem *Sexuellen Missbrauch* die „...Misshandlung der Minderjährigen zur Befriedigung erwachsener Sexualwünsche.“ zu verstehen (Schone in ZBSF, 2006b: 116). Sexueller Missbrauch lässt sich zwischen einer engeren oder weiteren Definition unterscheiden. Die enge Definition setzt einen direkten, sexualisierten Körperkontakt von Täter und Opfer voraus. Das Ausmaß reicht vom Berühren der Brust bis hin zur Vergewaltigung. Für die Jugendhilfe maßgeblich ist eine weiter gefasste Definition, weil auch Handlungen ohne Körperkontakt, wie das Zeigen pornographischer Medien, Exhibitionismus oder eine dauerhaft sexualisierende Umgangsform eine Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung bewirkt. Für die Einschätzung eines weit gefassten sexuellen Missbrauchs bedarf es weiterer Hilfskriterien. Dazu zählen u.a. ein Machtgefälle von Täter und Opfer, die Absicht des Täters (Grenzüberschreitungen und zusätzlich sexualisierendes Verhalten des Täters) und die Altersdifferenz (vgl. Unterstaller in Kindler u.a., 2006: 6-2f.) Eine weit gefasste Definition, die Hilfskriterien mit berücksichtigt, lässt sich wie folgt benennen: „Sexueller Missbrauch ist jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann. Der Täter nutzt seine Macht- und Autoritätsposition aus, um seine eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen.“ (Bange/Deegener, 1996: 105; zit.n. Unterstaller in Kindler u.a., 2006: 6-3)

Unter *Vernachlässigung* ist die mangelhafte oder unterlassene Versorgung des Kindes auf emotionaler, geistiger und/oder physischer Ebene durch die Bezugsperson zu verstehen. Die Vernachlässigung geschieht entweder durch aktives Unterlassen (fehlende Einsicht) oder unbewusst, also passiv (mangelndes Wissen). Die Folgen einer Vernachlässigung sind Entwicklungsbeeinträchtigungen oder bleibende Schäden des körperlichen, geistigen und seelischen Kindeswohls und können bis zum Tod führen (vgl. Schone u.a., 1997, 21). Teilweise wird Vernachlässigung in eine körperliche oder emotionale Form differenziert.

Von einer *körperlichen Vernachlässigung* ist zu sprechen, wenn die Grundversorgung und Pflege des Kindes nicht ausreichend gewährleistet oder gar das Leben des Kindes gefährdet ist, also insbesondere das *Grundbedürfnis nach Existenz* nicht erfüllt wird (vgl. DGKJP, 2003 in www.uni-duesseldorf.de).

Eine *emotionale Vernachlässigung* liegt vor, wenn das Beziehungsangebot für das Kind unzu-

reichend oder wechselhaft ist. Entsprechend wird also das *Bedürfnis nach sozialer Bindung* nicht erfüllt (vgl. DGKJP, 2003 in www.uni-duesseldorf.de). Auch die Unterlassung der Befriedigung des Bedürfnisses *nach Wachstum* des Kindes ist unter einer emotionalen Vernachlässigung zu verstehen, die Anregung und Förderung des Kindes wird ganz oder teilweise versagt.

In allen Formen der Kindeswohlgefährdung erleidet das Kind Defizite in der Entwicklung eines positiven Selbstbildes und wird insbesondere im Selbstwert und -vertrauen stark erschüttert und/oder nachhaltig geschädigt. Grundsätzlich wird die Befriedigung des Bedürfnisses *nach Wertschätzung* der eigenen Person nur unzureichend gewährleistet.

Die Grenzen der Formen von Kindeswohlgefährdung sind fließend und nicht klar von einander zu trennen (vgl. Ziegenhain in ZBFS, 2006a: 12). Es bedarf der genauen Prüfung des Einzelfalles im Gesamtkontext von Familie und Umfeld, um die Risiko- und Gefährdungsbedingungen eines Kindes zu klären und daraus konkrete Hilfsangebote zu entwickeln oder ggf. einzuschreiten.

4.2 Theoretische Hintergründe zur Vernachlässigung

Die Dimensionen einer Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung sind vielfältig. Anknüpfend an die Definition nach Schone u.a.⁴⁸ soll hier nun eine konkretisierte Darstellung von Vernachlässigung auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen. Ausgangspunkt der Erläuterungen ist die kontextabhängige Missachtung kindlicher Bedürfnisse.

Eine kurze Beschreibung der wesentlichen Unterscheidungsmerkmale von Vernachlässigung bildet die Basis für die weitere Betrachtung. Zur Vervollständigung der kindlichen Perspektive erfolgt darauf die Darstellung von Symptomen, Reaktionsformen und Folgen von Vernachlässigung. Da die Vernachlässigung als „...Ausdruck bzw. Symptom stark beeinträchtigter Beziehungen in Familien“ (Rosemeier in Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V., 1996: 16) zu verstehen ist, wird ein Einblick in bindungstheoretische Grundannahmen gegeben. Daran anknüpfend wird die elterliche Perspektive, deren Kompetenzen, Motive sowie der Beziehungskontext und die Familiendynamik in Vernachlässigungsfamilien betrachtet. Die Dar-

48 siehe Kapitel 4.1 Definition von Vernachlässigung

stellung von Risiko- und Schutzfaktoren und ein Einblick in die Grundannahmen zur Hilfe bei Vernachlässigung bildet den Abschluss.

4.2.1 Entstehung und Unterscheidungsmerkmale von Vernachlässigung

Vernachlässigung kann aus unterschiedlichen Faktoren heraus entstehen und ist kontextabhängig unterschiedlich ausgeprägt. Diese Faktoren sind nicht jeweils isoliert zu betrachten, vielmehr besteht eine Verbindung und Abhängigkeit untereinander.

Ausgehend von der Einschätzung konkretisierter vernachlässigender Merkmale des Kindes, („Spannbreite zwischen physischer und psychischer Vernachlässigung“)⁴⁹ erfolgt die Einschätzung der „Schwere der vernachlässigenden Situation“. Zur Bewertung dieser sind die „Dauer der vernachlässigenden Situation“ und das „Alter des Kindes“ zum Zeitpunkt des Eintritts und Ende relevant. Eine Unterscheidung findet hier in eine kurzzeitige Krisensituation der Familie und in eine „dauerhafte chronifiziert-vernachlässigende Struktur“ der Familie statt (vgl. Rosemeier in Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V., 1996: 17). Je nach dem, ob eine Abwendung der Vernachlässigungssituation frühzeitig erfolgt ist oder nicht (innerfamiliär oder mit Hilfe von Außen) kann aus einer akuten Krisensituation eine Chronifizierung erfolgen und das Kind dauerhaft geschädigt werden. Kleinkinder und Säuglinge sind einem besonders hohem Risiko der Schädigung ausgesetzt, wenn die physischen Bedürfnisse nicht oder nur unzureichend erfüllt werden. Die Schädigung tritt dabei auch zusätzlich ziemlich schnell ein. Wird ein Säugling oder Kleinkind z.B. nicht ausreichend mit Trinken versorgt erfolgt eine Dehydrierung die eine akute Lebensbedrohung bedeutet (vgl. Ziegenhain, 2006 in Ziegenhain in ZBFS, 2006a: 12f.). Jüngere Kinder sind in einem besonderen Maß von der Bedürfnisbefriedigung durch die Bezugsperson abhängig und haben wenig bis keine Möglichkeiten der Kompensation⁵⁰. Die Schädigungen eines Kindes sind um so gravierender, je jünger das Kind zum Eintrittszeitpunkt der Vernachlässigung und je langanhaltender die Situation ist.⁵¹

Ausgangspunkte einer Vernachlässigung können innerfamiliäre Krisen, wie Konflikte, Trennung und Scheidung, Tod oder andere Notlagen wie Arbeitslosigkeit sein. Weiterhin sind

49 Grundlage ist hier die Einschätzung zur Bedürfnisbefriedigung, siehe dazu Kapitel 4.1 und nachfolgende Kapitel

50 Kompensation heißt hier, dass andere Personen die Bedürfnisbefriedigung leisten (z.B. Versorgung im Kindergarten)

51 Zur Schädigung des Kindes siehe Kapitel 4.2.2

schlechte Wohnbedingungen, ein belastendes Umfeld, soziale Isolation oder negative biographische Erfahrungen der Bezugsperson(en) zu benennen (vgl. Schone u.a., 1997: 30).⁵²

4.2.2 Die Folgen von Vernachlässigung für das Kind

Ausgehend von der Bedürfnispyramide⁵³ wird bei einer Vernachlässigung davon ausgegangen, dass die Bedürfnisse eines Kindes auf einer oder mehreren Stufen nicht ausreichend befriedigt werden.

Die Symptome, Reaktionen und Auswirkungen einer unzureichenden Bedürfnisbefriedigung durch Vernachlässigung können sowohl auf körperlicher Ebene als auch auf geistiger oder psychischer Ebene erfolgen.

Die *körperliche Beeinträchtigung* kann sich durch allgemeine Krankheitsanfälligkeit, Allergien, Über- oder Untergewicht, körperliche Fehlentwicklung z.B. Minderwuchs oder Verzögerung motorischer Fähigkeiten äußern. Auch *kognitive Fähigkeiten* können beeinträchtigt werden, es entstehen Probleme in der Sprachentwicklung oder Defizite in der geistigen Entwicklung, aber auch Konzentrations- oder Wahrnehmungstörungen. Das Kind kann in der *psychischen Entwicklung* durch psychiatrische Auffälligkeiten, Hyperaktivität, Inaktivität, Schlafstörungen oder Hospitalismuserscheinungen gehemmt werden. Auch die Fehlentwicklung sozialer Kompetenzen, Distanzlosigkeit, Aggressivität, Depressionen und Ängste können auf eine Vernachlässigung hinweisen (vgl. Schone u.a., 1997, 21ff.; DKSB NRW e.V./ISA e.V., 2000: 20). Die passive Reaktion des vernachlässigten Kindes auf seine Umwelt und sein Rückzug deuten auf die mögliche Entwicklung von Deprivationssymptomen. „Die Welt verliert für sie den natürlichen Aufforderungscharakter, sie sprechen nicht mehr, reagieren nicht mehr und beschäftigen sich nur mit sich selbst.“ (Hantel-Quitmann, 1997: 316).

Nach der Mannheim-Studie (vgl. Esser in Zenz/Bächer/Blum-Maurice, 2002: 103ff.) in der zunächst das Interaktionsverhalten von vernachlässigenden und/oder ablehnenden Müttern und ihren Säuglingen untersucht wurde, fielen diese Kinder durch häufiges und langes Schreien, Unberechenbarkeit ihrer Bedürfnisse (Dysrhythmik im Trinken, Verdauen und Schlafen), Aufmerksamkeitsstörungen (Aufmerksamkeit ist schwer zu bekommen und/oder zu halten) und Essprobleme auf. Grundlegendes Ziel der Studie war die Erforschung von Entwicklungs-

52 siehe dazu auch Kapitel 4.2.5, Risikofaktoren und Kapitel 5.2, das Hamburger Indikatoren-Modell

53 Abb 2, siehe oben

verzögerungen, -störungen und psychische Auffälligkeit dieser Kinder, daher wurden die Kinder bis zum Alter von elf Jahren begleitet. Im weiteren Verlauf der Studie fielen die Kinder unter anderem durch Rückstände in der kognitiven Entwicklung (durchschnittlich niedrigerer Intelligenzquotient, schlechtere Schulleistungen) und daraus resultierendes mangelhaftes Selbstvertrauen in die eigenen kognitiven Fähigkeiten auf. Eine besondere Beeinträchtigung wurde im Bereich der seelischen Gesundheit festgestellt. Die Kinder „...zeigten ein stark erhöhtes Maß psychischer Störungen, die sich bei vernachlässigten Kindern letztlich auf alle Verhaltensbereiche ausweiteten.“ (Esser in Zenz/Bächer/Blum-Maurice, 2002: 108f). Eine weitere Einschränkung für die Kinder ergab sich ebenfalls „...in ihren Alltagsfunktionen (Kontakt zu Gleichaltrigen, Interessen und Freizeit, sowie Selbständigkeit)...“.(Esser in Zenz/Bächer/Blum-Maurice, 2002: 109 und auch vgl. Blum-Maurice in Zenz/Bächer/Blum-Maurice, 2002: 119).

Weiterhin zeigen vernachlässigte Kinder eine Beeinträchtigung, Beziehungen einzugehen und haben „...kein sicheres Vertrauen in ihre Welt (d.h. in ihre primären Beziehungen)...“ erhalten (Blum-Maurice in Zenz/Bächer/Blum-Maurice, 2002: 119). Vielmehr haben sie durch die Vernachlässigung, frühzeitig Abwehr- und Überlebensmechanismen zum eigenen Schutz entwickelt. Das Misstrauen, das Gefühl von Ohnmacht und Sinnlosigkeit, die Einschränkung, Hilfe einzufordern und anzunehmen, führen sie als Erwachsene schnell in den Kreislauf der Wiederholung der Vernachlässigungsdynamik. Sie sind auf rastloser Partnersuche und hegen einen starken Kinderwunsch zur Erfüllung ihrer Sehnsucht nach Liebe und Zuwendung und gelangen durch die Enttäuschung ihrer Wünsche wieder in die Spirale der Hoffnungslosigkeit zurück (vgl. Blum-Maurice in Zenz/Bächer/Blum-Maurice, 2002: 121).⁵⁴

Ein tabellarischer Überblick konkretisierter kindlicher Bedürfnisse und zugehörige Folgen und mögliche Langzeitfolgen findet sich im Anhang 2. Die dortige Gegenüberstellung erleichtert einen Überblick zu den Folgen möglichen einer Vernachlässigung zu gewinnen, konkretisiert die o.g. Folgen und stellt einen direkten Zusammenhang von einzelnen nicht befriedigten Bedürfnissen und Folgen her.

4.2.3 Bindung im Rahmen von Vernachlässigung

Die Grundannahmen der Bindungstheorie nach John Bowlby, deren Basis die Beobachtung des Interaktionsverhaltens von Kindern und Bezugspersonen bildete, gehen davon aus, dass

⁵⁴ siehe auch Kap. 4.2.4

der Mensch „...ein angeborenes Bedürfnis nach Bindung und Nähe an eine vertrauten Person hat.“ (Hantel-Quitmann, 1997: 313). Er ist ein gemeinschaftliches Wesen, dessen soziale Bindungen die Grundlage seiner Sozialstruktur bilden. Er sucht Schutz, Hilfe und Nähe einer stärkeren und vertrauten Bindungsperson zur Bewältigung der individuellen Situation und der Erfüllung des Bedürfnisses nach Liebe und Fürsorge. Diese grundlegenden Bindungsverhaltensweisen bleiben lebenslang bedeutsam, wenngleich sie durch wachsende Erfahrungen und Selbstkompetenzen weniger intensiv zum Ausdruck kommen. Die Bindungsverhaltensmuster sind in Teilen abhängig von Alter und Geschlecht, der individuellen Bindungserfahrungen und den aktuellen situativen Umständen. Weiterhin wird der Exploration der Umwelt auf Basis der verlässlichen Bindungsbeziehung zur Bezugsperson eine besondere Bedeutung zu teil. Je nach Unbehagen oder Wohlfühlen überwiegt entweder das Bindungs- oder Explorationsverhalten. In der unsicheren und/oder bedrohlichen Situation wird das Bindungssystem aktiviert und fordert die Zuwendung und Hilfe der Bindungsperson ein (vgl. Grossmann in Endres/Hauser, 2000: 54ff.). Für eine stabile Bindung ist die Qualität, nicht die Quantität der Interaktionen von Kind und Bezugsperson ausschlaggebend (vgl. Hantel-Quitmann, 1997: 314).⁵⁵

Ausgehend von der „fremden Situation“ nach Mary Ainsworth wurden zur Bewertung der Beziehungen, in mehreren Studien Kleinkinder von 12 bis 18 Monaten immer wieder kurze Zeit von ihren Müttern mit einer anderen Person allein gelassen. Für die Einschätzung der Bindungsqualität wurde die Reaktion der Kinder beobachtet (vgl. Hantel-Quitmann, 1997: 314).

Es ließen sich in der in der nachfolgend erweiterten Forschung insgesamt vier unterschiedliche Bindungsmuster feststellen:

A-Typus: unsicher-vermeidende Kinder, die ihre Mutter gegenüber der anderen Person nicht bevorzugten, um keine Ablehnung erfahren müssen, mit Müttern, die die Bedürfnisse ihrer Kinder nach Zuneigung sichtbar ablehnten.

B-Typus: sicher gebundene Kinder, die den Kontakt zur Mutter suchten und sich von dieser schnell wieder beruhigen ließen, mit Müttern, die die Bedürfnisse ihrer Kinder gut einschätzen und befriedigen konnten.

C-Typus: unsicher-ambivalent gebundene Kinder, die heftig reagierten, sich an die Mutter klammerten und diese im nächsten Moment wieder abweisen und schwer zu beruhigen waren, mit Müttern, deren Zuneigung sporadisch und wenig vorhersagbar war und die die Bedürf-

⁵⁵ siehe auch Kap. 4.1, Bedürfnis nach sozialer Bindung

nisse ihre Kinder einerseits sehr intensiv befriedigten, dies andererseits aber auch aggressiv verweigerten.

D-Typus: unsicher desorganisierte/desorientierte Kinder, die ambivalent auf ihre Mutter reagierte, z.B. erst auffallend ruhig und dann wieder sehr aktiv waren, hierbei aber eine Irrationalität feststellbar war, mit Müttern, die sich nicht in die Kinder einfühlen konnten, selbst von äußeren Reizen überflutet wurden und mit unverarbeiteten Traumatisierungen zu kämpfen hatten. (vgl. Christ in Zenz, u.a., 2002: 92f.)⁵⁶

Nachdem zunächst nur Rückschlüsse auf Basis der Verhaltensebene gezogen wurden, findet inzwischen die Repräsentanzebene eine stetig zunehmende Bedeutung in der Bindungstheorie. Aus den Erfahrungen des Bindungsverhaltens und der Reaktion der Bezugsperson(en) „...entwickelt das Kind eine innere Repräsentation von Bindung, das so genannte Arbeitsmodell von Bindung.“ (Fremmer-Bombik in Spangler/Zimmermann, 1999: 109). Kinder konstruieren aus ihren Erfahrungen ein inneres Arbeitsmodell von sich und ihren Bezugsperson(en) und können darauf aufbauend das eigene Verhalten simulieren und demzufolge vorausschauend planen. Die unterschiedlichen Erfahrungen mit der Umwelt eines Kindes werden in ein Gesamtmodell integriert (vgl. Fremmer-Bombik in Spangler/Zimmermann, 1999: 109f.).

Sowohl die Erforschung des Bindungsverhaltens älterer Kinder in der „Fremden Situation“ als auch insbesondere die Befragung und Einschätzung älterer Kinder, Jugendlicher und Erwachsener in Form von retrospektiven Interviews⁵⁷ lassen erweiterte Rückschlüsse auf das zukünftige Bindungsverhalten und die Bindungsrepräsentanz zu. Weiterführende Studien belegen beispielsweise, dass das Bindungsmuster der eigenen Mutter mit 80%iger Wahrscheinlichkeit auf die folgende Generation übertragen wird (vgl. Köhler in Suess/Pfeifer, 2003: 107ff.).

Eine erweiterte übersichtliche Darstellung zu den Bindungs- und Beziehungsmustern der vier Typen findet sich in Anhang 3. Das Bindungsverhalten des Kindes in der „Fremden Situation“ (im Alter von sechs Jahren), das Elternverhalten, die Bindungsrepräsentanz, die Dynamik der Paarbeziehung und die Familiendynamik werden dort für die vier Typen tabellarisch abgebildet und kurz beschrieben.

⁵⁶ siehe auch die erweiterte Darstellung in Anhang 3

⁵⁷ Erwachsenen-Bindungsinterviews (Adult Attachment Interview), retrospektive Einschätzung eigener Bindungserfahrungen im Kindesalter (vgl. Köhler in Suess/Pfeifer, 1999: 109)

Grundsätzlich handelt es sich bei der Typisierung in der Bindungstheorie nicht um die charakterliche Einschätzung, sondern einzig um die Beschreibung des Bindungsverhaltens und der Bindungsrepräsentanz.

Chronisch vernachlässigte Kinder⁵⁸ weisen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Bindungsstruktur des D-Typus (Desorganisiert) auf.⁵⁹ Da diese desorganisierten Strukturen jedoch nur sequenziell zu beobachten sind, wird die Einschätzung zur Bindungsstruktur in Verbindung mit den anderen drei Formen geleistet. Ein vernachlässigtes Kind zeigt also einerseits ein desorganisiertes Bindungsverhalten (D) und auf der anderen Seite entweder A, B oder C typisches Bindungsverhalten. „Nicht wenige der misshandelten Kinder gehören der Kategorie D/B an, sie imponierten auf den ersten Blick als sicher gebunden.“ (Köhler in Suess/Pfeifer, 1999: 127). Zu einer weiteren Bezugsperson kann das Bindungsverhalten wiederum anders aussehen. Demnach sind positive kompensatorische Bindungen zu weiteren Bezugspersonen auch als Schutzfaktor vor gravierenden Schädigungen des Kindes zu verstehen (vgl. Egle/Hoffmann in Egle/Hoffmann/Joraschky, 2000: 21).⁶⁰

Das Dilemma der desorganisierten Bindung liegt in der Unvorhersagbarkeit des Bindungsverhaltens. Das Kind konnte für sich keine vorhersagbare Struktur im Bindungsverhalten aufbauen oder sie ist zusammengebrochen. Daraus begründet konnte es auch „...keine einheitlichen Repräsentanzen vom Selbst mit dem anderen aufbauen...“ (Köhler in Suess/Pfeifer, 1999: 126f.). Die Folge sind die Verinnerlichung der Hilflosigkeit des Selbst und der Unberechenbarkeit und angstauslösende Wirkung der Objekte. Das widersprüchliche Verhalten des Kindes lässt auf eine Aktivierung widersprüchlicher Repräsentanzen und Verhaltenssysteme schließen. Dabei tritt keine ambivalente Aktivierung auf, sondern es erfolgt eine dissoziative Bewusstseinsveränderung. Diese Reaktion ist als Abwehrmechanismus vor starker Furcht zu verstehen (vgl. Köhler in Suess/Pfeifer, 1999: 126f. und Christ in Zenz/Bächer/Blum-Maurice, 2002: 94f.).

Die Bezugsperson des D-Typus Kindes verhält sich gegenüber dem Kind ängstigend und ist auf der anderen Seite im Umgang mit dem Kind selbst ängstlich. Zumeist liegen ihrem Bindungsverhalten eigene Traumatisierungen zugrunde (vgl. Scheuerer-Englisch in Suess/Pfeifer, 1999: 148). Demzufolge ist das eigene Bindungssystem daueraktiviert und es

58 zur Unterscheidung der Situationen und Erscheinungsformen siehe Kap. 4.2.1

59 80% der misshandelten Kinder zeigten D-typisches Bindungsverhalten (vgl. Main, 1995, in Köhler in Suess/Pfeifer, 1999: 127)

60 siehe auch Kapitel 4.2.5

erfolgt eine Reizüberflutung durch traumatische Erinnerungen und äußere Reize. Die elterliche Aufmerksamkeit ist regelhaft gestört. Rollenumkehr und unvorhersagbare Interaktionen und Verhalten kennzeichnen das Bindungsverhalten.

4.2.4 Die Eltern- und Familienebene

Vernachlässigenden Eltern fehlt es an Introspektions- und Empathiefähigkeit und sie „...sind in ihrem Verhalten, Denken und Fühlen weit gehend infantil...“ (Wolff in Zenz/Bächer/Blum-Maurice, 2002,: 81). Dies führt dazu, dass sie der Verantwortung ihrer Elternschaft nicht gerecht werden können. Sie verhalten sich wie verunsicherte Kinder und brauchen selbst das Angebot einer Beziehung. Ursächlich ist hier die eigene Erfahrung in der Herkunftsfamilie, sind vernachlässigende Eltern oft auch selbst traumatisiert, vernachlässigt und unter erschwerten Bedingungen aufgewachsen (vgl. Rosemeier in Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V., 1996: 20).⁶¹ Die Eltern können die Bedürfnisse und Gefühle ihres Kindes nicht realistisch wahrnehmen, sind sie doch z.T. nicht in der Lage ihre eigenen zu spüren. Es wird die eigene, prompte Bedürfnisbefriedigung der Eltern vor die des Kindes gestellt. Auch empfinden sie die Bedürfnisse des Kindes häufig als Provokation und fühlen sich dem Kind gegenüber ohnmächtig. Daraus resultieren überhöhte Anforderungen an das Kind und eine mangelnde Impulskontrolle führt zu aggressivem Verhalten gegenüber dem Kind. Die Eltern haben ein negatives Bild ihrer Kinder und unterstellen ihnen einen negativen Charakter. Sie projizieren ihre negativen Selbstanteile auf das Kind, spalten diese also ab und die Wirkung erfolgt nicht mehr in der eigenen Person. Entsprechend bereinigen sie sich auf Kosten des Kindes (vgl. Wolff in Zenz/Bächer/Blum-Maurice, 2002: 81f. und Hantel-Quitmann, 1997: 315f.).⁶²

Eine desorganisierte familiäre Struktur kennzeichnet Vernachlässigungsfamilien. Schon die Gründung der Familie ist von Chaos und Strukturlosigkeit geprägt. Die Familie ist grenzen- und formlos. Dies zeigt sich sowohl in einer engen Einbindung der Großelterngeneration in den Alltag (Mutter-Tochter Kontakte), als auch durch die Isolation von der Herkunftsfamilie. Männer bzw. Väter stehen eher abseits des Geschehens, sie schwanken in dieser Familie häufig zwischen „Abhauen und Rausgeworfen-werden“ (Rosemeier in Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V., 1996: 21). Die Beziehung des Paares ist sowohl von symbiotischer Nähe, als auch großer Distanz und gegenseitiger Abwehr geprägt. Das Scheitern der Beziehung erfolgt durch

61 siehe dazu Kapitel 4.2.2 Folgen von Vernachlässigung

62 Zur weiteren Psychodynamik siehe unten

eine „enttäuschte Wunschkonfliktdynamik“. Eine schnelle Trennung und neue Partnerwahl erfolgt dann nach dem wiederholten Muster der Familiengründung. Die Zugehörigkeit zur Familie wirkt zufällig, weil es keine Grenzen der Familie gibt (vgl. Rosemeier in Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V., 1996: 21f.; Wolff in Zenz/Bäcker/Blum-Maurice, 2002: 81f.). Weiterhin sind häufig starke Paarkonflikte vorhanden, die den Blick auf die Bedürfnisse des Kindes verstellen und es in diese Situation mit hineinziehen. Oft besteht eine Kollusion der Eltern, die sich gemeinsam gegen das Kind richtet, um von eigenen Konflikten abzulenken. Das Kind wird aber auch benutzt, um Aufmerksamkeit zu erlangen. Im Rahmen von Vernachlässigung richtet sich die Botschaft hier zumeist an die eigenen Eltern. Das Kind löst durch seine Einforderung der Bedürfniserfüllung die Erinnerung an eigene unerfüllte kindliche Versorgung und Liebe aus. Die Vernachlässigung ist also Mittel und Zweck zur eigenen Versorgung durch die Eltern (vgl. Hantel-Quitmann, 1997: 319).⁶³ Neben der chaotischen Offenheit der Familie fehlt es ihnen auch an einer Sinnstruktur. Das Leben wird als nicht beeinflussbar erlebt, die Eltern fühlen sich ohnmächtig und machtlos und sehen keine positiven Veränderungsmöglichkeiten ihres gegenwärtigen und zukünftigen Lebens und Alltags, aber auch einzelner Krisen und Beziehungen. Das Selbstwertgefühl und -vertrauen ist durch mangelhafte positive Erfahrungen gestört (vgl. Rosemeier in Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V., 1996: 22). Auch ist hervorzuheben, dass Vernachlässigungsfamilien zu über 90% arme Familien sind. Es besteht häufig eine finanzielle Abhängigkeit zum Staat und oft gehören Schulden zum Alltag der Familien. Die Eltern haben oftmals keinen Schulabschluss, finden keine Arbeit und erleben für sich wieder die Unveränderlichkeit des Lebens. Vernachlässigungsfamilien leben in der Regel in schlechtesten Wohngebieten, die Wohnungen sind schlecht ausgestattet und häufig für die Größe der Familie zu klein. Das Umfeld verstärkt erneut die Hoffnungslosigkeit und Ohnmachtsgefühle einer unveränderlichen Zukunft (vgl. Wolff in Zenz/Bäcker/Blum-Maurice, 2002: 80f.).

Kurz gefasst resultiert die Psychodynamik der misshandelnden (und damit auch der vernachlässigenden) Bezugsperson(en) aus einer gestörten Mutter-Kind-Bindung, die zu unterschiedlichen Defiziten in der Persönlichkeitsentwicklung geführt hat. „Diese Defizite aktualisieren sich im Erleben der Eltern erst voll in der Beziehung zum eigenen Kleinkind.“ (Engfer, 1986: 47) Zur Erinnerung negativer Erfahrungen und Reaktivierung zugehöriger Gefühle der eigenen Kindheit kommt die Reproduktion des erlebten elterlichen Verhaltens gegenüber dem eigenen Kind. Das kindliche Bedürfnis nach Liebe und Zuwendung aus der Vergangenheit wird auf das eigene Kind übertragen. Dieses kann den elterlichen Wunsch nicht befriedigen

63 Zur weiteren Psychodynamik siehe unten

und sein Verhalten und Auffordern zur eigenen Bedürfnisbefriedigung wird durch die Bezugsperson(en) als erneute Zurückweisung und Verletzung des Selbstwerts verstanden. Diese Enttäuschung führt zur Zurückweisung bis hin zur aggressiven Entladung gegenüber dem Kind, die Bezugsperson(en) „...weisen es (das Kind, Anm. d. Verf.) ebenso zurück, wie sie selbst als Kinder zurückgewiesen wurden.“ (Engfer, 1986: 47; vgl. Engfer, 1986: 47).

4.2.5 Risiko- und Schutzfaktoren

Zunächst ist vorab festzuhalten, dass es etliche Familien gibt, die ihren Kindern, trotz besonders belastender Situationen auf unterschiedlichen Ebenen, eine gute, fürsorgliche Versorgung, Erziehung, Förderung und Beziehung bieten.

Dennoch sind die Risiken zur Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung bei Erfüllung mehrerer belastender Faktoren erhöht und bedürfen daher der Beachtung und Einbeziehung in die fachliche Einschätzung (vgl. DKSB NRW e.V./ISA e.V., 2000: 24). Demgegenüber sind die Schutzfaktoren des Kindes und die jeweiligen Ressourcen der Familie zu stellen. Es geht doch im Hinblick auf mögliche Hilfe darum, der Familie Unterstützung zur Abwendung der gefährdenden Situation anzubieten, sie zu motivieren und aktiv zu beteiligen und nicht auf ihre Defizite zu reduzieren.

Ausgehend von der gängigen Hypothese nach Schone u.a. ist das Risiko für eine Vernachlässigung erhöht,

„Je geringer die finanziellen und materiellen Ressourcen (**materielle Dimension**) und je schwieriger das soziale Umfeld (**soziale Dimension**) und je desorganisierter die Familiensituation (**familiale Dimension**) und je belastender und defizitärer die persönliche Situation der erziehenden Eltern (**persönliche Dimension der Erziehungsperson/-en**) und je herausfordernder die Situation und das Verhalten des Kindes (**Dimension des Kindes**), umso stärker steigt das Risiko, dass Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Kind sich zu massiven Vernachlässigungssituationen des Kindes verdichten“ (Schone u.a., 1997: 33).⁶⁴

Eine veränderte Version dieser „Faustformel“ erfolgt im Rahmen des Indikatoren-Modells der „Handlungsempfehlungen“. Es wird dort allgemeiner formuliert von Kindeswohlgefährdung

⁶⁴ Zu den konkretisierten Risikofaktoren siehe Abb. 3

gesprächen und die hypothetische Risikoauswirkung bezieht sich auf die Prognose zur Bewältigung durch eigene Ressourcen und daraus vermuteten Hilfebedarf. Weiterhin wird dort eine zweite, korrespondierende Hypothese zu den Ressourcen dargelegt.⁶⁵

Die Gegenüberstellung von Risiken und Schutzfaktoren und Ressourcen soll einen Überblick zu diesen bieten und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Darstellung in der tabellarischen Form dient der Übersichtlichkeit. Entscheidend für die fachliche Einschätzung sind die jeweils vorliegenden Faktoren im konkreten Einzelfall.

Abb. 3 Risiken, Schutz und Ressourcen bei Vernachlässigung

	Risikofaktoren:	Schutzfaktoren und Ressourcen:
Materielle Dimension:	Armut; schwierige Wohnbedingungen; Schulden...	gesichertes Einkommen; befriedigende Wohnverhältnisse...
Soziale Dimension:	soziale Isolation; schwieriges Umfeld, unzureichende Hilfsangebote...	Soziale Integration; Einbindung in Nachbarschaft und Freundeskreise...
familiäre Dimension:	Familienkonflikte; Trennung und Scheidung; Tod eines Elternteils; desorganisierte Familienstrukturen; Kinderreichtum...	Funktionierende Familien- und Verwandtschaftsbeziehungen; positive Partnerbeziehungen; produktive Be- und Verarbeitung von Trennungen/Scheidungen...
persönliche Dimension der Erziehungsperson/-en:	unerwünschte Schwangerschaft; eigene Traumatisierung der Bezugsperson(en); Einschränkungen der Bezugsperson(en) auf geistiger, psychischer oder physischer Ebene; Suchtverhalten; mangelhafte Erziehungskompetenzen...	Kommunikative Kompetenzen; alltägl. Strukturierungsfähigkeit; Artikulationsfähigkeit; Stressbewältigungskompetenzen; Verfolgung eigener Interessen und Ziele; positive Verarbeitung eigener Krisen; positive Erfahrungen mit Hilfsangeboten...
Dimension des Kindes:	geistige, körperliche oder seelische Behinderung des Kindes; abweichendes Verhalten des Kindes von den Vorstellungen der Bezugsperson(en); Unerwünschtheit; Geschlecht...	Gesundheit; dauerhafte gute Beziehung zu Bezugsperson(en); überdurchschnittliche Intelligenz; kompensatorische Versorgung und/oder Beziehungen; soziale Förderung...

(vgl. Rosemeier in Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V., 1996: 18; Engfer in Egle/Hoffmann/Joraschky, 2000: 20f; DKSB NRW e.V./ISA e.V., 2000: 25; BSG, 2006b: 44)

Entgegen der Vermutung, dass alle Kinder, die Opfer von Vernachlässigung wurden, eine (schwere) Schädigung erleiden, gibt es doch Kinder, die unter solchen sehr belastenden Umständen aufwachsen und sich trotzdem *relativ* normal entwickeln. Diese Kinder haben in ihrer

⁶⁵ siehe Kapitel 5.2 und Anhang 4

risikobehafteten Lebenswelt protektive Faktoren, die ihre Entwicklung und die Verhinderung von Schädigungen begünstigend beeinflussen (vgl. Dornes in Suess/Pfeifer, 1999: 29f). Wenngleich diese resilienten Kinder, nicht gänzlich unbeschädigt bleiben, entwickeln sie doch zumindest keine psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen. Es gibt also durchaus vernachlässigte Kinder, die sehr widerstandsfähig sind und einen enormen Kampfgeist und „erstaunliche Überlebensfähigkeiten“ entwickelt haben (vgl. Wolff in Zenz/Bäcker/Blum-Maurice, 2002: 76f.). Ergänzend zu den Ergebnissen der Protektionsforschung, die keine positive Umdeutung von Risikofaktoren zulässt, werden hier zu den Schutzfaktoren auch die Ressourcen auf den einzelnen Ebenen in die nachfolgende Übersicht einbezogen.

4.2.6 Einblick in die Grundlagen zur Hilfe

Anhand der theoretischen Exploration verdeutlicht sich das Bild, was Kindern vernachlässigender Eltern hauptsächlich fehlt: Grundversorgung, ein konstant positives Beziehungsangebot, Zuwendung und Sicherheit, sowie Struktur und Verlässlichkeit.

Im Hinblick auf Hilfe ergibt sich also im konkreten Einzelfall, mit den Eltern auf die Wiederherstellung dieser hinzuarbeiten. Dabei darf das Wohl des Kindes nicht aus dem Blick verloren gehen und das Kind ist ggf. auch stationär unterzubringen. Die Ressourcen der Eltern zur Hilfeannahme sind hier von entscheidender Bedeutung. Es ist erforderlich, das Familiensystem mit seiner Dynamik und Struktur als Ganzes zu betrachten und Hilfe nicht auf unterschiedlichen Ebenen für sich allein agieren zu lassen. Es bedarf also der Vernetzung und Kooperation sämtlicher Institutionen zur professionellen Arbeit mit Vernachlässigungsfamilien. Dabei ist grundlegend zu bedenken, dass die Beziehung von Hilfeleistenden und Empfängern zumeist ambivalent geprägt ist und die Eltern in ihren Beziehungswahrnehmungen gestört sind. Die Eltern wollen einerseits Hilfe, andererseits löst diese Ängste aus, u.a. vor der Bestätigung über die eigene dramatische Situation oder erneute Zurückweisung. Daraus resultiert dann die Vermeidung der Beziehung der Eltern, entweder durch passive Beteiligung oder durch Ablehnung der Hilfe. Die häufige Gleichgültigkeit der Eltern ist als Schutzmechanismus vor den Ängsten zu verstehen. Dem gegenüber steht der Helfer, der den Klienten auf der Beziehungsebene erreichen und mit ihm gemeinsam auf Lösungen hinarbeiten möchte. Dies ist aufgrund der gestörten Beziehungswahrnehmung der Eltern zumeist nicht möglich und der Helfer nimmt seine Tätigkeit als wirkungslos wahr. Die Reflexion der eigenen Bedürfnisse

der Helfer nach Lösung, und das Einbeziehen anderer Institutionen ist daher unerlässlich für eine professionelle Arbeit mit Vernachlässigungsfamilien, um den Kreislauf der Dynamik zu unterbrechen und wirklich Hilfe leisten zu können. Für das Hilfefkonzept sind realistische Einschätzungen in Bezug auf die Möglichkeiten der Hilfeannahme, die Wirkung dieses zur tatsächlichen Veränderung und das Erreichen der Klienten im Rahmen alltagspraktischer Hilfestellungen von zentraler Bedeutung. Des weiteren bedarf es der Transparenz der Aufträge einzelner Hilfesysteme und der Koordination dieser zu einem Ganzen. Es obliegt dem Hilfesystem, lösungsorientierte Strategien zu entwickeln und nicht nur auf die Problemlagen intervenierend zu reagieren (vgl. Zenz in Zenz/Bächer/Blum-Maurice, 2003: 132ff.).

Im Rahmen von Hilfe durch den ASD darf die SPFH nicht als einzige Alternative zur stationären Unterbringung betrachtet werden, vielmehr gilt es durch erweiterte Leistungen wie „betreutes Familienwohnen“, Hebammendienste oder aufsuchende Familientherapie das Spektrum der HzE zu erweitern. Ergänzend bedarf es dazu dann, im Rahmen sozialraumorientierter Konzepte, zusätzlicher entlastender Angebote wie z.B. hauswirtschaftliche Hilfen oder Babysitterdienste (vgl. Kalscheuer/Schone in Zenz/Bächer/Blum-Maurice, 2002: 162).

Eine Hilfe bei Vernachlässigung stellt also die hohe Anforderung der Beachtung der Komplexität des Gesamtsystems und den daraus resultierenden Wünschen, Vorstellungen und Handlungen an die verschiedenen Helfer der Institutionen.

Mit der vorangegangenen Darstellung gestaltet sich die Rolle und Aufgabe des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung zunehmend komplexer.

Ihm obliegt die Einschätzung einer Gefährdungssituation nicht nur im Sinne des Gesetzes⁶⁶, sondern vielmehr noch die auf fundiertes Fachwissen beruhende sozialpädagogische Einschätzung. Da diese bekanntermaßen immer unter Beachtung des Gesamtkontextes des Einzelfalles erfolgt, verdichtet sich die hohe Anforderung an den ASD. Er muss zunächst die familiäre Situation und damit auch die des Kindes ergründen, um sich überhaupt ein Bild von der Gesamtsituation machen zu können. Die gewonnenen Informationen des Einzelfalles sind dann mit dem vorhandenen Fachwissen zu verknüpfen. Dabei empfiehlt es sich in einer akuten Gefährdungssituation sowohl Schlüsse von der Theorie auf den Einzelfall, als auch vom Einzelfall auf theoretische Bezüge zu ziehen, um aufgrund dieser Basis eine schnelle Ein-

66 auch hier wird z.T. schon auf die Fachlichkeit hingewiesen

schätzung der Gefährdungslage und ggf. Entscheidungen treffen zu können (vgl. Hantel-Quitmann, 1997: S. 309).

Die Grundhaltung des ASD ist sowohl in der Risikoabschätzung, als auch in der weiteren Hilfeplanung von zentraler Bedeutung. Offenheit, ein weitreichender Blickwinkel und ein positiver Umgang mit den Klienten im Sinne des systemischen Grundgedankens sind hier für den weiteren Verlauf und Zugang, sowie die fachliche Einschätzung ausschlaggebend. Dabei muss der ASD seine eigene Rolle und Beziehung zum Klienten besonders kritisch reflektieren. Seine eigenen Bedürfnisse nach Lösung dürfen nicht in den Vordergrund treten. Vielmehr gilt es die Dynamik in der Familie zu erfassen und daran anknüpfend professionelle Hilfe im Einzelfall zu erschließen. Es ist davon auszugehen, dass einzelne Hilfen und Helfer der Vernetzung und Kooperation bedürfen. Der ASD übernimmt hier die Aufgabe und Rolle der zentralen Schnittstelle.

5. Handlungs- und Verfahrensstandards im Rahmen von Kindeswohlgefährdung

Der ASD übt seine Tätigkeit auf Basis des Gesetzes und seiner weiteren fachlichen Qualifikation aus. Für die Praxis werden die gesetzlichen und fachlichen Anforderungen in den Bundesländern, Bezirken und auch Regionen weiter durch grundlegende und/oder themenspezifische Globalrichtlinien, Dienstanweisungen und Arbeitshilfen konkretisiert. Die Anforderungen, Grundlagen und Arbeitsweisen können daher in bestimmten Bereichen z.T. schon in den verschiedenen Bezirken Hamburgs unterschiedlich sein.

Ausgelöst durch die strafrechtliche Verfolgung von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern im Rahmen ihrer Tätigkeit, aufgrund einer möglichen Verletzung ihrer Garantienpflichten,⁶⁷ hat der Deutsche Städtetag „Empfehlungen zur Festlegung fachlicher Verfahrensstandards in den Jugendämtern bei akut schwerwiegender Gefährdung des Kindeswohls“ herausgegeben, die das Risiko einer Verletzung der Garantienpflichten verringern sollen (Deutscher Städtetag, 2003 in www.agsp.de).

In Hamburg wurden daraufhin die „Handlungsempfehlungen zum Umgang mit der „Garantenstellung“ des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdung“ im Rahmen von zwei Projektgruppen erarbeitet. Unter Einbezug der gesetzlichen Veränderungen liefern diese „Handlungsempfehlungen“ konkretisierte fachliche Standards zum Vorgehen bei Verdacht auf eine akute

⁶⁷ siehe Kapitel 3.6

Kindeswohlgefährdung und ein Indikatoren-Modell zur Risikoabschätzung dieser (vgl. BSG, 2006b). Weiterhin wurde ein Krisenleitfaden entwickelt, der die Basis für die Tätigkeit des ASD im Rahmen einer akuten Krisenintervention darstellt (vgl. BSG, 2006a).

Im folgenden sollen zunächst diese fachlichen Standards unter Einbezug des Krisenleitfadens⁶⁸ erläutert werden und daran anknüpfend auf standardisierte Verfahren zur Risikoabschätzung, insbesondere das Hamburger „Indikatoren-Modell“, eingegangen werden. Dieses findet dann auch anhängend eine Anwendung auf den Fall der Familie Schmidt.⁶⁹

5.1 Die „Handlungsempfehlungen“ und der Krisenleitfaden als Basis fachlicher Standards

Die fachlichen Standards der „Handlungsempfehlungen zum Umgang mit der „Garantenstellung“ des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdung“⁷⁰ sollen „...einen kompetenten Umgang mit einer strukturell unsicheren Situation ermöglichen und fördern.“ (BSG, 2006b: 7). Auf unterschiedlichen Ebenen werden dazu fachliche Anforderungen und Standards formuliert, die nachfolgend dargestellt werden.

Ausgehend von § 8a I KJHG ist „gewichtigen Anhaltspunkten“, die auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung deuten, nachzugehen. Daher ist eine Meldung oder Veränderung in einer bereits bekannten Familie zunächst dahingehend zu beurteilen, ob diese vorliegen. Entscheidende Faktoren sind hier das Alter des Kindes und die mögliche Gefährdungslage.⁷¹ Je nach Einschätzung erfolgt eine Reaktion auf diese Meldung mit einem sofortigen Hausbesuch im Rahmen akuter Krisenintervention⁷² bis hin zur schriftlichen Einladung zu einem Gesprächstermin im ASD. Die fachliche Einschätzung der Wichtigkeit einer Meldung ist zu dokumentieren.⁷³ Weiterhin sollen sich die Fachkräfte des ASD in speziellen rechtlichen Fragen ggf. an die Rechtsabteilung wenden. Bei einem Verdacht auf eine akute Kindeswohlgefährdung werden im Rahmen der Meldung evtl. schon erweiterte Informationen proto-

68 Dieser umfasst die Beachtung der aus den „Handlungsempfehlungen“ hervorgehenden fachlichen Standards

69 siehe Anhang 4 und 5

70 im folgenden vereinfacht „Handlungsempfehlungen“ genannt

71 siehe dazu Kapitel 4

72 siehe nachfolgend die Ausführungen zum „Hausbesuch in akuten Krisen“

73 siehe unten und Anhang 4

kolliert und eingeschätzt.⁷⁴ Weiterhin erfolgt eine fachliche Beratung mit mindestens einer weiteren Fachkraft⁷⁵, um die eigene erste Einschätzung zu reflektieren und zu überprüfen. Es erfolgt die Beratung mit der Leitung bzw. die zeitnahe Information dieser.

Besteht aufgrund dieser Einschätzung ein dringender Verdacht auf eine unmittelbare Gefährdungssituation, wird gemäß dem „Leitfaden für Hausbesuche in akuten Krisen“, der die Handlungsstandards der „Handlungsempfehlungen“ in Kürze darstellt, verfahren (vgl. BSG, 2006b: 13f., BSG, 2006a). Die Intervention in einer akuten Krise stellt die hohe Anforderung an die ASD-Mitarbeiter, in einer unmittelbar entstandenen krisenhaften Situation und daraus folgend einer möglichen Kindeswohlgefährdung, durch fachliche Einschätzung der Situation selbst, der psychischen Verfassung und Selbsthilfepotentiale der Beteiligten und der möglichen Ressourcen zur Gefahrenabwehr, eine bisweilen schnelle Entscheidung über mögliche Hilfen oder gar einen Eingriff⁷⁶ zu treffen. Die Krisenintervention zielt auf eine rasche Entschärfung der Gesamtsituation und auf erste weitere Schritte zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung, möglichst unter Beteiligung der Betroffenen (vgl. BSG, 2006a: 5). Bei einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung durch das Kind oder den Jugendlichen sind entsprechende Stellen, wie z.B. der Jugendpsychiatrische Dienst die Polizei oder auch das Gesundheitsamt einzuschalten. Liegt eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung nicht vor, ist der ASD für die Intervention zuständig (vgl. BSG, 2006a: 9).

In Vorbereitung einer Krisenintervention ist ggf. im Vorwege zu klären, ob eine anderweitige Zuständigkeit durch eine Fachkraft besteht und welche Einrichtung freie Plätze zur möglichen Unterbringung eines Kindes hat. Jede Fachkraft hat eine Kriseninterventionsmappe, in der bestimmte Formulare (von Vordrucken zur Falleinschätzung⁷⁷ über Schweigepflichtsentbindung bis hin zur ersten Vereinbarung zur Kindeswohlsicherung u.m.), wichtige Telefonnummern und der Krisenleitfaden selbst vorhanden ist. Des weiteren sind Visitenkarten, Dienstaussweis, Kalender und ein Mobiltelefon zum Hausbesuch mitzunehmen (vgl. BGS, 2006a: 7). Die Krisenintervention soll zu zweit erfolgen, die fallverantwortliche Fachkraft erläutert das Anliegen des ASD und den Auftrag, trifft notwendige Entscheidungen und Vereinbarungen mit den Beteiligten (in Abstimmung mit der zweiten Fachkraft) und ist auf der Verwaltungsebene, z.B. für die Dokumentation in der Akte, zuständig. Die begleitende Fachkraft berät und unterstützt die fallverantwortliche Fachkraft, gibt Hilfestellung bei der Umsetzung von Entscheidungen und nimmt die Rolle eines Beobachters ein. Die Gefährdungssituation wird mit

74 siehe dazu Anhang 4

75 Wenn möglich im Fachteam unter Beteiligung der Leitung, siehe unten kollektive Beratung

76 siehe Kapitel 3.5

77 siehe Anhang 4

den Beteiligten erörtert. Bei Verharmlosungen oder unkooperativem Verhalten der Eltern bedarf es einer besonders sorgfältigen Gefährdungsprüfung. Weiterhin erfolgt ggf. die Klärung, ob das Einschalten des Familiengerichts oder gar eine Inobhutnahme notwendig zur Gefahrenabwehr ist (vgl. BGS, 2006b: 13). Wenn das Kind aufgrund der fachlichen Entscheidung in der Familie bleibt, werden konkrete, schriftliche Vereinbarungen über Anforderungen und Kontrollen der Einhaltung dieser mit den Eltern getroffen (vgl. BGS, 2006b: 13; BGS, 2006a: 12). Die Dokumentation zur Krisenintervention erfolgt unter Einbezug des Indikatoren-Modells und wird von der begleitenden Fachkraft gegengezeichnet.

Grundlegend gehört zur professionellen Arbeit des ASD, sowohl im Rahmen einer akuten Kindeswohlgefährdung, als auch insgesamt, eine sorgfältige, fachliche Dokumentation, die Unterstützung des Teams, u.a. durch kollegiale Beratung und die Kooperation und Vernetzung mit anderen Institutionen, zu den fachlichen Handlungsstandards.

Die fachliche, strukturierte Dokumentation ist einerseits Teil einer qualifizierten Fallarbeit und andererseits dient sie einer rechtlichen Überprüfbarkeit der Handlungen, Entscheidungen und zugehörigen Einschätzungen im Einzelfall. Weiterhin bietet eine hochwertige Dokumentation die Möglichkeit zur selbstreflexiven Kontrolle. Die übersichtliche Struktur lässt weitere mögliche und nötige Handlungen erkennen und macht die getroffenen Entscheidungen nachvollziehbar. Die Dokumentation muss zeitnah und regelmäßig erfolgen und plausibel für Dritte sein, damit bei Urlaub, Erkrankung oder eines Zuständigkeitswechsels eine weitere Fallbearbeitung auf Basis der bisherigen Erkenntnisse erfolgen kann und ggf. notwendige Maßnahmen ergriffen werden können. Konkretisiert beinhaltet die Dokumentation insbesondere Transparenz zu getroffenen Entscheidungen und Vereinbarungen⁷⁸, differenziert sprachlich zwischen Beschreibungen und fachlichen Einschätzungen und gibt Aufschluss über (versuchte)⁷⁹ Kontakte, so wie die Beteiligung der Betroffenen im Rahmen der Gefährdungsabschätzung, angebotene Hilfe und die Reaktion darauf. Weiterhin wird dokumentiert, wann welche Unterstützung durch Fallberatung im Team mit welchen Ergebnissen erfolgt ist und eine Begründung zu getroffenen Entscheidungen, evtl. auch entgegen weiterer Vorschläge, abgegeben wurde. Es ist festzuhalten, inwieweit eine Information und Beratung mit der Leitung stattgefunden hat. Die Form der Dokumentation erfolgt sowohl in zusammen-

78 Diese werden schriftlich festgehalten und möglichst von den Beteiligten (z.B. Eltern, Verwandte, Freunde, aber auch Mitarbeitern eines KTHs o.ä.) gegengezeichnet

79 Bei einer vermuteten Kindeswohlgefährdung sind hier dann weitere Handlungsschritte zu dokumentieren, die zur Klärung der Gefährdungslage des Kindes unternommen wurden (z.B. Kontakt zum KTH)

fassenden Vermerken,⁸⁰ wie auch durch standardisierte Vorlagen.⁸¹ Eine Einführung von strukturierten, rückblickenden Fallanalysen und Plausibilitätsprüfungen erscheint sinnvoll, um die eigenen Fertigkeiten zu verbessern, dient der Evaluation von Hilfeverläufen und ist als Qualitätskriterium der Hilfeplanung zu verstehen (vgl. BSG, 2006b: 14ff.).

Die fachliche Fallberatung im Sinne einer kollegialen Beratung dient insbesondere der Reflexion der fallzuständigen Fachkraft und bietet eine Erweiterung der eigenen Denkweise. Neue Perspektiven werden möglich und je nach Fallsituation auch alternative Hilfen und Vorgehensweisen denkbar. Die kollegiale Beratung sollte standardisierten Verfahrensweisen unterliegen, z.B. Regelmäßigkeit, strukturierte Form und verpflichtende Teilnahme.⁸² Im Rahmen von Kindeswohlgefährdung hat eine kollegiale Beratung Vorrang vor anderen Tätigkeiten der Kolleginnen und Kollegen. Die Teamunterstützung ist als fortlaufender Prozess zu verstehen und nicht auf Zeit und Raum der kollegialen Fallberatung zu beschränken. Es bedarf der Zuständigkeitsregelung im Team und darüber hinaus, wann wer für die Fallannahme und damit auch für eine mögliche Krisenintervention zuständig ist⁸³ (vgl. BGS, 2006b: 16f.).

Die Kooperation des ASD mit anderen Institutionen⁸⁴ im Rahmen von Kindeswohlgefährdung und darüber hinaus bedürfen der Festlegung konkretisierter Handlungsschritte und verbindlicher Absprachen, welche Leistung von welcher Institution wann erbracht wird.⁸⁵ Im Rahmen von Kindeswohlgefährdung sind diese detaillierter zu vollziehen als sonst bei der Hilfeplanung üblich. Es bedarf weiterhin der Transparenz über Ziele und Aufträge (sowohl des eigenen als auch der an die anderen Institutionen gerichtete) und der ASD sollte die Kontrollaspekte klar benennen und verabreden. Dringend sind verbindliche Absprachen zur Berichterstattung und weiteren Information zu verabreden. Zur Hilfeausführung sind Träger auszuwählen, die den einzelfallspezifischen Anforderungen gerecht werden. Es bedarf der genauen Kenntnis der Arbeitsweisen dieser. Dem ASD obliegt eine Gewährleistungspflicht bezüglich der Hilfe für die Klienten, demnach muss der ASD sich vergewissern „...“, dass die vom Träger in dem konkreten Einzelfall eingesetzten Personen von ihrer Qualifikation, ihrer

80 Bei handschriftlichen Vermerken bedarf es der Leserlichkeit der Schrift

81 z.B. Vorlagen zur kollegialen Beratung, hilfebegründenden Berichten, Hilfeplan; siehe dazu Kapitel 6 und zugehörige Anhang 6 und 7

82 siehe dazu auch Kapitel 6.1 und Anhang 6

83 In der Hamburger Praxis wird zumeist nach einem Intakeverfahren vorgegangen. Dabei ist eine Fachkraft jeweils eine Woche für den Eingang sämtlicher Meldungen zuständig, im Rahmen von Teamsitzungen werden diese dann verteilt und die neue Fachkraft für den Eingang der kommenden Woche bestimmt.

84 Hierzu zählen je nach Einzelfall der hilfeleistende Träger, weitere Beteiligte z.B. KTH aber auch das Familiengericht oder z.B. die Polizei

85 siehe dazu auch Kapitel 3.8 und 6.3

Berufserfahrung und ihrer persönlichen Eignung her in der Lage sind, die abgesprochenen Aufgaben kompetent zu erfüllen.“ (BSG, 2006b: 18, vgl. BSG, 2006b: 17f.).

Weiterhin bedarf es der Unterstützung des ASD durch die Leitungsebene, damit eine Erfüllung dieser fachlicher Standards, insbesondere im Fall von Kindeswohlgefährdung, überhaupt zu leisten ist (vgl. BGS, 2006b: 19f.). Neben fachlicher Beratung im Einzelfall obliegt es der Leitungsebene, Strukturen zu schaffen und zu gewährleisten, die u.a. eine Mindestgröße von Teams beinhalten und die Erreichbarkeit des ASD⁸⁶ sichern. Hinzu kommt die Bereitstellung notwendiger und ausreichender Angebote von Supervision und Weiterbildung.⁸⁷ Nach Überprüfung der vorhandenen Konzepte zur Tätigkeit und Einschätzung von Kindeswohlgefährdung sollte eine Regelung zur Verbindlichkeit der „Handlungsempfehlungen“ getroffen werden und diese auf Einhalten überprüft werden. Es obliegt der Leitung weiterhin, Vereinbarungen mit Trägern im Sinne des § 8a II KJHG und zur Unterstützung der Gewährleistungspflicht der fallzuständigen Fachkräfte auch darüber hinaus, zu treffen. Zur qualitativen Weiterentwicklung der „Handlungsempfehlungen“ bedarf es einer Evaluation zur Umsetzung dieser (vgl. BGS, 2006b: 19f.).

5.2 Zur Anwendung von standardisierten Verfahren zur Risikoabschätzung

Standardisierte Verfahren helfen, Fehler in der Informationsverarbeitung der fallzuständigen Fachkraft zu vermeiden, bzw. weisen auf mögliche Lücken in der Informationsgewinnung hin. Des weiteren wird die Qualität der Entscheidungen durch das Heranziehen mehrerer unabhängiger Indikatoren erhöht. Die verschiedenen Verfahren zur Risikoabschätzung sollen ergänzend und unterstützend zur fachlichen Entscheidung in Einzelfall herangezogen werden. Neben dem Sammeln und Unterstützen zur Gewichtung von Risikofaktoren einer möglichen Kindeswohlgefährdung dienen die Verfahren zur zweiten Einschätzung des Einzelfalles und bieten eine Entscheidungshilfe im Hinblick auf mögliche Hilfen (vgl. Kindler in ZBFS, 2006b: 127). Grundsätzlich bieten standardisierte Verfahren zwar keine absolute Sicherheit

86 In Hamburg ist der ASD an Werktagen von 8-16 Uhr, freitags 8-14 Uhr und in der übrigen Zeit der Kinder- und Jugendnotdienst für akute Krisenintervention zuständig. Weiterhin wurde im Dezember 2005, mit der Kampagne „Hamburg schützt seine Kinder“ eine 24 Stunden-Hotline eingeführt, unter der der Kinder- und Jugendnotdienst zu erreichen ist und entweder selbst aktiv wird oder die Meldungen an den ASD weiterleitet.

87 Aktuell wurden in Hamburg etwa 200 zertifizierte Kinderschutzfachkräfte ausgebildet, die sowohl im ASD als auch in Einrichtungen wie z.B. Kindergärten tätig sind, weitere Fortbildungen sind geplant (vgl. BSG, Pressemeldung vom 19.2.2007 in fhh.hamburg.de, Stand: 4.3.2007). Allerdings ist wie in Kapitel 3.2 schon erwähnt der Weiterbildungsstand der fallzuständigen Fachkräfte z.T. sehr unterschiedlich.

im Umgang mit Kindeswohlgefährdung, so ist eine falsche Entscheidung und Einschätzung im Einzelfall dadurch nicht gänzlich ausgeschlossen, aber eine Reduzierung dieser möglich (vgl. Deutscher Städtetag, 2003: 6 in www.agsp.de; Ziegenhain in ZBFS, 2006a: 14f.; BSG, 2006a: 7).

In Deutschland gibt es derzeit keine bundeseinheitlich verbindliche Regelung zu standardisierten Verfahren zur Prüfung und Risikoabschätzung einer Kindeswohlgefährdung. Wenngleich z.T. ähnliche Verfahrensweisen zur Risikoeinschätzung entwickelt wurden und angewandt werden (z.B. verschiedene Indikatorenmodelle), gibt es dabei erhebliche Unterschiede in der Qualität und Ausführung der einzelfallbezogenen Arbeit (vgl. Ziegenhain in ZBFS, 2006a: 14f.). Je nach konkretem Modell ist beispielsweise der zeitliche Aufwand und/oder der Zeitpunkt der Anwendung sehr unterschiedlich. Auch die heranzuziehenden Informationsquellen oder gar der methodische Ansatz sind z.T. unterschiedlich. Der Risikofaktor-Ansatz ist in der Praxis am weitesten verbreitet und dient der Sammlung und Ergänzung, Überprüfung und Bewertung der Informationen zur Risikoeinschätzung einer Kindeswohlgefährdung. Auch wenn hierzu keine einheitliche Verfahrensregelung besteht, werden zumindest doch in allen Modellen die wichtigsten Risikofaktoren erfragt. Weitere methodische Ansätze zeigen ebenfalls eine Hilfe und Unterstützung für die fachliche Gefährdungs- und Risikoeinschätzung, finden in der Praxis des ASD aber bisher eher keine Anwendung (vgl. Kindler in ZBFS, 2006b: 127f.). Für eine Gefährdungseinschätzung im ASD könnten dennoch z.B. Verfahren der Interaktionsdiagnostik oder auf empirische Daten basierende Einschätzungskriterien,⁸⁸ zumindest in Teilen zur Erweiterung bestehender standardisierter Verfahren, interessant sein (vgl. Ziegenhain in ZBFS, 2006a: 16; Kindler in ZBFS, 2006b: 130).

Die Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung ist als komplexer Abwägungsprozess zu verstehen, der auf unterschiedlichen Ebenen erfolgt.⁸⁹ Die Abgrenzung von Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 BGB und der Voraussetzungen des § 27 KJHG sind nicht immer leicht zu unterscheiden (vgl. Harnach-Beck in Armbruster, 2000: 73f.). Eine fachliche Einschätzung zur Gefährdungslage erfolgt in der Regel also in einem variablen und komplexen familiären Gesamtkontext eines Einzelfalls. Die Handlungsschritte und Hilfeangebote des ASD sind von der Mitwirkung der Beteiligten und dem Ausmaß der Gefährdungslage abhängig. Weiterhin sind die Einschätzungen von der fallzuständigen Fachkraft selbst abhängig. Erfahrungen und Fachwissen, aber auch die „...Fähigkeit, das Leiden anderer zu erkennen und erkanntes Leid zu ertragen,“ (BSG, 2006b: 22) spielen eine Rolle bei der Bewertung der Ge-

88 z.B. das Michigan Instrument

89 siehe auch Abb. 1 in Kapitel 3.3

samtsituation. Für den ASD ist daher eine Unterstützung eigener fachlicher Kompetenzen durch standardisierte Verfahren von hohem Nutzen.

Grundlage für die unterstützte, fachliche Einschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung bildet in Hamburg das Indikatoren-Modell der „Handlungsempfehlungen“, das im folgenden kurz erläutert wird.⁹⁰ Dieses soll Hilfe zum Erkennen und Einschätzen einer möglichen Kindeswohlgefährdung bieten. Wahrnehmungen und genaue Beobachtungen der fallzuständigen Fachkraft werden geschärft und daraus resultierend die Verlässlichkeit der individuellen fachlichen Einschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung erhöht (vgl. BSG, 2006b: 7).

Das Indikatoren-Modell wurde auf Basis unterschiedlicher, vorhandener Konzepte zur Einschätzung von Kindeswohlgefährdung entwickelt (vgl. BSG, 2006b: 30). Es achtet die Verfahrensstandards der „Handlungsempfehlungen“ und soll ohne Mehraufwand in der Praxis einsetzbar sein. Das Indikatoren-Modell bezieht sich auf eine Gefährdungseinschätzung bei Kindern bis zu einem Alter von sieben Jahren. Es soll dem ASD helfen eine akute und/oder latente Kindeswohlgefährdung rechtzeitig zu erkennen und fundiert zu beurteilen und durch die Benennung beispielhafter Indikatoren den Blick für mögliche Gefährdungslagen schärfen und beschreiben helfen. Das Indikatoren-Modell dient als geeignete und aussagefähige Basis für Entscheidungsprozesse des ASD. Es bedarf einer schriftlichen Erläuterung zur differenzierten Darstellung der Problemlage. Es ist sowohl auf neue, als auch auf laufende Fälle anwendbar und soll im fortlaufendem Fall Veränderungen zur Gefährdungslage deutlich sichtbar machen. Weiterhin zielt das Indikatoren-Modell darauf, durch rechtzeitiges Erkennen und Eingreifen des ASD, Eltern vor der Gefährdung ihrer eigenen Kinder zu bewahren (vgl. BSG, 2006b: 23f., 29f.). Das Indikatoren-Modell bezieht sich ausschließlich auf Indikatoren zur Gefährdung. Risiken und Ressourcen sind im Rahmen der Begründungen von Gefährdungslagen einzubringen. Dennoch wird das Indikatoren-Modell darüber hinaus durch einen Bewertungsbogen zur Einschätzung von Risiken und Ressourcen zur erweiterten Fallbearbeitung mit Blick auf mögliche Hilfen ergänzt⁹¹ (vgl. BSG, 2006b: 30).

Das Indikatoren-Modell wird in drei aufeinander folgende Bereiche aufgeteilt. Die Meldung und Meldebewertung dient der Erfassung und Einschätzung der Meldung und gibt Hinweise

⁹⁰ Zur Anwendung siehe Anhang 4 und 5. Zur Falleinführung erschien die Anwendung des Indikatoren-Modells ungeeignet, bedurfte es doch einer übersichtlichen Einführung um sich ein Bild von der Ausgangslage machen zu können.

⁹¹ siehe dazu Anhang 5

auf das weitere Vorgehen.⁹² Der Erstkontakt gibt den ersten Eindruck zur Gefährdungslage wieder und schätzt diese soweit möglich ein. Die Folgekontakte geben einen erweiterten Eindruck zur Gefährdungslage und schätzen diese erweitert ein, Veränderungen werden durch eine zusätzliche Bewertung sichtbar (vgl. BSG, 2006b: 30ff.).⁹³

Die Bewertung von Erst- und Folgekontakten richten sich nach folgenden Vorgaben:

- *Gute bis befriedigende Situation:* kein Handlungsbedarf des ASD
- *Ausreichende Situation:* evtl. defizitäre Bedingungen, die keinen akuten Handlungsbedarf erfordern, evtl. besteht ein Hilfebedarf der geklärt werden muss und ggf. wird eine Hilfe eingeleitet
- *Mangelhafte Situation:* Kindeswohl ist nicht gewährleistet, evtl. gefährdet, eindeutiger Hilfebedarf vorhanden, Motivation und Überzeugung zur Hilfeannahme der Beteiligten erforderlich
- *Ungenügende/gefährdende Situation:* Gefährdung des Kindeswohls liegt vor, eine Schädigung ist mit ziemlicher Sicherheit bei Anhalten der Situation vorzusehen. Wird Hilfe abgelehnt, ist das Familiengericht anzurufen
- *keine Beobachtungen:* weiterer Klärungsbedarf im nachfolgenden Kontakt, Beachtung „blinder Flecken“

In der *Gesamtbewertung* kann aus den vorhandenen konkretisierten Gefährdungslagen eine *akuten Gefahr für das Kind* eingeschätzt werden. Hier besteht unmittelbarer Handlungsbedarf. In den Folgekontakten wird die Veränderung der Gefährdungslage des Kindes zu den einzelnen Bereichen bewertet. Dazu gelten folgende Angaben als Maßstab der Bewertung:

- ◆ -- gravierende Verschlechterung
- ◆ - leichte Verschlechterung
- ◆ **0** keine Veränderung
- ◆ + leichte Verbesserung
- ◆ ++ deutliche Verbesserung

⁹² z.B. ob ein sofortiges Handeln erforderlich ist oder nicht

⁹³ siehe Anhang 4

Des Weiteren werden genauere Beschreibungen der Gefährdungslagen zum Erstkontakt und für die Folgekontakte jeweils in einer zugehörigen *Sachverhaltsbeschreibung* konkretisiert und ggf. unter Benennung weiterer Quellen⁹⁴ dargestellt.

Das Indikatoren-Modell wird durch eine erweiterbare Liste möglicher Indikatoren⁹⁵ für eine Kindeswohlgefährdung, einen offenen Erhebungsbogen zu Risiken und Ressourcen, sowie einen Vorschlag zur Erstellung eines begleitenden Personalbogens, ergänzt. Dieser enthält, neben den Daten zur Familie ein Genogramm und ein Schaubild zum sozialen Netzwerk der Familie.⁹⁶ Im Rahmen der aufgeführten Beispiele zu den Indikatoren für Risiken und Ressourcen erfolgt eine Erweiterung der hypothetischen Faustformel zur Vernachlässigung⁹⁷ auf eine Kindeswohlgefährdung. Es wird hier eine Folgerung auf die Prognose zur Bewältigung der Risiken durch die Erziehungspersonen gestellt, die je schwieriger die Belastungen und Problemlagen sind, um so geringer aus eigener Kraft zu beheben sind. Daraus resultierend wird also der Blick auf die Notwendigkeit von Hilfe (HzE) für die Familie gerichtet. Zu dieser Hypothese wird korrespondierend der Umkehrschluss gebildet, also eine positive Umformulierung. Es wird davon ausgegangen, dass je besser die Ressourcen einer Familie sind (auf den fünf Dimensionen basierend), desto geringer die Wahrscheinlichkeit einer Kindeswohlgefährdung und desto besser die Möglichkeiten eine Gefährdungssituation aus eigener Kraft oder mit geringer Hilfe zu beheben (vgl. BSG, 2006b: 44).

Die Rolle des ASD entwickelt sich erneut komplexer, weil die Anforderungen an den ASD im Rahmen der fachlichen Standards steigen. Eine weitere Ebene der zentralen Rolle erschließt sich, neben dem gesetzlichen Auftrag und dem theoretischen Sachverstand bedarf es zusätzlich der Kenntnis und Kompetenz zur Anwendung und Verwirklichung von Handlungsstandards und standardisierten Verfahren der Risikoabschätzung. Einer fallzuständigen Fachkraft obliegt es, im Rahmen einer Gefährdungseinschätzung, bestimmte Techniken und Vorgehensweisen zu kennen und zu beherrschen. Dazu zählen hier nicht die Beratungskompetenzen und -techniken, methodische Grundlagen oder grundlegende Vorgaben, wie beispielsweise die Kenntnis von aktuellen Globalrichtlinien oder Dienstanweisungen, die der Praxis des ASD so-

94 z.B. Angaben des KTH zur Gefährdungslage

95 Diese wurde beabsichtigt nicht in das Modell integriert, um der Vielfalt möglicher Gefährdungslagen gerecht zu werden und der fachlichen Einschätzung Raum zu geben (vgl. BSG, 2006b: 33)

96 siehe Anhang 5

97 siehe Kapitel 4.2.5

wieso zugrunde liegen müssen. Vielmehr ergibt sich die Erweiterung der zentrale Rolle aus den konkretisierten Vorgaben und Hilfestellungen zur Erfüllung und Gewährleistung des Schutzauftrages. Sowohl die Verantwortung im Einzelfall, als auch die eigene Absicherung, wird durch die Erweiterung der eigenen Handlungskompetenzen und Sichtweisen leichter und zuverlässiger erfüllt. Es entsteht also eine erweiterte Fachlichkeit des ASD aus den Handlungs- und Verfahrensstandards, die die zentrale Rolle des ASD stärkt und der effektiven und kompetenten Aufgabenwahrnehmung im Rahmen von Kindeswohlgefährdung dient. Der Leitung wird hier ebenfalls eine besondere Rolle im Rahmen von Kindeswohlgefährdung zuteil, es obliegt ihr, die Strukturen für die Möglichkeit zur Umsetzung und Einhaltung dieser Standards zu schaffen und zu gewährleisten, damit die Erfüllung des Schutzauftrages unter bestmöglichen Bedingungen erfolgen kann.

In der Praxis erscheint dies jedoch weniger realisiert zu werden. Angesichts „leerer Kassen“ sind Abteilungen häufig nicht ausreichend besetzt,⁹⁸ was zu Überlastungen der verbliebenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führt. Wenn dazu dann noch regelmäßig neue Vordrucke, Formulare oder neue, ergänzende Arbeitshilfen oder Dienstanweisungen folgen, ist die Flut an Informationen derart erhöht, dass beispielsweise die Anwendung, Erprobung und insbesondere die Evaluation eines „neuen“ Indikatoren-Modells nicht geleistet werden kann. Vielmehr beschränkt sich die tägliche Arbeit darauf, den „Berg“ abzuarbeiten. Die Einhaltung neuer fachlicher Standards erscheint daher z.T. sehr schwierig.

Weiterhin konnte im Rahmen der beispielhaften Anwendung des Indikatoren-Modells nicht festgestellt werden, dass diese Erhebungen keinen Mehraufwand oder gar Entlastung bieten. Für das Ausfüllen der Bögen am Computer wird relativ viel Zeit benötigt, daher sollte das Indikatoren-Modell wirklich nur bei Erforderlichkeit und am besten handschriftlich angewandt werden. Zur verbesserten Übersichtlichkeit und Erleichterung des Verständnisses könnte des weiteren die Sachverhaltsbeschreibungen in Form von zusammenfassenden Vermerken erfolgen, da durch die vielen Bögen die Übersichtlichkeit verloren geht. Eine Vereinfachung und Überarbeitung dieses Modells wäre daher wohl sinnvoll und notwendig, wenngleich bei ausreichender Kapazität dieses Modell praktikabel erscheint.

98 Dabei wird hier von der faktische Besetzung gesprochen, d.h. Fehlen von Mitarbeitern durch Krankheiten oder mangelnde Leistungsfähigkeit, aber natürlich auch unbesetzte Stellen

6. Der Fall Schmidt – Die Einleitung der Hilfe

Ausgehend von der schwierigen und komplexen familiären Situation der Familie Schmidt, werden nachfolgend die verschiedenen Handlungsschritte des ASD zur Einleitung der Hilfe dargestellt. In diesem Zusammenhang erfolgt die konkretisierte fachliche Einschätzung zum Fall im hilfebegründenden Bericht des ASD. Dieser ist als ein Bestandteil des Hilfeplans zu verstehen. Zuvor wird ein beispielhafter Eindruck zur Praxis der kollektiven Beratung⁹⁹ geboten, wenngleich diese zur Zeit der Familie Schmidt noch nicht erfolgt ist und daher konstruiert wurde. Der weiteren Hilfeplanung folgend, wird eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse des Hilfeplangesprächs dargestellt, in dem u.a. die Ziele der Hilfe und die Wünsche und Vorstellungen der Beteiligten erörtert werden. Der Hilfeplan und die zugehörigen Vereinbarungen finden eine konkretisierte Darstellung im Anhang.¹⁰⁰

6.1 Das Gremium der kollektiven Beratung

Die hier konstruierte kollegiale Beratung findet vor den Terminen der Eltern mit Herrn Wunderlich vom Träger der evtl. einzurichtenden SPFH statt.¹⁰¹ Im Anhang findet sich die im ASD übliche Dokumentation zur kollektiven Beratung im Fall Schmidt.¹⁰²

In der Runde¹⁰³ der kollektiven Beratung wird der Fall kurz anonymisiert vorgestellt und die bisherigen Lösungsversuche durch das KTH, den ASD, die EB und die Mütterberatungsstelle mit aufgeführt.¹⁰⁴ Die Beratungsfrage an die Runde ist, ob die eigene Einschätzung zur Gefährdungslage und angebotenen Hilfe in Form von SPFH richtig und ausreichend sind. Einem strukturierten Ablauf folgend, werden nach Entscheidung der Gesprächsleitung¹⁰⁵ noch fünf

99 siehe Kapitel 5.1 und Anhang 6

100siehe Anhang 7

101In der Praxis des ASD ist das Einbringen der Fälle in die kollegiale Beratung von der fallzuständigen Fachkraft selbst abhängig, wenngleich zur Hilfebewilligung dies verpflichtend ist, kann es in der Praxis vorkommen, dass eine Hilfe schon so gut wie eingerichtet ist

102siehe Anhang 6

103Es handelt sich um Kolleginnen und Kollegen und Leitung der Abteilung und Angebotsberatung

104siehe Kapitel 2

105Diese wird jedes Mal neu von der Runde ausgewählt, ihr obliegt es einen strukturierten Ablauf und die Einhaltung methodischer Vorgänge im Blick zu haben.

Fragen zum besseren Verständnis des Falles zugelassen. Aus verschiedenen Methoden¹⁰⁶ wählt die fallbringende Sozialarbeiterin zur Klärung ihrer eingebrachten Frage die Form der „guten Ratschläge“. Es wird vereinbart, zwei Runden unter der Beachtung der Ein-Satz-Methode¹⁰⁷, auf die Frage mit guten Ratschlägen zu antworten. Wenn es weiteren Bedarf gibt, kann eine dritte Runde, auch unter Wahl einer anderen Form, erfolgen. Die fallzuständige Sozialarbeiterin erhält u.a. folgende gute Ratschläge:

Ich gebe dir den guten Rat...

- ...die Strukturlosigkeit in der Familie, bei deinen eigenen Überlegungen und Entscheidungen zu beachten.
- ...daran zu denken, dass die Hilfe nur bei Mitwirken der Eltern erfolgreich sein kann.
- ...die Kinder nicht aus dem Blick zu verlieren.
- ...dich an das Familiengericht zu wenden.
- ...daran zu denken, den Eltern ausreichend Transparenz bezüglich deiner Rolle zu geben.
- ...die Hilfe so schnell wie möglich einzurichten.
- ...mit Hilfe der SPFH die Situation genauer zu klären und ggf. das Familiengericht einzuschalten.
- ...die SPFH sofort einzusetzen, damit die Kinder keinen weiteren Schaden nehmen.
- ...den Kontakt zum KTH aufrecht zu erhalten.
- ...die Mutter weiter zu motivieren.
- ...den Kontakt der Mutter zur Mütterberatung zu fördern.
- ...die SPFH einzurichten.
- ...auf deine eigene Einschätzung zu vertrauen.
- ...die EB parallel zur SPFH zu fördern.

Auf Basis der Reflexion in der kollegialen Beratung entscheidet die fallzuständige Sozialarbeiterin eine SPFH sofort einzurichten, sofern die Eltern nach dem Termin mit Herrn Wunderlich zustimmen. Grobe Ziele der SPFH sollen die Anleitung und Unterstützung in der Haushaltsführung, die Förderung der Wahrnehmung und Erfüllung der Bedürfnisse der Kinder,¹⁰⁸ sowie die Motivation zur Annahme der Hilfe sein. Darüber hinaus erhält die SPFH

106Zur Reflexion zum Fallbeispiel z.B. Hypothesenbildung, gute Ratschläge, Verschlimmerungsideen, Rollenspiel, Kreuzverhör u.v.m.

107Jeder in der Runde gibt einen guten Ratschlag in einem Satz, so werden die Ressourcen aller Anwesenden einbezogen und es besteht die Möglichkeit einen anderen Blickwinkel, der zuvor nicht bedacht wurde, in die eigene Falleinschätzung einzubeziehen.

108Gesundheitsfürsorge, Versorgung und Pflege, Ernährung, Förderung der Entwicklung

den Auftrag, das Kindeswohl in Bezug auf die Gefährdungslage im Blick zu behalten und gravierende Veränderungen und Einschätzung dazu an den ASD weiterzugeben. Die geknüpften Kontakte sollen aufrecht erhalten und ausgebaut werden. Die EB soll ebenfalls ausgebaut werden, um Carola einen zusätzlichen Raum zur Entwicklung zu bieten und Defizite auszugleichen. Es bedarf der weiteren diagnostischen Abklärung zu Micks Entwicklungsdefiziten. Sollte keine Einigung zur Annahme der SPFH erzielt werden, wird die fallzuständige Sozialarbeiterin die Kontrolle zur Versorgung der Kinder erhöhen und das Familiengericht anrufen. Ihre Einschätzung teilt sie der Familie mit.¹⁰⁹

6.2 Der hilfebegründende Bericht

Die Eltern konnten sich im Groben auf die Annahme der HzE in Form von SPFH durch Herrn Wunderlich einigen. Der hilfebegründende Bericht erfolgt unter Verwendung der aus der Akte hervorgehenden Angaben und gibt die strukturierte Vorgehensweise der Praxis des ASD wieder. Die rechtlichen Ausführungen und fachliche Einschätzung wurde um die kursiv gekennzeichneten Teile ergänzt, da sich die Anforderungen an die Fallbearbeitung zwischenzeitlich weiterentwickelt haben.¹¹⁰

Hilfebegründender Bericht vom 28.2.1997	
Personalien der Familienangehörigen:	
Eltern:	Kinder:
Mark Schmidt, geb. am 10.1.68	Carola, geb. am 21.4.92
Frau Schmidt, geb. am 30.8.72	Kassandra, geb. am 2.5.94
	Mick, geb. am 23.11.95
Wohnhaft: XXX	

¹⁰⁹Zur erweiterten Darstellung siehe Anhang 6

¹¹⁰Wenngleich diese genaue Einschätzung dringend erforderlich ist und als sozialpädagogische Handlungsmaxime gelten sollte bzw. gilt, ist fraglich, ob dies in der Alltagspraxis tatsächlich geleistet werden kann, wenn man die z.T. erhebliche Überlastung mancher Abteilungen bedenkt.

Wohn- und wirtschaftliche Situation:

Herr Schmidt ist derzeit arbeitslos, seine letzte Stelle hat er nach eigenen Angaben selbst gekündigt. Frau Schmidt arbeitet ebenfalls nicht. Die Familie bezieht Hilfe zum Lebensunterhalt durch das Sozialamt, die finanzielle Situation ist angespannt.

Die Wohnung der Familie Schmidt umfasst, neben Küche und Bad, zwei Kinderzimmer, ein Elternschlafzimmer und ein Wohnzimmer. Die Wohnsituation ist, insbesondere aufgrund mangelnder Ordnung und Sauberkeit, unbefriedigend.

rechtliche Situation:

Die örtliche Zuständigkeit ergibt sich aus § 86 I KJHG.

Den Eltern obliegt für alle Kinder die gemeinsame elterliche Sorge.

Die Prüfung der Vorgaben des § 8a KJHG, in Verbindung mit den Voraussetzungen des § 1666 BGB, ergibt, dass eine Kindeswohlgefährdung in Form von Vernachlässigung durch die Eltern vorliegt, eine Schädigung der Kinder z.T. bereits erfolgt ist und bei anhaltender Situation weitere Schädigungen mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten werden. Insbesondere das körperliche, aber auch das geistige und seelische Wohl der Kinder ist gefährdet. Die Eltern sind gewillt die Gefährdung ihrer Kinder abzuwenden und wollen Hilfe durch den ASD annehmen.

Gemäß § 27ff. KJHG besteht ein Anspruch der Eltern auf HzE. Eine dem Wohl der Kinder entsprechende Erziehung, ist durch die vorliegende Kindeswohlgefährdung nicht gewährleistet.

Die Prüfung der Geeignetheit und Notwendigkeit der unterschiedlichen Hilfeformen für die Entwicklung der Kinder ergibt, dass HzE gemäß § 27/31 KJHG die Voraussetzungen nach dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit erfüllt. SPFH ist geeignet und notwendig, um die Gefährdung der Kinder abzuwenden.

Ergänzend sind die Voraussetzungen gemäß § 27/28 KJHG zur Wiederherstellung der elterlichen Erziehungsfähigkeit über die SPFH hinaus, sowie speziell zur Förderung und Stabilisierung der Entwicklung Carolas, gegeben.

Betreuungs- und/oder Ausbildungssituation:

Alle drei Kinder besuchen das KTH Marienkäfer. Die weitere Betreuung wird von den Eltern, insbesondere der Mutter, geleistet.

Darstellung von Problemen:

Bei mehreren Hausbesuchen wurde festgestellt, dass die Wohnung regelhaft oberflächlich sauber bzw. schmutzig war. Dinge des täglichen Lebens werden unzureichend gesäubert und es mangelt an ausreichender Körperhygiene. Es besteht eine erhöhte Infektionsgefahr für die Kinder. Die Ernährung der Familie ist sehr unausgewogen, der Zuckeranteil ist erheblich. Das Milchgebiss von Carola und Kassandra ist zerstört, auch Mick weist erste kariöse Zähne auf. Des Weiteren ist Mick nicht altersgemäß entwickelt und etwa sechs Monate in seiner Entwicklung hinter gleichaltrigen Kindern zurück. Carola nässt erneut ein und erscheint distanzlos im Kontakt mit fremden Personen.

Herr Schmidt unterstützt seine Frau in der Haushaltsführung und Kindererziehung wenig. Herr Schmidt ist häufiger nicht zu Hause, und wenn er da ist, sieht er viel fern. Des Weiteren trinkt Herr Schmidt. Herr Schmidt hat keine Vorstellung, wie er seine Vaterrolle positiv gestalten und ausfüllen kann. Der Tätigkeit des ASD steht Herr Schmidt ambivalent gegenüber.

Beide Eheleute sind mit der Ausfüllung ihrer Elternrolle z.T. erheblich überfordert. Den Eltern fehlen z.T. grundlegende Fähigkeiten, die Bedürfnisse ihrer Kinder wahrzunehmen und zu erfüllen.

Frau Schmidt trägt sich mit Trennungsgedanken, es liegen erhebliche Partnerschaftsprobleme und -konflikte vor. Frau Schmidt ist mit der Versorgung des Haushaltes und der Kinder allein gelassen und damit sichtlich überfordert. Hinzu kommt, dass Frau Schmidt täglich ihre körperbehinderte Mutter mit einem erheblichen Zeitumfang unterstützt.

Beide Eltern sind in suchtblasteten Familien aufgewachsen und hatten eine wenig behütete Kindheit. Die Familien der Eltern bieten keine Unterstützung, einzig der Vater von Frau Schmidt kümmert sich gelegentlich um die Kinder. Frau Schmidt wird von der Familie ihres Mannes abgelehnt.

Darstellung von Ressourcen:

Den Eheleuten ist ihre problematische Situation z.T. sehr bewusst und sie möchten etwas verändern. *Trotz einiger Widerstände und Ängste möchten sie dazu Hilfe annehmen.*

Die Widerstände der Eltern könnten als Ressource zur aktiven Beteiligung genutzt werden.

Ihre z.T. vorhandene Unbedarftheit könnte Frau Schmidt den Zugang zur Hilfe erleichtern.

Im bisherigen Beratungsverlauf konnte sich Frau Schmidt zunehmend öffnen und ihre Schwierigkeiten darlegen.

Des Weiteren erhält die Familie Unterstützung in der Grundversorgung und Förderung der Kinder durch das KTH. *Die Kinder können, durch den täglichen Besuch des KTHs, die vorhandene defizitäre Versorgung ein Stück weit kompensieren.* Die Zuwendung der Eltern, speziell der Mutter, erscheint im Kontakt mit den Kindern liebevoll.

Bisherige Lösungen:

Hilfe und Unterstützung durch das KTH: fast tägliches Duschen, Versorgung mit sauberer Kleidung, Essen, Förderung der Entwicklung der Kinder, Mick erhält im KTH 2 x wöchentlich Krankengymnastik

Unterstützung und Kontrolle durch ASD: Beratungsgespräche, Hausbesuche, Begleitung zum Zahnarzt, Angebot der Hilfe durch Gespräche im ASD, Kontakt von Frau Schmidt zur EB und Mütterberatung hergestellt, Vernetzung des ASD mit den Beteiligten Institutionen

Mütterberatung: Tipps zur Ernährung, Versorgung, Hygiene, Kleidung, Angebot der weiteren Beratung, Untersuchung von Mick, weitere Untersuchungen und Impfungen angeboten

EB: Es ist bisher erst ein Termin erfolgt. Die Mutter erhält einen weiteren für sich, um ihre Ängste zu ergründen.

Vorstellungen und Wünsche:

Herr und Frau Schmidt erwarten von der SPFH grundsätzlich Hilfe, Unterstützung und

Anleitung in der Haushaltsführung und Versorgung und Erziehung ihrer Kinder. Weiterhin möchten sie die SPFH evtl. auch zur Klärung ihrer Partnerschaftsprobleme in Anspruch nehmen.

fachliche Beurteilung:

Die Familie Schmidt lebt in z.T. desorganisierten Strukturen und hat erhebliche Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung und Grundversorgung der Kinder. Die familiären Beziehungen sind von z.T. verborgenen Konflikten belastet. Es bestehen beachtliche Partnerschaftsprobleme. Weder Herr noch Frau Schmidt scheinen aufgrund ihrer eigenen Kindheits-erfahrungen ausreichend Vorbilder für die positive Ausgestaltung des eigenen Erwachsenenlebens und für ihre Elternrolle erhalten zu haben.

Es sind Wiederholungsmuster zu erkennen. Bei Herrn Schmidt liegt eine Alkoholproblematik vor, er selbst ist auch in solchen Suchtstruktur belasteten Verhältnissen aufgewachsen.

Er hat Schwierigkeiten Beziehungen, seinen Alltag und damit auch den Familienalltag positiv zu gestalten und erscheint zumeist erst an seiner eigenen Bedürfnisbefriedigung interessiert. Dies lässt sich auf sein Suchtverhalten, aber auch auf eine grundsätzliche mangelnde Fähigkeit, die Bedürfnisse anderer wahrzunehmen, zurückführen. Herr Schmidt äußert seine Vorstellungen und Wünsche unbedarft, er hat wenig Kompetenzen, diese und sein Verhalten zu reflektieren. Er scheint in den Tag hinein zu leben und seine Umwelt nur bedingt als beeinflussbar wahrzunehmen. Dies kann als Folge seiner eigenen, negativen Erfahrungen zu verstehen sein. Es ist zu vermuten, dass Herr Schmidt versucht, eigene, defizitäre Erfahrungen zu kompensieren, in dem er sich von Frau Schmidt versorgen lassen möchte. Diese Befriedigung erfolgt nicht, sowohl aufgrund Frau Schmidts eigener Defizite, als auch durch die Überlastung Frau Schmidts an sich, und er flüchtet sich aus der Familie und damit auch aus den Beziehungen, wenngleich er diese eigentlich gerne erhalten möchte. Ihm scheint nicht ausreichend bewusst, dass der Erhalt der Paarbeziehung auch von seinen Bemühungen um die gesamte Familie abhängig ist. Darüber hinaus scheint Herr Schmidt die Vorstellung einer klassischen Rollenverteilung in der Familie zu haben. Da er aber grundlegend seiner eigenen Bedürfnisbefriedigung und Suchtstruktur folgt, schafft er es nicht, seine Rolle als Versorger zu erfüllen. Damit erlebt er sich selbst als „Versager“, er ist frustriert und schafft es nicht den Kreislauf zu durchbrechen und flüchtet sich erneut in seine persönliche Bedürfnisbefriedigung und Sucht. Herr Schmidt zeigte zunächst Widerstände gegen die Tätigkeit des ASD, seine bisherigen Erfahrungen mit „Behörden“ scheinen nega-

tiv. Andererseits erkennt er zwischenzeitlich, dass seine Familie Schwierigkeiten hat und steht der Inanspruchnahme von Hilfe durch SPFH mit gemischten Gefühlen gegenüber. Es bleibt zu beobachten, inwieweit er in der Lage sein wird, diese Hilfe auch anzunehmen.

Für Frau Schmidt liegen die Probleme aus ihrer Sicht in der Bewältigung des Alltags, da sie keine Unterstützung durch ihrem Mann oder die Familie erhält und zusätzlich durch die Unterstützung ihrer körperbehinderten Mutter belastet ist. Wenngleich sie also einen Teil der Problemlage erfassen kann, *entgehen ihr die tiefer liegenden Hintergründe und Zusammenhänge der Probleme. Frau Schmidt kann scheinbar keine Prioritäten setzen und sich auf die Versorgung der Kinder konzentrieren und einlassen. Vermutlich versorgte sie ihre eigenen Mutter auch schon in der Kindheit und konnte sich davon nicht loslösen, weil die Versorgung ihrer Mutter deren Zuwendung und Liebe für sie gesichert hat und auch weiterhin sichert. Diese mögliche Rollenumkehr, lässt sie die Bedürfnisse der eigenen Kinder nicht wahrnehmen. Vermutlich werden die Kinder unbewusst ebenfalls zur eigenen Bedürfnisbefriedigung nach Liebe und Versorgung herangezogen. Da diese ihre Bedürfnisse nicht befriedigen können, erfolgt die Abkehr von der Versorgung der Kinder als Reaktion auf ihren erneut verletzten Selbstwert. Der Kreislauf der unzureichenden Bedürfnisbefriedigung überträgt sich damit auf die Kinder. Frau Schmidt ist des Weiteren in ihren Handlungen im Alltag sehr unsicher. Sie weiß nicht, was ihre Kinder an Zuwendung, Fürsorge und Erziehung brauchen. Aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen mangelt es ihr an Introspektionsfähigkeit. Weiterhin kann die Vernachlässigung der Kinder ein Appell sein, der sich sowohl an die eigene Mutter als auch an Herrn Schmidt richtet, mit dem Wunsch nach Aufmerksamkeit, Zuwendung und Unterstützung.*

Frau Schmidt ist aufgrund ihrer eigenen Problemsicht motiviert, etwas zu verändern, allerdings spielt für sie die Angst ihre Kinder zu verlieren, ebenso eine bedeutsame Rolle. *Sie konnte aber auch erste positive Erfahrungen in Bezug auf Hilfe machen (z.B. Unterstützung durch die Begleitung zum Zahnarzt), die ihr den Zugang zur Hilfe durch eine SPFH erleichtern könnten.*

Über die persönlichen Problemlagen hinaus erfolgt eine weitere Belastung der familiären Situation aus den Eheproblemen der Eltern und den Trennungsgedanken von Frau Schmidt, die ebenfalls aus dem jeweils unbefriedigten Wunsch nach Liebe und Zuwendung resultieren. Frau Schmidt ist ebenfalls in einer suchtblasteten Familie aufgewachsen und kennt daher vermutlich ähnlich gelagerte Eheprobleme aus ihrer Kindheit.

Die Auswirkungen der Vernachlässigung auf die Kinder sind alarmierend (siehe Problem-

beschreibung). Bei weiter anhaltender Situation werden tiefgreifende Schädigungen der Kinder erwartet, erste Folgen scheinen eingetreten zu sein. Die Vernachlässigung wirkt sich, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, auf die Bindungs- und Beziehungssituation der Kinder zu ihren Eltern aus. Das regressive Einnässen von Carola und ihre Distanzlosigkeit fremden Personen gegenüber weisen auf erste Störungen hin. Wenngleich der Kontakt, insbesondere von der Mutter zu den Kindern, als liebevoll wahrgenommen wird, steht dem die mangelnde Fürsorge entgegen. Es wird daher vermutet, dass die Bindungs- und Beziehungsqualität eingeschränkt ist. Eine genaue Einschätzung zur Bindungsqualität der einzelnen Kinder, jeweils zu Mutter und Vater, kann derzeit nicht geleistet werden. Dies bedarf einer weitergehenden Klärung und Beobachtung der Eltern-Kind-Kontakte. Die unzureichende Versorgung und Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse führt bei den Kindern zur Verunsicherung im Kontakt mit den Eltern, und die Ausbildung von positivem Selbstwert und -vertrauen ist gefährdet.

Grundlegend ist die Dynamik in der Familie als die Wiederholung eigener negativer Erfahrungen der Eltern zu verstehen. Die vorliegenden Problemlagen lassen den Schluss auf das Vorhandensein einer dauerhaften chronifiziert-vernachlässigenden Struktur zu, die es dringend zu durchbrechen gilt, um den Kindern eine positive Zukunftsperspektive zu bieten und weitere Schädigungen abzuwenden.

Ziele und Handlungsvorstellung:

Durch die Einrichtung einer SPFH sollen die Eltern befähigt werden, die Bedürfnisse der Kinder wahrzunehmen und zu befriedigen und damit die Gefährdung der Kinder abzuwenden. Elementarer Bestandteil der Hilfe ist die Unterstützung und Anleitung im Bereich der Haushaltsführung, (Körper-) Hygiene, Gesundheitsfürsorge, Ernährung, Erziehung und positiver Eltern-Kind-Kontakte. Darüber hinaus soll die SPFH Unterstützung in der Klärung der Paarproblematik anbieten.

Alternative Ziele und Lösungsmöglichkeiten:

Sofern die SPFH keinen Zugang zur Familie findet und sich die Situation der Kinder nicht verbessert oder weil sich herausstellt, dass die Eltern nicht in der Lage sind, die Gefährdung

ihrer Kinder abzuwenden, wird alternativ die stationäre Unterbringung der Kinder notwendig. Sollten die Eltern hier dann nicht kooperieren, erfolgt die Anrufung des Familiengerichts.

6.3 Die konkretisierte Hilfeplanung

Anknüpfend an den hilfebegründenden Bericht erfolgt die weitere Hilfeplanung in Form eines Hilfeplangesprächs¹¹¹ mit den Beteiligten in der Dienststelle des ASD. Es soll nun gemeinsam eine Konkretisierung der Hilfe erfolgen. Dazu ist der erzieherische Bedarf festzustellen und es werden gemeinsam die Ziele der Hilfe, sowie Art und Umfang erarbeitet und festgelegt. Im Hilfeplan und den zugehörigen Vereinbarungen¹¹² werden die Ergebnisse dann festgehalten und dienen als Grundlage für die Ausgestaltung der Hilfe. Wenngleich sich aus der Fallsituation ein Zwangskontext zur Hilfeannahme erkennen lässt, ist die Beteiligung der Eltern dennoch von besonderer Bedeutung, sollen doch nicht nur die Ziele des ASD oder der Hilfe verfolgt werden, sondern auch die der Eltern. Die vor allem passiven Widerstände der Eltern können als Ressource genutzt werden, um sie selbst aktiv an der Gestaltung der Hilfe mitwirken zu lassen. Das Hilfeplangespräch und der hilfebegründende Bericht sind als Bestandteil des Prozesses der gesamten Hilfeplanung zu verstehen.

Die folgende Darstellung umfasst eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse des Hilfeplangesprächs. Eine konkretisierte Darstellung dessen kann aufgrund fehlender Hinweise in der Akte nicht geleistet werden. Es ist zu vermuten, dass die Planung und Beteiligung der Eltern vorwiegend passiv gewesen ist.

Am 4.3.97 erfolgt das Hilfeplangespräch mit den Eheleuten Schmidt, Herrn Wunderlich, der ausführenden SPFH des Trägers, Frau Dierks, seiner Abteilungsleiterin und Frau Schröder, der fallzuständigen Fachkraft des ASD.

Zunächst beschreiben die Beteiligten kurz die Problemlage aus ihrer Sichtweise, um anhand dieser erneuten Klärung der Problemlagen festzustellen, ob ein erzieherischer Bedarf vorliegt. Es kann sich darauf geeinigt werden, dass dieser besteht. Herr und Frau Schmidt benötigen Hilfe, um die Gefährdungslage ihrer Kinder abzuwenden. Sie müssen in die Lage versetzt

¹¹¹Auch Erziehungskonferenz oder Erstkonferenz genannt

¹¹²siehe Anhang 7

werden, ihre Elternrolle verantwortlich auszuüben. Dafür müssen sie lernen, für das Wohl ihrer Kinder ausreichend und angemessen zu sorgen. Die Eheleute Schmidt brauchen alltagspraktische Unterstützung, Anleitung und Informationen zur kindlichen Entwicklung, Erziehung und Ernährung. Des Weiteren benötigen sie Anleitung zum Erlernen einer planmäßigen Haushaltsführung. Zur Klärung ihrer Paarbeziehung sollen die Eheleute Schmidt Gelegenheit haben, über ihre Schwierigkeiten zu sprechen.

Für die benötigte Unterstützung sollen die Eheleute Schmidt eine Familienhilfe (SPFH) für etwa ein Jahr mit 10 Wochenstunden bekommen. Diese Aufgabe wird von Herrn Wunderlich wahrgenommen.

Grundlegendes Ziel der Hilfe ist die Wiederherstellung der Erziehungsfähigkeit der Eltern zur Abwendung der Gefährdungslage der Kinder und die Anleitung und Unterstützung bezüglich der Alltagsorganisation und -bewältigung. Die Eltern sollen in die Lage versetzt werden, ihren Alltag, die Versorgung der Kinder, die Wahrnehmung und Erfüllung der kindlichen Bedürfnisse und eine positive Gestaltung der familiären Beziehungen selbständig auszufüllen. Dazu bedarf es der Entwicklung von Fertigkeiten und deren Umsetzung zur Grundversorgung, Erziehung, Gesundheitsfürsorge und Ernährung der Kinder. Darüber hinaus sollen die Eltern erlernen, wie sie ihren Alltag strukturiert gestalten können, die Haushaltsführung bewältigen und einen Haushaltsplan erstellen. Die Eheleute Schmidt sollen notwendige Termine vereinbaren und einhalten lernen, ein sicherer Umgang mit Behörden und anderen Institutionen soll eingeübt werden. Eine Unterstützung zur Klärung der Paarbeziehung und persönlicher Fragen und Problemlagen (z.B. Alkoholkonsum von Herrn Schmidt) zielt auf eine Verbesserung der gesamten Lebenssituation der Familie.¹¹³

Die Eheleute Schmidt möchten die Hilfe annehmen. Sie wünschen sich einen verständnisvollen Umgang mit ihrer Situation und die Achtung ihrer Fähigkeiten.

Die Umsetzung und Zielerreichung der Hilfe soll erstmals, im Rahmen einer Verlaufskonferenz, nach sechs Monaten im September '97 überprüft werden.¹¹⁴

Die Praxis des ASD verdeutlicht hier, wie weit die Erfüllung der zentralen Rolle des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung reicht. Nach der Klärung des Auftrages und den zugehörigen Kompetenzen, bestehend aus dem fachlichen Wissen und den Handlungs- und Verfahrensstandards, wird deutlich, dass der ASD gerade in Grenzfällen, die nicht vor das Famili-

¹¹³siehe Anhang 7

¹¹⁴siehe Kapitel 7.1

engericht gehen und wo die Kinder in der Familie verbleiben, eine besondere Verantwortung trägt.¹¹⁵ Es obliegt ihm, eine Hilfe anzustreben, die der Familie Hilfestellung gibt, die gefährdende Lage abzuwenden und sie befähigt, ihrer elterlichen Verantwortung gerecht werden zu können. Dabei ist die Einschätzung der Gefährdungslage und zur Hilfeannahme der Eltern von besonderer Bedeutung. Erneut wird dabei die Motivation und Beziehung zu den Klienten elementar. Wenngleich die Hilfe nicht vom ASD selbst durchgeführt wird, trägt er die Verantwortung für die Einleitung und Überwachung der Umsetzung der Hilfe. Der ASD nutzt hier die Einhaltung strukturierter Abläufe und Verfahrensweisen, wendet sein vorhandenes Wissen auf den Fall an und reflektiert seine Vorgehensweisen und Einschätzungen. Wie eingangs schon festgestellt, obliegt dem ASD weiterhin die grundlegende Verantwortung im Fall. Obschon der Träger bzw. dessen Mitarbeiter nun ebenfalls eine Verantwortung erhält, wird der ASD aus seiner Rolle nicht entlassen und bleibt weiterhin fallzuständig.

Daher bleibt dem ASD die zentrale Rolle im Rahmen von Kindeswohlgefährdung erhalten. Diese resultiert hier aus der weiterbestehenden Gesamtverantwortung zur fortlaufenden Gefährdungseinschätzung und Gewährleistung des Kindeswohls, der Kontrollpflicht und der Hilfeinleitung zur Abwehr einer Kindeswohlgefährdung unter Anwendung seiner Fachkenntnisse und der Handlungs- und Verfahrensstandards.

7. Die weitere Entwicklung im Fall Schmidt

Die weitere Beschreibung des fortlaufenden Falls der Familie Schmidt soll einen Einblick in die mit einer Hilfe verbundenen Aufgaben bieten, denn die Kindeswohlgefährdung ist mit der Einrichtung einer Hilfe nicht gleich abgewendet. Vielmehr wird nachfolgend verdeutlicht, dass Veränderungen durch eine Hilfe prozessual verlaufen und einer Abhängigkeit von familiären und äußeren Faktoren unterliegen. Der Blick über die eingeleitete Hilfe der SPFH hinaus soll den Fall abschließen und der erweiterten Einschätzung zur Tätigkeit und Rolle des ASD dienen.

¹¹⁵Auch in Fällen wo Kinder untergebracht werden oder das Familiengericht eingeschaltet ist, endet die Verantwortung des ASD nicht und er bleibt weiter für die Familie zuständig und muss auf Hilfe hinwirken und z.B. die Eltern weiter zur Beteiligung motivieren

7.1 Der Fallverlauf bis zur Beendigung der Hilfe

Der Kontakt von Herrn Wunderlich zur Familie entwickelt sich zunächst grundsätzlich positiv. Allerdings bestehen weiterhin Widerstände der Eltern. Herr Schmidt entzieht sich häufiger dem Kontakt und auch Frau Schmidt sagt kurzfristig Termine ab oder ist nicht zu Hause, wenngleich sie angibt, dies würde auf Missverständnissen beruhen. Sie schätzt den Kontakt zu Herrn Wunderlich und erlebt insbesondere die Gespräche mit ihm als entlastend und hilfreich. Sie gibt an, immer mehr Vertrauen zu Herrn Wunderlich aufzubauen. Die Veränderungen im Haushalt laufen schleppend an. Frau Schmidt hat erhebliche Widerstände, weil sie sich nach wie vor mit dieser Aufgabe alleine sieht und Herr Schmidt sie nicht unterstützt. Herr Wunderlich stellt klar, dass er durchaus schon mit Herrn Schmidt allein die Küche geputzt habe und dies gut funktioniert hätte. Frau Schmidt erscheint resigniert, vermeidet den Konflikt mit Herrn Schmidt und gibt ihm daher den Raum, sich nicht beteiligen zu müssen. Im weiteren Verlauf wird deutlich, dass Frau Schmidt in Herrn Wunderlich eine Vaterfigur sieht und sich wünscht, dieser nehme ihr die Verantwortung ab. Herr Wunderlich weiß um diese Zuschreibung und handelt professionell und verantwortlich.

Nach einigen Monaten trennt sich Frau Schmidt von Herrn Schmidt. Als dieser sie verprügelt, nimmt sie ihm die Wohnungsschlüssel ab.

Innerhalb der nächsten Wochen verschlechtert sich die familiäre Situation zunehmend. Ein drohender Wohnungsverlust kann in letzter Minute verhindert werden. Frau Schmidt versäumt mehrere Termine in der EB und soll künftig keinen mehr erhalten. Es wird bekannt, dass Frau Schmidt einen neuen Partner hat. Auch das KTH meldet besondere Auffälligkeiten. Carola nässt wieder vermehrt ein, ist übermüdet und trägt wieder verschmutzte Kleidung. Insgesamt fällt auf, dass Frau Schmidt sehr unwirsch mit Carola umgeht. Des weiteren wird festgestellt, dass Carola geschlagen wird, sie hat häufiger Fingerabdrücke auf dem Po. Frau Schmidt verleugnet dies mit fadenscheinigen Ausreden. Der Aufforderung, mit Carola einen Arzt aufzusuchen, weil ihr Urin sehr dunkel ist, ist Frau Schmidt nicht nachgekommen.

Die kurz darauf stattfindende EK erfolgt unter der Beteiligung von Herrn Petersen, dem neuen Partner von Frau Schmidt. Dieser scheint einen grundlegend positiven Einfluss auf die familiäre und häusliche Situation zu haben und beteiligt sich mit Frau Schmidts Zustimmung an der Haushaltsführung und Kindererziehung. Dabei verfolgt er eine adäquate, konsequente Grenzsetzung, die eine positive Orientierung für Frau Schmidt bietet. Das Einnässen von Carola führt zu einem Kreislauf. Frau Schmidt bestraft Carolas Einnässen mit Schlägen auf den Po, die den Druck auf diese zusätzlich erhöhen und daher nicht zur gewünschten Lösung führen. Frau Schmidt schwankt zwischen Wut und Schuldgefühlen. Es wird vereinbart, dass Frau

Schmidt weitere Termine mit der EB ausmacht und diese einhält, um für sich und Carola Entlastung und eine Auflösung des Kreislaufs zu finden. Die finanzielle Lage ist weiterhin angespannt, Frau Schmidt soll ein Haushaltsbuch führen, lehnt dies jedoch vehement ab, da sie sich dadurch in besonderer Weise kontrolliert fühle. Weiterhin wurde ihr die Renovierung der Wohnung auferlegt, die in zwei Monaten vom Vermieter abgenommen wird. Die größten Schwierigkeiten in Bezug auf sämtliche Hilfen stellt das nicht Einhalten von Terminen und Vereinbarungen dar. Sollte sich hier keine Veränderung ergeben und die verschiedenen Hilfen daraufhin eingestellt werden, ist damit zu rechnen, dass der ASD weitere Schritte zum Schutz der Kinder gehen wird. Die SPFH soll vorerst mit gleichbleibendem Stundenumfang bestehen bleiben. Frau Schmidt muss dafür die vereinbarten Termine einhalten.

Nach einem weiteren Monat ist keine Veränderung ersichtlich. Frau Schmidt sagt regelmäßig vereinbarte Termine mit unglaublichen Ausreden ab. Weiterhin lebt Herr Schmidt nun wieder in der ehelichen Wohnung, von Herrn Petersen hatte sich Frau Schmidt nach einem Streit getrennt.

Es erfolgt die Einberufung einer EK, die eine Beendigung der Hilfe zur Folge haben kann. Es stellt sich dabei heraus, dass die Versäumnisse von Frau Schmidt z.T. gravierende Auswirkungen haben, u.a. sind sie und die Kinder derzeit nicht krankenversichert. Die Beziehungssituation ist verworren. Frau Schmidt lässt ihren Ehemann bei sich wohnen, weil er angeboten, hat die Wohnung zu renovieren. Die Trennung möchte sie aber weiterhin. Der Zustand der Wohnung hat sich seither maßgeblich verschlechtert und auch bei Herrn Schmidt sind keine Veränderungen sichtbar. Er lehnt Arbeit ab, trinkt und neigt zu gewalttätigen Ausbrüchen, insbesondere gegenüber Frau Schmidt. Die Kinder sind zunehmend verwirrt und durch die Situation beeinträchtigt. Frau Schmidt möchte die Hilfe weiterhin, es habe sich doch auch schon etwas verbessert. Auch Herr Wunderlich sieht kleine Veränderungen, ist aber mit der Zusammenarbeit sehr unzufrieden, weil eine kontinuierliche Arbeit durch Frau Schmidt verhindert wird. Für den ASD sind die Veränderungen nicht sichtbar, vielmehr erscheint Frau Schmidt derzeit in alte Strukturen zurückzufallen. Die Weiterführung der SPFH erscheint nur sinnvoll und hilfreich, wenn Frau Schmidt die gewünschte Trennung von Herrn Schmidt auch vollzieht. Wenn Frau Schmidt ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommt, wird die Hilfe in zwei Wochen beendet.

Herr Schmidt zieht auf Veranlassung von Frau Schmidt, nach der Renovierung aus. Der Vermieter stellt erhebliche Mängel in der Renovierung fest und räumt eine weitere Frist von zwei Monaten zur Nachbesserung ein. Der Befürwortung des ASD, die Renovierung durch einen Handwerker ausführen zu lassen, folgt das Sozialamt nicht, weil Herr Petersen sich dort angeboten habe, zu renovieren.

Die Termine in der EB erfolgen inzwischen regelmäßig und es besteht weiterer Bedarf, die Entwicklungsdefizite von Carola aufzuarbeiten. Daher wird hier auf Bitten der EB eine HZE für Carola mit drei Stunden monatlich eingerichtet.

Die Renovierung durch Herrn Petersen und Frau Schmidt ist tadellos und wird vom Vermieter abgenommen. Die familiäre Situation hat sich zunehmend entspannt, die Haushaltsführung funktioniert und die Kinder sind gut versorgt. Die Beziehung zu Herrn Petersen wirkt sich stabilisierend aus. Demnächst ist der offizielle Einzug von Herrn Petersen geplant. Die SPFH soll diesen Stabilisierungsprozess weiterhin unterstützen.

Eine Umgangsregelung der Kinder mit Herrn Schmidt, erfolgte in einem Gespräch in der EB. Herr Schmidt holt die Kinder 14tägig samstags von 12 bis 14 Uhr ab.

Eine EK nach sechs Monaten zeigt die weitere Stabilisierung der familiären Situation. Es läuft soweit alles zufriedenstellend und die Kinder machen gute Entwicklungsfortschritte. Insbesondere Mick, der zwischenzeitlich an den Ohren operiert wurde, macht seither gewaltige Sprünge. Frau Schmidt folgt dem Beispiel von Herrn Petersen in der Erziehung und Grenzsetzung zunehmend. Die Wohnung ist weiterhin sauber und die Familie hat einen strukturierten Alltag. Die Kontakte der Kinder zum Vater werden nur teilweise erfüllt, Herr Schmidt habe sich seit mehreren Wochen nicht gemeldet. Die Hilfe soll mit verringertem Stundenumfang noch weiter bestehen bleiben, da Herr Petersen zukünftig wieder arbeitet. Die Hilfe soll Frau Schmidts positive Veränderungen weiter fördern und stärken. Die Kontakte von Herrn Wunderlich und Frau Schmidt lassen auf eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung schließen. Durch die Klärung der familiären Situation konnte sich ebenfalls eine positive Zusammenarbeit von ASD und der Familie entwickeln.

Im Rahmen ihres Scheidungsverfahrens hat Frau Schmidt die Übertragung der alleinigen elterlichen Sorge auf sie beantragt. Der ASD befürwortet dies in seiner Stellungnahme, weil Frau Schmidt sich durch die Inanspruchnahme von Hilfe inzwischen verantwortungsvoll um die Kinder kümmern kann und es absehbar ist, dass die Hilfe nicht mehr notwendig ist. Herr Schmidt reagiert auf ein Gesprächsangebot des ASD nicht. In der Stellungnahme erfolgt die Einschätzung daher auf Basis der vorhandenen Kenntnisse. Demzufolge wird erklärt, dass Herr Schmidt zu keiner Zeit den Eindruck erweckt habe, an einer Veränderung der gefährdenden Situation ernsthaft interessiert gewesen zu sein. Weiterhin hätten die Kinder unter seinem übermäßigen Alkoholkonsum und Gewaltausbrüchen gelitten. Die vereinbarte Umgangsregelung hat Herr Schmidt nicht eingehalten und er hat weder Mick im Krankenhaus besucht, noch war er bei der Einschulung von Carola.

Die Beendigung der Hilfe erfolgt und Frau Schmidt sieht rückblickend ihre eigenen, erheblichen Widerstände. Sie hatte längere Zeit besondere Angst, die Kinder zu verlieren und konnte

die Hilfe daher zunächst nur schwerlich annehmen. Erst mit der Zeit wurde ihr bewusst, dass die Hilfe nicht auf die Unterbringung der Kinder zielte. Sie stellt fest, dass die SPFH ihr sehr geholfen habe, genau so wie die neue Beziehung zu Herrn Petersen. Der Familienalltag verläuft strukturiert und die Bewältigung des Haushalts und der Kinderversorgung und -erziehung macht ihre keine bedeutenden Schwierigkeiten mehr. Die Entwicklung der Kinder macht positive Fortschritte. Bei erneutem Hilfebedarf können sich Frau Schmidt und Herr Petersen jederzeit an den ASD wenden.

7.2 Ein Blick in die Zukunft der Familie Schmidt

Etwa ein $\frac{3}{4}$ Jahr nach Beendigung der HzE erhält die Familie Zuwachs. Die gemeinsame Tochter von Frau Schmidt und Herrn Petersen, Daniela wird geboren.

Im darauf folgenden Jahr wird Frau Schmidt im Rahmen der Scheidung von Herrn Schmidt die alleinige elterliche Sorge übertragen, Herr Schmidt hatte sich zu keinem Zeitpunkt zum Antrag geäußert. Frau Schmidt wird gelegentlich im Stadtteil getroffen, sie schildert im kurzen Gespräch, dass sie soweit alles gut laufe. Die familiäre Situation wird als stabil erachtet, gestützt durch die Beziehung zu Herrn Petersen.

Etwa ein weiteres Jahr später kommt Frau Petersen¹¹⁶ in die Sprechstunde des ASD, um einen Antrag auf HzE zu stellen. Mick mache große Schwierigkeiten, sie komme immer schlechter mit ihm zurecht und mache sich Sorgen. Er falle auch in der Schule durch sein aggressives Verhalten und sehr schwache Leistungen auf.¹¹⁷ Des weiteren halte er sich an keine Regeln, habe keine Freunde und ziehe sich zu Hause häufig in sein eigenes Zimmer zurück oder schaue fern. Sie möchte für sich, Herrn Petersen und Mick EB in Anspruch nehmen, um einen besseren Umgang mit Mick zu finden und ihm die Möglichkeit zu geben, sein Verhalten zu verändern. Sie berichtet weiterhin, dass Mick sie und Herrn Petersen gegeneinander ausspiele, die Mädchen kämen besser mit Herrn Petersen zurecht.

Zu Carola berichtet Frau Petersen, dass sie soweit gut zurecht kämen, allerdings habe Carola Schwierigkeiten mit ihren schulischen Leistungen. Cassandra hingegen brauche keine Unterstützung, sie komme gut klar und mit ihr laufe alles völlig problemlos.

Es stellt sich heraus, dass die Kontakte der Kinder zum Vater seit einem halben Jahr nicht mehr stattfinden, da Frau Petersen die Kinder nicht mehr zu Herrn Schmidt gehen lässt. Herr

¹¹⁶Frau Schmidt und Herr Petersen sind inzwischen verheiratet

¹¹⁷Mick besucht die 2. Klasse einer Sprachheilschule

Schmidt habe die Kinder mit seinem neugeborenen Kind aus einer neuen Beziehung über Nacht allein gelassen und ansonsten sei er bei den Kontakten zumeist betrunken.

Die Auffälligkeiten von Mick werden als Folge der frühen Vernachlässigung wahrgenommen und im Lauf der nächsten Wochen wird HzE in Form von EB eingerichtet. Es stellt sich im Verlauf der EB heraus, dass Mick Strukturierungs- und Wahrnehmungstörungen hat. Mick hat Schwierigkeiten, seine Ideen sowohl auf körperlicher als auch auf geistiger Ebene umzusetzen. Bei Überforderung reagiert er ungehalten oder wird albern. Mit einem weiteren Jungen zusammen wird seine soziale Kompetenz gefördert. Als Orientierungshilfe werden ihm dabei enge Grenzen gesetzt, die er inzwischen z.T. einfordert. Erste Veränderungen sind sichtbar, um ihm eine nachhaltige Veränderung und Erweiterung seiner Kompetenzen zu ermöglichen, sind weitere Termine notwendig. Die Hilfe wird daher länger als das geplante halbe Jahr gewährt. Die Schule schlägt einen Wechsel auf eine Förderschule vor, da Mick dem Unterricht kaum folgen kann.

Nach einiger Zeit wendet sich Frau Petersen auch mit Carola an den ASD. Es bestehen einige Konflikte, Carola lüge und habe neulich Süßigkeiten bei Penny geklaut. Weiterhin habe sie Schwierigkeiten, in der Schule mitzukommen. Carola schildert, dass sie sich zu Hause und in der Schule ungerecht behandelt fühle. Es wird angedacht, Carola in die EB mit einzubeziehen. Dabei stellt sich heraus, dass Carola ebenfalls Schwierigkeiten hat, gedachte Handlungen umzusetzen und auch feinmotorische Schwierigkeiten hat. Eine Auffälligkeit in der Schule ist daher nicht verwunderlich. Auch hier wird die Verbindung zur frühkindlichen Entwicklung sichtbar, die damalige Vernachlässigung wirkt sich bis heute aus. Frau Petersen kann einen Zusammenhang erkennen und berichtet darüber hinaus, dass Carola nie gekrabbelt sei, weil sie in einer Türschaukel hing. Auf emotionaler Ebene ist für Carola ihr leiblicher Vater ein besonderes Thema. Sie hat keinen Raum für ihre Liebe zum Vater, da dieser von allen anderen abgelehnt wird.

Es stellt sich im weiteren Verlauf heraus, dass Herr und Frau Petersen in ihrer Erziehungshaltung unterschiedlicher Auffassung sind und daher für die Kinder keinen eindeutigen Rahmen bieten. Des Weiteren wurden die Termine der EB zunehmend unzuverlässiger wahrgenommen, das Vaterthema möchte Frau Petersen unter keinen Umständen angehen. Wenngleich die EB und der ASD den Hilfebedarf von Carola sehen, wurde keine Hilfe eingerichtet, da das Kindeswohl nicht gefährdet ist und die Hilfe daher die freiwillige Inanspruchnahme der Mutter bedarf. Mick wurde zur weiteren Diagnostik einer Ärztin vorgestellt, die Mick ein Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom attestierte. Eine Behandlung mit Ritalin¹¹⁸ wird angedacht. Die EB wurde in diesen Prozess nicht einbezogen und lehnt eine

¹¹⁸Soll die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit erhöhen

weitere Behandlung von Mick unter medikamentöser Behandlung ab. ADS war durchaus ein Beratungsthema der EB und es wurde die therapeutische Vorgehensweise erörtert. Herr Petersen stellt indes die Wirksamkeit der EB in Frage, Frau Petersen ist da anderer Meinung, die EB habe durchaus etwas bewirkt. Es wird vermutet, dass der medizinische Weg für die Familie leichter zu gehen ist. Ein Schulwechsel für Mick auf eine Förderschule ist geplant, die Mutter möchte dem durch die ärztliche Diagnose von ADS und geplante medikamentöse Behandlung widersprechen. Die HzE wird nach einem Jahr beendet.

In den nächsten Jahren meldet sich Frau Petersen mit einzelnen kleinen Anliegen im ASD.

Nach weiteren 1 ¼ Jahren berichtet sie zu den Kindern, dass Carola pubertäre Schwierigkeiten mache, sie diese aber selbständig lösen könne. Auch die schulischen Leistungen seien bei ihr nicht besser geworden. Cassandra besuche inzwischen ein Gymnasium und komme dort und auch zu Hause gut zurecht. Nachdem Mick drei Monate mit Ritalin behandelt wurde, stellte Frau Petersen fest, dass dieser dadurch sehr träge und schläfrig wurde. Inzwischen wird ein anderes Medikament eingesetzt, die Wirkung sei besser. Dennoch sei Mick weiterhin durch aggressives Verhalten auffällig und sie möchte eine Therapie für ihn einleiten. Die Ärztin habe einen Therapeuten empfohlen, aber Mick würde gerne wieder zur EB gehen. Frau Petersen bekommt die Rückmeldung, dass eine HzE als nicht erfolgreich angesehen wird, da die Erfahrungen der geleisteten EB gezeigt hätten, dass sie nur bedingt offen bezüglich der Problemlagen gewesen sei und ihre Beteiligung daher eingeschränkt gewesen sei. Es wird ihr angeraten, sich an die Krankenkasse zu wenden, um die Therapie für Mick auf diesem Wege einzuleiten. Frau Petersen teilt diese Ansicht nicht.

Kurz darauf wenden sich Herr und Frau Petersen mit Mick erneut an den ASD. Er habe im KTH einem anderen Kind Spülmittel zu trinken gegeben und gebe an, von Herrn Petersen ständig geschlagen zu werden. Es fällt erneut auf, dass Herr und Frau Petersen uneins in der Erziehung der Kinder sind und dies zu Micks Auffälligkeiten beiträgt. Sollten die Eheleute Petersen Interesse haben, ihre Differenzen zu klären, wird ihnen HzE in Aussicht gestellt. Eine isolierte Maßnahme für Mick durch den ASD wird abgelehnt. Erneut wird auf den Zugang zur Therapie über die Krankenkasse verwiesen. Die Eheleute Petersen scheinen unzufrieden mit der Aussage des ASD.

Bis auf ein Gespräch nach etwa zwei weiteren Jahren, in dem ein eskalierter Konflikt zwischen Herrn Petersen und Cassandra Thema war, finden keine weiteren Kontakte statt und der ASD sieht von sich aus keinen Handlungsbedarf, da sich die Familie bei auftauchenden Schwierigkeiten selbständig an den ASD wendet.

Die Fortschreibung des Fallbeispiels zeigt die weiter bestehende Gesamtverantwortung des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung. Wie auch schon zuvor festgestellt wurde, kann der ASD aus seiner Rolle und Verantwortung nicht heraus, vielmehr wird er immer wieder als zentrale Schnittstelle über die fortlaufende Hilfe informiert und involviert. Ihm obliegt die Koordination und Verantwortung für den Prozess und darüber hinaus die Einschätzung, ob die Hilfe wirksam ist und die Zielsetzung weiterhin Bestand hat. Veränderungen in der Gesamtsituation erfordern die Flexibilität, angemessen zu reagieren und die Hilfeplanung auf die Gegebenheiten anzupassen. Es obliegt dem ASD dafür ggf. eine EK einzuberufen, um diese Klärung mit allen Beteiligten zu vollziehen. Wenngleich also der ASD die Beteiligten einbezieht, bleibt die Entscheidung über die Beendigung oder ein Fortbestehen einer Hilfe im Rahmen seiner zentralen Rolle als fallzuständige Fachkraft letztendlich bei ihm. Dieses Entscheidungsbefugnis ist dabei nicht als willkürlich zu betrachten, sondern unterliegt den Handlungs- und Verfahrensstandards auf Basis seiner fachlichen Qualifikation und dem gesetzlichen Rahmen. Bei seinen Entscheidungen hat der ASD das Kindeswohl im Blick zu behalten und ggf. weitere Schritte und Maßnahmen zur Gefährdungsabwendung zu ergreifen. Erneut wird die notwendige Transparenz seiner Tätigkeit und Entscheidungen sichtbar. Neben der Prozessverantwortlichkeit ist weiterhin die Beziehung sowohl zu den Klienten als auch zu den beteiligten Helfern von großer Bedeutung und immer wieder zu reflektieren. Der ASD gerät hier durchaus häufiger unter Druck, denn die Klienten fühlen sich durch die Kontrollfunktion des ASD bedroht und die Institutionen fordern, anstatt einer Beendigung einer Hilfe, mehr Stunden, um ihrer Arbeit gerecht werden zu können und diese fortzuführen. Im Rahmen seiner Entscheidungen kann der ASD wiederum erneut das Gremium der kollektiven Beratung nutzen und bei Bedarf die Unterstützung der Leitung in Anspruch nehmen. Wenngleich im Fallbeispiel keine Konflikte der Helfer bestanden haben, sind diese in der Praxis des ASD nicht selten. Das Fallbeispiel verdeutlicht die Höhen und Tiefen, mit denen der ASD in seiner täglichen Praxis konfrontiert ist. Es wird deutlich, dass Erfolge des ASD zumeist relativ sind, denn die erste Hilfe durch SPFH konnte die spätere Hilfe nicht verhindern. Dennoch ist der Fall als ein positives Beispiel der Fallarbeit des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung zu betrachten, denn die Kinder mussten nicht untergebracht werden, um die Gefährdung abzuwenden. Weiterhin hat der Erfolg der Hilfe dazu geführt, dass sich die Familie tatsächlich bei Hilfebedarf an den ASD wendet.

Die zentrale Rolle des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung geht also weit über die Gefährdungssituation selbst hinaus und ergibt sich im Rahmen von HzE insbesondere durch die bestehen bleibende Gesamtverantwortung für den Fall, die Koordination und Prozessver-

antwortlichkeit sowie die Nutzung weiterer Verfahrensstandards. Dabei steht das Kindeswohl im Blickpunkt des ASD, seine Entscheidungen folgen diesem. Weiterhin bleibt der ASD im Hinblick auf nachfolgende Problemlagen für die Familie zuständig, daher obliegt ihm seine zentrale Rolle auch aus seinem Kontakt zu den Klienten, die sich nach Möglichkeit von selbst an den ASD wenden sollen, wenn sie Hilfebedarf haben. Der ASD verhindert hier, zur „Feuerwehr“ im Noteinsatz zu werden und schon im Vorwege verhindert er damit evtl. eine weitere Kindeswohlgefährdung.

8. Fazit

Die zentrale Rolle des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung ergibt sich aus einem komplexen Zusammenwirken mehrerer Faktoren, die für einen jeweiligen Einzelfall unterschiedlich bedeutsam und gewichtig sein können.

Gesetzliche Grundlagen, erklärungstheoretisches Bezugswissen und Kenntnisse und Fertigkeiten im Rahmen fachlicher Verfahrens- und Handlungsstandards, liegen den Aufgaben und der Rolle des ASD zu Grunde. Die Anforderungen zur Erfüllung seiner Schutz- und Kontrollfunktion sind damit hoch komplex, denn jeder Einzelfall wird individuell für sich betrachtet und in seinem zugehörigen Gesamtkontext bewertet. Die Beachtung der Bedingungen und Problemlagen des Einzelfalls erfordern darauf angepasste Handlungs- und Vorgehensweisen, Hilfen, Maßnahmen und Eingriffe müssen die individuelle Situation berücksichtigen. Der ASD muss hier einen weiten und offenen Blickwinkel einnehmen, parallel aber immer die Gefährdungslage des Kindes im Auge behalten und seine Tätigkeit darauf ausrichten.

Damit wird deutlich, dass der ASD neben der generalisierten, zentralen Rolle des Kinderschutzes im Rahmen von Kindeswohlgefährdung, in jedem konkreten Einzelfall eine individuelle zentrale Rolle und Funktion einnimmt. Diese umfasst dabei ein Doppelmandat von Hilfe und Kontrolle, das aus den unterschiedlichen gesetzlichen Vorgaben entsteht und im Einzelfall zum Tragen kommt.

Grundlegend für die zentrale Rolle des ASD ist der gesetzliche Auftrag des staatlichen Wächteramtes. Der ASD hat den Auftrag, über das Recht der Eltern und deren Pflicht zur Pflege und Erziehung ihrer Kinder zu wachen. Zur Erfüllung braucht der ASD konkretisierte Grundlagen, die ihn zur Einschätzung und Tätigkeit im Falle einer möglichen Kindeswohlgefährdung befähigen und ermächtigen. Daher gewinnt der ASD seinen Handlungsrahmen zur

Erfüllung dieser besonderen Aufgabe grundlegend aus dem Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung. Hier bekommt der ASD bestimmte Aufgaben, Pflichten und Handlungsweisen an die Hand, um eine mögliche Kindeswohlgefährdung einzuschätzen und dieser auf unterschiedlicher Weise entgegen zu wirken. Der generalisierte Auftrag des staatlichen Wächteramtes wird also nun konkretisiert und auf den Einzelfall bezogen. Dies ist für die zentrale Rolle des ASD, im Rahmen von Kindeswohlgefährdung, von großer Bedeutung. Es obliegt dem ASD die komplexe Einschätzung im Einzelfall, die dazu führt, dass sowohl weitere rechtliche Rahmenbedingungen relevant werden, als auch die Anforderung erweiterter Fähigkeiten, Kompetenzen und Kenntnisse entsteht, um dieser Aufgabe gerecht werden zu können. In seiner Gefährdungseinschätzung folgt der ASD zunächst grundlegend den Voraussetzungen der Gerichtlichen Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung. Für Hilfen durch den ASD sind insbesondere die HzE maßgeblich, und die hoheitliche Aufgabe eines Eingriffs erfolgt auf Basis der gesetzlichen Grundlagen zur Inobhutnahme. Weiterhin obliegt es dem ASD, je nach Einzelfalleinschätzung, auch das Familiengericht anzurufen, um seiner Aufgabe und Rolle im Rahmen von Kindeswohlgefährdung gerecht zu werden. Der ASD nimmt die zentrale Rolle aus seiner Schutz- und Kontrollfunktion heraus ein, die von seinen Kenntnissen und Fertigkeiten zur Anwendung und Umsetzung der gesetzlichen Normen abhängig ist. Im Rahmen seiner Tätigkeit hat der ASD insgesamt dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu folgen. Die konkrete Situation des Einzelfalls ist dabei entscheidend.

Neben den Kenntnissen und Fertigkeiten, die dem ASD aus dem Gesetz obliegen, bedarf es weiterer Kompetenzen, denn allein aus dem Gesetz kann er den Auftrag des Kinderschutzes nicht ausreichend erfüllen.

Vielmehr braucht der ASD zur Gefährdungseinschätzung erweiterte, fundierte fachliche Kenntnisse. Die Anwendung des Fachwissens zur Kindeswohlgefährdung stellt eine hohe Anforderung an den ASD, denn diese kann in verschiedenen Formen erfolgen und unterschiedlichste Auswirkungen auf ein Kind und das Familiensystem haben. Ein breites Spektrum an erklärungstheoretischem Wissen ist daher für die Arbeit des ASD in besonderem Maße bedeutsam. Die Anwendung seines Wissens dient dabei der qualifizierten Einschätzung und Bewertung unterschiedlichster Problemlagen im Einzelfall. Der ASD zieht dabei Schlüsse von seinem Fachwissen auf den Einzelfall, und parallel werden die Problemlagen des Einzelfalls konkretisiert auf Basis der theoretischen Kenntnisse betrachtet und eingeschätzt. Die zentrale Rolle des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung gewinnt hier weiter an Bedeutung, denn die Einschätzung zur Gefährdungslage und darauf begründete Handlungen haben, je nach Einzelfall, gravierende Auswirkungen auf die Zukunft eines Kindes bzw. einer ganzen Familie.

Eine Erweiterung der Fachlichkeit erfolgt durch Kenntnisse und Fertigkeiten zur Anwendung und Umsetzung fachlicher Verfahrens- und Handlungsstandards, die einen weiteren Rahmen für die Tätigkeit des ASD bei Kindeswohlgefährdung und auch darüber hinaus bilden.

Im Fall der Familie Schmidt ist zunächst grundlegend erkennbar, dass der ASD die zentrale Anlaufstelle für mögliche Kindeswohlgefährdungen ist und der ASD grundsätzlich nicht von sich aus tätig wird, um mögliche Kindeswohlgefährdungen aufzuspüren. Der ASD ist auf die Mitwirkung anderer Institutionen oder des Umfeldes einer Familie angewiesen. Weiterhin können sich die Familien selbständig an den ASD wenden, um Hilfe zu bekommen. Im Rahmen von Kindeswohlgefährdung wird dies jedoch eher selten in Anspruch genommen. Die zentrale Rolle des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung weitet sich hier auf eine notwendige vernetzte Stadtteilarbeit aus. Diese Präsenz des ASD dient der Prävention und möglichst frühen Kenntnis von Familien mit besonderen Problemlagen, um durch frühe Hilfen gravierende Kindeswohlgefährdungen zu verhindern oder zumindest rasch abzuwenden.

Weiterhin wird durch den Fall der Familie Schmidt die zentrale Bedeutung des Kontaktes und der Beziehungen zwischen dem ASD und der Familie sichtbar. Der ASD hat in einer durchaus grenzwertigen Gefährdungslage wohl überlegt gehandelt und den Eltern Unterstützung zur eigenen Lösung geboten. Wenngleich schon zu Beginn des Falls erste eigene Überlegungen zur SPFH erfolgten, wurden diese nicht unüberlegt sofort „übergestülpt“. Der ASD hat den Eltern Raum und Zeit gegeben, ein Stück weit selbst zu erkennen, dass die Familie Schwierigkeiten hat und ein wenig Vertrauen zum ASD zu gewinnen und damit dazu beigetragen, dass der Zwangskontext der SPFH für die Familie aushaltbar wurde. Die stationäre Unterbringung konnte damit vermieden werden, wenngleich diese wohl mehrfach im Raum und zeitweilig sogar kurz bevor stand.

Die weitere Kooperation und Vernetzung des ASD, sowie die fortbestehende Gesamtverantwortung in einem Fall wird anhand des Beispiels gut ersichtlich. Der ASD bleibt bei einer eingerichteten Hilfe für den Prozess verantwortlich, ihm obliegt die Koordination der Beteiligten. Er ist und bleibt die zentrale Schnittstelle und Ansprechpartner für alle Beteiligten. Wenngleich auch schon der gesetzliche Rahmen auf die Kooperation, Vernetzung und Beteiligung weiterer Institutionen und Klienten verweist, ist dies für die Erfüllung der Rolle und Funktion des ASD, auch aus seiner professionellen Sicht, unerlässlich.

Das Fallbeispiel der Familie Schmidt zeigt die einzelnen Vorgehensweisen und Verfahrens- und Handlungsstandards des ASD im Rahmen seiner Tätigkeit bei Kindeswohlgefährdung, die offensichtlich ziemlich umfangreich sind und daher nur anteilig in der Arbeit direkt angewandt werden konnten.

Aufgrund der geleisteten Hilfe konnte die Kindeswohlgefährdung abgewendet werden. Die Veränderungen der grundlegenden Bedingungen innerhalb der familiären Situation hatten daran allerdings einen erheblichen Anteil. Ein Hilfee Erfolg ist für die Rolle des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung von Bedeutung, weil nachfolgende Problemlagen zur eigenständigen Kontaktaufnahme der Familie zum ASD führen und eine weitere Kindeswohlgefährdung daher evtl. vermieden werden kann. Im Fall der Familie Schmidt wurden die weitreichenden Auswirkungen einer Kindeswohlgefährdung sichtbar, die die Bedrohlichkeit einer Kindeswohlgefährdung verdeutlichen.

Das Fallbeispiel zeigt, dass die zentrale Rolle des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung grundlegend einzelfallabhängig ist. Die Praxis des ASD richtet seine Tätigkeit, neben dem Schutz des Kindes und der Risikoabschätzung, insbesondere auf die Hilfe zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung.

Ausgehend von der Annahme einer Garantenstellung und -pflicht der einzelnen Mitarbeiter des ASD zur Gewährleistung des Schutzes eines Kindes vor Gefahren für sein Wohl, wird die Zentralität der Rolle und Verantwortung des ASD im Falle einer Kindeswohlgefährdung damit in besonderer Weise hervorgehoben und verdeutlicht. Während weiteren Leistungserbringern der Jugendhilfe eine Garantenstellung aus der tatsächlichen Schutzübernahme obliegt, erhält der ASD diese zusätzlich aus dem Gesetz. Er kann seine Verantwortung damit nicht vollständig an andere Institutionen bzw. Personen abgeben und trägt daher, selbst wenn eine Hilfe zur Gefährdungsabwendung erfolgt, die grundlegende Verantwortung den Schutz eines Kindes zu gewährleisten.

Alle Fertigkeiten und Kenntnisse des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung, und auch darüber hinaus, führen dennoch nicht zu einer absoluten Sicherheit in der Falleinschätzung und Hilfeleistung. Sowohl standardisierte Verfahren zur Risikoeinschätzung, grundlegende fachliche Handlungsstandards so wie die stetige Erweiterung und Reflexion des eigenen Wissens und Handelns, bieten aber eine grundlegende fachliche Basis, die das Risiko von Fehleinschätzungen reduzieren.

Die zentrale Rolle des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung erfährt durch die neuen gesetzlichen Regelungen, durch Inkrafttreten des KICK und weiterentwickelte Verfahrensstandards, eine Konkretisierung der Aufgabenstellung und Hilfe zur Erfüllung dieser, wenngleich sich wohl in der Alltagspraxis des ASD dadurch nur wenig verändert haben mag.

Standardisierte Verfahren zur Risikoabschätzung einer Kindeswohlgefährdung, wie das Indikatoren-Modell der Handlungsempfehlungen, bieten grundsätzlich eine Hilfestellung und Unterstützung zur Gefährdungseinschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung. Allerdings erfordert speziell dieses Modell einen großen zeitlichen Aufwand, wenn die Vorlagen am Computer ausgefüllt werden. Es erscheint daher für die Alltagspraxis des ASD zu umfangreich und einzig für eine kurze handschriftliche Einschätzung anwendbar. Damit werden standardisierte Verfahren nicht grundsätzlich abgelehnt. Die Entwicklung eines kompakten bundeseinheitlichen standardisierten Verfahrens ist sowohl für die Praxis als auch der Evaluation von Kindeswohlgefährdungsfällen dienlich.

Da es der Leitung obliegt, die Strukturen zur Erfüllung des Schutzauftrags des ASD zu schaffen, ergibt sich für den ASD eine z.T. schwierige Lage. Er ist mit der Erfüllung des staatlichen Wächteramtes und dem Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung betraut, das ein hohes Maß an Verantwortung verlangt und muss sich dabei mit den vorgegebenen Strukturen arrangieren, die die Aufgabenwahrnehmung des ASD z.T. erheblich erschweren. Angesichts „leerer Kassen“ ist z.B. teilweise eine faktische Unterbesetzung der ASD-Teams festzustellen. Dies führt dazu, dass der ASD seine vielen anderen Aufgaben neben dem Schutzauftrag, z.T. nur bedingt erfüllen kann. Gerade der ASD darf nicht darauf reduziert werden, als „Feuerwehr“ Notfallrettung in letzter Sekunde zu leisten. Das steht grundsätzlich seinem gesetzlichen Auftrag, insbesondere der Aufgabenerfüllung abgesehen von Kindeswohlgefährdung, entgegen. Es bedarf daher dringend der Unterstützung und Entlastung der Mitarbeiter durch die Leitung, in dem diese einen positiven Rahmen zur Erfüllung der Aufgaben des ASD ermöglicht. Dazu zählt auch die Schaffung von Strukturen, die eine ausreichende Vernetzung des ASD ermöglichen. Denn dadurch kann u.a. der Zugang für mögliche Klienten erleichtert werden und der ASD kann seiner präventiven Arbeit nachkommen. Weiterhin fördert die Vernetzung den fachlichen Austausch und die Kenntnis neuer Einrichtungen und Angebote im Zuständigkeitsbereich.

Weiterhin werden durch die Leitung regelmäßig diverse Vorlagen, Statistikbögen o.ä. erneuert oder ergänzt. Der ASD ist dabei zeitweilig nicht in der Lage, alte und neue Vorlagen zu unterscheiden und selbst innerhalb eines Teams werden daher z.T. keine einheitlichen Formulare benutzt. Dies geschieht nicht zwingend aus einer Verweigerung heraus, sondern lässt auf eine Verwirrung bezüglich der Aktualität der Formulare schließen. Auch stellt die „Papierflut“ eine zusätzliche Belastung dar, muss man sich doch immer erst in die neuen Vorlagen einarbeiten und die Anwendung erproben.

Wenngleich die Weiterbildung zur Kinderschutzkraft einiger ASD-Mitarbeiter in Hamburg inzwischen erfolgt ist, besteht hier dringend ein weiterer Bedarf, damit der unterschiedliche Ausbildungsstand der einzelnen Mitarbeiter angeglichen wird und damit die grundlegende Fachlichkeit des ASD nicht verloren geht.

Es wird insgesamt deutlich, dass der ASD seine zentrale Rolle aus seinem gesetzlichen Auftrag und den zugehörigen fachlichen Grundlagen, Handlungs- und Verfahrensstandards generell und aus den konkreten Bedingungen und Vorgehensweisen im Einzelfall gewinnt, der Leitung aber ebenfalls eine zentrale Rolle zuteil wird, indem ihr die Schaffung von Strukturen obliegt, die den ASD zur bestmöglichen Erfüllung seiner Aufgaben befähigen.

Resümee

Nachdem ich mich zuvor sehr schwer getan hatte, ein Thema für die Diplomarbeit auszuwählen und dann auch mit der Bearbeitung zu beginnen, bin ich froh, dass ich letztendlich genau dieses Thema angegangen bin.

Die vertiefte Auseinandersetzung mit der zentralen Rolle des ASD im Rahmen von Kindeswohlgefährdung hat dazu geführt, dass ich mein vorhandenes Wissen merklich erweitern konnte. Gerade die neuen gesetzlichen Regelungen und standardisierten Verfahren waren bisher nur oberflächlich zu mir durchgedrungen, liegt mein Examen doch nun auch schon drei Semester und das Praktikum im ASD bald vier Jahre zurück.

Die Erweiterung des Blickwinkels, durch die Darstellung und Bearbeitung des Fallbeispiels, hat mir zusätzlich erneut verdeutlicht, dass zwar die gesetzlichen Grundlagen den Handlungsrahmen für die Arbeit des ASD liefern, die praktische Arbeit mit den Klienten auf der Beziehungsebene aber ausschlaggebend für positive Hilfeverläufe ist.

Grundsätzlich hat der ASD meines Erachtens auch vor den gesetzlichen Änderungen und weiterentwickelten Standards gute, professionelle Arbeit geleistet, waren meine Erfahrungen im Praktikum mit wenigen Einschränkungen doch sehr positiv.

Gerne möchte ich dennoch betonen, dass für eine hochwertige, professionelle Arbeit im ASD eine ausreichend hohe Anzahl qualifizierter Mitarbeiter ausschlaggebend ist. Andernfalls werden die vielfältigen Aufgaben des ASD, auf Fälle von Kindeswohlgefährdung reduziert, eine adäquate Beziehungsarbeit quasi unmöglich und die Mitarbeiter „verheizt“. Das steht sowohl dem gesetzlichen Auftrag des ASD, als auch der Verantwortung des Arbeitgebers gegenüber seinen Mitarbeitern, entgegen. Es ist unzureichend, wenn nur darauf geachtet wird, ob die Arbeitsplätze besetzt sind. Vielmehr muss auch die faktische Stellenausfüllung Beachtung finden, damit alle Aufgaben des ASD, auch in der täglichen Arbeit wahrgenommen werden können. Der ASD ist mit dieser Problematik sicherlich nicht allein, die Auswirkungen können hier aber besonders fatal sein, geht es doch um die Gewährleistung des Kinderschutzes durch Erfüllung des staatlichen Wächteramts.

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1:** Übersicht: Nichtgewährleistung/Gefährdung des Kindeswohls und Fähigkeit/Bereitschaft der Eltern zur Annahme von Hilfe (zur Erziehung)
- Abb. 2:** Bedürfnispyramide
- Abb. 3:** Risiken, Schutzfaktoren und Ressourcen bei Vernachlässigung

Literaturverzeichnis

Bamberger, Heinz/ Roth, Herbert (Hg.) 2003: Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Band 3 §§ 1297-2385 EGBGB, CISG. München: C.H. Beck

Blum-Maurice, Renate 2002: Die Wirkungen von Vernachlässigung auf Kinder und der „Kreislauf der Gewalt“. In: Zenz, Winfried/Bächer, Korinna/ Blum-Maurice, Renate (Hg.): Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland. Köln: PapyRossa, 112-128

Bringewat, Peter 1997: Tod eines Kindes. Soziale Arbeit und strafrechtliche Risiken. Baden-Baden: Nomos

Bringewat, Peter o.J.: § 8 a SGB VIII aus rechtlicher/strafrechtlicher Sicht. Aufgaben und Risiken für Jugendämter und freie Träger. Internet: http://www.agjae.de/pics/medien/1_1165181979/03._Kindeswohl_Prof._Bringewat.pdf, Stand: 4.2.2007

Christ, Hans 2002: Dissoziative Bindung und familiäre Traumatisierung. In: Zenz, Winfried/Bächer, Korinna/ Blum-Maurice, Renate (Hg.): Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland. Köln: PapyRossa, 88-102

Dettenborn, Harry/ Walter, Eginhard 2002: Familienrechtspsychologie. 11 Abbildungen und 6 Tabellen. München/Basel: Ernst Reinhardt

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP) u.a. (Hg.) 2003: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. überarbeitete Auflage. Köln: Deutscher Ärzte Verlag Internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/11/028-034.htm>, Stand: 19.2.07

Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V.(DKSB NRW)/ Institut für soziale Arbeit e.V. (ISA) Münster (Hg.) 2000: Kindesvernachlässigung. Erkennen – Beurteilen - Handeln. Fulda: Fuldaer Verlagsagentur, Internet: <http://www.isa-muenster.de/pdf/kindesver.pdf>, Stand: 4.2.07

Deutscher Städtetag, 2003: Strafrechtliche Relevanz sozialarbeiterischen Handelns. Empfehlungen zur Festlegung fachlicher Verfahrensstandards in den Jugendämtern bei akut schwerwiegender Gefährdung des Kindeswohls. Internet: http://www.agsp.de/assets/applets/Empfehlungen_Staedtetag.pdf, Stand: 13.2.07

Dornes, Martin 1999: Die Entstehung seelischer Erkrankungen: Risiko- und Schutzfaktoren. In: Suess, Gerhard/ Pfeifer, Walter-Karl (Hg.): Frühe Hilfen. Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung. Eine Veröffentlichung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.. 3. Auflage. Gießen: Psychosozial-Verlag, 25-64

Egle, Ulrich/ Hoffmann, Sven 2000: Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In: Egle, Ulrich/ Hoffmann, Sven/ Joraschky, Peter (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folge früher Traumatisierungen. 2. vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer, 3-22

Enders, Manfred 1997: Systemischer Ansatz. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.) : Fachlexikon der sozialen Arbeit. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Frankfurt am Main: Eigenverlag, Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer, 941-942

Engfer, Anette 1986: Kindesmißhandlung. Ursachen, Auswirkungen, Hilfen. Stuttgart: Enke

Engfer, Anette 2000: Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: Egle, Ulrich/ Hoffmann, Sven/ Joraschky, Peter (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folge früher Traumatisierungen. 2. vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer, 23-39

Esser, Günter 2002: Ablehnung und Vernachlässigung von Säuglingen. In: Zenz, Winfried/Bächer, Korinna/ Blum-Maurice, Renate (Hg.): Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland. Köln: PapyRossa, 103-111

Frank, Reiner 1989: Definitionen und Epidemiologie. In: Olbing, Hermann/ Bachmann, Klaus-Ditmar/ Gross, Rudolf (Hg.): Kindesmisshandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 18-25

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG), Amt für Familie, Jugend und Sozialordnung (Hg.) 2006a: Leitfaden für Hausbesuche in akuten Krisen. 2. Auflage. Hamburg: Eigendruck, Internet: <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/bsg/familie/fachkraefte/veroeffentlichungen/hausbesuche-in-akuten-krisen,property=source.pdf>, Stand: 15.2.07

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG), Amt für Familie, Jugend und Sozialordnung (Hg.) 2006b: Handlungsempfehlungen zum Umgang mit der „Garantenstellung“ des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdung. 2. aktualisierte Auflage. Hamburg: Eigendruck, Internet: <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/bsg/familie/fachkraefte/veroeffentlichungen/garantenstellung,property=source.pdf>, Stand: 2.2.07

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales und Familie, Amt für Familie, Jugend und Sozialordnung (Hg.) 2004: Globalrichtlinie GR J 8/04. Hilfe zur Erziehung, Hilfe für junge Volljährige und Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Internet: <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/soziales-familie/jugend-und-familie/informationen-fuer-fachkraefte-der-jugendhilfe/globalrichtlinien/globalrichtlinie-8-2004,property=source.pdf>, Stand: 2.2.07

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) 2007: Hamburg schützt seine Kinder. 200 Kinderschutzfachkräfte in der Jugendhilfe fortgebildet. Pressemeldung vom 19.2.07. Internet: <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/pressemeldungen/2007/februar/19/2007-02-19-bsg-kinderschutz.html>, Stand: 4.3.07

Fremmer-Bombik, Elisabeth 1999: Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In Spangler, Gottfried/Zimmermann, Peter (Hg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. 3. durchgesehene Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta, 109-119

Grossmann, Karin 2000: Praktische Anwendungen der Bindungstheorie. In: Endres, Manfred/Hause, Susanne (Hg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie. München/Basel: Ernst Reinhardt, 54-80

Haase, Wolfgang 2006: Wie arbeitet das Familiengericht in Fällen der Kindeswohlgefährdung?. In: Kindler, Heinz u.a. (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 118: 1-3

Hantel-Quitmann, Wolfgang 1997: Beziehungsweise Familie: Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie. Band 3 Gesundheit und Krankheit. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Harnach-Beck, Viola 2000: Kindesmisshandlung und Sorgerecht – Zur Diagnostik der Gefährdung. Aufgaben sozialer Arbeit bei Anrufung des Familiengerichts. In: Armbruster, Meinrad (Hg.): Misshandeltes Kind – Hilfe durch Kooperation. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Kalscheuer, Mareile/ Schone, Reinhold 2002: Kindesvernachlässigung: Vernetzung und Kooperation zwischen Jugendhilfe und anderen Disziplinen. In: Zenz, Winfried/Bächer, Korinna/ Blum-Maurice, Renate (Hg.): Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland. Köln: PapyRossa, 158-171

Kindler, Heinz 2006: Was ist unter psychischer Misshandlung zu verstehen? In: Kindler, Heinz u.a. (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 4: 1-4

Kindler, Heinz, 2006: Verfahren und Perspektiven zur Risikoeinschätzung bei Misshandlung und Vernachlässigung. In: Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS), Bayrisches Landesjugendamt (Hg.) 2006b: Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. München: o.A., 127-134

Köhler, Lotte 1999: Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. Einschränkende Vorbehalte, Nutzen, Fallbeispiele. In: Suess, Gerhard/ Pfeifer, Walter-Karl (Hg.): Frühe Hilfen. Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung. Eine Veröffentlichung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.. 3. Auflage. Gießen: Psychosozial-Verlag, 107-140

Lenkitsch, Ulrich 1989: Erfahrungen aus Sicht eines Jugendamtes. In: Olbing, Hermann/ Bachmann, Klaus-Ditmar/ Gross, Rudolf (Hg.): Kindesmisshandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 170-185

Münder, Johannes u.a. 2006, 5. vollständig überarbeitete Auflage: Frankfurter Kommentar zum SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim/München: Juventa

Neuffer, Manfred 2005: Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. 2. überarbeitete Auflage. Weinheim/München: Juventa

Raack, Wolfgang 2006: Worin besteht die Aufgabenstellung des ASD bei Kindeswohlgefährdungen aus familien- und jugendhilferechtlicher Sicht?. In: Kindler, Heinz u.a. (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 34: 1-4

Rebmann, Kurt/ Säcker, Franz/ Rixecker, Roland (Hg.) 2002: Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Band 8 Familienrecht II §§ 1589-1921. SGB VIII. 4. Auflage. München. C.H. Beck

Rosemeier, Claus-Peter 1996: Präventive Hilfen für Säuglinge und Kleinkinder - Einführung in die Thematik der Tagung. In: Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (Hg.): Risiken und Ressourcen. Vernachlässigungsfamilien, kindliche Entwicklung und präventive Hilfen. Gießen: Psychosozial-Verlag, 8-26

Scheurer-Englisch, Hermann 1999: Bindungsdynamik im Familiensystem und familientherapeutische Praxis. In: Suess, Gerhard/ Pfeifer, Walter-Karl (Hg.): Frühe Hilfen. Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung. Eine Veröffentlichung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.. 3. Auflage. Gießen: Psychosozial-Verlag, 141-164

Schone, Reinhold u.a. 1997: Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. Münster: Votum

Schone, Reinhold 2001: Familien unterstützen und Kinder schützen – Jugendämter zwischen Sozialleistung und Intervention. In: Sozialpädagogisches Institut (SPI) im SOS-Kinderdorf e.V. (Hg.): Jugendämter zwischen Hilfe und Kontrolle. Autorenband 5. München: Eigenverlag, 51-89

Schone, Reinhold 2006: Formelle und informelle Verfahren zur Sicherung des Kindeswohls zwischen Jugendhilfe und Justiz. In: Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS), Bay-

risches Landesjugendamt (Hg.) 2006b: Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. München: o.A., 113-126

Staub-Bernasconi, Silvia 2000: Systemische Soziale Arbeit. In: Stimmer, Franz (Hg.): Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit. 4. völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. München/Wien: Oldenbourg, 737-740

Unterstaller, Adelheid 2006: Was ist unter sexuellem Missbrauch zu verstehen?. In: Kindler, Heinz u.a. (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 6: 1-5

Werner, Annegret 2006: Was brauchen Kinder, um sich altersgemäß entwickeln zu können?. In: Kindler, Heinz u.a. (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 13: 1-4

Wiesner, Reinhard (Hg.) 2006, 3. völlig überarbeitete Auflage: SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar. München: C.H. Beck

Wolff, Reinhart 2002: Kindesvernachlässigung – Entwicklungsbedürfnisse und die fachlichen Aufgaben der Jugendhilfe. In: Zenz, Winfried/Bächer, Korinna/ Blum-Maurice, Renate (Hg.): Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland. Köln: PapyRossa, 70-83

Zenz, Winfried 2002: Zwischen Macht und Ohnmacht. Die Beziehungsdynamik von Helfer und Familie bei Kindesvernachlässigung und ihre Folgen für lösungsorientiertes Arbeiten. In: Zenz, Winfried/Bächer, Korinna/ Blum-Maurice, Renate (Hg.): Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland. Köln: PapyRossa, 130-142

Ziegenhain, Ute 2006: Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung im Licht entwicklungspsychopathologischer Forschungsergebnisse. In: Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS), Bayrisches Landesjugendamt (Hg.) 2006a: Kindeswohlgefährdung. Zur Verantwortungsgemeinschaft zwischen Familiengericht und Jugendamt in der Ausübung des Wächteramts der staatlichen Gemeinschaft über die elterliche Erziehungsverantwortung. Dokumentation der Fachtagung für Familienrichter und leitende Fachkräfte in Jugendämtern vom 8. bis 10. Februar 2006 in Fischbachau. München: o.A., 12-22

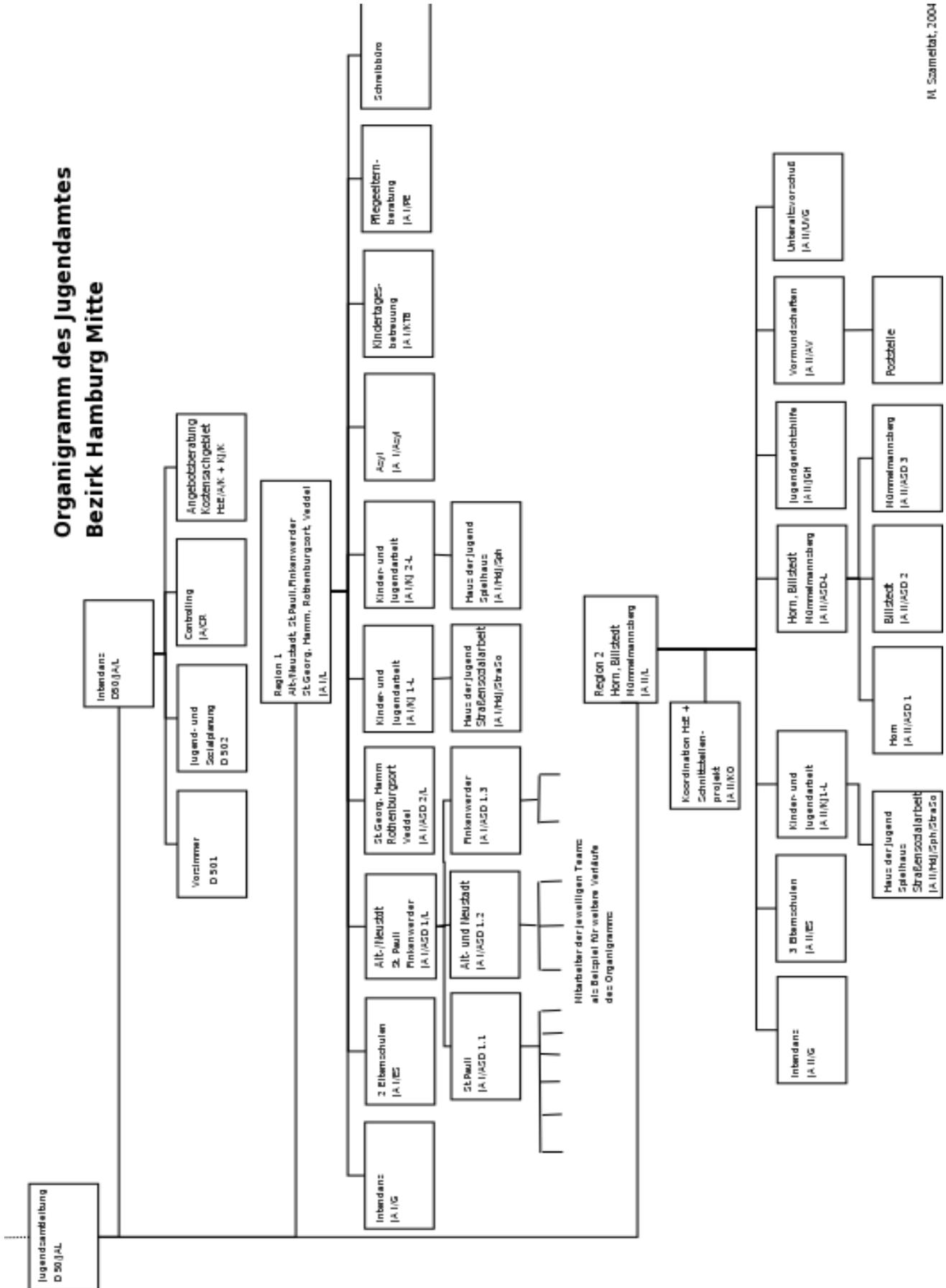
Anhang

Inhaltsverzeichnis zum Anhang

Anhang 1: Organigramm des Jugendamtes Bezirk Hamburg Mitte.....	I
Anhang 2: Folgen eingeschränkter und/oder unterlassener Bedürfnisbefriedigung.....	II
Anhang 3: Überblick über Bindungsstile und -organisation beim Individuum, den Erziehungshaltungen und in unterschiedlichen Beziehungskontexten.....	III
Anhang 4: Das Indikatoren-Modell angewandt auf das Fallbeispiel Schmidt. Meldung, Erstkontakt, Folgekontakt und zugehörige Sachverhalts- beschreibungen.....	IV
Anhang 5: Personaldatenbogen, Schaubilder zur Familie und zum sozialen Netzwerk, Darstellung der Risiken und Ressourcen im Fall Schmidt.....	XX
Anhang 6: Dokumentation zur kollegialen Beratung im Fall Schmidt.....	XXV
Anhang 7: Der Hilfeplan und die zugehörigen Zielvereinbarungen im Fall Schmidt.....	XXIX

Anhang 1: Organigramm des Jugendamtes Bezirk Hamburg Mitte

Organigramm des Jugendamtes Bezirk Hamburg Mitte



M. Szamelet, 2004

Anhang 2: Folgen eingeschränkter und/oder unterlassener Bedürfnisbefriedigung

Basic need	Folge des Mangels	Langzeitfolgen
Liebe, Zuwendung	Gedeihstörungen emotionale Störungen	körperliche und psychische Deprivationsfolgen
stabile Bindungen	Auffälligkeiten im Kontakt (Nähe-Distanz)	Bindungsstörungen
Versorgung	Hunger, Fehlernährung Gedeihstörungen	psychosozialer Minderwuchs
Aufsicht	Unfälle	Behinderungen
Körperpflege	Entzündungen (im Windelbereich)	Defektheilungen, z.B. a. d. Haut d. Superinfektionen
Gesundheitsfürsorge	vermeidbare Erkrankungen	schwere Verläufe
Tagesablauf	Schlafstörungen, Apathie am Tag	Entwicklungsstörungen, Deprivation
relative Freiheit vor Angst	Angst	Selbstwert- und emotionale Probleme
körperliche Unversehrtheit	Angst, Verletzung nach Miß- handlung und sexuellem Miß- brauch	posttraumatische Reaktionen, Bindungs- und Persönlich- keitsstörungen
Respekt altersentsprechender Intimität, Schutz vor sexueller Ausbeutung	sexualisiertes Verhalten	psychische Langzeitfolgen, Partnerprobleme etc.
Anregung, Vermittlung von Erfahrungen	Entwicklungsdefizite, De- privation	Entwicklungsstörungen, psychiatrische Störungen

(Fegert, 1997: 66-73 in DKSB NRW e.V./ISA e.V., 2000: 21)

Anhang 3: Überblick über Bindungsstile und -organisation beim Individuum, den Erziehungshaltungen und in unterschiedlichen Beziehungskontexten

Bindungs- und Beziehungsstile	Bindungsverhalten sation in der Dyade (Beobachtung Fremde Situation, Sechsjährige)	Fürsorgeverhalten, Elternverhalten	Bindungsrepräsentation und mentaler Status bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen (in Interviews)	Dynamik in der Paarbeziehung	Familiendynamik
Sicher	Direkte und offene Kommunikation und Zugang zu Gefühlen; Nähe zur Bindungsperson bei Belastung; Bp. Bildet sichere Basis bei der Exploration	Feinfühlig Wahrnehmung und prompte und angemessene Reaktion auf die kindlichen Bedürfnisse und Gefühlsäusserungen; Zulassen von Körperkontakt und Akzeptieren des Kindes	Freier und eigenständiger Zugang zu eigenen Bindungserfahrungen, Integration negativer Gefühle und Erfahrungen; Wertschätzung von Bindungen und Gefühlen; beziehungsorientiert	Gegenseitige Fürsorge gelingt, der Partner ist bei Belastung verfügbar; primäre Bindungsgefühle werden ausgedrückt; angemessene Reaktionen und flexible Anpassung ermöglichen Zufriedenheit und Exploration	Offenes System: gegenseitiges Vertrauen und Fürsorge ermöglicht Exploration und Autonomie; offener und flexibler Umgang mit Gefühlen und Bedürfnissen; wenig Spannungen, klare Rollenverteilung
Vermeidend	Eingeschränkte Kommunikation und Zugang zu Gefühlen; beziehungsvermeidende Haltung bei Belastung; überaktivierte Exploration bei geringer Intensität	Unfeinfühlig Umgang mit kindlichen Bedürfnissen, Zurückweisung bei Gefühlsäusserungen und Körperkontakt	Abschnitt von Erinnerungen an Bindungserfahrungen, Idealisieren der eher unglücklichen Kindheit; Rückzug aus der Beziehung bei Belastung; geringe Wertschätzung von Gefühlen;	Fehlender Zugang zu Gefühlen und Partner führt zu dysfunktionalen Beziehungsprozessen (Anklagen, Rationalisieren, Gewalt, Rückzug); Forderungs-, Rückzugszirkel; eingeschränkte Reflexion, Exploration	Geringe Feinfühligkeit und unerfüllte Bindungsbedürfnisse führen zu Anspannung, Ärger; beeinträchtigt Exploration; primäre Gefühle werden nicht kommuniziert; Tendenz zu Rigidität und Isolation (geschlossen)
Ambivalent	Übersteigter Gefühlsausdruck ärgerlich angespannt; Anklammernd und hilflos bei Belastung; Bindungssystem überaktiviert; Exploration nicht möglich;	Inkonsistenter nicht einschätzbarer Umgang mit den kindlichen Bedürfnissen, fehlende Grenzen zwischen elterlichen und kindlichen Bedürfnissen, elterliche Bedürfnisse dominieren	Verstrickung in frühere Bindungserfahrungen, die das aktuelle Leben stark beeinflussen; fehlende Ablösung zu den Eltern; häufig Angst, Wut Hilflosigkeit und Verwirrung im Gespräch	Inkonsistente Reaktionen des Partners führen zu Anklammern, Verstrickung und Ärger in der Paarbeziehung; die Prozesse sind vergleichbar wie bei vermeidenden Paarbeziehungen (s.o.);	Verstrickung, Ambivalenz und geringes Vertrauen führen zu Überengagement und Abhängigkeit bei gestörter Exploration und Individuation; schwache „Grenzen“
Desorganisiert	Unklarer, widersprüchlicher Gefühlsausdruck, z.T. geängstigt durch Bp.; deutlicher Annäherungs-, Vermeidungskonflikt gg. Bp., später kontrollierend und Rollenkehr Exploration beeinträchtigt	Ängstiger Umgang mit dem Kind, Traumatisierung durch Mißhandlung, Mißbrauch oder Vernachlässigung; Elternteil selbst traumatisiert und geängstigt beim Umgang mit dem Kind	Hinweis auf gedankliche Desorganisation im Gespräch über Bindungserfahrungen aufgrund unverarbeiteter traumatischer Erfahrungen und Verlust von Bindungsperson	Mit unverarbeitetem Trauma verbundene und abgespaltene Gefühle führen zu Irritationen, Mißtrauen und Mißverständnissen in der Interaktion und gefährdenden den Bestand der Beziehung	ängstiger Umgang der Eltern mit den Kindern oder intergenerationale Traumafolgen desorganisierten Familienstruktur, führen zu Rollenkehr, Irritation und Zerfall der Familie

(Scheurer-Englisch in Suess/Pfeifer, 1999: S. 148)

B. Erstkontakt **Datum:** 24.7.96 **Uhrzeit:** 13:30

Bericht zur Meldung vom: 13.7.96
Name: Schmidt
Bearbeiterin/Bearbeiter: Schrö

Hausbesuch Kontakt im Büro Sonst. Ort **HB, unangemeldet**
Angetroffene Personen: Herr Schmidt und Mick.

Die Ergebnisse der Nachfrage im KTH werden in die Bewertung einbezogen.

Eindruck zur Situation der Kinder: _____
(bei mehreren Kindern und unterschiedlichen Einschätzungen bitte zwei Bögen benutzen)

Allgemeines zur Situation der Kinder: (Behinderung, Krankheit, Auffälligkeiten, u.a.)

Mick hatte die Krätze.

Er wurde vor dem Fernseher abgestellt. Eine weitere Inaugenscheinnahme hat nicht stattgefunden.

Carola und Cassandra sind beim Hausbesuch nicht anwesend und werden daher nicht persönlich in Augenschein genommen.

Carolas Zähne sind laut KTH fast vollständig von Karies zerstört.

Carola wird fast täglich im KTH geduscht und mit sauberer Kleidung versorgt

A = gute bis befriedigende Situation
B = ausreichende Situation
C = mangelhafte Situation
D = ungenügende/gefährdende Situation
O = es liegen keine Beobachtungen vor

Grundversorgung und Schutz der Kinder:

Grundbedürfnisse	A	B	C	D	O	Bemerkungen
Altersangemessene Ernährungssituation	<input type="checkbox"/>	Schriftliche Erläuterungen zu den Sachverhalten, die zu der vorgenommenen Bewertung geführt haben, auf extra Blatt (Anlage IV)				
Angemessene Schlafmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>					
Ausreichende Körperpflege	<input type="checkbox"/>					
Witterungsangemessene Kleidung	<input type="checkbox"/>					
Sicherstellung des Schutzes vor Gefahren	<input type="checkbox"/>					
Gesicherte Betreuung und Aufsicht	<input type="checkbox"/>					
Sicherung der gesundheitlichen Vor- und Fürsorge	<input type="checkbox"/>					
Anregung/Spielmöglichkeiten des Kindes	<input type="checkbox"/>					
Sachgemäße Behandlung von Entwicklungsstörungen	<input type="checkbox"/>					
Emotionale Zuwendung durch Bezugspersonen	<input type="checkbox"/>					
Gewährung altersangemessener Freiräume	<input type="checkbox"/>					
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>					

Familiäre Situation/Sicherung von familiären Erziehungsleistungen

Situation der Familie	A	B	C	D	O	Bemerkungen
Finanzielle/materielle Situation	<input type="checkbox"/>	Schriftliche Erläuterungen zu den Sachverhalten, die zu der vorgenommenen Bewertung geführt haben, auf extra Blatt (Anlage IV)				
Häusliche/räumliche Situation	<input type="checkbox"/>					
Familiäre Beziehungssituation	<input type="checkbox"/>					
Soziale Situation der Familie	<input type="checkbox"/>					
Kommunikation mit dem Kind	<input type="checkbox"/>					
Gesundheitliche Situation der Erziehungspersonen	<input type="checkbox"/>					
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>					

1 = erkennbar vorhanden
 2 = ambivalent/unsicher
 3 = nicht vorhanden/nicht erkennbar

Kooperationsbereitschaft der Eltern

Kooperation		Bereitschaft			Fähigkeit			Bemerkung
		1	2	3	1	2	3	
1. Bezugsperson	Frau Schmidt ist außer Haus.	<input type="checkbox"/>	Schriftliche Erläuterungen zu den Sachverhalten, die zu der vorgenommenen Bewertung geführt haben, auf extra Blatt (Anlage IV)					
2. Bezugsperson	Herr Schmidt	<input type="checkbox"/>						
Ggf. weitere Bez.pers.		<input type="checkbox"/>						

Gesamteinschätzung:	kurze Begründung für die Einschätzung:
<input type="checkbox"/> gute bis befriedigende Situation	<p>Die Wohnung ist verwahrlost, die Kinder sind unzureichend gepflegt und medizinisch versorgt, Carola hat kaputte Zähne (unbehandelte Karies) und Mick hatte die Krätze. Eine mangelhafte Ernährung wird vermutet.</p> <p>Die Eltern sind offenbar mit der Versorgung des Haushaltes und mit der Pflege und ärztlichen Versorgung der Kinder überfordert. Eine Problemeinsicht der Eltern ist nicht gesichert.</p>
<input type="checkbox"/> ausreichende Situation	
<input type="checkbox"/> mangelhafte Situation	
<input type="checkbox"/> ungenügende/gefährdende Situation	
<input type="checkbox"/> Es besteht akute Gefahr fürs Kind!	

Aufgrund dieser Gesamteinschätzung sind folgende Maßnahmen zu ergreifen:

Für die Familie/die Kinder:

- keine (weitere) Hilfe erforderlich
- Aufklärung und Beratung der Familie über Ansprüche, Rechte etc.
- Intensive Beratung und Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfen
- Durchsetzung der Bereitschaft, Hilfe anzunehmen (ggf. Meldung ans Gericht)
- Krisenintervention/Inobhutnahme

**Für das weitere Vorgehen des Jugendamtes
(siehe hierzu auch die Verfahrensstandards):**

- keine weitere Maßnahmen erforderlich
- umgehende kollegiale Beratung notwendig
- Information von Leitung
- Regelmäßige Kontrolle, Abstand: am Beratungsprozess orientiert
- erneuter Hausbesuch im September
- (weitere) diagnostische Einschätzungen: Die Situation wird weiter durch den ASD geklärt.
- Einschaltung weiterer Fachkräfte/Institutionen: Mütterberatung zur Klärung der Gesundheitssituation der Kinder, Kontakt zum KTH
- Einschaltung des Familiengerichts:
 - zur Erlangung einer einstweiligen Anordnung
 - zur Erlangung grundsätzlicher Entscheidungen
- sonstiges: mögliche Hilfe durch SPFH klären

Folgende verbindliche Absprachen zum Schutz des Kindes wurden getroffen:

(wer?, mit wem?, worüber?, Fristen? ggf. auf Extra-Bogen dokumentieren)

Vereinbarung mit Herrn Schmidt: Die Wohnung wird umgehend aufgeräumt und geputzt.
Der Kontakt zum KTH wird aufrecht erhalten.

Unterschrift Schrö

D. Sachverhaltsbeschreibung – Erläuterungen zu den Grundlagen der Bewertungen im Erstkontakt

! Eingetragen werden hauptsächlich die für die Kindeswohlgefährdung relevanten Aspekte.

Grundversorgung und Schutz des Kindes (Indikatoren) (ggf. Informationsquellen benennen!!)
Altersangemessene Ernährungssituation: nicht altersgemäße Ernährung, mangelnde Hygiene des Essens und Essgeschirrs, keine abwechslungsreiche Nahrung begründet durch: verwahrloste, dreckige Wohnung, herumstehende Essensreste, div. volle Müllbeutel, volle Aschenbecher, alte, angegessene Kekse, schmutzige Windeln, zerstörte Zähne von Carola (laut KTH)
Angemessene Schlafmöglichkeiten: Es gibt 2 Kinderzimmer, eines für die Mädchen und eines für Mick. Die Zimmer sind in einem dreckigen Zustand, Einschränkungen hinsichtlich eines Wohlbehagens und Hygiene
Ausreichende Körperpflege: Unzureichende Versorgung! Unregelmäßiges Waschen und Baden vermutet, Mick hatte die Krätze. Krätze ist eine ansteckende Hauterkrankung, die durch engen Körperkontakt mit infizierten oder u.a. auch durch nicht bzw. nur unzulänglich gewaschene Kleidung übertragen wird. Bestätigung durch ein Telefonat mit den KTH Sonnenschein, Carola wird dort häufig mit Kleidung versorgt und fast täglich geduscht.
Witterungsangemessene Kleidung unklar, mögliche Mängel werden z.T. vermutlich durch das KTH Sonnenschein behoben.
Sicherstellung des Schutzes vor Gefahren Die Wohnung ist verwahrlost und damit geht hier eine Gefahr für die Kinder einher.
Gesicherte Betreuung und Aufsicht: -
Sicherung von gesundheitlicher Vor- und Fürsorge: unzureichende Versorgung! Die Familie hat einen Kinderarzt, der Mick wg. einer Krätze behandelt hat. Krätze ist eine ansteckende Hauterkrankung, die durch engen Körperkontakt mit infizierten oder u.a. auch durch nicht bzw. nur unzulänglich gewaschene Kleidung übertragen wird. Die Zähne von Carola sind fast alle durch Karies zerstört (laut KTH), demzufolge scheint die Gesundheitsfürsorge nicht ausreichend gewährleistet.
Anregung/Spielmöglichkeiten des Kindes: Zu Hause <u>vermutlich</u> eingeschränkt, Mick saß im Kinderwagen vor dem Fernseher. Anregung der Mädchen im KTH

Sachgemäße Behandlung von Entwicklungsstörungen: -

Emotionale Zuwendung durch Bezugsperson/en:

KTH Sonnenschein berichtet von einem freundlichen und liebevollen Kontakt von Eltern und Kindern.

Gewährung altersangemessener Freiräume: -

Familiäre Situation/Sicherung von familiären Erziehungsleistungen (Indikatoren)

(ggf. Informationsquellen benennen!!)

Finanzielle/materielle Situation:

Die Familie Schmidt hat ein geringes Einkommen, Herr Schmidt ist arbeitslos. Die Familie lebt von Arbeitslosengeld und ergänzender Sozialhilfe.

Häusliche/räumliche Situation:

Eine desorganisierte Wohnraumnutzung durch Vermüllung ist vorhanden. Der Zustand der Wohnung ist desolat!

Familiäre Beziehungssituation:

Verdacht auf Überforderung durch mangelnde Selbstorganisation (Vermüllung der Whg.)

Soziale Situation der Familie: Genaue Situation bisher unklar.

Carola und Cassandra gehen ins KTH. Die Familie hat einen Kinderarzt.

Es wurden Hilfsangebote des KTH nicht angenommen und Ermahnungen des KTH haben zu keiner Veränderung geführt.

Kommunikation mit dem Kind:

Es scheint insg. einen unstrukturierten Tagesablauf zu geben, Herr S. wirkte verschlafen (13:30h) und musste sich nach dem Klingeln erst eine Hose anziehen. Verdacht auf mangelnde Ansprache und Förderung der Entwicklung)

Gesundheitliche Situation der Erziehungspersonen: -

Sonstiges: -

Bereitschaft und Fähigkeit der Eltern zur Gefahrenabwehr (Indikatoren)
1. Bezugsperson Frau Schmidt ist beim ersten Kontakt nicht anwesend.
2. Bezugsperson: Herr Schmidt sieht die Notwendigkeit des Aufräumens und Putzens der Wohnung ein. Es ist fraglich, wie die Umsetzung aussieht. Weitere Themen wurden vorerst nicht besprochen.
Ggf. weitere Bezugspersonen: -

C. Folgekontakt Datum: 5.9. und 7.12.96 **Uhrzeit:**

Name: Schmidt
 Bearbeiterin/Bearbeiter: Schröder

Hausbesuch Kontakt im Büro Sonst. Ort

Angetroffene Personen: 5.9.: Herr u. Frau Schmidt, Cassandra, Mick

7.12.: Frau Schmidt

Die Angaben des neuen KTH Marienkäfer werden einbezogen.

Eindruck zur Situation der Kinder:

(bei mehreren Kindern und unterschiedlichen Einschätzungen bitte zwei Bögen benutzen)

Veränderungen der Situation der Kinder:

Die Wohnung ist wesentlich sauberer, aber weit entfernt, wirklich sauber zu sein. Die Kinder besuchen alle drei jetzt das neue KTH Marienkäfer. Cassandra hat ebenfalls völlig zerstörte Zähne. Ansonsten ist die Situation der Kinder unverändert.

A = gute bis befriedigende Situation
 B = ausreichende Situation
 C = mangelhafte Situation
 D = ungenügende/gefährdende Situation
 O = es liegen keine Beobachtungen vor

Grundversorgung und Schutz der Kinder

Grundbedürfnisse	A	B	C	D	O	Veränderungen zum letzten Kontakt				
						--	-	o	+	+
Altersangemessene Ernährungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Angemessene Schlafmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ausreichende Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Witterungsangemessene Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sicherstellung des Schutzes vor Gefahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Gesicherte Betreuung und Aufsicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sicherung der gesundheitlichen Vor- und Fürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Anregung/Spielmöglichkeiten des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sachgemäße Behandlung von Entwicklungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Emotionale Zuwendung durch Bezugsperson/en	<input type="checkbox"/>									
Gewährung altersangemessener Freiräume	<input type="checkbox"/>									
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>									

Familiäre Situation/Sicherung von familiären Erziehungsleistungen:

Situation der Familie	A	B	C	D	O	Veränderungen zum letzten Kontakt				
						--	-	o	+	+
Finanzielle/materielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Häusliche/räumliche Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Familiäre Beziehungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Soziale Situation der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Kommunikation mit dem Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Gesundheitliche Situation der Erziehungspersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

1 = erkennbar vorhanden
 2 = ambivalent/unsicher
 3 = nicht vorhanden/nicht erkennbar

Kooperationsbereitschaft der Eltern

Kooperation		Bereitschaft			Fähigkeit			Bemerkung
		1	2	3	1	2	3	
1. Bezugsperson	Frau Schmidt	<input type="checkbox"/>	Schriftliche Erläuterungen zu den Sachverhalten, die zu der vorgenommenen Bewertung geführt haben, auf extra Blatt (Anlage IV)					
2. Bezugsperson	Herr Schmidt	<input type="checkbox"/>						
Ggf. weitere Bez.pers.		<input type="checkbox"/>						

Gesamteinschätzung		kurze Begründung für die Einschätzung
<input type="checkbox"/>	gute bis befriedigende Situation	Abläufe des täglichen Lebens, die Kinderversorgung und -erziehung scheinen die Eltern zu überfordern. Die Gesundheitsfürsorge scheint nicht ausreichend. Die Eltern scheinen ihre Lebensverhältnisse als normal zu bewerten.
<input type="checkbox"/>	ausreichende Situation	
<input type="checkbox"/>	mangelhafte Situation	
<input type="checkbox"/>	ungenügende/gefährdende Situation	
<input type="checkbox"/>	Es besteht akute Gefahr fürs Kind!	

Aufgrund dieser Gesamteinschätzung sind folgende Maßnahmen zu ergreifen:

Für die Familie/das Kind

- keine (weitere) Hilfe erforderlich
- Aufklärung und Beratung der Familie über Ansprüche, Rechte etc.
- Intensive Beratung und Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfen

wenn ausreichende Problemeinsicht vorh., dann evtl. HzE gem. §§27/31 KJHG

- Durchsetzung der Bereitschaft, Hilfe anzunehmen (ggf. Meldung ans Gericht)
- Krisenintervention/Inobhutnahme

**Für das weitere Vorgehen des Jugendamtes
(siehe hierzu auch die Verfahrensstandards):**

- keine weitere Maßnahmen erforderlich
- umgehende kollegiale Beratung notwendig
- Information von Leitung
- Regelmäßige Kontrolle, Abstand: dem Prozess angepasst, s.u.
- erneuter Hausbesuch im Januar
- (weitere) diagnostische Einschätzungen durch ASD
- Einschaltung weiterer Fachkräfte/Institutionen: Kinderarzt und Zahnarzt, durch die Eltern, EB, erste weitere Überlegung: später evtl. HzE §§27/31 KJHG
- Einschaltung des Familiengerichts:
 - zur Erlangung einer einstweiligen Anordnung
 - zur Erlangung grundsätzlicher Entscheidungen
- sonstiges:

Folgende verbindliche Absprachen zum Schutz des Kindes wurden getroffen:

(wer?, mit wem?, worüber?, Fristen? ggf. auf Extra-Bogen dokumentieren)

Bei Bedarf gegenseitiger Informationsaustausch mit dem neuen KTH Marienkäfer. Gemeinsame Überlegung für Hilfe- und Unterstützung der Familie, um eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden. Frau Schmidt vereinbart einen Zahnarzttermin für die Kinder und einen Termin in der EB mit Carola.

Unterschrift Schrö

D. Sachverhaltsbeschreibung – Erläuterungen zu den Grundlagen der Bewertungen im Folgekontakt

! Eingetragen werden hauptsächlich die für die Kindeswohlgefährdung relevanten Aspekte.

Grundversorgung und Schutz des Kindes (Indikatoren) (ggf. Informationsquellen benennen!!)
Altersangemessene Ernährungssituation: nicht altersgemäße Ernährung, mangelnde Hygiene des Essens und Essgeschirrs, keine abwechslungsreiche Nahrung begründet durch: unsaubere Wohnung, Cassandra trinkt Zitronentee aus einer Flasche. Die zerstörten Zähne der Mädchen geben ebenfalls Hinweis auf eine mangelhafte Ernährung.
Angemessene Schlafmöglichkeiten: Es gibt 2 Kinderzimmer, eines für die Mädchen und eines für Mick. Die Zimmer sind in einem dreckigen Zustand, Einschränkungen hinsichtlich eines Wohlbehagens
Ausreichende Körperpflege: Unzureichende Versorgung! Unregelmäßiges Waschen und Baden vermutet, Mick hatte die Krätze. Krätze ist eine ansteckende Hauterkrankung, die durch engen Körperkontakt mit infizierten oder u.a. auch durch nicht bzw. nur unzulänglich gewaschene Kleidung übertragen wird. Bestätigung durch ein Telefonat mit den KTH Sonnenschein, Carola wird dort häufig mit Kleidung versorgt und fast täglich geduscht. Cassandra sieht beim HB schmutzlig aus. Das neue KTH Marienkäfer weist auf den ungepflegten Eindruck der Familie hin.
Witterungsangemessene Kleidung: -
Sicherstellung des Schutzes vor Gefahren: Aufgrund der dreckigen Wohnung kann hier nicht von einer angemessenen Situation gesprochen werden. Verbesserung, weil die Wohnung nicht mehr verwahrlost ist, sondern „nur“ nicht sauber ist.
Gesicherte Betreuung und Aufsicht: -

Sicherung von gesundheitlicher Vor- und Fürsorge: unzureichende Versorgung!

Die Familie hat einen Kinderarzt, der Mick wg. einer Krätze behandelt hat. Krätze ist eine ansteckende Hauterkrankung, die durch engen Körperkontakt mit infizierten oder u.a. auch durch nicht bzw. nur unzulänglich gewaschene Kleidung übertragen wird.

Die Zähne von Carola sind fast alle durch Karies zerstört (laut KTH), demzufolge scheint die Gesundheitsfürsorge nicht ausreichend gewährleistet.

Die Zähne von Cassandra sind ebenfalls zerstört und unbehandelt.

Anregung/Spielmöglichkeiten der Kinder:

Zu Hause vermutlich etwas eingeschränkt, wird durch KTH-Aufenthalt der Kinder kompensiert.

Sachgemäße Behandlung von Entwicklungsstörungen: -**Emotionale Zuwendung durch Bezugsperson/en:**

Der Kontakt von Eltern und Kindern wurde liebevoll und freundlich erlebt, wie auch das erste KTH Sonnenschein zuvor berichtet hatte.

Gewährung altersangemessener Freiräume: -**Sonstiges: -*****Familiäre Situation/Sicherung von familiären Erziehungsleistungen (Indikatoren) (ggf. Informationsquellen benennen!!)*****Finanzielle/materielle Situation:**

Die Familie Schmidt hat ein geringes Einkommen, Herr S. ist arbeitslos. Die Familie lebt von Arbeitslosengeld und ergänzender Sozialhilfe.

Häusliche/räumliche Situation:

Es hat eine Verbesserung gegeben, die Wohnung ist dennoch nicht sauber. Die Haushaltsführung wird weiterhin grundlegend vernachlässigt.

Familiäre Beziehungssituation:

Mangelnde Selbstorganisation insbesondere in der Haushaltsführung. Frau Schmidt ist mit der Haushaltsführung allein gelassen. Verdacht auf unterschwellige Konflikte zwischen Herrn und Frau Schmidt.

Soziale Situation der Familie:

Alle Kinder gehen in das neue KTH Marienkäfer. Ein Kinderarzt ist vorhanden. Keine Angaben zur Regelmäßigkeit von Untersuchungen.

Hilfsangebote des alten KTH Sonnenschein, wurden ausgeschlagen und Ermahnung zur Verbesserung der Gesundheitsfürsorge trotz Zusage nicht angegangen. Es scheint, als würde der Wechsel des KTH auch zur Verminderung des Drucks von Außen dienen.

Kommunikation mit dem Kind:

Es scheint insg. einen unstrukturierten Tagesablauf zu geben, Herr S. wirkte beim ersten HB verschlafen (13:30h) und musste sich nach dem Klingeln erst eine Hose anziehen. Frau Schmidt sieht beim HB am 7.12. gegen 11:00h ebenfalls fern.

Verdacht auf mangelnde Ansprache und Förderung der Entwicklung durch die Eltern (Kompensation im KTH und fehlende Alltagsregeln für die ganze Familie).

Gesundheitliche Situation der Erziehungspersonen: -

Sonstiges: -

Bereitschaft und Fähigkeit der Eltern zur Gefahrenabwehr (Indikatoren)

1. Bezugsperson: Frau Schmidt sagt zu, einen Termin beim Zahnarzt für die Kinder zu machen und mit Carola zusätzlich einen Termin in der EB zu machen. Eine grundsätzliche Bereitschaft ist daraus abzuleiten. Ob Frau Schmidt diese Zusagen einhalten kann ist fraglich, da ja auch schon das KTH auf die Wahrnehmung der Pflege und Fürsorge für die Kinder gedrängt hat und keine Handlung erfolgte. Frau Schmidt sieht keinen Hilfebedarf für die Familie.

2. Bezugsperson: Es ist davon auszugehen, dass Herr Schmidt auch weiterhin keine Unterstützung im Haushalt bietet. Er sieht ebenfalls keinen Hilfebedarf und der Haushalt ist Aufgabe seiner Frau.

Ggf. weitere Bezugsperson: -

Anhang 5: Personaldatenbogen, Schaubilder zur Familie und zum sozialen Netzwerk,

Darstellung der Risiken und Ressourcen im Fall Schmidt

G. Erstkontakt nach Meldung (Personaldaten)

Personaldaten in Akte vorhanden ja nein

Angaben zum tatsächlichen Aufenthalt des Kindes:

Name Familie Schmidt
Adresse XXX
Telefon XXX

Mutter:

Name Paula Schmidt
Adresse XXX
Telefon XXX
Geb. am 30.8.72
Nationalität deutsch ggf. Aufenthaltsstatus

Vater:

Name Mark Schmidt
Adresse XXX
Telefon XXX
Geb. am 10.1.68
Nationalität deutsch ggf. Aufenthaltsstatus

Angaben zu den Kindern:

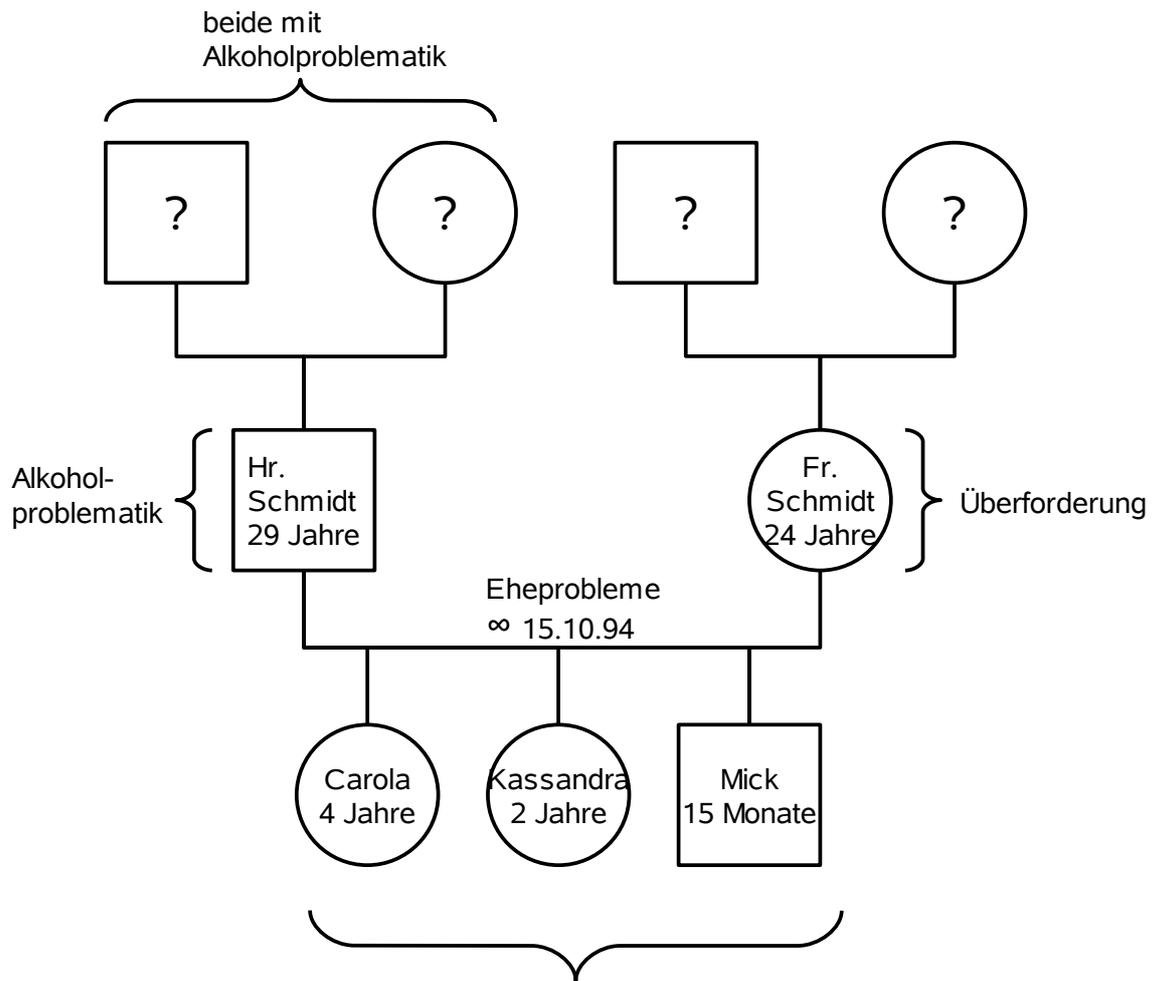
Nachname	Vorname	Geb. am	Sorgerecht bei	Kindergarten, Schule, Tageseltern, sonst. Betreuungszusammenhänge
Schmidt	Carola	21.4.92	den Eltern	KTH
Schmidt	Kassandra	2.5.94	den Eltern	KTH
Schmidt	Mick	23.11.95	den Eltern	KTH

Angaben zum sozialen Netzwerk: Verwandte, Nachbarn/befreundete Familien, Arbeitgeber, Ärzte, helfende Institutionen [z.B. Frühförderung]

Kinderarzt Dr. Johanson, KTH Marienkäfer, ASD, EB, Mütterberatung, Zahnarzt, Nachbarn, SPFH,

Genogramm der Familie Schmidt:

Stand: 16.2.97



- * Mangelnde Grundversorgung
- * z.T. Entwicklungs- und Gesundheitsbeeinträchtigungen vorhanden

Schaubild zu den familiären Beziehungen der Familie Schmidt:

Stand: 16.2.97

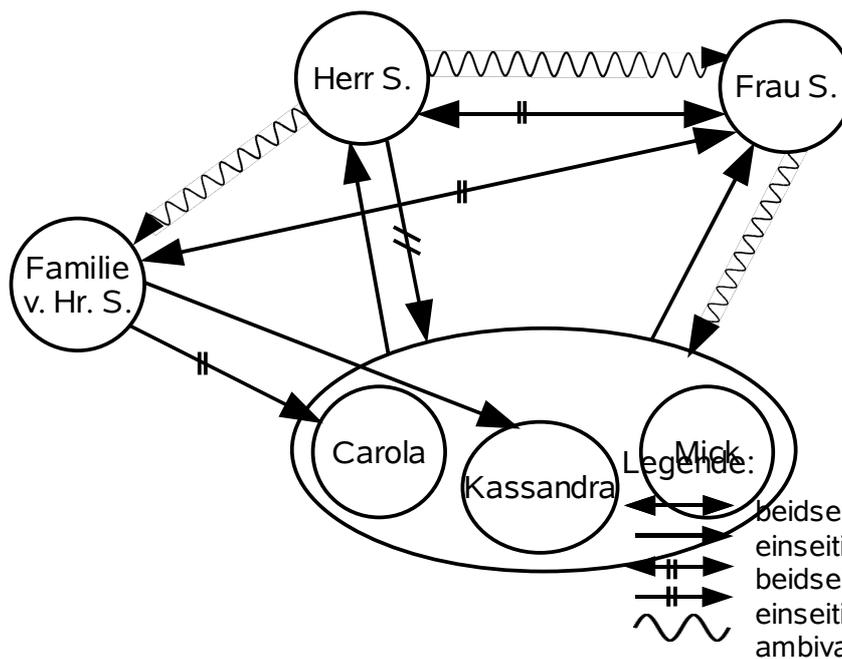
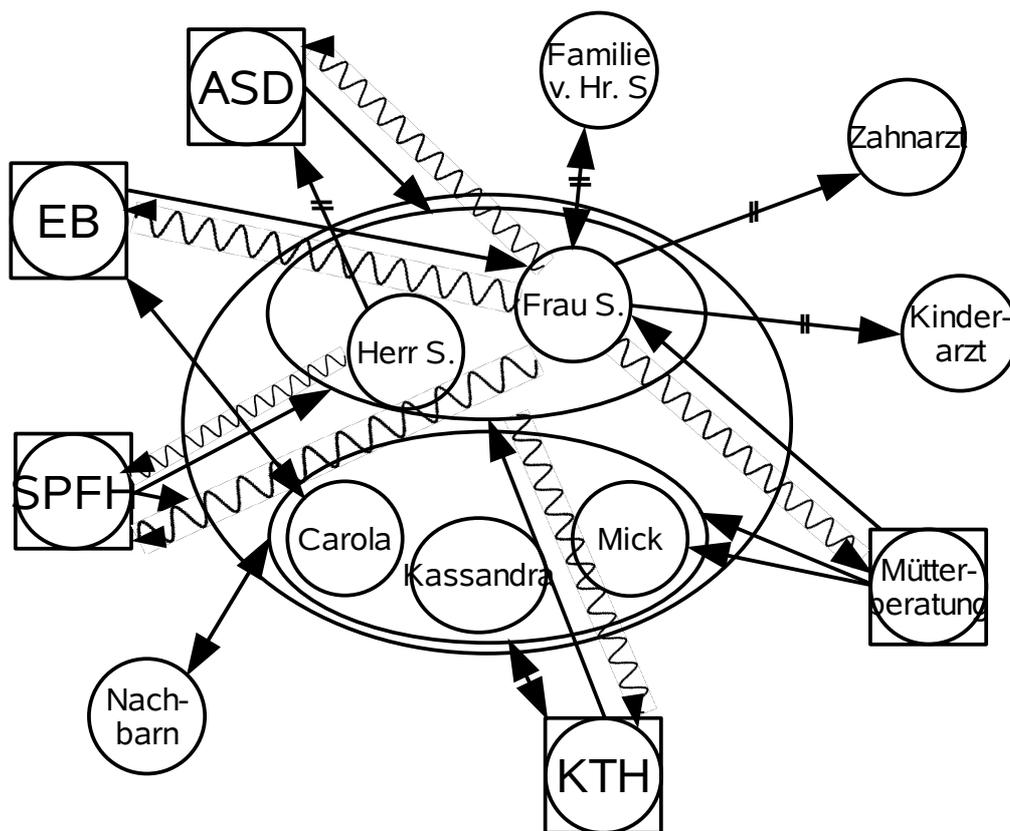


Schaubild zum Sozialen Netzwerk:

Stand:16.2.97



Legende s.o.

F. Risiken und Ressourcen der Familien/Familienmitglieder

Risiken

Finanzielle/materielle Situation:

Arbeitslosigkeit, finanzielle Möglichkeiten eingeschränkt, schlechte Wohnverhältnisse aufgrund mangelhafter Haushaltsführung

Soziale Situation:

evtl. Schwellenängste vorhanden (Zahnarzt), soziale Isolation, keine/kaum Unterstützung in der Familie, Ablehnung von Frau Schmidt durch die Eltern von Herrn Schmidt, Vorgesichte beider mit Suchtproblematik der Eltern

Familiäre Situation:

z.T. desorganisierte Familienstrukturen (keine Organisation im Haushalt, langes Schlafen und Fernsehen, unklare Strukturen), (Paar-) Konflikte der Eltern, Trennung steht im Raum, keine gegenseitige Unterstützung,

Persönliche Situation der Erziehungsperson/en:

Herr Schmidt: Antriebslosigkeit, mangelnde eigene Ziele, unzureichende Kenntnisse bzgl. Entwicklung und Bedürfnissen der Kinder, Alkoholthematik, keine Vorstellung zur positiven Vaterrolle, sieht nur bedingt Hilfebedarf für die Familie, Abwehrhaltung

Frau Schmidt: Überforderung mit der Alltagsorganisation (Haushalt, Struktur), evtl. auch Antriebslosigkeit, eigene Unzufriedenheit, Ängste und Unsicherheiten in der Versorgung und Erziehung (Zahnarztbesuche), unzureichende Kenntnisse bzgl. Entwicklung und Bedürfnissen der Kinder, kann eigenen Bedürfnisse schwer äußern und wahrnehmen (Wunsch nach Hilfe im Alltag), sieht dennoch nur geringen Hilfebedarf (Ängste), Trennungsgedanken, tägliche Unterstützung der körperbehinderten Mutter, wenig Zeit eigenen Probleme anzugehen und wahrzunehmen

Situation der Kinder:

Gefahr für Erkrankung und Folgen der Mangelversorgung erhöht, z.T. schon eingetreten (Entwicklungsverzögerung von etwa 6 Monaten bei Mick, Einnässen von Carola), unzureichende Körperpflege und mangelhafte Haushaltsführung und Hygiene, Grundbedürfnisse werden unzureichend befriedigt, mangelhafte, einseitige Ernährung, abweichendes Verhalten von den Wünschen und Vorstellungen der Eltern (z.B. Einnässen, „Theater“ wg. Zahnarzt)

Ressourcen

Finanzielle/materielle Situation: ausreichend Platz in der Wohnung

Soziale Situation: Unterstützung in der Grundversorgung der Kinder durch das KTH, weitere Hilfsangebote durch KTH und ASD,

Familiäre Situation: -

Persönliche Situation der Erziehungsperson/en:

Herr Schmidt: möchte die Paarbeziehung erhalten

Frau Schmidt: Unbedarftheit als Stressbewältigung und erleichterten Zugang zu Hilfsangeboten, hat sich zunehmend geöffnet und nimmt vermehrt Schwierigkeiten wahr

Situation der Kinder: positive, liebevolle Zuwendung durch die Eltern, Kompensationsmöglichkeiten im KTH

Anhang 6: Dokumentation zur kollegialen Beratung im Fall Schmidt

**Dokumentation der kollegialen Beratung
am 15.2. 97**

Fallzuständig:

Frau Schröder

TeilnehmerInnen der kollegialen Beratung:

Frau Holfeld, Herr Müller, Herr Schulz, Frau Extra, Frau Aschmann, Frau Schwarz
Frau Gerke, Angebotsberatung
Frau Christiansen, Abteilungsleitung

Zeitbedarf für die Beratung:

10 Min. 20 Min. 30 Min. 40 Min. 50 Min. 60 Min.

Örtliche Zuständigkeit gem. SGB VIII:

§ 86 I KJHG

Gesetzlicher Auftrag gem. SGB VIII:

§ 8a KJHG

§ 27/31 KJHG

Daten zur Familie (anonymisiert)

Mutter: 24 Jahre

2 Töchter, 4 und 2 Jahre

Vater: 29 Jahre

1 Sohn 15 Monate

Weitere Beteiligte:

KTH, Mütterberatung, EB
Beratungsanlass

Vernachlässigung der Kinder (Gesundheit, Ernährung, Hygiene, Förderung)

Einrichtung einer SPFH

Problembeschreibung aus Sicht der Familie, des Kindes / Jugendlichen, der fallzuständigen Fachkraft:

Herr Schmidt:

fühlt sich für die Haushaltsführung nicht zuständig und räumt ein, in letzter Zeit zu viel getrunken zu haben. Er sieht ein, dass der Zustand der Wohnung zwischenzeitlich für die Kinder ungeeignet und zu schmutzig ist. Er weiß nicht, wie er seine Vaterrolle positiv ausgestalten kann, seine Kindheit war problembelastet, seine Eltern haben getrunken. Herr Schmidt möchte die Beziehung zu Frau Schmidt aufrecht erhalten. Er sieht nur bedingt Hilfebedarf, fühlt sich durch die Tätigkeit des ASD bedroht.

Frau Schmidt:

Herr Schmidt ist aus ihrer Sicht faul, guckt nur fern oder ist nicht da und lässt sie mit dem Haushalt und der Versorgung und Erziehung der Kinder allein. Herr Schmidt trinkt zu viel. Frau Schmidt trägt Trennungsgedanken. Die Familie ihres Mannes lehnt sie ab. Sie ist unter schwierigen Bedingungen aufgewachsen, ihre Eltern waren mit ihren Suchtproblematiken beschäftigt. Frau Schmidt unterstützt täglich ihre körperbehinderte Mutter. Frau Schmidt räumt teilweise Hilfebedarf ein und hat Angst, ihre Kinder zu verlieren.

ASD:

Die Familie ist dem ASD seit ca. 7 Monaten bekannt. Die Kinder sind vernachlässigt und weisen erste Beeinträchtigungen und Auffälligkeiten auf: Micks Entwicklung ist mind. 6 Monate verzögert. Carola nässt wieder ein und erscheint distanzlos. Es mangelt insbesondere an altersangemessener Ernährung, Pflege, Hygiene und Förderung. Die Gesundheitsfürsorge wird nur unzureichend wahrgenommen, alle Kinder haben kariöse Zähne, den Mädchen sind viele Zähne schon „weggegammelt“. Mick hatte vor etwa 7-8 Monaten die Krätze. Frau Schmidt ist mit der Bewältigung des Alltags völlig überfordert und erhält keine Hilfe durch Herrn Schmidt. Sie weiß viele Dinge bez. der Versorgung, Pflege und Ernährung nicht und kann die Bedürfnisse der Kinder danach nicht wahrnehmen. Frau Schmidt ist z.T. sehr unsicher in ihrem Handeln. Die Konflikte mit Herrn Schmidt belasten die Situation zusätzlich. Im Kontakt mit den Kindern ist Frau Schmidt liebevoll und einfühlsam. Herr Schmidt scheint sich nur wenig für seine Familie zu interessieren. Weiterhin scheint das Thema Alkohol für

ihn eine Rolle zu spielen. Herr Schmidt fühlt sich für den Haushalt und die Versorgung der Kinder nicht verantwortlich. Des Weiteren hat Herr Schmidt keine Vorstellung von einer positiven Vaterrolle.

Bisherige Hilfen / Angebotene Lösungen:

Hilfe durch das KTH: fast tägliches Duschen, Versorgung mit sauberer Kleidung, Essen, Förderung der Entwicklung der Kinder

Unterstützung und Kontrolle durch ASD: Beratungsgespräche, Hausbesuche, Begleitung zum Zahnarzt, Angebot der Hilfe durch Gespräche im ASD, Kontakt zur EB und Mütterberatung hergestellt, Vernetzung des ASD mit den beteiligten Institutionen

Mütterberatung: Tipps zur Ernährung, Versorgung, Hygiene, Kleidung, Angebot der weiteren Beratung, Untersuchung von Mick, weitere Untersuchungen und Impfungen angeboten

EB: Es ist bisher erst ein Termin erfolgt. Die Mutter erhält einen weiteren für sich, um ihre Ängste zu ergründen.

Beratungsfrage für diese kollegiale Beratung:

Ist die Einschätzung zur Gefährdungslage richtig?

Kann der Gefährdungslage durch SPFH begegnet werden?

Konkrete Vorschläge zur Problemlösung (Problemsystem, Ressourcen, realistische Ziele):

- ◆ Familiengericht einschalten
- ◆ mit Hilfe der SPFH die Situation genauer zu klären und ggf. das Familiengericht einschalten
- ◆ die Hilfe so schnell wie möglich einrichten
- ◆ die SPFH sofort einsetzen, damit die Kinder keinen weiteren Schaden nehmen
- ◆ den Kontakt zum KTH aufrecht erhalten
- ◆ die SPFH einrichten
- ◆ die EB parallel zur SPFH zu fördern
- ◆ die Mutter weiter zur Hilfe motivieren
- ◆ den Kontakt der Mutter zur Mütterberatung zu fördern

- ◆ die Strukturlosigkeit in der Familie beachten
- ◆ daran denken, dass die Hilfe nur bei Mitwirken der Eltern erfolgreich sein kann
- ◆ die Kinder nicht aus dem Blick verlieren
- ◆ den Eltern ausreichend Transparenz bezüglich meiner Rolle geben

Entscheidung der fallzuständigen Fachkraft

- Einrichtung einer SPFH
- Förderung und Motivation zur Hilfeannahme
- EB und Mütterberatung weiter integrieren

Handlungsschritte

- Das Gespräch mit Herrn Wunderlich und Eheleuten Schmidt abwarten
- Hilfe einrichten
- zeitnahe Erziehungskonferenz der Beteiligten zur Festlegung konkretisierter Ziele

Einzelfallübergreifende Ideen / Problematik

-

16.2.97 Schrö_____

Datum, Unterschrift Administrator

Vfg.

- an Abteilungsleitung

Anhang 7: Der Hilfeplan und die zugehörigen Zielvereinbarungen im Fall Schmidt

Hilfeplan und Protokoll der Erziehungskonferenz vom 4.3.97

Datum: 18.3.97

Für: Name: Schmidt
Vorname: Carola, Kassandra, Mick
Geburtsdatum: 21.4.92, 2.5.94, 23.11.95

Teilnehmer: ASD: Frau Schröder

Eltern: Herr und Frau Schmidt

vom Träger: Frau Dierks, Abteilungsleitung, Herr Wunderlich, SPFH

Die Teilnehmenden der Erziehungskonferenz wurden auf ihre Verschwiegenheit hingewiesen.

1. Beschreibung der aktuellen Situation...

... aus Sicht der Eltern / des Jugendlichen / des Kindes

Herr Schmidt stellt erneut klar, dass er skeptisch bezüglich der Hilfe ist. Er befürchtet eine Bevormundung in allen Lebensbereichen der Familie. Dennoch stimmt er der Hilfe zu, weil seine Familie doch ein paar Probleme hat und er nicht möchte, dass der Familie die Kinder weggenommen werden. Aus seiner Sicht könnte es zu Hause schon etwas ordentlicher sein und Hilfe im Kontakt mit seinen Kindern würde ihm vielleicht auch gefallen. Insbesondere möchte Herr Schmidt die Ehe aufrecht erhalten und dazu evtl. auch Unterstützung annehmen. Sein Alkoholkonsum war in letzter Zeit tatsächlich etwas viel, das liege an seiner Arbeitslosigkeit. Er möchte diese Situation verändern.

Frau Schmidt wünscht sich von der Hilfe Entlastung und Unterstützung im Alltag. Sie fühlt sich mit dem Haushalt und den Kindern allein gelassen, Herr Schmidt hilft ihr nicht. Den

übermäßigen Alkoholkonsum von Herrn Schmidt empfindet sie als problematisch, dieser und die mangelnde Unterstützung belasten die Ehe und gesamte Familie erheblich. Frau Schmidt gibt an, in manchen Situationen mit den Kindern nicht zu wissen, wie sie handeln soll. Des weiteren weiß sie nicht, was für die Entwicklung und Ernährung der Kinder gut und wichtig ist. Sie wünscht sich Unterstützung und Begleitung im Kontakt mit anderen Institutionen, wie dem Sozialamt oder auch Ärzten.

Wenngleich auch sie Zweifel bezüglich der Hilfe hat möchte, sie diese annehmen, um die Kinder nicht zu verlieren und zur Entlastung im Alltag.

... aus Sicht des Trägers, des Vormundes und der fallzuständigen Fachkraft

Träger:

Herr Wunderlich folgt grundlegend der Problemsicht des ASD. Besonders problematisch ist die Versorgung, Pflege und Erziehung der Kinder und die Überlastung von Frau Schmidt. Die Alkoholproblematik von Herrn Schmidt und die Eheprobleme erhöhen die belastende Situation in der Familie für alle Beteiligten.

Herr Wunderlich möchte die Familie und deren Problemsicht genauer kennenlernen, um effektive Hilfe für die ganze Familie zu leisten. Herr Wunderlich verdeutlicht Herrn und Frau Schmidt, dass deren Bereitschaft zur Mitwirkung ausschlaggebend für einen Hilfee Erfolg ist und er der Zusammenarbeit positiv entgegen blickt.

Frau Dierks bestätigt die Problemsicht von Herrn Wunderlich und ergänzt diese, um die Feststellung der teilweisen Isolation der Familie. Die Familie erfährt keine Hilfe und Unterstützung durch ihr Umfeld.

ASD:

Frau Schröder verdeutlicht, dass die häusliche Situation für die Kinder gefährdend ist. Die Eltern können die grundlegende angemessene Versorgung und Erziehung der Kinder derzeit nicht gewährleisten und sind mit dieser Aufgabe z.T. erheblich überfordert. Die Alltagsbewältigung der Familie ist z.T. strukturlos. Den Eheleuten Schmidt mangelt es an Fertigkeiten und Kenntnissen zur Bewältigung diverser alltagspraktischer Aufgaben und in Bezug auf die Bedürfnisse der Kinder. Frau Schmidt ist mit diesen Problemen allein gelassen und über-

fordert. Die familiäre Situation ist darüber hinaus durch die Beziehungskonflikte der Eltern und den Alkoholkonsum von Herrn Schmidt belastet. Frau Schmidt unterstützt ihre körperbehinderte Mutter, daraus erfolgt eine zusätzliche Überlastung. Die finanzielle Situation der Familie ist angespannt. Bisherigen Hilfen konnten die Eltern nur mit Unterstützung wahrnehmen.

2. Ergebnisse der Beratungen zum Hilfebedarf

Votum

Die Eheleute Schmidt müssen in die Lage versetzt werden, ihre Elternrolle verantwortlich auszuüben, d.h. für das körperliche und seelische Wohl ihrer Kinder ausreichend und angemessen zu sorgen.

Sie sollten die Gelegenheit haben, planmäßige Haushaltsführung zu erlernen und Informationen über kindliche Entwicklung, Erziehung und kindgerechte Ernährung bekommen.

Die Eheleute Schmidt sollten auch Gelegenheit haben, über problematische Situationen in ihrer Beziehung zu sprechen.

Den Eheleuten Schmidt soll HzE in Form von Familienhilfe (SPFH) gewährt werden.

Die Familienhilfe soll den Eheleuten Schmidt behilflich sein:

- ◆ bei der Planung und Umsetzung der notwendigen Arbeiten im Haushalt (wann, was, wie putzen, waschen)
- ◆ bei der Planung und Umsetzung der Ernährung der Familie (wann, was, wie einkaufen, kochen)
- ◆ einen Haushaltsplan aufzustellen (welche finanziellen Mittel stehen zur Verfügung, welche finanziellen Mittel werden benötigt, Geldeinteilung)
- ◆ in Fragen der Kindererziehung (wann, welche Anforderungen, welche Förderung durch die Eltern)
- ◆ in Fragen der Beziehungsgestaltung (wann oder was machen die Familienmitglieder miteinander oder allein)
- ◆ bei der Durchsetzung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialamt oder Arbeitsamt
- ◆ bei der Planung und Durchführung notwendiger Termine (wann, welche Arzttermine, notwendige Impfungen)

Die Eheleute Schmidt wünschen sich dabei einen verständnisvollen Umgang mit ihrer Situation und die Achtung ihrer Fähigkeiten.

3. Zeitliche Perspektive der Hilfen (Konkrete Zeitbenennung)

etwa 1 Jahr mit vorerst 10 Wochenstunden

4. Zeitpunkt der nächsten Überprüfung der Hilfe

In 6 Monaten, September '97

Die Teilnehmenden wirken aktiv an der Erreichung der Hilfeziele mit und erklären sich damit einverstanden, an das Jugendamt zurück zu melden, wenn Hilfeziele und Verabredungen ihrer Einschätzung nach nicht mehr sinnvoll sind.

(Eltern)

(Träger)

(ASD)

Zielvereinbarungen zur Hilfeplanung vom 4.3.97

Datum: 18.3.97

zwischen: Mutter/ Vater: Paula und Mark Schmidt
Träger: Herr Wunderlich
ASD: Frau Schröder

Die Anleitung und Unterstützung der Familienhilfe soll die Eltern befähigen, selbständig und verantwortungsbewusst für ihre Familie sorgen zu können.

1. Hauptziele

- Abwendung der gefährdenden Situation für die Kinder
- Wahrnehmung und Erfüllung der Bedürfnisse der Kinder
- Ausüben einer verantwortlichen Elternrolle
- planvolle Haushaltsführung und Kinderversorgung
- positive Alltagsbewältigung
- positive Ausgestaltung von Beziehungen
- Klärung der Paarbeziehung
- Entlastung der angespannten Familiensituation

2. konkrete Ziele

Entwicklung von Kenntnissen und Fertigkeiten zur selbständigen:

- Grundversorgung der Kinder
- Gesundheitsfürsorge
- Kindererziehung
- Beziehungsgestaltung (Kinder und Paarbeziehung)
- gesunden Ernährung der Familie
- Planung und Umsetzung der nötigen Arbeiten im Haushalt
- Erstellen und Einhalten eines Haushaltsplans
- strukturierte Alltags- und Freizeitgestaltung

- Planung, Vereinbarung und Durchführung von Terminen
- sicherer Umgang im Kontakt mit div. Institutionen

Der Träger bespricht diese Vereinbarung mit den beteiligten Familienmitgliedern und sendet dem ASD ein, von allen Beteiligten unterschriebenes, Exemplar zurück.

(Eltern)

(Träger)

(ASD)

Erklärung

Ich versichere, die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Benutzung angegebener Hilfsmittel angefertigt zu haben.

München, den 15. März 2007 _____