

## **Modellprojekt**

–

**Versorgung Kinder und Jugendlicher mit komplexen  
Hilfebedarfen**

–

**Evaluation der Kooperationsvereinbarung zwischen  
Jugendamt, Gesundheitsamt und Kinder- und  
Jugendpsychiatrie in Dresden**

Gefördert durch das Sächsische Ministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS)

Dresden, den 30.03.2017

## Abkürzungsverzeichnis

ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
BSD	Besonderer Sozialer Dienst
FU	Fremdunterbringung
CBCL	Child Behavior Checklist
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FBB-SSV	Fremdbeurteilungsbogen Störung des Sozialverhaltens
GA	Gesundheitsamt
HoNOSCA	The Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents
HPG	Hilfeplangespräch
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten
ILK	Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen
JA	Jugendamt
KJH	Kinder- und Jugendhilfe
KJND	Kinder- und Jugendnotdienst
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie
KVB	Kooperationsvereinbarung
LJA	Landesjugendamt
MINI-KID	Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents
PKD	Pflegekinderdienst
SBB-SSV	Selbstbeurteilungsbogen Störung des Sozialverhaltens
SKHAR	Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf
QM	Qualitätssicherende Maßnahme
WISC-IV	Wechsler Intelligence Scale for Children
YSR	Youth Self Report

### Anmerkung

Um in den folgenden Ausführungen einen besseren Lesefluss zu gewährleisten, wird auf eine geschlechtergerechte Sprache verzichtet. Die Formulierungen beziehen sich ausdrücklich immer auf Frauen und Männer gleichermaßen. Zudem wird, wenn das Verständnis dadurch nicht gefährdet wird, darauf verzichtet, die Örtlichkeit Dresden zu benennen. Insofern nicht anders benannt, sind immer die entsprechenden Institutionen in Dresden gemeint (z.B. JA Dresden, KJP Dresden). Zusätzlich wird die Zielgruppe nachfolgend mit dem Begriff *Kinder* anstatt *Kinder und Jugendliche* bezeichnet und schließt die gesamte, betrachtete Altersgruppe (6-18 Jahre) mit ein.

## Inhalt

1	Einleitung.....	5
2	Kooperationsvereinbarung zwischen Jugendamt, Gesundheitsamt und Kinder- und Jugend- psychiatrie.....	6
3	Projektziel und Projektdesign.....	6
4	Mitarbeiterevaluation.....	8
4.1	Hintergrund und Ziel.....	8
4.2	Methode.....	8
4.2.1	Design und Vorgehen.....	8
4.2.2	Verwendete Maße.....	9
4.2.3	Statistische Analyse.....	9
4.3	Ergebnisse.....	9
4.3.1	Kenntnis, Umsetzung und Zufriedenheit mit der Kooperationsvereinbarung.....	9
4.3.2	Wünsche/Erwartungen und Erschwernisse bezüglich des Kooperationspartners und der Kooperationsvereinbarung.....	14
4.4	Schlussfolgerungen aus der Mitarbeiterevaluation.....	17
5	Fallevaluation.....	18
5.1	Hintergrund und Ziel.....	18
5.2	Methode.....	18
5.2.1	Design.....	18
5.2.2	Vorgehen.....	19
5.2.3	Verwendete Maße.....	23
5.2.4	Statistische Analyse.....	30
5.3	Ergebnisse.....	31
5.3.1	Beschreibung der Stichprobe.....	31
5.3.2	Veränderungen in der psychosozialen Entwicklung über die Zeit.....	38
5.3.3	Veränderungen der psychosozialen Entwicklung über die Zeit in Abhängigkeit der Zusam- menarbeit fallführender Mitarbeiter von Jugendamt und Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	44
5.4	Schlussfolgerungen aus der Fallevaluation.....	49

6	Drehtür-Effekt .....	53
6.1	Hintergrund .....	53
6.1.1	Arbeitsdefinition .....	55
6.2	Analyse von Patienten der Akutaufnahmestation der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	56
6.2.1	Ziel .....	56
6.2.2	Methode .....	56
6.2.3	Ergebnisse .....	57
6.3	Analyse der Jugendamt-Akten von Betroffenen des Drehtür-Effektes.....	62
6.3.1	Ziel .....	62
6.3.2	Methode .....	62
6.3.3	Ergebnisse .....	64
6.4	Schlussfolgerungen aus den Analysen zum Drehtür-Effekt.....	67
6.5	Entwicklung eines Konzeptentwurfes einer Kinder- und Jugendhilfe-Einrichtung .....	70
7	Adaptation der Kooperation .....	73
7.1	Koordinatoren der Kooperation und der Kooperationsvereinbarung.....	73
7.2	Ablauf der Überarbeitung der Kooperationsvereinbarung.....	73
7.3	Vorschläge zur konkreten Ausgestaltung der Kooperation zwischen Jugendamt und Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	74
7.4	Diskussion und Ausblick .....	75
8	Referenzen .....	79
9	Anhang .....	82

## 1 Einleitung

Eine Reihe immer weiter und immer schneller fortschreitender, tiefgreifender, gesellschaftlicher Veränderungen bleibt nicht ohne Wirkung auf die Arbeit von Jugendamt (JA), Kinder- und Jugendhilfe (KJH) und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (KJP). Der demographische Wandel, postindustrielle Erscheinungen wie Technologisierung und Enttraditionalisierung von Sozialmilieus und weit darüber hinaus veränderte und sich weiter verändernde Lebenswelten innerhalb unserer Gesellschaft haben Folgen, die neue Herausforderungen für JA, KJH und KJP mit sich bringen.

Daneben gibt es eine zunehmende Zahl von verhaltensauffälligen und psychisch kranken Kindern, die den immer höheren Anforderungen an den Einzelnen nicht mehr gerecht werden können. Jedes fünfte Kind in Deutschland ist stark gefährdet oder bereits psychisch erkrankt. Seelische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Krankheiten der Kinder in Deutschland. Laut einer Erhebung des Robert Koch-Instituts in Berlin zur Kinder- und Jugendgesundheit weisen etwa 20% der unter 18jährigen, d.h. vier Millionen Kinder, psychische Auffälligkeiten auf – die Hälfte von ihnen, d.h. 10% sogar deutlich erkennbar zutage tretende Störungen. Experten rechnen damit, dass es in den nächsten Jahren zu einem weiteren Anstieg kommen wird. Bereits heute leiden besonders viele der Kinder in Einrichtungen der stationären KJH (etwa 60%; Schmid, Goldbeck, Nützel, & Fegert, 2008) an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Störung. Somit steigt auch die Zahl der Kinder, bei denen ein so genannter komplexer Hilfebedarf vorliegt. D.h. beim Kind sind Schwierigkeiten in den verschiedensten sozialen Kontexten zu beobachten, weshalb mehrere Hilfesysteme involviert sind und folglich JA, KJH und KJP einen immer größeren, sehr ähnlichen Klientenkreis zu betreuen haben. Durch das Installieren der verschiedenen Hilfen sollten die Kinder und deren Familien eigentlich adäquat versorgt sein, oftmals erfolgt aber kein befriedigendes Ineinandergreifen der Hilfesysteme und jedes Hilfesystem für sich stößt an seine Grenzen.

Daher erfordern die zunehmende Quantität und Qualität solcher Fälle dringend, dass neue Synergien für diese Arbeitsbereiche erzielt werden, was insbesondere durch Vernetzungen und Kooperationen erreicht werden kann. Dies verlangt eine Professionalisierung sowie kontinuierliche Entwicklung und Verstetigung der zu schaffenden Kooperationsstrukturen. Das bedeutet auch, dass solche Kooperationsstrukturen nicht wie bisher hauptsächlich vom meist privaten Engagement der einzelnen Mitwirkenden abhängen dürfen, sondern entsprechend ihrer Bedeutung ausreichend finanziert werden müssen.

Dabei gilt es auch zu beachten, dass die Beteiligten jeweils auf ihrer Seite von Vorurteilen, Rollenunterschieden und -erwartungen geprägt sind, was leider bis heute ein großes Potential für Schwierigkeiten, Missverständnisse und Blockaden in der Kooperation in den überlappenden Bereichen der Arbeit mit Kindern und Familien mit Unterstützungs- und Behandlungsbedarf birgt (Schomaker, 2009). Zusätzlich besteht ein großer Mangel an wissenschaftlich fundierten Ergebnissen, die die Versorgungssituationen über die Fachgrenzen hinweg darstellen und näher beleuchten.

Eine Kooperationsvereinbarung (KVB) zwischen JA und KJP in Weiterentwicklung bereits vorliegender Modelle (z.B. Leipzig, Meißen, Berlin, u.a.) erscheint daher dringend notwendig. In einer KVB sollten fallübergreifende, konkrete und verpflichtende Vereinbarungen (z.B. zur gegenseitigen Informations-

übermittlung, zu gemeinsamen Fortbildungen) und fallbezogene Vereinbarungen (zur konkreten Abstimmung der Arbeitsabläufe) geregelt sein. Um die Zusammenarbeit zwischen den Institutionen zu verbessern und eine optimierte Versorgung der Kinder mit komplexem Hilfebedarf gewährleisten zu können, wurden mit der Entwicklung einer solchen modellhaften KVB zwischen JA und KJP Dresden neue Wege beschritten. Sollten sich nach erfolgreicher Implementierung positive Evaluationsergebnisse zeigen, ist langfristig eine sachsenweite, verbindliche Anwendung der entwickelten KVB anzustreben, um in allen Regionen denselben, hohen Qualitätsstandard zu erreichen und gleichzeitig die vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen.

## **2 Kooperationsvereinbarung zwischen Jugendamt, Gesundheitsamt und Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Durch das Bewusstwerden der eben beschriebenen Notwendigkeit einer gemeinsamen Sprache und Verbindlichkeit zwischen den Hilfesystemen, erfolgten ab Ende 2011 regelmäßige Treffen von Vertretern des JA (Mitarbeiterinnen aus dem Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD), Kinderschutz und Kinder- und Jugendnotdienst (KJND)), der KJP (Oberärztinnen und Kliniksozialdienst) und – in der Folge – des Gesundheitsamtes (GA) (Fachärztin für KJP, Städtische Beratungsstelle)). Diese hatten das Ziel der Erarbeitung einer KVB zwischen den beteiligten Institutionen. Als Grundlage der Erarbeitung erfolgte ein Austausch über die jeweiligen Arbeitsaufträge und internen Abläufe der Diagnostik- und Hilfeprozesse der beteiligten Institutionen. Im August 2013 konnte dann die KVB zwischen JA, KJP und GA in Kraft treten.

Die KVB beschreibt abgestimmte, fallabhängige und fallunabhängige Kommunikationsstrukturen und Vereinbarungen zu konkreten Abläufen der Zusammenarbeit an der Schnittstelle. Der fallspezifische Informationsfluss zwischen den Institutionen soll, unabhängig vom Engagement des einzelnen Mitarbeiters, gefördert und dadurch Hilfeprozesse zugunsten der Kinder, besser abgestimmt und beschleunigt werden. Verfahrensverläufe möglicher Fallkonstellationen an der Schnittstelle (z.B. „Aufnahme eines Kindes in der KJP – das JA kennt die Familie noch nicht“) sind in der KVB mit konkreten Schritten des Informationsflusses beschrieben, einschließlich der Zuständigkeiten. Fallunabhängige Punkte zur Nachsorge, zu Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, Beschwerdemanagement, gemeinsame Fortbildung und Evaluation finden ebenfalls eine Regelung. Die KVB soll dabei allen beteiligten Mitarbeitern als verbindliche Arbeitsgrundlage dienen und für die Mehrheit der Fälle anwendbar sein. Die Kooperationspartner sind sich einig, dass sich die Kommunikationswege an den tatsächlichen Bedarfen der Kinder orientieren sollten. Im Anhang A findet sich die KVB von August 2013.

## **3 Projektziel und Projektdesign**

Hauptziel des Evaluationsprojektes und der KVB ist es, die Zusammenarbeit an den Schnittstellen von JA und KJP bei der Versorgung von Kindern mit komplexen Hilfebedarfen zu optimieren. Konkrete Zielschwerpunkte sind die Untersuchung von abgesprochenen Verfahrensabläufen innerhalb der KVB sowie von Einflüssen gelingender Kooperation auf die psychosoziale Entwicklung der Kinder an der

Schnittstelle. Des Weiteren sollen Veränderungsmöglichkeiten zur Vermeidung des Drehtür-Effektes untersucht und erarbeitet sowie eine Konzeption einer Einrichtung für betroffene Kinder entworfen werden. Um diese Ziele gewährleisten zu können, unterteilt sich das Projekt in verschiedene Subprojekte (siehe Abbildung 1).

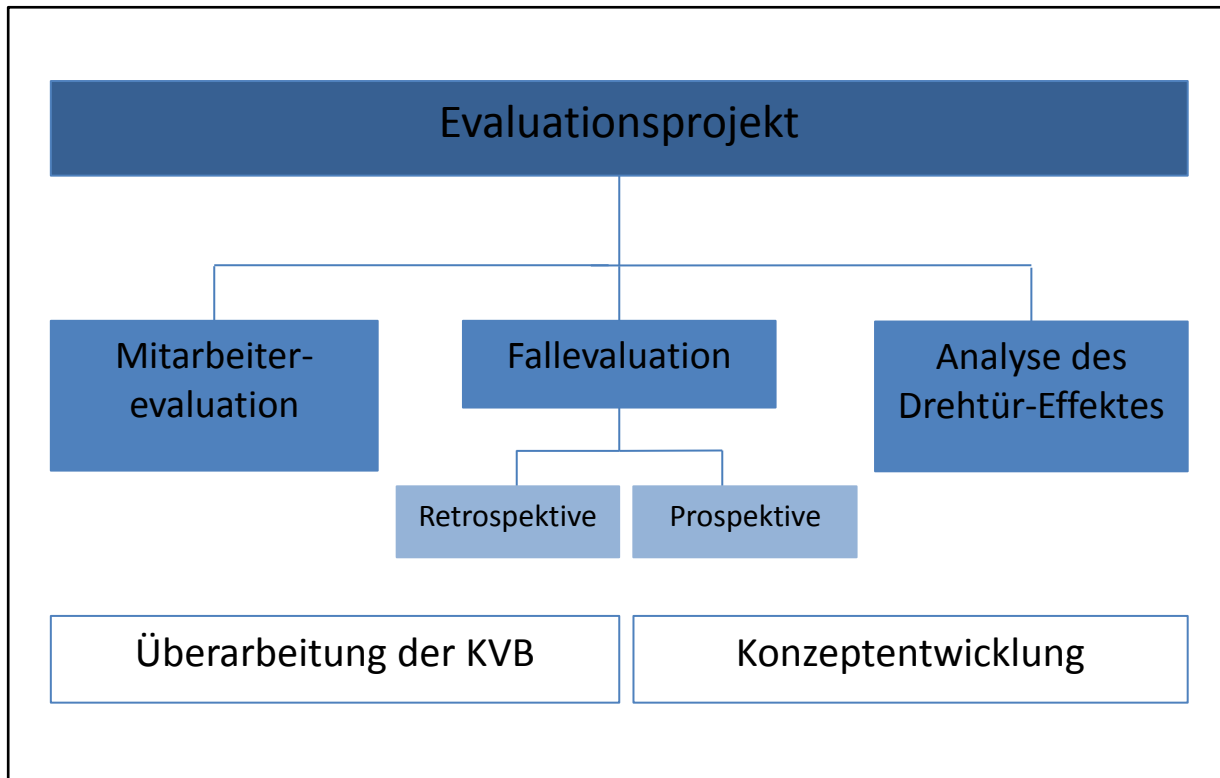


Abbildung 1. Design des Gesamtprojektes.

In der **Mitarbeiter-evaluation** werden fallunabhängige Einschätzungen der JA- und KJP-Mitarbeiter zum Grad der Umsetzung der KVB, Praktikabilität und Zufriedenheit mit der KVB und dem jeweiligen Kooperationspartner explorativ durch einen selbstentwickelten Fragebogen erhoben. Ziel ist es, Schwierigkeiten und nötige Anpassungen der Inhalte der KVB zu identifizieren (siehe Abschnitt 4).

Ziel der **Prospektiven Fallevaluation** ist es, die Auswirkungen der KVB auf die psychosoziale Entwicklung von Kindern mit komplexem Hilfebedarf zu untersuchen. Dafür werden Kinder, die während oder nach der ambulanten, stationären oder teilstationären Behandlung in der KJP Unterstützung vom JA erhielten, deren Eltern und die jeweiligen fallzuständigen Mitarbeiter von JA und KJP befragt. Die Teilnehmer der **Retrospektiven Fallevaluation** sollen die Vergleichsstichprobe darstellen, in der die Hilfeverläufe bei Kindern mit komplexem Hilfebedarf vor Abschluss der KVB (Gesamtjahr 2013) evaluiert werden (siehe Abschnitt 5).

In Abstimmung mit dem Landesjugendamt (LJA), dem JA und der KJP erfolgte ab 2015 die Aufnahme zweier zusätzlicher Subprojekte mit dem Ziel der **Analyse des Drehtür-Effektes** und einer **Konzeptentwicklung** einer stationären KJH-Einrichtung für Kinder mit komplexem Hilfebedarf an der Schnittstelle von KJH und KJP (siehe Abschnitt 6).

In der **Überarbeitung der KVB** wird die bestehende KVB von JA- und KJP-Vertretern entsprechend der Ergebnisse der Mitarbeiterevaluation und der verschiedenen Subprojekte überarbeitet und angepasst (siehe Abschnitt 7).

## **4 Mitarbeiterevaluation**

### **4.1 Hintergrund und Ziel**

Im Rahmen der Evaluation der KVB erfolgte eine standardisierte, fallunabhängige Mitarbeiterbefragung zu Zugang, Kenntnis, Zufriedenheit sowie Praktikabilität der KVB. Mittels selbstentwickelter Fragebögen wurden die fallführenden Mitarbeiter der ASDs, des KJND sowie des Pflegekinderdienstes (PKD) des JA sowie die fallführenden Mitarbeiter der KJP aus dem ambulanten sowie (teil-)stationären Bereich befragt. Ziel war es, Zufriedenheit sowie Unzufriedenheit und Schwierigkeiten mit der praktischen Implementierung der KVB zu erfassen und frühzeitig zu erkennen, um anhand dieser Rückmeldungen die Elemente und Regulationen der KVB anzupassen. Dabei sind Zugang zur KVB sowie Kenntnis über die Inhalte die ersten Schritte zur Anwendung dieser im Alltag.

### **4.2 Methode**

#### **4.2.1 Design und Vorgehen**

Bei der Mitarbeiterbefragung handelt es sich um eine prospektive Längsschnittbefragung, die anhand von fünf Erhebungen (V1 bis V5) im Zeitraum Juni 2014 bis Juli 2015 durchgeführt wurde. Sowohl die fallführenden Mitarbeiter des JA (ASD, PKD, KJND) als auch die der KJP (ambulanter, (teil-)stationärer Bereich) erhielten zu den jeweilig telefonisch vereinbarten Terminen ein Informationsblatt (bzgl. Ziel, Vorgehen, Datenschutz und Anonymität), den strukturierten Fragebogen sowie zusätzliche Anweisungen zum Ausfüllen des Bogens. Die Erhebungen erfolgten immer im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Dienstberatungen in den jeweiligen Institutionsbereichen. Konnte ein Mitarbeiter nicht teilnehmen, wurden das Informationsblatt sowie der Fragebogen mit der Bitte, diesen bis zu einer gesetzten Frist auszufüllen, in der jeweiligen Arbeitsstelle hinterlegt. Bei den Erhebungen selbst stand für Rückfragen oder Unklarheiten jeweils ein Projektmitarbeiter zur Verfügung, welcher die ausgefüllten Fragebögen im Anschluss direkt wieder mitnahm. Um teilnehmen zu können, mussten die Mitarbeiter schon mindestens drei Monate in der jeweiligen Institution gearbeitet haben.

An den Erhebungen haben sich neben dem KJND und PKD alle ASDs des JA Dresden beteiligt: Altstadt, Blasewitz/Loschwitz, Cotta, Leuben, Neustadt/Klotzsche, Pieschen, Plauen und Prohlis. Die KJP-Mitarbeiter stammen aus den Bereichen: Ambulanz, Autismusambulanz, Tagesklinik, Familientagesklinik, Station sowie Kliniksozialdienst.

Insgesamt liegen uns Angaben von 231 Mitarbeitern vor, wobei nicht alle an allen Erhebungen teilnahmen. Diese setzen sich zusammen aus 121 (52.4%) Mitarbeitern aus den acht ASDs, 25 (10.8%) des KJND, 8 (3.5%) des PKDs und 77 (33.3%) Mitarbeitern der KJP (Psychologen, Sozialarbeiter, Ärzte). ASD, KJND und PKD stellten gemeinsam die Gruppe der JA-Mitarbeiter dar.



#### **4.2.2 Verwendete Maße**

Die Erhebung erfolgte über einen strukturierten Fragebogen (siehe Anhang B für JA-Mitarbeiter und Anhang C für KJP-Mitarbeiter), der auf theoretischer Grundlage (Fegert, 2013; Sulz, 2005; Van Santen & Seckinger, 2012) entwickelt wurde. Dieser umfasste 20 Items (qualitativ und quantitativ mit Einfach- oder Mehrfachantworten), die die folgenden Themenbereiche erfragten:

- Allgemeine Angaben
- Zugang und Kenntnis zur KVB
- Bewertung der Zufriedenheit mit Kooperationspartner und KVB
- Erwartungen, Wünsche und Erschwernisse in Zusammenarbeit
- Verbesserungsvorschläge

Zudem sollte jeder Mitarbeiter auf dem Fragebogen eine für ihn eindeutige, jedoch anonyme Chiffre eintragen, damit die Einschätzungen eines jeden Mitarbeiters über die fünf Erhebungszeitpunkte im Längsschnitt betrachtet werden konnten.

#### **4.2.3 Statistische Analyse**

Die statistischen Analysen erfolgten mittels IBM SPSS Statistics 23. Neben deskriptiven Analysen wurden für die Darstellung des Verlaufs sowie des Unterschieds zwischen den Gruppen univariate Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt, wobei Innersubjekteffekte (Erhebungszeitpunkt zu Erhebungszeitpunkt), Zwischensubjekteffekte (Gruppe JA vs. KJP) und Interaktionseffekte (Erhebungszeitpunkt\*Gruppe) untersucht wurden. Da nicht von jedem Mitarbeiter zu jedem Erhebungszeitpunkt Daten vorliegen, wurden für die Analysen aus den fünf Erhebungen (V1, V2, V3, V4, V5) zwei Erhebungszeitpunkte generiert: T1 ergibt sich aus den Erhebungen V1 und V2, T2 aus den Erhebungen V4 und V5. Hat ein Mitarbeiter nur zu einem Erhebungszeitpunkt teilgenommen, ging dieser Wert ein; hat er an beiden Erhebungen (z.B. V1 und V2) teilgenommen, wurde der Mittelwert gebildet. Daten der V3 gingen nicht in die folgenden Berechnungen ein.

Die Freitextäußerungen über Erwartungen, Wünsche und Erschwernisse bzgl. KVB und Kooperationspartner wurden nach inhaltlich passenden Überbegriffen kategorisiert. Die Signifikanzprüfung der Häufigkeiten erfolgte entsprechend des vorliegenden Skalenniveaus mittels  $\chi^2$ - bzw. McNemar-Tests.

### **4.3 Ergebnisse**

#### **4.3.1 Kenntnis, Umsetzung und Zufriedenheit mit der Kooperationsvereinbarung**

Im Folgenden werden die Längsschnitt-Ergebnisse zu den zwei generierten Erhebungszeitpunkten T1 und T2 (Erläuterung siehe Abschnitt 4.2.3) berichtet. Wie bereits benannt, haben im JA fallführende Mitarbeiter aus den Bereichen ASD, PKD und KJND an der Befragung teilgenommen. Insgesamt entspricht dies zu T1 N=109 und zu T2 N=119 Mitarbeitern. In Tabelle 1 findet sich eine Aufgliederung der Teilnehmerzahlen in die entsprechenden Bereiche.

Tabelle 1. Teilnehmerzahl pro Bereich und Erhebungszeitpunkt

	ASD								KJND	PKD	KJP
	Blasewitz/										
	Altstadt	Loschwitz	Cotta	Leuben	Neustadt/Klotzsche	Pieschen	Plauen	Prohlis			
<b>T1</b>	10	12	15	8	9	12	7	13	19	4	54
<b>T2</b>	10	14	17	9	9	14	8	17	15	6	58

Anmerkung: T1-erster Erhebungszeitpunkt (generiert), T2-zweiter Erhebungszeitpunkt (generiert).

Je nach betrachtetem Faktor variieren die Stichprobenzahlen, da nicht jeder Mitarbeiter zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten teilnahm oder Fragen entweder nicht oder mit *weiß nicht* beantwortet wurden.

Wie in Abbildung 2 zu sehen ist, gibt die Mehrzahl der Teilnehmer an, zum Erhebungszeitpunkt Fälle an der Schnittstelle zur jeweils anderen Institution zu betreuen. Dabei zeigt sich erwartungsgemäß, dass sich die Häufigkeiten über die Zeit hinweg nicht signifikant verändern. Im Querschnitt weisen zu T1 signifikant mehr KJP-Mitarbeiter Schnittstellenfälle auf als aus dem JA ( $\chi^2=8.46$ ;  $df=1$ ;  $p<.01$ ).

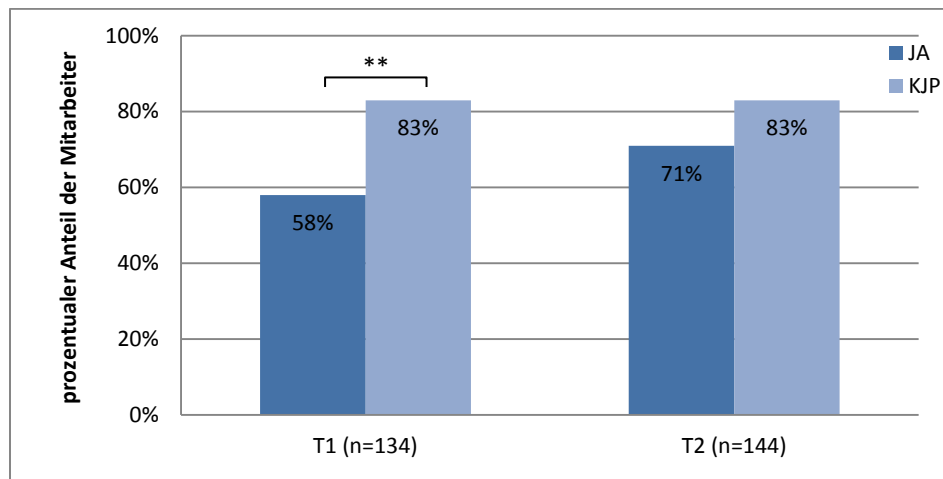


Abbildung 2. Prozentualer Anteil der Mitarbeiter in JA bzw. KJP, die aktuell Fälle an der Schnittstelle JA – KJP betreuen. \*\* $p<.01$ .

Bezüglich des Zugangs zur KVB (Frage „Haben Sie Zugang zur KVB?“; Wertebereich: *nein*=1, *eher nein*=2, *eher ja*=3, *ja*=4) in den beteiligten Institutionen zeigt sich, dass dieser über die Zeit sowohl im JA als auch in der KJP signifikant steigt ( $F=33.95$ ;  $df=1$ ;  $p<.001$ ; siehe Abbildung 3). Dabei weist das JA ein signifikant höheres Ausgangsniveau auf ( $F=6.92$ ;  $df=1$ ;  $p<.01$ ).

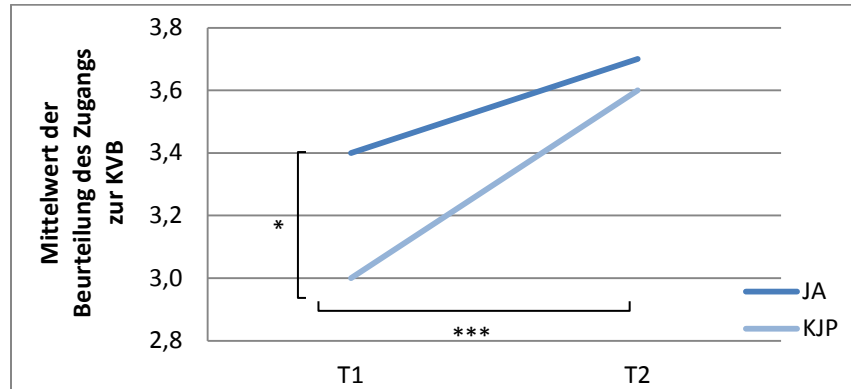


Abbildung 3. Varianzanalyse mit Messwiederholung bzgl. der Beurteilung des Zugangs zur KVB von Mitarbeitern des JA und der KJP (*nein=1, eher nein=2; eher ja=3; ja=4*). \* $p < .05$ ; \*\*\* $p < .001$ .

Dagegen gibt es hinsichtlich der Kenntnis von Inhalten der KVB (Frage „Haben Sie Kenntnis von Inhalten der KVB?“; Wertebereich: *nein=1, eher nein=2; eher ja=3; ja=4*) weder zu T1 noch zu T2 einen Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Die Kenntnis steigt in beiden Institutionen über die Zeit hinweg an ( $F=48.97$ ;  $df=1$ ;  $p < .001$ ; siehe Abbildung 4).

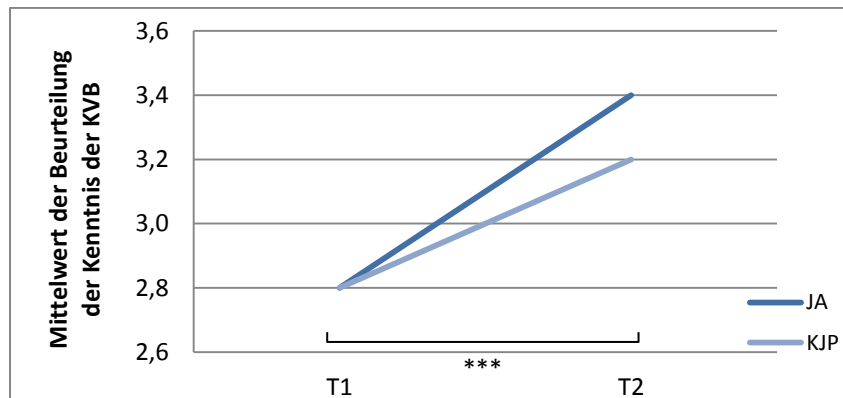


Abbildung 4. Varianzanalyse mit Messwiederholung bzgl. der Beurteilung der Kenntnis der KVB von Mitarbeitern des JA und der KJP (*nein=1, eher nein=2; eher ja=3; ja=4*). \*\*\* $p < .001$ .

Dies deckt sich damit, dass zu T1 insgesamt 41% aller teilnehmenden Mitarbeiter angeben, nicht zu wissen, ob sie nach Vorgaben der KVB arbeiten. Zu T2 sind es signifikant weniger, die *weiß nicht* angeben (25%;  $n=124$ ;  $p < .001$ ).

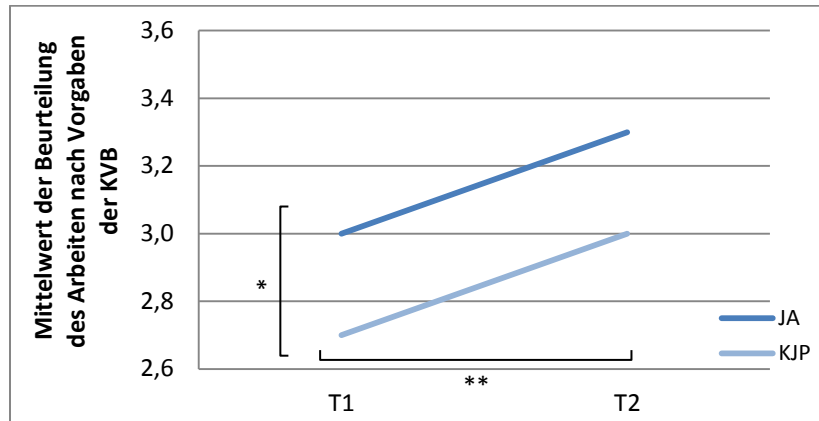


Abbildung 5. Varianzanalyse mit Messwiederholung bzgl. der Beurteilung des Arbeitens nach Vorgaben der KVB von Mitarbeitern des JA und der KJP (*nein*=1, *eher nein*=2; *eher ja*=3; *ja*=4). \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ .

Wie Abbildung 5 darstellt, arbeiten die teilnehmenden Mitarbeiter zu T2 mehr nach den Vorgaben der KVB als zu T1 ( $F=10.10$ ;  $df=1$ ;  $p < .01$ ). JA und KJP unterscheiden sich allerdings signifikant ( $F=4.25$ ;  $df=1$ ;  $p < .05$ ). KJP-Mitarbeiter geben an, weniger nach KVB-Vorgabe (Frage „Arbeiten Sie nach den Vorgaben der KVB?“; Wertebereich: *nein*=1, *eher nein*=2; *eher ja*=3; *ja*=4) zu arbeiten.

Des Weiteren wurden die einzelnen Punkte der KVB nach Zufriedenheit bewertet (Frage „Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der KVB?“; *sehr unzufrieden*=1 bis *sehr zufrieden*=6). Im Querschnitt betrachtet sind die Mitarbeiter, die zu beiden Erhebungszeitpunkten eine Aussage getroffen haben, mit einem Durchschnitt von 3.8 (zu T1 und T2) mit dem Punkt *Fortbildung* am unzufriedensten. Der Punkt *Konstellation* (gemeint sind die in der KVB benannten Fallkonstellationen) schneidet mit einer durchschnittlichen Bewertung von 4.5 (zu T1 und T2) am besten ab. Im Längsschnitt ergeben sich außer mit der steigenden Zufriedenheit in Hinsicht der *Fristen* ( $n=56$ ;  $F=8.06$ ;  $df=1$ ;  $p < .01$ ) keine signifikanten Veränderungen bei der Bewertung einzelner Punkte der KVB; es zeigen sich auch keine Zwischensubjekteffekte (JA vs. KJP). Am meisten Unklarheit gibt es hinsichtlich der in der KVB benannten *Lotsen* und des *Beschwerdemanagements*. Dies äußerten die Mitarbeiter beider Institutionen in Freitexten und in der zusätzlichen Möglichkeit, anstatt einer Zufriedenheits-Bewertung eine *weiß nicht*-Angabe zu machen.

Die Zufriedenheit wurde nicht nur zu einzelnen Punkten der KVB eingeschätzt, sondern auch für die KVB insgesamt. Die Mitarbeiter beider Institutionen sind von Anfang an (T1) *eher zufrieden* mit der KVB. Die Zufriedenheit steigt gering, aber statistisch signifikant in Richtung *zufrieden* ( $F=5.37$ ;  $df=1$ ;  $p < .05$ ; siehe Abbildung 6).

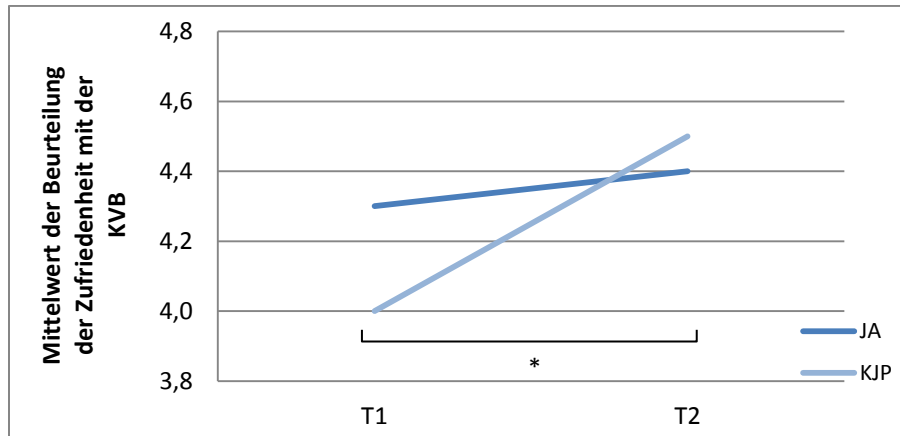


Abbildung 6. Varianzanalyse mit Messwiederholung bzgl. der Beurteilung der Zufriedenheit mit der KVB insgesamt von Mitarbeitern des JA und der KJP (*sehr unzufrieden*=1 bis *sehr zufrieden*=6). \* $p < .05$ .

Ein ähnlicher Verlauf zeigt sich bzgl. der Zufriedenheit in der Kommunikation mit dem Kooperationspartner (Frage „Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Kommunikation mit dem Kooperationspartner?“; *sehr unzufrieden*=1 bis *sehr zufrieden*=6). Hier sind sowohl JA- als auch KJP-Mitarbeiter zu T1 bereits *zufrieden* mit dem jeweils anderen. Zu T2 steigt die Zufriedenheit gering, aber signifikant ( $F=4.77$ ;  $df=1$ ;  $p < .05$ ; siehe Abbildung 7).

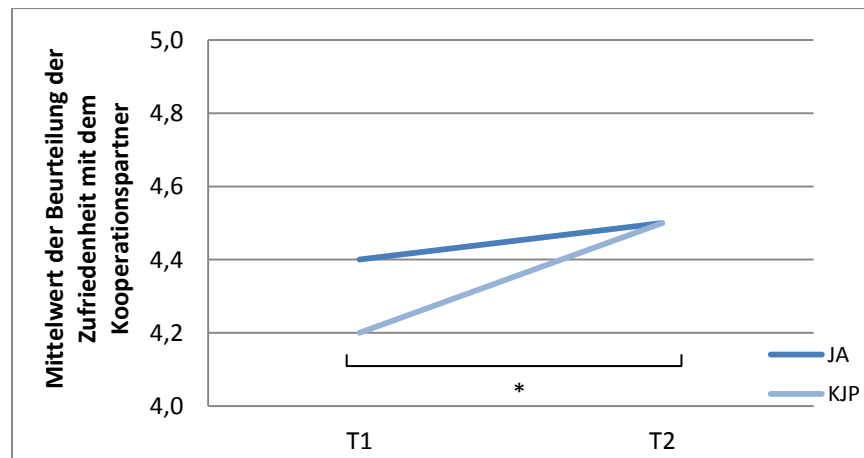


Abbildung 7. ANOVA mit Messwiederholung bzgl. der Beurteilung der Zufriedenheit mit dem Kooperationspartner von Mitarbeitern des JA und der KJP (*sehr unzufrieden*=1 bis *sehr zufrieden*=6). \* $p < .05$ .

Zusammengefasst steigt sowohl der Zugang zur, als auch die Kenntnis der KVB über die Zeit von 9 bis 12 Monaten ansteigt. Daraus kann geschlossen werden, dass die Implementierung der KVB in den Alltag der fallführenden Mitarbeiter über die Zeit positiv vorangeschritten ist. Zu erwähnen ist allerdings auch, dass die Mitarbeiter allein durch die Teilnahme an der Befragung stärker auf die KVB aufmerksam gemacht wurden und darin der Anstieg zu T2 mit begründet sein kann. Das Arbeiten nach Vorgaben der KVB wurde in beiden Institutionen über die Zeit hinweg häufiger bejaht, wobei es hier noch deutlicher Verbesserungen bzw. Adaptationen der KVB sowie der Arbeitsprozesse innerhalb der Institutionen bedarf, die es den Mitarbeitern besser ermöglichen, nach Vorgaben der KVB zu arbeiten.

Obwohl die Zufriedenheit mit der KVB und der Kommunikation mit dem Kooperationspartner bis zum letzten Erhebungszeitpunkt anstieg, ist auch hier noch Luft nach oben. Die Zahlen verdeutlichen, dass Mitarbeiter aus beiden Institutionen im Durchschnitt *eher zufrieden* sind.

#### 4.3.2 Wünsche/Erwartungen und Erschwernisse bezüglich des Kooperationspartners und der Kooperationsvereinbarung

Neben den unter Abschnitt 4.3.1 benannten Punkten erfasste der selbstentwickelte Fragebogen auch Wünsche/Erwartungen und Erschwernisse mit dem Kooperationspartner und mit der KVB. In den ersten beiden Erhebungen V1 und V2 wurden diese zunächst anhand von Freitextäußerung erhoben. Die Äußerungen wurden unter jeweils drei Punkten subsumiert, welche Tabelle 2 darstellt. In den Erhebungen V3 bis V5 wurden den Mitarbeitern die subsumierten Punkte als Auswahl angeboten sowie ergänzend Freitextmöglichkeiten gegeben. Dadurch erhöhte sich die Rate der Angaben zu Wünschen/Erwartungen und Erschwernissen nochmals deutlich. Die verwendeten, selbstentwickelten Fragebögen finden sich in Anhang B und C.

Tabelle 2. Genannte Wünsche und Erschwernisse bzgl. des Kooperationspartners und der KVB.

	<b>Wünsche/Erwartungen</b>	<b>Erschwernisse</b>
Kooperationspartner	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gute Erreichbarkeit</li> <li>• Klare Absprachen und fachlicher Austausch zur Gestaltung und Verlauf der Hilfen</li> <li>• Gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung der Fachlichkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schlechte (telefonische) Erreichbarkeit</li> <li>• Fehlende Terminabsprachen/ zu kurzfristige Terminvorgaben</li> <li>• Mangelnde zeitliche Ressourcen/ personelle Unterbesetzung</li> </ul>
KVB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KVB kurz und verständlich sein</li> <li>• Handlungsempfehlungen sollen gut umsetzbar sein</li> <li>• Bessere Verbreitung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umfang und Übersichtlichkeit der KVB</li> <li>• Fristsetzungen</li> <li>• (eigene) mangelnde Kenntnis der KVB</li> </ul>

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die prozentuale Häufigkeit der einzelnen Wünsche/Erwartungen und Erschwernisse, die von Mitarbeitern des JA und der KJP benannt wurden. Dabei erfolgte die Auswertung der Häufigkeiten über alle Erhebungen hinweg.

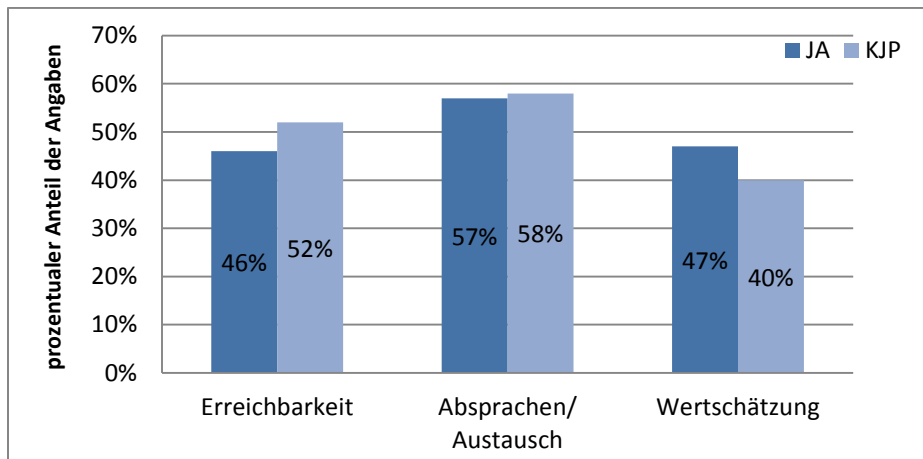


Abbildung 8. Prozentuale Häufigkeitsverteilung von Erwartungen und Wünsche bzgl. des Kooperationspartners, genannt von Mitarbeitern des JA und der KJP, über alle Erhebungen hinweg.

Bei den Wünschen/Erwartungen bzgl. des Kooperationspartners gibt es zwischen JA und KJP keine Unterschiede. Beide wünschen sich von dem jeweils anderen vor allem klare Absprachen und fachlichen Austausch zu Verlauf und Gestaltung von Hilfen und somit in der Zusammenarbeit an sich (siehe Abbildung 8).

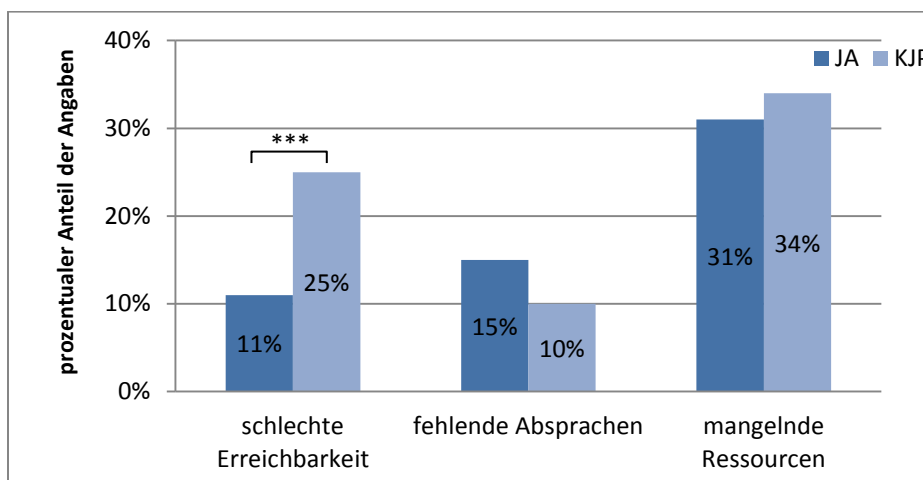


Abbildung 9. Prozentuale Häufigkeitsverteilung von Erschwernissen in der Zusammenarbeit mit dem Kooperationspartner, genannt von Mitarbeitern des JA und der KJP, über alle Erhebungen hinweg. \*\*\* $p < .001$ .

Bezüglich der Erschwernisse in der Zusammenarbeit mit dem Kooperationspartner benennen Mitarbeiter der KJP die Erreichbarkeit der Mitarbeiter in der anderen Institution signifikant häufiger als Mitarbeiter des JA ( $p < .001$ ; siehe Abbildung 9). Am häufigsten werden gleichermaßen die mangelnden zeitlichen und personellen Ressourcen als Schwierigkeit benannt. Hieraus geht leider nicht hervor, ob es die eigenen mangelnden Ressourcen sind oder die des Kooperationspartners.

Auch im Bezug auf die KVB wurden Wünsche/Erwartungen sowie Erschwernisse der Mitarbeiter beider Institutionen erhoben.

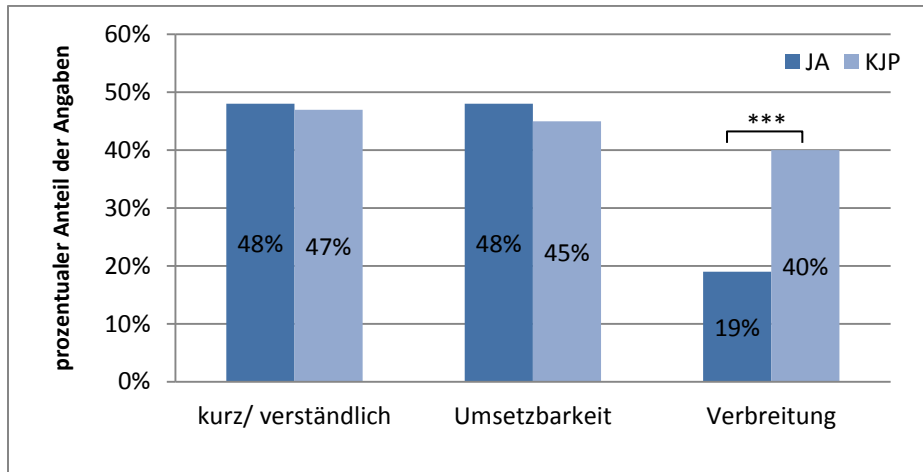


Abbildung 10. Prozentuale Häufigkeitsverteilung von Erwartungen und Wünsche bzgl. der KVB, genannt von Mitarbeitern des JA und der KJP über alle Erhebungen hinweg. \*\*\* $p < .001$ .

Signifikante Unterschiede zwischen JA und KJP ergeben sich bei dem Wunsch nach einer besseren Verbreitung der KVB bei den Mitarbeitern, wobei dies häufiger von Mitarbeitern der KJP gewünscht wird ( $p < .001$ ; siehe Abbildung 10). An dieser Stelle ist leider aufgrund der Formulierung der Fragen nicht differenzierbar, ob dabei die Verbreitung in der eigenen oder in der Institution des Kooperationspartners gemeint ist, die sich verbessern sollte. Die Mitarbeiter von JA und KJP sind sich einig, dass die KVB kurz und verständlich sowie umsetzbar sein sollte.

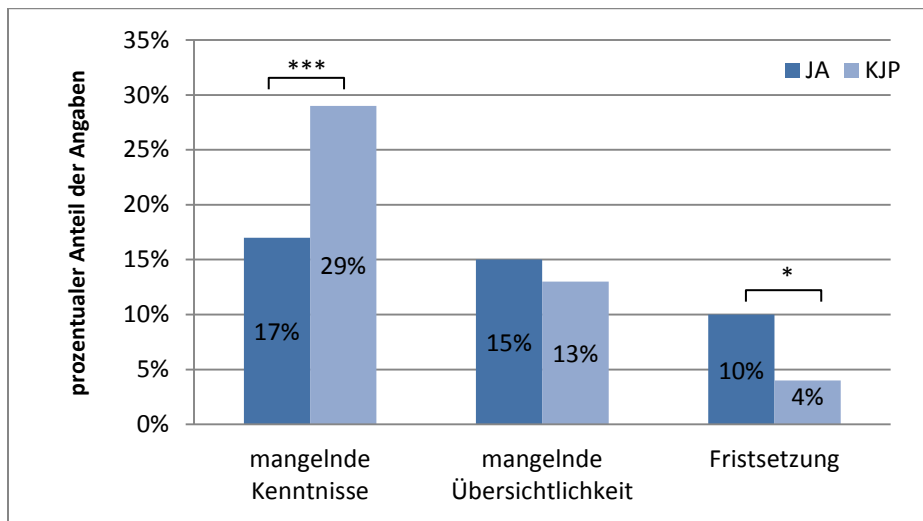


Abbildung 11. Prozentuale Häufigkeitsverteilung von Erschwernissen mit der KVB, genannt von Mitarbeitern des JA und der KJP über alle Erhebungen hinweg. \* $p < .05$ ; \*\*\* $p < .001$ .

Erschwernisse in der Arbeit mit der KVB sehen die Mitarbeiter vor allem in mangelnder Kenntnis über sie und ihre Inhalte, mangelnder Übersichtlichkeit und Fristsetzung der KVB (siehe Abbildung 11). Mitarbeiter der KJP benennen signifikant häufiger ( $p < .001$ ) Erschwernisse aufgrund mangelnder Kenntnis über die Inhalte der KVB als JA-Mitarbeiter. Dabei ist nicht ersichtlich, ob hier die eigene mangelnde Kenntnis und/oder die mangelnde Kenntnis des Gegenübers bzgl. der KVB und deren Inhalte gemeint sind. Die



Fristsetzungen, die in der KVB verankert sind, benennen die JA-Mitarbeiter signifikant häufiger als Erschwernis als Mitarbeiter der KJP ( $p < .05$ ).

#### **4.4 Schlussfolgerungen aus der Mitarbeiterevaluation**

In der Mitarbeiterevaluation wurden fallunabhängig die Haltungen und Einschätzungen der Mitarbeiter von JA und KJP zur KVB und der Kommunikation mit dem Kooperationspartner erhoben. Dabei konnte gezeigt werden, dass es eine große Fallschnittmenge zwischen JA und KJP gibt – vier von fünf KJP- sowie drei von fünf JA-Mitarbeitern haben mindestens einen gemeinsamen Fall mit der jeweils anderen Institution. Dies verdeutlicht noch einmal die Notwendigkeit optimaler Kommunikationswege, um Hilfeverläufe zuverlässig gestalten zu können.

In der Evaluation zeigte sich bzgl. der KVB, dass zum ersten Erhebungszeitpunkt T1 JA-Mitarbeiter den Zugang zur KVB und das Arbeiten nach deren Vorgaben höher einschätzten als die Mitarbeiter der KJP. D. h. die JA-Mitarbeiter gaben an, einen besseren Zugang zur KVB zu haben und mehr nach den Vorgaben der KVB zu arbeiten als die KJP-Mitarbeiter. Zum Erhebungszeitpunkt T2 fanden sich keine Unterschiede mehr zwischen JA und KJP. In beiden Institutionen stiegen die Einschätzungen bzgl. Zugang zur, Kenntnis über und Arbeiten nach Vorgaben der KVB signifikant an. Auch die Zufriedenheit sowohl mit der KVB als auch mit dem Kooperationspartner stieg über die Erhebungszeit bedeutsam. Dieser Verlauf spricht für eine positive Implementierung der KVB in beiden Institutionen. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass auch die dreimonatlichen Befragungen zur KVB zu den verbesserten Werten beigetragen haben, da die Mitarbeiter dadurch stärker auf die Relevanz der guten Zusammenarbeit aufmerksam gemacht wurden.

Nichtsdestotrotz gibt es Anmerkungen und Kritikpunkte (z.B. in den Freitextäußerungen des Fragebogens) an der KVB und den Kommunikationswegen zwischen JA und KJP, die deutlich machen, dass weitere Optimierungen absolut sinnvoll und notwendig sind.

Bzgl. der KVB zeigte sich, dass die Mitarbeiter eine gute Verständlichkeit, Handhabbarkeit und Umsetzbarkeit erwarteten. Insbesondere die KJP-Mitarbeiter benannten zudem den Wunsch nach stärkerer Verbreitung der KVB. Im Rahmen der Befragungen zeigten sich sowohl bei JA als auch KJP große Schwankungen in der Beteiligung an der Befragung, die unter anderem auf die Mitarbeiterfluktuation (z.B. aufgrund von Bereichswechseln, Aus- und Neueinstiegen) zurückzuführen sind. Dies verdeutlicht, dass sowohl der Einarbeitung neuer bzw. gewechselter Mitarbeiter als auch der regelmäßigen Wissensauffrischung zu „Schnittstellenthemen“ (wie KVB, Kinderschutz) in beiden Institutionen eine große Relevanz beizumessen ist. Der Informationsfluss über die vereinbarten Kommunikationswege muss institutsintern aufrechterhalten werden. Dabei sollte auch ein einfacher Zugang zur KVB sowohl in Papier als auch in elektronischer Version gewährleistet sein. Eine KVB, die geschlossen wurde, jedoch in Vergessenheit gerät nützt niemandem. Weitere Unsicherheiten, die die Mitarbeiter äußerten, betrafen die in der KVB benannten Punkte der gemeinsamen Fortbildung, des Beschwerdemanagements sowie der „Lotsen“.

Bzgl. der Kommunikation mit dem Kooperationspartner benannten JA- und KJP-Mitarbeiter gleichermaßen den Wunsch nach gegenseitiger Wertschätzung, klaren Absprachen sowie Erreichbarkeit. Gleichermaßen erschwerend benannten die Mitarbeiter beider Institutionen die verfügbaren zeitlichen Ressourcen. Das weist auf die Notwendigkeit hin, dass Vorgaben der KVB zu Kommunikationswegen und Informationsfluss immer auch die zeitlichen und personellen Ressourcen der Institutionen beachten müssen. Die Vermutung, dass hier zusätzliche Ressourcen zu einer sinnvolleren Nutzung der vorhandenen bis hin zu eventuellen Einspareffekten führen werden, deutet sich an, kann aber nur indirekt durch die Ergebnisse unterstützt werden.

KJP-Mitarbeiter benannten häufiger erschwerend die schlechte Erreichbarkeit des Kooperationspartners, JA-Mitarbeiter hingegen die benannten Fristen.

In einem Treffen zwischen den Projekt- sowie Leitungsverantwortlichen aus JA und KJP im Spätsommer 2015 folgte – resultierend aus einer ersten Ergebnispräsentation – die Ernennung jeweils eines Ansprechpartners pro Institution für die Belange der KVB sowie Abstimmungen mit dem Kooperationspartner (im Folgenden KVB-Koordinator genannt). Zur Optimierung der Kommunikationswege sowie der KVB finden seit Oktober 2015 regelmäßige Treffen zwischen den KVB-Koordinatoren und, bei Bedarf, weiteren Mitarbeitern von JA und KJP statt (siehe Abschnitt 7).

## **5 Fallevaluation**

### **5.1 Hintergrund und Ziel**

Ziel der Fallevaluation war es, die Umsetzung und Effekte der KVB auf die psychosoziale Entwicklung von Kindern mit komplexem Hilfebedarf zu evaluieren, die während oder nach ihrer ambulanten, teilstationären oder stationären Behandlung in der KJP zudem Unterstützung durch das JA (z. B. in Form eines Sozialpädagogischen Familienhelfers) erhielten.

Um die Effekte auf die 2013 geschlossene KVB zurückführen zu können, sollte eine Vergleichsstichprobe bestehend aus Kindern, die vor Inkrafttreten der KVB in der KJP in Behandlung gewesen waren und gleichzeitig Unterstützung durch das JA erhielten, erhoben werden. Überprüft werden sollte u.a. die Hypothese, dass eine stringente Umsetzung der vereinbarten Vernetzung der Zusammenarbeit zu einer besseren psychosozialen Entwicklung der Kinder führt.

### **5.2 Methode**

#### **5.2.1 Design**

In der Prospektiven Fallevaluation erfolgte die fallbezogene Befragung zur psychosozialen Entwicklung von Kindern im Alter von 6 bis 18 Jahren, die sowohl aktuell in der KJP in Behandlung waren als auch Kontakt zum JA hatten. Des Weiteren wurden deren Eltern, sowie die fallführenden Mitarbeiter von JA und KJP gebeten, aktuelle Absprachen und Abläufe zwischen JA und KJP zu beurteilen. Die Prospektive Fallevaluation umfasste drei Erhebungszeitpunkte (V1, V2 und V3) im Abstand von je drei Monaten. Zudem wurden die KJP-Patientenakten analysiert.

In der Retrospektiven Fallevaluation erfolgte die Befragung von Patienten der KJP und deren Eltern aus dem Gesamtjahr 2013 mit damals bestehendem Kontakt zum JA. Es erfolgte im Rahmen des Projektes lediglich ein Termin mit der Familie zur Einschätzung der aktuellen Psychopathologie des Kindes sowie von Absprachen und Abläufen zwischen JA und KJP vor Etablierung der KVB. Die Befragung der damals fallzuständigen JA- und KJP-Mitarbeiter entfiel somit. Eine schematische Darstellung der Abläufe der Prospektiven und Retrospektiven Fallevaluation erfolgt in Abbildung 12.

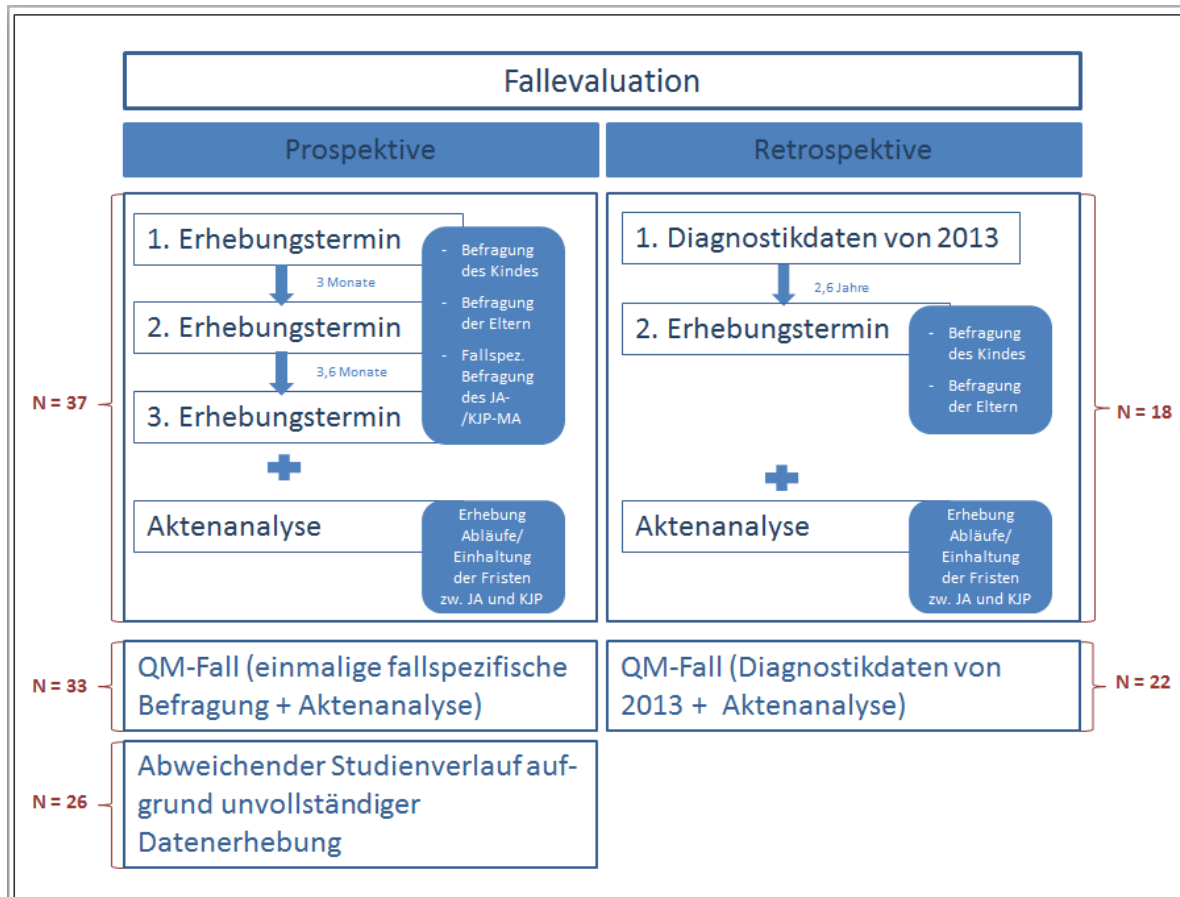


Abbildung 12. Ablaufschema der Prospektiven und Retrospektiven Fallevaluation mit Fallzahlen.

### 5.2.2 Vorgehen

Die Rekrutierung der Familien für die **Prospektive Fallevaluation** erfolgte im Zeitraum vom 01.09.2014 bis 19.01.2016. Abbildung 13 zeigt den Rekrutierungspfad von Kindern, welche die Einschlusskriterien erfüllten, verglichen mit denjenigen, die diese nicht erfüllten. Zusätzlich sind Gründe für einen Ausschluss oder Abbruch mit den entsprechenden Fallzahlen angegeben. Die Zusammenstellung der Rekrutierungslisten geeigneter Familien erfolgte anhand der Neuaufnahmelisten der Stationen und der Ambulanzen, sowie der Zuarbeit durch die zuständigen Mitarbeiter des Kliniksozialdienstes der KJP.

Die telefonische Rekrutierung erfolgte durch die Projektmitarbeiterinnen sowie geschulte studentische Hilfskräfte. Die Familien wurden am Telefon über Ziel und Ablauf der Studie aufgeklärt, bei Interesse an einer Teilnahme wurde das Informationsmaterial sowie die Einwilligungserklärung per Post oder E-Mail den Familien zugesendet. Bei der telefonischen Rekrutierung erhielten die Familien auch das Angebot nur

an der Aktenanalyse (siehe unten) teilzunehmen, wenn der Aufwand für die gesamte Studienteilnahme (Fragebogenausfüllen und Interview zu drei Erhebungszeitpunkten) für sie nicht leistbar war. Wurden Familien mehr als drei Mal telefonisch nicht erreicht, erfolgte eine postalische Information über das Projekt. Bei einer Zusage zur Studienteilnahme erfolgte der Einschluss des Kindes in die Studie, die Vereinbarung des ersten Erhebungstermins sowie die Versendung eines Teiles der Fragebögen (siehe Abschnitt 5.2.3) anderthalb Wochen vor dem Erhebungstermin. Damit konnte gewährleistet werden, dass die Familie ausreichend Zeit zum Ausfüllen der Fragebögen hat. Der zweite Teil der Fragebögen wurde direkt zum Erhebungstermin ausgefüllt. Für die zweite und dritte Erhebung erfolgte ein analoges Vorgehen. Erhebungstermine konnten, je nach Absprache, bei der Familie zu Hause oder in den Räumlichkeiten der KJP stattfinden. Der erste Termin für die Familien umfasste ca. anderthalb Stunden, der zweite und dritte Termin dauerte jeweils nur ca. eine Stunde.

Im Anschluss an die Erhebungstermine mit den Familien wurden die Fragebögen an die fallführenden Mitarbeiter von JA und KJP (siehe Abschnitt 5.2.3.8.1) mit einer Antwortfrist von zwei Wochen versandt. Jeweils drei Tage vor Ablauf der Frist wurden die JA- und KJP-Mitarbeiter noch einmal per E-Mail an den auszufüllenden Fragebogen erinnert. Nach Abschluss der drei Erhebungstermine erfolgte die KJP-Aktenanalyse in Bezug auf die fallspezifischen Abläufe und Einhaltung der Fristen zwischen JA und KJP anhand einer zuvor entwickelten Checkliste.

Bei der Rekrutierung der Familien traten deutlich mehr Schwierigkeiten auf, als vorab angenommen, wie geringe Motivation und unzuverlässige Teilnahme der Familien an den vereinbarten Untersuchungen. Daher waren ständige Anpassungen der Rekrutierungsabläufe notwendig und es ergab sich eine geringere Teilnehmerzahl als erwartet. Um die Zuverlässigkeit der Familien zu verbessern, wurde beispielsweise ab März 2015 damit begonnen den Familien eine Woche vor dem Untersuchungstermin eine Erinnerungs-E-Mail, sowie einen Tag davor eine Erinnerungs-SMS zu senden. Zur Erhöhung der Motivation und Teilnahmebereitschaft erfolgte Mai 2015 eine Erhöhung der Aufwandsentschädigung von 10 auf 20€. Eine Anpassung in der Durchführung erfolgte zusätzlich, indem nur noch ein Teil der auszufüllenden Fragebögen vor dem Termin verschickt wurde, um die Familien nicht durch eine zu große Anzahl an Fragebögen vorab zu demotivieren.

Obwohl die Anpassungen zu einer zuverlässigeren Durchführung bzw. zu einer rechtzeitigen Absage der Erhebungstermine führte, konnte die ursprünglich geplante Fallzahl von N=90 nicht erreicht werden. Um die Aussagekraft zu erhöhen wurden daher im September und Dezember 2015 fallspezifische Mitarbeiterbefragungen im Rahmen einer qualitätssichernden Maßnahme (QM) nach SGB 5 § 135a zu konkreten Kindern an der Schnittstelle JA und KJP durchgeführt. Die entsprechenden Fallzahlen sind der Abbildung 12 zu entnehmen. Die Auswahl für diese QM-Fälle erfolgte anhand der gleichen Kriterien, wie für die teilnehmenden Familien. Im Rahmen dieser QM fand eine einmalige Befragung des jeweiligen fallführenden JA- und KJP-Mitarbeiters statt. Zusätzlich erfolgte auch bei diesen Kindern eine anonyme KJP-Aktenanalyse mittels der dafür entwickelten Checkliste.

Die Rekrutierung der Probanden für die **Retrospektive Fallevaluation** erfolgte im Zeitraum vom 30.01.2015 bis 31.09.2016. Die Rekrutierungslisten wurden im Fall der Retrospektiven Fallevaluation mithilfe einer Reportfunktion des in der KJP verwendeten elektronischen Patientenverwaltungssystems erstellt. Die einzuschließenden Kinder mussten dabei im Jahr 2013 zwischen 6 und 15 Jahre alt gewesen sein, im Zeitraum von 01.01.2013 bis 31.12.2013 eine Behandlung im ambulanten, teilstationären und/oder stationären Bereich in der KJP erhalten und gleichzeitig Kontakt zum JA gehabt haben.

Der Rekrutierungsablauf erfolgte analog zu dem der Prospektiven Fallevaluation (Studieninformation, Fragebogenversand, Ort des Erhebungstermins). Der Untersuchungstermin dauerte ca. eine Stunde. Für den absolvierten Termin erhielt die Familie ebenfalls 20€ als Aufwandsentschädigung. Auch für die eingeschlossenen Fälle der Retrospektiven Fallevaluation erfolgte die KJP-Aktenanalyse anhand der entwickelten Checkliste.

Bei der Rekrutierung der Familien für die Retrospektive Fallevaluation traten noch mehr Schwierigkeiten auf. So waren viele Familien aufgrund von veralteten Kontaktdaten nicht erreichbar. Zusätzlich zeigte sich die Problematik, dass manche Kinder inzwischen nicht mehr bei der damals sorgeberechtigten Person wohnten oder in eine andere KJH-Einrichtung gezogen waren. Aus u.a. datenschutzrechtlichen Gründen oder aufgrund fehlender/falscher Kontaktangaben war es sehr schwierig aktuelle Kontaktdaten zu bekommen und dementsprechend die Familien zu erreichen. Im Vergleich zur Prospektiven Fallevaluation äußerten deutlich mehr erreichte Familien, nicht an der Studie teilnehmen zu wollen, da sie nicht erneut mit dieser anstrengenden Zeit konfrontiert werden wollten.

Zur Erweiterung des potenziellen Probandenpools wurden ab Februar 2016 auch Familien kontaktiert, die sowohl vor als auch noch nach Inkrafttreten der KVB bis Ende 2014 (teil-)stationär in der KJP angebunden waren. Die retrospektive Befragung der Kinder und deren Familien sowie die Aktenanalyse erfolgten dann jedoch nur zu dem klar umgrenzten Aufenthalt auf Station oder in der Tagesklinik vor der Umsetzung der KVB.

Weiterhin erfolgte die Anfrage an die KJP des Sächsischen Krankenhauses Arnsdorf (SKHAR) bezüglich der Möglichkeit der Erhebung einer alternativen, ergänzenden retrospektiven Vergleichsgruppe für die Prospektive Fallevaluation von im Jahr 2013 behandelten Kindern mit Kontakt zum JA. Es bestand zu keinem Zeitpunkt, weder im Jahr 2013 noch zum aktuellen Zeitpunkt, eine KVB zwischen einem JA und der KJP des SKHAR. Der Rekrutierungsablauf erfolgte analog zu dem in der KJP, wobei im SKHAR aufgrund von Papierakten kein elektronischer Abruf potentieller Familien erfolgen konnte, sondern zunächst die Papierakten nach 2013 bestandem JA-Kontakt gesichtet werden mussten bevor der Rekrutierungsanruf erfolgte. Trotz des gemeinsamen Engagements der KJP Dresden und der KJP des SKHAR konnten leider keine weiteren Familien rekrutiert werden. Auch hier zeigten sich die gleichen Schwierigkeiten wie schlechte Erreichbarkeit, veraltete Telefonnummern bzw. Kontaktadressen, sowie fehlendes Interesse und Motivation seitens der kontaktierten Familien. Um validere Aussagen treffen zu können wurden ebenfalls im Rahmen der QM (siehe Prospektive Fallevaluation) weitere Fälle ausgewählt, bei denen kein Erhebungstermin sondern lediglich eine Aktenanalyse stattfand. Die abschließenden Fallzahlen der Retrospektiven Fallevaluation sind in Abbildung 12 dargestellt.

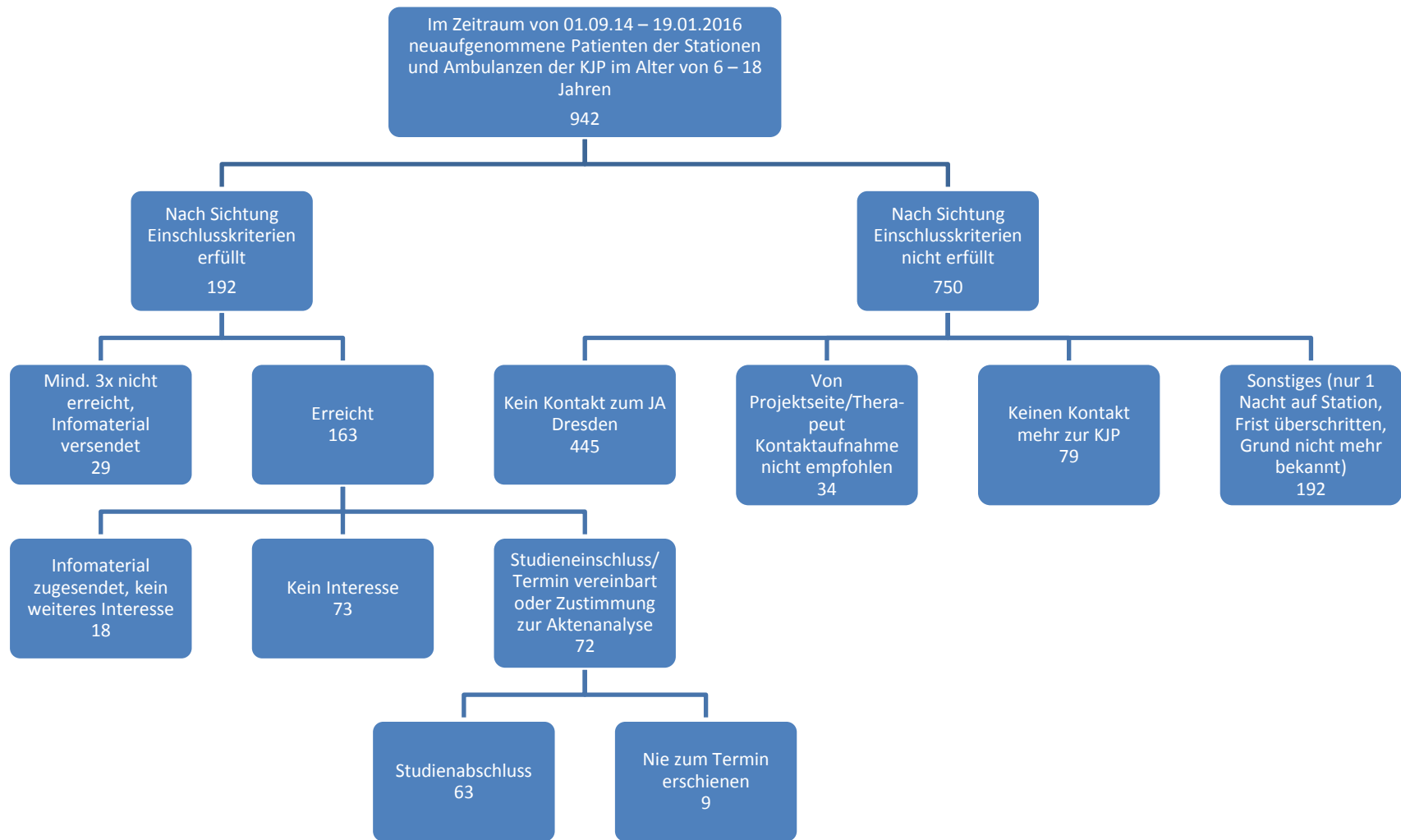


Abbildung 13. Rekrutierung und Fallzahlen der Prospektiven Fallevaluation.

Die in den vorherigen Abschnitten bereits erwähnte **KJP-Aktenanalyse** wurde für alle Kinder im Rahmen der Fallevaluationen (Prospektive, Retrospektive, QM) durchgeführt. Dabei gab es die Möglichkeit, eine Aktenanalyse ausschließlich oder ergänzend zur Fallevaluation durchzuführen. Die Analyse der Akten (elektronisch und in Papierform, wenn vorhanden) erfolgte nach Abschluss aller Erhebungsphasen. Um eine möglichst vollständige und an die Abläufe der KJP sowie die fallspezifische Kommunikation mit JA angepasste Analyse gewährleisten zu können, wurden vorab ausführliche Überlegungen durch erfahrene KJP-Mitarbeiter und Befragungen auf Leitungsebene durchgeführt. Im Anschluss wurde eine umfangreiche Checkliste in dem Onlinedatenbanksystem REDCap™ erstellt, um die gewonnenen Ergebnisse aus der Aktenanalyse zu sammeln und zur weiteren Bearbeitung zu digitalisieren. In diese Checkliste flossen die Abläufe der verschiedenen KJP-Bereiche (Tageskliniken, Stationen, Ambulanz) und die in der KVB festgelegten Abläufe und Handlungsanweisungen mit ein. Im Anschluss an die Erstellung der Checkliste wurde eine Testphase durchgeführt, in der einige KJP-Akten zur Probe analysiert wurden, um die erstellte Checkliste auf Vollständigkeit zu prüfen und ggf. weiter anzupassen. Trotz der umfangreichen Vorüberlegungen zeigten sich im Verlauf einige Schwierigkeiten, die vorab nicht absehbar bzw. unumgänglich waren. So fand zum einen in der Zeit der Erhebung eine Umstellung von Papier- auf elektronische KJP-Akten statt. Daraus ergaben sich Schwierigkeiten, da sehr häufig sowohl die Papierakte, als auch die elektronische KJP-Akte durchsucht werden musste, um die Hilfeverläufe vollständig abbilden zu können. Dieser Vorgang war sehr zeitintensiv und erlaubte es lediglich, einen Aufenthalt pro Kind zu analysieren. Zudem wurden Hilfeverläufe zum Teil unvollständig bzw. schwer nachvollziehbar dokumentiert. So kam es beispielsweise vor, dass eine Helferkonferenz vermerkt und protokolliert war. Vorherige notwendige Absprachen, um diesen Termin beispielsweise zu vereinbaren oder Kontakt mit dem JA aufzunehmen, waren jedoch nicht in der KJP-Akte vermerkt. Zudem wurden von Seiten der KJP gelegentlich falsche Fachtermini aus dem sozialpädagogischen Bereich benutzt (z.B. Helferkonferenz statt Hilfeplangespräch) oder Helferkonferenzen nicht als solche bezeichnet, wodurch das Analysieren der KJP-Akten erheblich erschwert wurde. Trotz großer Bemühungen, die Akten vollständig zu analysieren, um den Hilfeprozess möglichst realitätsnah abzubilden, ergibt sich aus den genannten Schwierigkeiten eine eingeschränkte Interpretierbarkeit der Daten, die im Rahmen der Aktenanalyse erhoben wurden, da es möglich ist, dass einige wichtige Dokumentationen des Hilfeverlaufs fehlen oder im Zuge der Analysen nicht als solche identifiziert werden konnten.

### **5.2.3 Verwendete Maße**

Ein Großteil der Zielgrößen galt der Erfassung der psychosozialen Entwicklung der betroffenen Kinder zu den Erhebungszeitpunkten. Dazu wurden die in Tabelle 3 aufgelisteten Zielgrößen erhoben, die durch die Kinder selbst, deren Eltern und/oder die fallführenden Mitarbeiter eingeschätzt wurden.

Tabelle 3. Übersicht der Zielgrößen, deren Operationalisierung sowie Anwendung in der Prospektiven und Retrospektiven Fallevaluation.

Zielgrößen	Operationalisierung	Prospektive Fallevaluation	Retrospektive Fallevaluation
Psychopathologie	Fremdbeurteilung Child Behavior Checklist (CBCL 4-18; Achenbach, 1991a) Selbstbeurteilung Youth Self Report (YSR 11-18; Achenbach, 1991b)	✓ (K, E)	✓ (K,E)
Dissoziales Verhalten	Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen Störung des Sozialverhaltens (FBB-SSV; SBB-SSV; Döpfner, Görtz-Dorten, & Lehmkuhl, 2008)	✓ (K, E)	✓ (K, E)
Strukturiertes klinisches Interview zu KJP-Diagnosen	Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID; Sheehan et al., 1998)	✓ (K, E)	
Lebensqualität	Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK; Matthejat et al., 1998)	✓ (K, E)	
Lebensfunktionalität	The Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA-SR; Gowers et al., 1999)	✓ (K)	
Zusammenarbeit JA-KJP	Selbstentwickelte Fragebögen zur Bewertung der Zusammenarbeit (nach Fegert, 2013; Sulz, 2005; Van Santen & Seckinger, 2012)	✓ (E, M)	✓ (E)
Abläufe der Zusammenarbeit JA-KJP	Selbstentwickelte Checkliste zur KJP-Aktenanalyse	✓	✓
Soziodemographische Daten etc.	Erhebungsbogen	✓ (E)	✓ (E)

Anmerkung: Beurteiler: E=Eltern, K=Kind, M=fallführender Mitarbeiter.

Die Hauptzielparameter Psychopathologie, Lebensfunktionalität und -qualität sind entscheidend zur Einschätzung von psychosozialen Veränderungen bei Kindern, da sie die langfristige Entwicklungsprognose und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben prominent beeinflussen.

Ursprünglich sollte zusätzlich eine Auswertung der Hilfeplangespräche (HPG), die regulär alle drei Monate unter Leitung des fallzuständigen JA-Mitarbeiters mit der betreffenden Familie und dem Hilfesystem erstellt und überprüft werden, erfolgen. Aufgrund der geringen Anzahl vorhandener HPG-Protokolle in den KJP-Akten, der an der Studie teilgenommenen Kinder, wurde von der Auswertung der Hilfepläne zum aktuellen Zeitpunkt abgesehen.

Die verwendeten Verfahren sollen zum besseren Verständnis nachfolgend erläutert werden.

### 5.2.3.1 Child Behavior Checklist (CBCL)

Die CBCL (Achenbach, 1991a) ist einer der meistgenutzten, standardisierten Fragebögen zur Erfassung eines breiten Spektrums der Psychopathologie (Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten, somatische Beschwerden und sozialen Kompetenzen) von Kindern im Alter von 4 bis 18 Jahren aus Sicht der Eltern. Im ersten Teil des Fragebogens erfolgt die Erfassung der psychosozialen Kompetenzen des Kindes (in der vorliegenden Studie nicht ausgewertet), im zweiten Teil beurteilen die Eltern anhand von



113 Items das Erleben und Verhalten ihres Kindes innerhalb der letzten sechs Monate auf einer 3-stufigen Antwortskala (*nicht zutreffend=0; etwas zutreffend=1; genau zutreffend=2*). Die 113 Problem-Items werden in acht Syndromskalen (*Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden, Ängstlichkeit/Depressivität, Dissoziales Verhalten, Aggressives Verhalten, Soziale Probleme, Schizoid/ Zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme*) zusammengefasst. Die Auswertung erfolgt nach alters- und geschlechtsspezifischen Normen. T-Werte von  $\geq 70$  werden als klinisch auffällig betrachtet, T-Werte zwischen 67 und 70 liegen im Grenzbereich zwischen unauffälligem und auffälligem Verhalten. Aus den Syndromskalen werden Skalen zu *Internalisierendem* und *Externalisierendem Verhalten* sowie ein *Gesamtproblemwert* gebildet. Auch für diese Skalen erfolgt eine Auswertung anhand standardisierter Normen, wobei ein T-Wert von  $>63$  als klinisch auffällig gilt und T-Werte zwischen 60 und 63 als im Grenzbereich zwischen unauffälligem und auffälligem Verhalten gelten.

Das Verfahren zeichnet sich durch eine hohe Objektivität in Bezug auf Durchführung, Auswertung und Interpretation aus. Die Reliabilität der Syndromskalen konnte in deutschen Stichproben weitgehend bestätigt werden. Klinische Studien zur Validität stützen die zugrundeliegende theoretische Struktur des Fragebogens (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998a).

### **5.2.3.2 Youth Self Report (YSR)**

Der YSR (Achenbach, 1991b) ist analog zur eben beschriebenen CBCL aufgebaut und kann von Kindern im Alter von 11 bis 18 Jahren in Form einer Selbstbeurteilung ausgefüllt werden. Wie beim Elternfragebogen CBCL werden aus den 112 Items des zweiten Teils des Fragebogens die identischen acht Syndromskalen (*Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden, Ängstlichkeit/Depressivität, Dissoziales Verhalten, Aggressives Verhalten, Soziale Probleme, Schizoid/ Zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme*) gebildet, aus denen wiederum die Skalen zu *Internalisierendem* und *Externalisierendem Verhalten* sowie der *Gesamtproblemwert* gebildet werden. Auch hierzu liegen alters- und geschlechtsspezifische Normen vor, anhand derer eine Klassifizierung in unauffällig, grenzwertig und auffällig analog zur CBCL erfolgt. Der gleichartige Aufbau der Fragebögen für Eltern und Kinder ermöglicht einen Vergleich der Einschätzung der verschiedenen Perspektiven. Der YSR zeichnet sich ebenfalls durch gute Testgütekriterien aus (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b).

### **5.2.3.3 Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen Störung des Sozialverhaltens (FBB- und SBB-SSV)**

Der FBB- und SBB-SSV ist Teil des Diagnostik-Systems für psychiatrische Störungen für Kinder (Döpfner et al., 2008) und dient der Erfassung von Störungen des Sozialverhaltens. Der FBB-SSV wird von den Eltern ausgefüllt, der SBB-SSV als Selbstbeurteilungsbogen von Kindern ab einem Alter von 11 Jahren. Beide Fragebögen bestehen aus jeweils 25 Symptom-Items (neun Items zu *Oppositionell-aggressivem Verhalten*, 16 Items zu *Dissozial-aggressivem Verhalten*), welche die 23 Symptomkriterien zur Diagnose nach DSM-IV und ICD-10 erfassen. Zusätzlich wird prosoziales Verhalten auf einer Kompetenzskala anhand von zwölf Items erfasst. Die Items werden auf einer 4-stufigen Antwortskala (*gar nicht zutreffend=0 bis besonders zutreffend=3*) für die letzten sechs Monate beurteilt. Aus den 25 Symptom-Items werden die beiden Skalen *Oppositionell-aggressives Verhalten* und *Dissozial-aggressives Verhalten*

sowie ein *Gesamtwert* gebildet. Zusätzlich werden die Kompetenz-Items zur Skala *Prosoziales Verhalten* zusammengefasst, wobei diese Skala in der vorliegenden Untersuchung nicht weiter berücksichtigt wurde. Die Auswertung erfolgt nach alters- und geschlechtsspezifischen Normen. Für die Skalen werden Werte zwischen 0.00 und 0.49 als unauffällig, Werte von 0.50 bis 0.99 als leicht auffällig und Werte von 1.00 bis 1.49 als auffällig klassifiziert. Werte über 1.49 gelten als sehr auffällig.

Die standardisierten Fragebögen zeichnen sich durch eine hohe Objektivität, Reliabilität und Validität aus (Döpfner et al., 2008).

#### **5.2.3.4 Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID)**

Das MINI-KID (Sheehan et al., 1998) ist ein strukturiertes, diagnostisches Interview zur Erfassung psychiatrischer Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 und DSM-IV. Das Instrument erlaubt eine Abklärung hinsichtlich affektiver Störungen, Angststörungen, Alkohol- und Substanzmissbrauch/-abhängigkeit, Psychotischer Störungen, Essstörungen sowie anderer relevanter Störungen wie Tic-Störungen, Störung des Sozialverhaltens, oppositionell-aufsässigem Verhalten, ADHS, Anpassungsstörung und tiefgreifende Entwicklungsstörung. Der Fokus liegt dabei auf aktuellen Störungen als auf Lebenszeitdiagnosen.

Das Interview ist in 24 Module, den diagnostischen Kategorien entsprechend, aufgeteilt, wobei zu Beginn jedes Moduls (außer für das Modul *Psychotische Störungen*) zunächst eine oder mehrere Screening-Fragen bezüglich der Hauptsymptome der Störung gestellt werden. Werden diese bejaht, folgen weitere Fragen dieses Moduls, werden sie verneint, wird mit dem nächsten Modul fortgefahren. Die Fragestellung des Interviewers erfolgt wortwörtlich. Im Wesentlichen bestehen die Module aus mehreren Ja-Nein-Fragen. Die Fragen werden direkt an das Kind gerichtet, wobei Kinder unter dem 13. Lebensjahr im Beisein der Eltern interviewt werden sollen, um ggf. bei unklaren Antworten zu intervenieren. Das Interview wurde innerhalb der Studie zum ersten und zum dritten Untersuchungstermin durchgeführt.

Das MINI-KID zeigt eine gute bis hervorragende Übereinstimmungsvalidität mit einem weiteren, häufig genutzten teilstrukturierten, diagnostischen Interview für Kinder (Kiddie-Sads) (Sheehan et al., 2010).

#### **5.2.3.5 Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)**

Das ILK (Mattejat et al., 1998) ist ein Instrument zur Erfassung der Lebensqualität von gesunden sowie Kindern mit psychiatrischen Störungen oder körperlichen Erkrankung im Alter von 6 bis 18 Jahren. Die Bewertung auf einer 5-stufigen Antwortskala (*sehr gut*=1 bis *sehr schlecht*=5) kann aus Sicht der Kinder, Eltern, Ärzte, Betreuer oder Therapeuten erfolgen, wobei Werte von 1 und 2 als *unauffällig*, Werte zwischen 3 und 5 hingegen als auffällig angesehen werden. Entsprechend den Items gliedert sich der Fragebogen in folgende Bereiche: Schule, Familie, soziale Kontakte zu Gleichaltrigen, Interessen und Freizeitgestaltung, körperliche Gesundheit, psychische Gesundheit, Gesamtbeurteilung der Lebensqualität, sowie nur für erkrankte Personen: Belastung durch die aktuelle Erkrankung und Belastung durch die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Aus den einzelnen Items lässt sich ein Lebensqualitätsscore (LQ 0-28) ermitteln, der die Lebensqualität über alle abgefragten Bereiche hinweg widerspiegelt, wobei ein höherer Wert eine höhere Lebensqualität bedeutet (Min=0, Max=28).

Umfangreiche Studien zur Reliabilität und Validität stützen die zugrundeliegenden theoretischen Annahmen des Verfahrens. Angaben zu Reliabilitäten liegen im zufriedenstellenden Bereich, bezüglich der Validität zeigen sich hohe Korrelationen einzelner Items mit einem anderen Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern. Der Test liefert sowohl alters-, als auch geschlechtsspezifische Normen für eine repräsentative Schultichprobe sowie für eine klinische Stichprobe (Mattejat et al., 1998).

#### **5.2.3.6 *The Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA-SR)***

Der HoNOSCA von Gowers et al. (1999) ist ein Standardinstrument zur Einschätzung der psychosozialen Belastung bei Kindern in unterschiedlichen Lebensbereichen. In der Fragebogenversion der Selbstbeurteilung (Gowers et al., 2002), die im vorliegenden Projekt verwendet wurde, beantworten Kinder ab 11 Jahren für den Zeitraum der letzten sieben Tage 13 Items anhand einer 5-stufigen Antwortskala (*kein Problem=0 bis schwerwiegendes bis sehr schweres Problem=4*). Wenn bei dem betreffenden Kind mehrere Probleme auftraten, erfolgt die Beantwortung bezüglich des schwerwiegendsten Problems, das während des Bewertungszeitraums auftrat. Aus den 13 Items ergeben sich die Skalen *Beeinträchtigungen des Verhaltens, Beeinträchtigungen der sprachlichen/schulischen Fähigkeiten, Symptomatische Beeinträchtigungen, Soziale Beeinträchtigungen* sowie ein *Gesamtwert* für die Lebensfunktionalität.

Die englische Version der HoNOSCA-SR liefert zufriedenstellende Ergebnisse zur Reliabilität und Validität (Gowers et al., 2002).

#### **5.2.3.7 *Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-IV)***

Die WISC-IV (Pearson Assessment & Information GmbH, 2014) ist das am häufigsten eingesetzte, etablierte Intelligenzverfahren für Kinder von 6 bis 16 Jahren. Das Verfahren besteht aus 15 Untertests, auf deren Basis ein Gesamtwert (*Gesamt-IQ*) als Maß des kognitiven Entwicklungsstands eines Kindes sowie vier Indizes (*Sprachverständnis, Wahrnehmungsgebundenes Logisches Denken, Arbeitsgedächtnis* und *Verarbeitungsgeschwindigkeit*), die verschiedene kognitive Bereiche erfassen, bestimmt werden. In der vorliegenden Arbeit wird nur der Wert des *Gesamt-IQs* verwendet. Die Reliabilität des Gesamttests beträgt  $r=.97$ , die faktorielle als auch die kriteriumsbezogene Validität sind bestätigt. Die Umrechnung der Rohwerte in Wertpunkte und Index- bzw. IQ-Werte geschieht anhand der vorgegebenen deutschen Normen der Jahre 2005/2006 (Pearson Assessment & Information GmbH, 2014). Die IQ-Skala folgt einer Normalverteilungskurve mit  $M=100$  und  $SD=15$ , sodass ein Gesamt-IQ zwischen 85 und 114 als durchschnittlich gilt.

#### **5.2.3.8 *Selbstentwickelte Fragebögen***

Da diese Art der Versorgungsnetzwerk-Evaluation innovativ und neu ist, wurden die im Folgenden beschriebenen Fragebögen selbst entwickelt. Daher liegen für die Instrumente auch noch keine teststatistischen Kennwerte vor.

### 5.2.3.8.1 Fragebogen fallführender Mitarbeiter

Für die Befragung der fallführenden Mitarbeiter in JA und KJP erfolgte die Konzeption eines strukturierten Fragebogens auf theoretischer Grundlage der Arbeiten von Fegert (2013); Sulz (2005) und Van Santen & Seckinger (2012) (siehe Anhang D für JA-Mitarbeiter und Anhang E für KJP-Mitarbeiter).

Der Fragebogen gliedert sich in drei Abschnitte, welche 1) Angaben zur eigenen Person, 2) Angaben zum Kind bzw. der Familie und 3) Einschätzungen zur fallspezifischen Kommunikation zwischen JA und KJP umfassen. Die Beurteilung erfolgt alle drei Monate und bezieht sich damit jeweils auf den Zeitraum der letzten drei Monate.

Die abgefragten Angaben zur Person dienen der Erfassung der Personalausstattung und -qualität, dazu zählen berufliche Erfahrung, zeitliche Kontinuität bezogen auf den Fall sowie Arbeitsbelastung. Angaben zum Kind/zur Familie beziehen sich im Wesentlichen auf die Einschätzung des aktuellen Hilfeverlaufs (benötigter Hilfebedarf, Ziele, aktuell bezogenen Leistungen der KJH und KJP, bereits stattgefundene Kontakte zwischen den fallführenden Mitarbeitern von JA und KJP, Erwartungen an die fallspezifische Zusammenarbeit).

Im dritten Abschnitt erfolgt die Beurteilung bzgl.

- *professioneller Beziehungsgestaltung*, dazu zählen u.a. Aspekte wie Wertschätzung und lösungsorientiertes Herangehen
- *fallbezogener Kommunikation*, dazu zählen u.a. Absprachen zur Fallkoordination, Aufgabenverteilung/ Rollenverständnis, Klärung von Erwartungen und Klärung von Ressourcen
- *fallbezogenen Handelns*, dazu zählen u.a. gegenseitige Unterstützung sowie Partizipation/ Austausch
- *formaler Aspekte*, dazu zählen u.a. Erreichbarkeit, Einhaltung getroffener Absprachen, Einhaltung von Fristen nach Vorgabe der KVB
- *Gesamtzufriedenheit* mit der fallspezifischen Zusammenarbeit, dazu zählen Gesamtplanung der Hilfe, gesamte Kommunikation zwischen den fallführenden Mitarbeitern, konkrete Zusammenarbeit im Fall

im Rahmen des laufenden Hilfeprozesses, um die Einflüsse unterschiedlich guter Zusammenarbeit der Kooperationspartner auf die psychosoziale Entwicklung der Kinder erfassen zu können. Die Beurteilung erfolgt anhand einer 6-stufigen Antwortskala von *sehr schlecht* bis *sehr gut*. Abschließend wird den Mitarbeitern mit einem Freitextfeld die Möglichkeit gegeben Kommentare und Anregungen aufzuschreiben.

Um die Einschätzungen eines Mitarbeiters über die drei Erhebungszeitpunkte hinweg im Längsschnitt analysieren zu können, sollte jeder Mitarbeiter auf dem Fragebogen eine für ihn eindeutige jedoch anonyme Chiffre (anhand einer Kodiervorgabe) eintragen.

#### **5.2.3.8.2 Eltern-Fragebogen zur Evaluation der Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Dieser selbstentwickelte Evaluationsfragebogen dient der Erfassung der Zufriedenheit der Eltern mit den Abläufen und der Zusammenarbeit zwischen dem zuständigen JA- und KJP-Mitarbeiter (siehe Anhang F). Die Erarbeitung des Fragebogens erfolgte ebenfalls auf Grundlage der Arbeiten von Fegert (2013), Sulz (2005) und Van Santen & Seckinger (2012).

Im ersten Abschnitt werden allgemeine Angaben zur Betreuung durch das JA und die KJP erfragt, beispielsweise wann der erstmalige Kontakt zum JA stattfand und ob es in den letzten drei Monaten einen Mitarbeiterwechsel gab. Im nachfolgenden Abschnitt folgen gezielte Fragen bezüglich der Zusammenarbeit zwischen JA und KJP, die sich auf folgende Bereiche beziehen:

- *Fallbezogene Kommunikation/ fallbezogenes Handeln* (u.a. Fallkoordination, Aufgabenverteilung, Klärung von Erwartungen, Einhaltung getroffener Absprachen, Partizipation/Austausch)
- *Gesamtzufriedenheit* (u.a. Wartezeit bis gemeinsame Gespräche zw. JA und KJP stattfinden, Zusammenarbeit)

Die Beurteilung der Fragen erfolgt anhand einer 6-stufigen Antwortskala von *sehr schlecht* bis *sehr gut*. Bei einzelnen Fragen wird bei einer Beurteilung mit *sehr schlecht* bis *eher schlecht* um eine Erläuterung der Gründe gebeten. Am Ende des Fragebogens gibt es außerdem die Möglichkeit für die Eltern im Freitext zukünftige Wünsche an JA und KJP in Bezug auf Betreuung und Behandlung zu äußern.

#### **5.2.3.8.3 Eltern-Interview**

Zum ersten Termin umfasst das Interview Fragen zu Störungen oder Verzögerungen der kindlichen Entwicklung, umschriebenen Entwicklungsstörungen des Kindes sowie Erkrankungen in der Familie.

Des Weiteren enthält es Fragen zu JA und KJP, die sich jeweils auf den Zeitraum der letzten drei Monate beziehen, um Veränderungen zwischen den Erhebungszeitpunkten erfassen zu können. Neben der Frage nach dem aktuell zuständigen JA(-Mitarbeiter) und dem Träger bei KJH-Maßnahmen, werden zu allen drei Erhebungszeitpunkten auch die momentanen Ziele für das Kind/die Familie aus Sicht der Eltern, Veränderungen in der Medikation (falls vorhanden) sowie ungeplante Aufenthalte in der KJP abgefragt.

Zum dritten Erhebungszeitpunkt erfolgt im Interview die Beurteilung der Zusammenarbeit zwischen JA und KJP über den gesamten Studienverlauf auf einer 6-stufigen Antwortskala von *sehr schlecht* bis *sehr gut*, sowie die Einschätzung über die Veränderung der psychosozialen Entwicklung des Kindes über den gesamten Studienverlauf auf einer 6-stufigen Antwortskala von *sehr verschlechtert* bis *sehr verbessert* sowie die Beurteilung der erhaltenen Hilfe durch das JA bzw. die KJP auf einer 5-stufigen Antwortskala von *überhaupt nicht hilfreich* bis *äußerst hilfreich*.

#### **5.2.3.8.4 Soziodemographischer Eltern-Fragebogen**

Auf Grundlage von Erfahrungswerten aus dem klinischen Bereich sowie vorangegangenen Projekten, wurde ein strukturierter Fragebogen entwickelt (siehe Anhang G), welcher relevante Daten über die Eltern, die Familiensituation sowie die Entwicklung des Kindes erfasst. Diese dienen zum einen einer

umfassenderen Beschreibung der Stichprobe, zum anderen können einzelne dieser Parameter Einfluss auf die Ausprägung der Zielparameter haben und müssen somit mit erfasst werden.

Mittels des strukturierten Fragebogens werden soziodemographische und sozioökonomische Daten zu den leiblichen Eltern (z.B. Geburtsjahr, Bildungsstand, Erwerbsstatus, finanzielle Situation), sowie Angaben zum Kontakt zu den Eltern und zu Anzahl der Geschwister und Kontakt zu diesen erfragt. Zusätzlich werden allgemeine Informationen zum Kind sowie Informationen zur bisherigen Schullaufbahn eingeholt (Klassenstufe, Schulform, Probleme in der Schule). Abschließend werden Therapien und Hilfemaßnahmen, die das Kind bereits in der KJP (z.B. stationäre Behandlung, Familientagesklinik), im Rahmen einer Maßnahme der KJH (z.B. ambulante Erziehungshilfe, Eingliederungshilfe) oder anderweitig (z.B. Ergotherapie, Logopädie) erhalten hat oder zum Zeitpunkt der Studienteilnahme erhält, erfragt. Beratungen und Behandlungen (z.B. psychologische Beratungen, ambulante Psychotherapie), die die Eltern selbst erhalten haben oder aktuell erhalten, sollen ebenfalls vermerkt werden.

Der Elternfragebogen wird zu allen drei Testzeitpunkten ausgegeben, wobei die soziodemographischen Angaben zu den Eltern nur zum ersten Testzeitpunkt abgefragt werden und die übrigen Fragen sich jeweils auf die letzten drei Monate beziehen.

#### **5.2.4 Statistische Analyse**

Das Auslesen der Fragebögen erfolgte mittels TeleForm®, die Speicherung der Daten wiederum in der zertifizierten, Onlinedatenbank REDCap™. Sämtliche Datenschutz- und Dokumentationsbestimmungen wurden eingehalten. Die statistischen Analysen wurden mit IBM SPSS Statistics 23 durchgeführt.

In den verwendeten Maßen fehlten auf Ebene der Probanden immer wieder einzelne Werte. Hierdurch können systematische Fehler in der statistischen Inferenz auftreten, wenn diese Ausfälle nicht völlig zufällig erfolgt sind (Missing Completely At Random-Annahme). In den vorliegenden Analysen wurde davon ausgegangen, dass das Fehlen einzelner Antworten oder ganzer Fragebögen nur zufällig innerhalb bekannter Gruppen geschehen ist (Missing At Random-Annahme). Unter dieser Voraussetzung lassen sich mit guten Hilfsvariablen (z.B. Einschätzungen der Bezugspersonen), die mit der Zielvariablen hoch korrelieren, die Populationswerte zuverlässig ermitteln (vgl. Rubin, 1987).

Im vorliegenden Datensatz wurde eine Regressionsimputation mit normalverteiltem Störterm durchgeführt, da eine einfache Regressionsimputation das Korrelationsmuster stark beschädigen kann (vgl. van Buuren, 2012). Dazu wurden die Angaben der Befragten zum Erhebungszeitpunkt, Alter bei Studienbeginn, Geschlecht und weitere Variablen, die mindestens eine Korrelation von  $\tau \geq 0.3$  (Kendall's Tau) aufwiesen, herangezogen. Da mehrere Erhebungszeitpunkte vorliegen und auch eine Verzerrung der Clustervarianz nicht ausgeschlossen werden kann, wurde der PAN-Algorithmus verwendet (Schafer & Yucel, 2002; van Buuren, 2011). Alle Merkmale mit ersetzten Werten weisen mindestens ein ordinales Skalenniveau auf, weswegen mit definierten Unter-/Obergrenzen im Imputationsmodell sowie Rundungen der jeweiligen Variablen, plausible Ergebnisse erreicht wurden. Diese machen es möglich alle Informationen der Datenerhebung zu nutzen.

Neben deskriptiven Analysen wurden für die Darstellung von Verläufen sowie Unterschieden zwischen den Gruppen univariate Varianzanalysen mit Messwiederholung oder t-Tests für abhängige Stichproben gerechnet. Unterschiede in Häufigkeiten oder anderen Nominaldaten wurden anhand des  $\chi^2$ -Tests ermittelt. Des Weiteren kamen als nichtparametrische Analyseverfahren zur Bestimmung von Unterschieden und Zusammenhängen bei ordinalskalierten Daten der Wilcoxon-Test bzw. die Spearman-Korrelation oder der Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben zu tragen.

Trotz Imputation variierte die Stichprobenanzahl je nach betrachtetem Maß. Da nicht alle Familien an allen Erhebungen teilgenommen haben bzw. z.B. aufgrund der Altersgrenzen in manchen Maßen nicht alle Kinder alle Fragebögen ausgefüllt haben.

Da die Stichprobenanzahl in der Retrospektiven Fallevaluation aufgrund der beschriebenen Schwierigkeiten in der Rekrutierung (siehe 5.2.2) sehr gering ausfällt (n=18) und diese sich mit der Stichprobe der Prospektiven Fallevaluation bereits zum ersten Erhebungszeitpunkt unterscheidet, wird von vergleichenden Analysen bzw. Darstellungen der Retro-Daten zum gegenwärtigen Zeitpunkt abgesehen. Auch von einer Darstellung der Daten der Aktenanalyse muss zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufgrund der benannten Unzuverlässigkeit abgesehen werden.

### **5.3 Ergebnisse**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Prospektiven Fallevaluation berichtet.

#### **5.3.1 Beschreibung der Stichprobe**

Es wurden Kinder im Alter von 6 bis 18 Jahren eingeschlossen, die sich aktuell in Behandlung in der KJP befanden und parallel dazu bereits bestehenden oder angebahnten Kontakt zum JA hatten. Um den Entwicklungs- und Hilfeverlauf so repräsentativ und natürlich wie möglich zu erfassen, wurden, im Gegensatz zu anderen Studien, alle Kinder eingeschlossen. So waren weder ein niedriger IQ, noch bestimmte Störungsbilder Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie. Kinder, bei denen der zuständige Therapeut von einer Kontaktierung der Familie abriet oder diese nur für eine Nacht auf Station blieben, wurden jedoch nicht in die Rekrutierung eingeschlossen.

Für die Prospektive Fallevaluation konnten 63 von 90 geplanten Familien eingeschlossen werden. Von den 63 eingeschlossenen Familien absolvierten 37 alle drei Erhebungstermine. In neun Fällen fand eine verkürzte Durchführung (bestehend aus zwei Erhebungsterminen) z.B. aufgrund von Teilnahmeabbruch statt. 13 Patienten stimmten lediglich der Aktenanalyse und Befragung der JA- und KJP-Mitarbeiter zu, d.h. bei diesen Fällen fehlen die persönlichen Einschätzungen zur Zusammenarbeit zwischen JA und KJP sowie zur psychosozialen Entwicklung. Zusätzlich nahmen vier Familien nach dem ersten Untersuchungstermin nur noch an der Aktenanalyse und Befragung der JA- und KJP-Mitarbeiter teil.

Die Befragung im Rahmen der QM nach SGB 5 § 135a ergab 33 (von 57 versendeten) sowohl vom fallzuständigen JA- als auch KJP-Mitarbeitern ausgefüllte, eingegangene Rückmeldungen. Somit liegen hier nur die Einschätzungen des Fachpersonals zu einem Erhebungszeitpunkt vor.

### 5.3.1.1 Familien

Insgesamt konnten 96 Kinder bzw. Familien in die Prospektive Fallevaluation eingeschlossen werden. Die Überprüfung, ob sich QM-Fälle signifikant von den regulär teilgenommenen Familien unterscheiden, fiel negativ aus, d.h. es bestehen keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen in Bezug auf Alter, Intelligenz und Psychopathologie (CBCL und YSR) zum ersten Erhebungszeitpunkt.

Insgesamt besteht die Gesamtstichprobe (N=96) aus 55 (57%) Jungen und 41 (43%) Mädchen. Tabelle 4 stellt die weiteren Charakteristika im Überblick dar.

Tabelle 4. Stichprobencharakteristika der Prospektiven Fallevaluation

V1	Alter	IQ	CBCL gesamt	CBCL internalisierend	CBCL externalisierend
N	96	73	96	96	96
MW	12.93	97	67.05	65.74	65.11
SD	3.18	14.18	11.68	9.66	14.30

Anmerkung: V1-erster Erhebungszeitpunkt, N-Stichprobenanzahl, MW-Mittelwert, SD-Standardabweichung, IQ-Intelligenzquotient, CBCL-Child Behavior Checklist (*Gesamtskala, Skala für internalisierendes Verhalten, Skala für externalisierendes Verhalten*).

In Abbildung 14 wird die prozentuale Verteilung der psychiatrischen Erstdiagnosen nach ICD-10 (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2013) dargestellt. Die Erstdiagnosen wurden anhand der Aktenanalyse ermittelt. Für drei Kinder kann aufgrund fehlender Unterlagen in den KJP-Akten keine Diagnose berichtet werden.

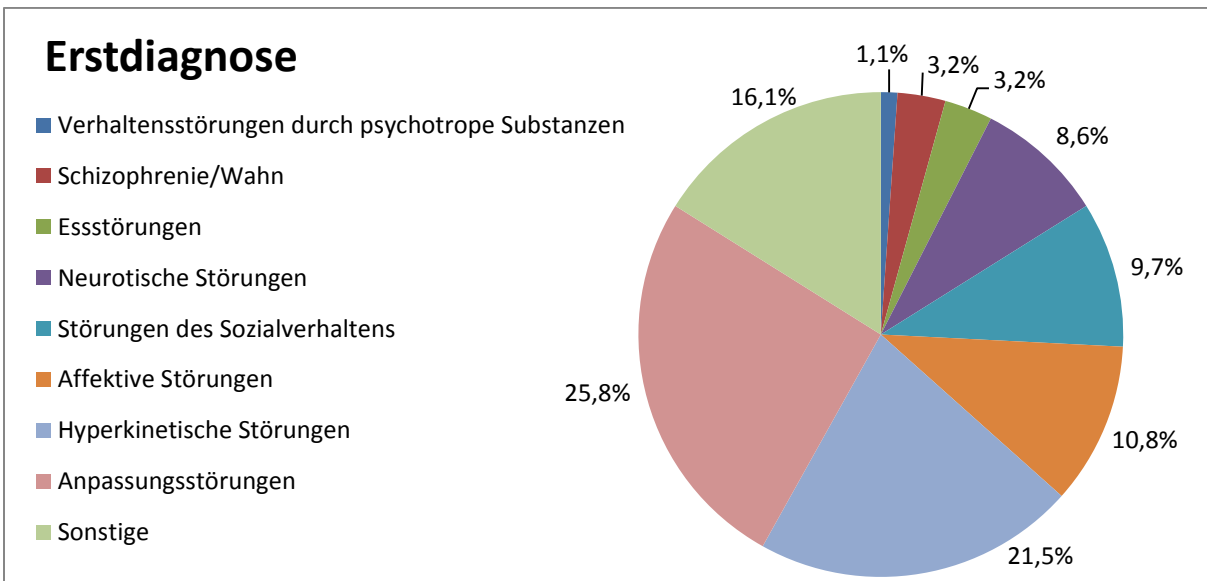


Abbildung 14. Prozentuale Verteilung der Erstdiagnosen der Kinder (n=93).

Wie man sehen kann, sind viele verschiedene Störungsbereiche vertreten. Ein Viertel der Stichprobe erhielt die Erstdiagnose Anpassungsstörung, bei 31,2% wurde eine expansive Störung (z.B. Hyperkinetische Störung oder Störung des Sozialverhaltens) diagnostiziert. Die 16,1% *sonstige* Erstdiagnosen setzen sich u.a. zusammen aus den Bereichen Ticstörungen, Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in



der Kindheit und Jugend (z.B. Elektiver Mutismus oder Bindungsstörung) und Emotionale Störungen des Kindesalters (z.B. Trennungsangst oder Phobien). Bei 41% der Kinder wurde zudem eine zweite Diagnose gestellt, d.h. bei fast der Hälfte der Kinder lagen zwei psychiatrische Störungen vor (z.B. Störung des Sozialverhaltens und Substanzmissbrauch).

Des Weiteren gaben die fallzuständigen Mitarbeiter des JA und der KJP die aktuellen Leistungen, Maßnahmen und Behandlungen an, die das Kind bzw. die Familie gegenwärtig erhielt (Mehrfachnennung möglich, sodass pro Kind/Familie auch mehrere Leistungen angegeben werden konnten, die parallel laufen). In den folgenden Abbildungen (siehe Abbildung 15 und Abbildung 16) sind die prozentualen Verteilungen (n=96) dazu dargestellt. Es zeigt sich, dass die ambulanten Leistungen sowohl des JA (44.8%) als auch der KJP (35.4% Beratung/Diagnostik und 24% Therapie) am häufigsten genannt wurden. 31.2% sind stationär in Behandlung bzw. zur Diagnostik in der KJP (freiwillig oder auf Gerichtsbeschluss). In 24% der Fälle sind zu gegebenen Zeitpunkt keine JA-Hilfen installiert.

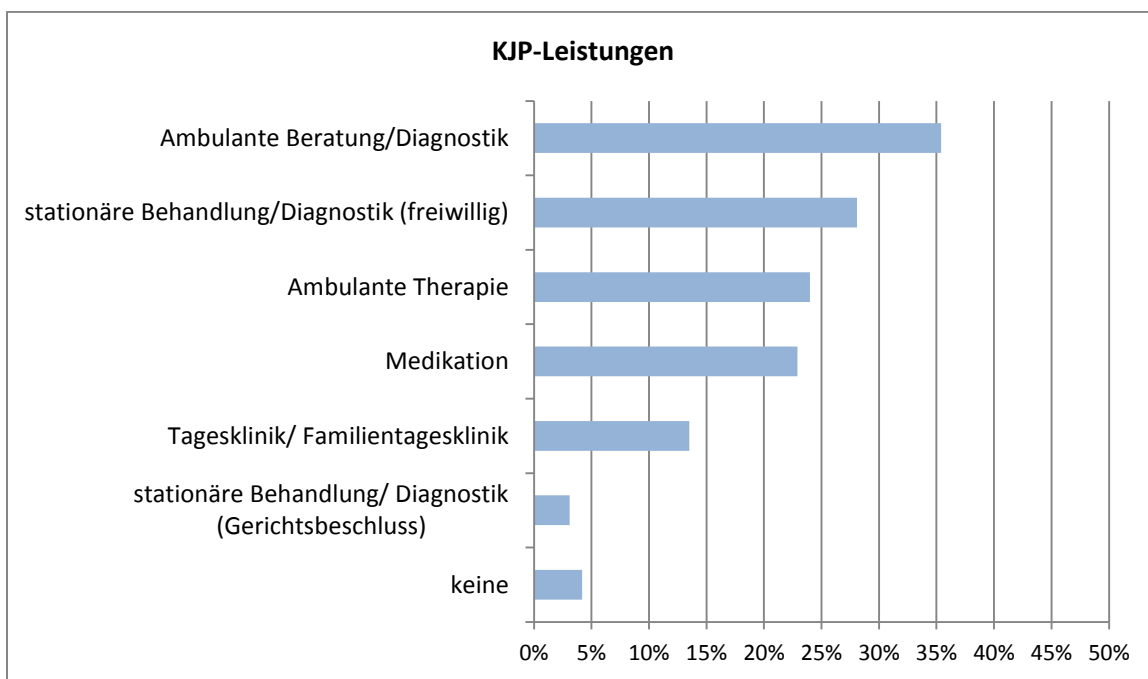


Abbildung 15. Prozentuale Verteilung laufender KJP-Leistungen bei den teilnehmenden Familien (Mehrfachnennung möglich).

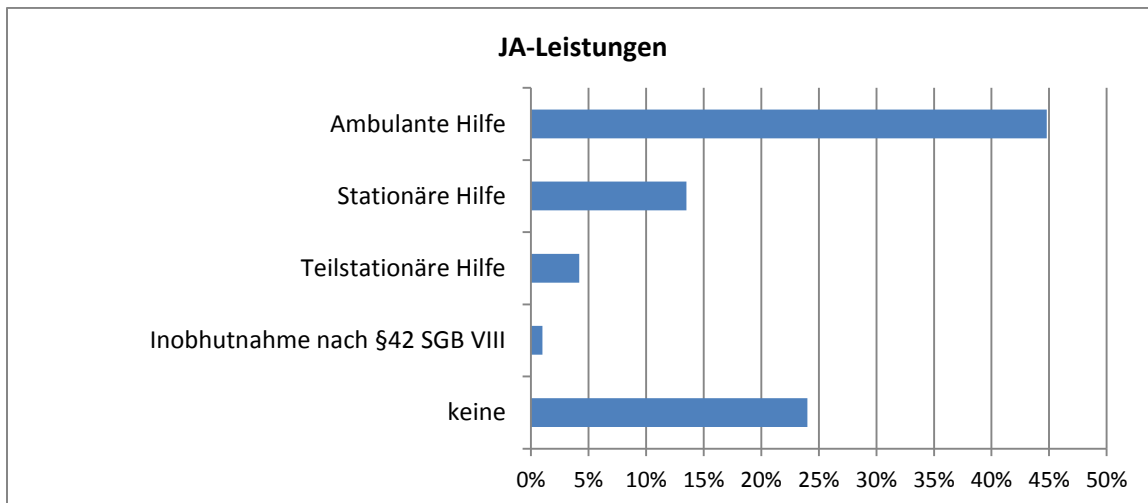


Abbildung 16. Prozentuale Verteilung laufender JA-Leistungen bei den teilnehmenden Familien (Mehrfachnennung möglich).

In den Betrachtungen des familiären Hintergrundes zeigte sich, dass 83% (n=86) der leiblichen Eltern getrennt leben. In 57% davon lebt mindestens ein Elternteil wieder in einer neuen Partnerschaft. Der Bildungsstatus der leiblichen Eltern wurde anhand des höchsten Schulabschlusses erhoben und ist in Abbildung 17 dargestellt. Der überwiegende Anteil der teilgenommenen Eltern erlangte die mittlere Reife. Bei über 20% der Väter konnte der Schulabschluss nicht benannt werden.

Auch ihre finanzielle Situation haben die Familien eingeschätzt. Dabei bleiben 28% unbekannt bzw. wollten keine Angaben diesbezüglich machen. 29% gaben an, dass sich die Situation derzeit *eher problematisch* bis *problematisch* gestalte (43% *eher unproblematisch* bis *unproblematisch*).

Befragt zur psychiatrischen familiären Belastung, benannten 59% (n=49) der Eltern, dass sie selbst oder ein nahestehendes Familienmitglied (Partner, Großeltern, Geschwisterkinder) ebenfalls an einer diagnostizierten psychiatrischen Erkrankung leiden.

Fehlende Angaben, v.a. bzgl. des leiblichen Vaters, erklären sich zum Teil dadurch, dass der Fragebogen zu 42% von der leiblichen Mutter ausgefüllt wurde und diese öfter keinen Zugang zu den erfragten Informationen hatte. Zum anderen wurden die geforderten Angaben bei QM-Fällen anhand der Anamnesedaten in den KJP-Akten ermittelt, die nicht immer vollständig waren.

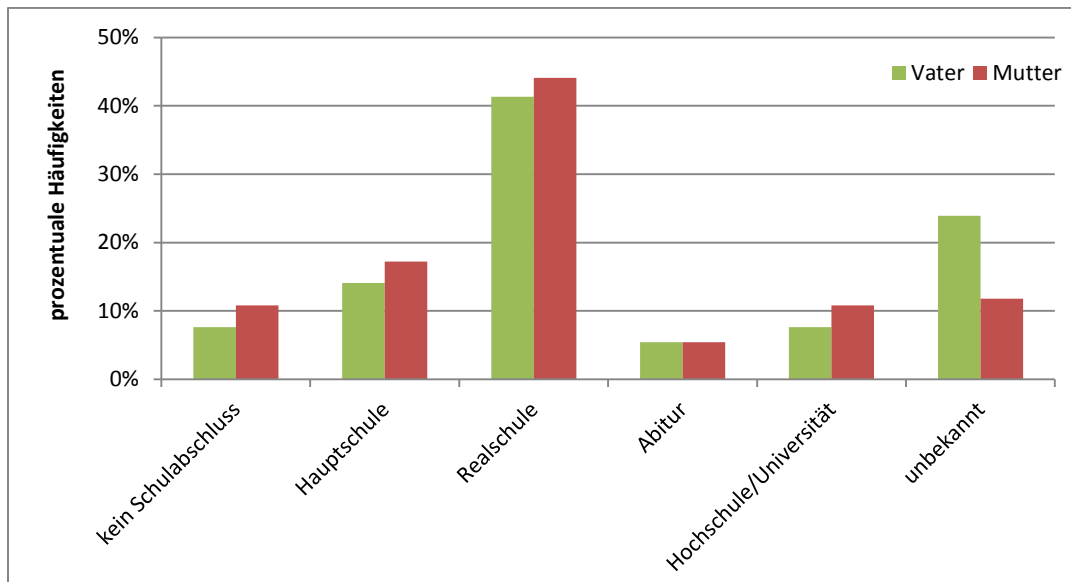


Abbildung 17. Prozentuale Häufigkeitsverteilung des höchsten Schulabschluss der leiblichen Väter (n=92) und Mütter (n=93).

Im Durchschnitt schildern die Eltern zum ersten Erhebungszeitpunkt einen *eher hohen* Bedarf an Unterstützung und Hilfe durch das JA ( $n=50$ ;  $M=4.3$ ) und durch die KJP ( $n=52$ ;  $M=4.2$ ; wobei *sehr gering*=1; *sehr hoch*=6).

### 5.3.1.2 Fallzuständige Mitarbeiter

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den ersten Erhebungszeitpunkt. Die Gruppe der JA-Mitarbeiter ( $n=96$ ), die fallspezifisch Fragebögen ausgefüllt hat, bestand zu 91% aus ASD-Mitarbeitern, 5% der Mitarbeiter waren aus dem KJND und 4% aus dem PKD. Die Gruppe der KJP-Mitarbeiter ( $n=96$ ), die fallspezifisch Fragebögen ausgefüllt hat, setzte sich zusammen aus 51% ambulanter, 10% tagesklinischer und 39% stationär tätiger Behandler. Um die Arbeitssituation der Mitarbeiter genauer zu erfassen, wurde die Anzahl aktueller Fälle, wie lange sie schon in der aktuellen Position arbeiten und die Vertrautheit mit der betreffenden Familie anhand geschlossener Items mit kategorisierten Antwortskalen (siehe Abszissenachse der Abbildung 18, 19 und 20) erfragt. Die Abbildung 18, 19 und 20 zeigen die prozentualen Häufigkeitsverteilungen der genannten Variablen, getrennt für JA- und KJP-Mitarbeiter ( $n_{JA}=96$ ;  $n_{KJP}=96$ ). In den ersten beiden genannten Abbildungen handelt es sich um fallunabhängige Variablen, die sich nur auf die persönlichen Arbeitsumstände beziehen. Hier zeigt sich, dass die Mitarbeiter im JA in der vorliegenden Stichprobe im Durchschnitt aktuell für mehr Fälle zuständig ( $z=-5.986$ ;  $p<.001$ ) sowie bereits etwas länger in ihrer derzeitigen Position tätig sind ( $z=-5.852$ ;  $p<.001$ ) als die KJP-Mitarbeiter.

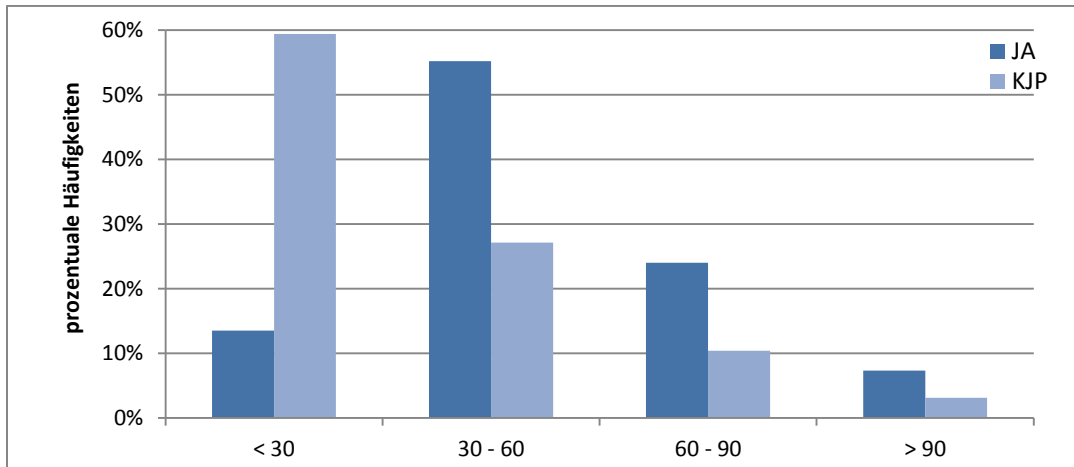


Abbildung 18. Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Mitarbeiter bezogen auf die Anzahl zum Zeitpunkt der Befragung betreuter Kinder unterschieden nach JA und KJP.

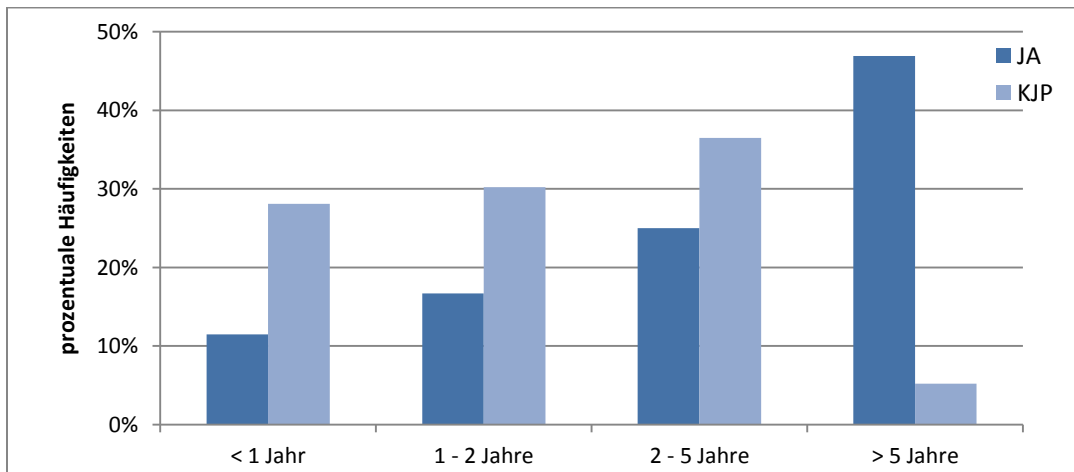


Abbildung 19. Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Mitarbeiter bezogen auf die Tätigkeitsdauer ihrer aktuellen Position unterschieden nach JA und KJP.

In Abbildung 20 handelt es sich wiederum um eine Variable, die im Rahmen der Prospektiven Fallevaluation erhoben wurde. So haben die Mitarbeiter jeweils angegeben, seit wann sie das Kind bzw. die Familie kennen. Der asymptotische Wilcoxon-Test ergibt, dass die JA-Mitarbeiter das betreffende Kind im Durchschnitt schon etwas länger kennen, als es bei den KJP-Mitarbeitern zutrifft ( $z=-4.328$ ;  $p<.001$ ). Aus den Daten ist allerdings nicht abzulesen, aus welchen Gründen dies so ist. Zum einen könnte es daran liegen, dass sich die Dauer der Anbindung an das JA und an die KJP aufgrund der verschiedenen Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten per se unterscheidet sowie, dass Kinder bzw. die Familien häufiger als erstes im JA bekannt sind und dann im Laufe der Zeit in der KJP vorstellig werden. Zum anderen könnte es ebenfalls mit verschiedenen Mitarbeiterfluktuationen in den Institutionen zusammenhängen.

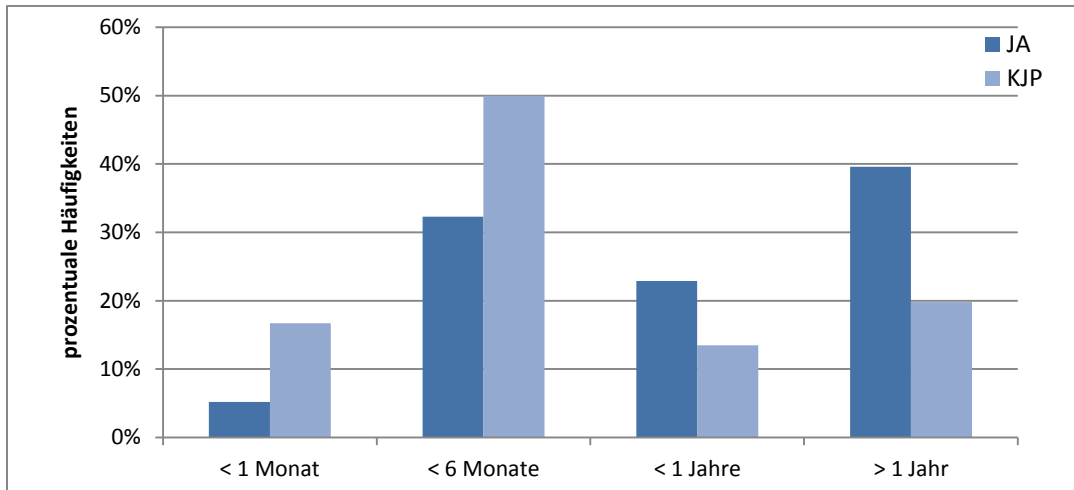


Abbildung 20. Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Mitarbeiter bezogen auf ihre fallspezifische Zuständigkeitsdauer unterschieden nach JA und KJP.

Hinsichtlich der Arbeitsbelastung (Frage „Wie hoch schätzen Sie insgesamt Ihre Arbeitsbelastung ein?“; Wertebereich: *sehr gering*=1 bis *sehr hoch*=6) geben sowohl die fallzuständigen JA-Mitarbeiter ( $M=4.6$ ;  $n=96$ ) als auch die KJP-Mitarbeiter ( $M=4.6$ ;  $n=96$ ) im Durchschnitt an, *eher hoch* bis *hoch* belastet zu sein. Die fallzuständigen Mitarbeiter beider Institutionen haben ebenfalls den psychosozialen Hilfebedarf des Kindes beurteilt (Frage „Wie hoch schätzen Sie den psychosozialen Hilfebedarf des Kindes ein?“; Wertebereich: *sehr gering*=1 bis *sehr hoch*=6). Dabei schätzen die Mitarbeiter aus dem JA ( $n=96$ ;  $M=4.4$ ) diesen im Mittel zwar als *eher hoch ein*, jedoch signifikant niedriger als die fallführenden KJP-Mitarbeiter, die in ihrer Einschätzung zu *hoch* tendieren ( $n=96$ ;  $M=4.8$ ;  $t=2.82$ ;  $p<.01$ ). Die KJP-Mitarbeiter ( $n=52$ ;  $M=4.8$ ) sehen auch im Vergleich zu den Eltern ( $n=52$ ;  $M=4.2$ ;  $t=2.61$ ;  $p<.05$ ) einen höheren Hilfebedarf für das Kind. Diese Unterschiede in den Einschätzungen des Hilfebedarfes könnten daraus resultieren, dass JA- und KJP-Mitarbeiter (u. a. aufgrund anderer Fachsprachen) ein unterschiedliches Verständnis dafür haben, was mit *psychosozialen Hilfebedarf* gemeint ist.

Neben der Evaluierung der eigenen Arbeitssituation wurde des Weiteren die fallspezifische Zusammenarbeit anhand mehrerer Items (Wertebereich: *sehr schlecht*=1 bis *sehr gut*=6) in Bezug auf *fallbezogene professionelle Beziehungsgestaltung* (z.B. Wertschätzung und lösungsorientiertes Herangehen), *fallbezogene Kommunikation* (z.B. Absprachen zur Fallkoordination, Aufgabenverteilung/Rollenverständnis etc.) und *formale Aspekte* (z.B. Erreichbarkeit, Einhaltung getroffener Absprachen etc.) sowie bezüglich der *Gesamtzufriedenheit* bewertet. In Abbildung 21 sind die Einschätzungen der JA-Mitarbeiter verglichen mit denen der KJP-Mitarbeiter dargestellt. Sowohl Mitarbeiter des JA als auch der KJP geben im Durchschnitt an, dass die fallspezifische Zusammenarbeit *eher gut* bis *gut* verläuft. Die Gruppen unterscheiden sich lediglich in der Bewertung der *fallbezogenen Kommunikation* ( $n=96$ ;  $M_{JA}=4.6$ ;  $M_{KJP}=4.3$ ;  $t=2.36$ ;  $p<.05$ ). Hier geben KJP-Mitarbeiter niedrigere Werte an als ihr Pendant im JA. Dies entspricht einer niedrigeren Zufriedenheit in Bezug auf Aspekte der fallbezogenen Kommunikation.

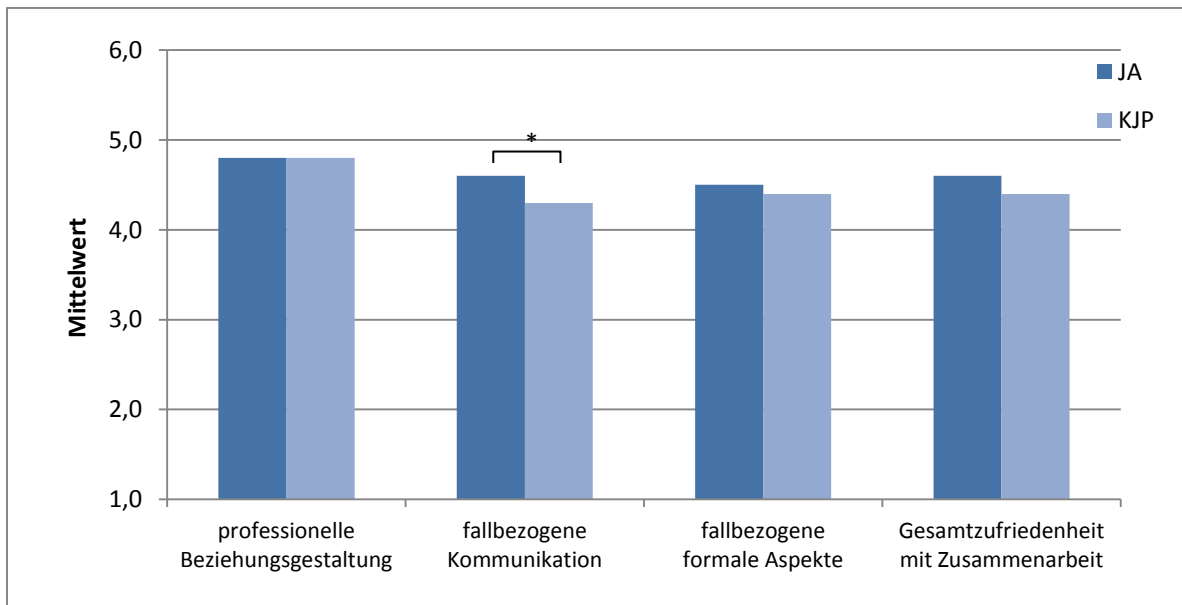


Abbildung 21. t-Test für verbundene Stichproben (JA vs. KJP) zur Bewertung fallspezifischer Zusammenarbeit anhand der Aspekte professioneller Beziehungsgestaltung, fallbezogener Kommunikation, fallbezogener formaler Aspekte sowie der Gesamtzufriedenheit mit Zusammenarbeit, Wertebereich *sehr schlecht*=1 bis *sehr gut*=6, \* $p < .05$ .

Bei genauerer Betrachtung der Bewertung der JA- und der KJP-Mitarbeiter der *Gesamtzufriedenheit mit Zusammenarbeit* zeigt sich, dass keine Korrelation zwischen der fallspezifischen Bewertung durch JA-Mitarbeiter mit der Bewertung durch KJP-Mitarbeiter vorhanden ist ( $r = .02$ ;  $p = .821$ ,  $n = 96$ ). Das bedeutet, dass innerhalb eines gemeinsamen Falles nicht von der Bewertung des Mitarbeiters einer Institution auf die Bewertung des Mitarbeiters der anderen Institution geschlossen werden kann. So kann es sein, dass der JA-Mitarbeiter die Gesamtzufriedenheit mit Zusammenarbeit im gemeinsamen Fall als eher schlecht und der KJP-Mitarbeiter die Zusammenarbeit im selben Fall als gut bewertet und umgekehrt.

### 5.3.2 Veränderungen in der psychosozialen Entwicklung über die Zeit

Im folgenden Abschnitt wird die psychosoziale Entwicklung der Kinder über die Zeit von der ersten bis zur dritten Erhebung berichtet. Diese wurde, wie bereits in Abschnitt 5.2.3 beschrieben, mittels verschiedener Fragebögen- und Interviewmaße erhoben. In die folgenden Analysen gehen nur die Angaben der Eltern und Kinder ein, die sowohl an der ersten als auch an der dritten Erhebung teilgenommen haben.

#### 5.3.2.1 Veränderungen in der Psychopathologie

Für die Skalen *Internalisierende und Externalisierende Probleme* sowie den *Gesamtproblemwert* der CBCL gilt ein T-Wert von  $>63$  als klinisch auffällig. T-Werte zwischen 60 und 63 gelten als im Grenzbereich liegend und somit als Übergang von unauffälligen zu auffälligen Werten. Dementsprechend zeigen die Kinder, laut Einschätzung der Eltern zur ersten Erhebung, sowohl in der Skala *Internalisierende und Externalisierende Probleme* als auch im *Gesamtproblemwert* auffällige Werte. Dagegen liegt zum dritten Erhebungszeitpunkt lediglich der *Gesamtproblemwert* im auffälligen Bereich. Die Werte für die Skalen *Internalisierende und Externalisierende Probleme* liegen im Grenzbereich. Vergleicht man die Werte der ersten und dritten Erhebung miteinander, zeigt sich, dass sich diese in allen drei Bereichen

signifikant unterscheiden ( $n=39$ ; *Internalisierendes Verhalten*:  $M_{V1}=66$ ;  $M_{V3}=62$ ;  $t=3.04$ ;  $p<.01$ , *Externalisierendes Verhalten*:  $M_{V1}=65$ ;  $M_{V3}=61$ ;  $t=3.15$ ;  $p<.01$ , *Gesamtproblemwert*:  $M_{V1}=68$ ;  $M_{V3}=64$ ;  $t=3.66$ ;  $p<.01$ ). Die Kinder werden zur dritten Erhebung insgesamt von ihren Eltern deutlich unauffälliger eingeschätzt, als zur ersten Erhebung (siehe Abbildung 22).

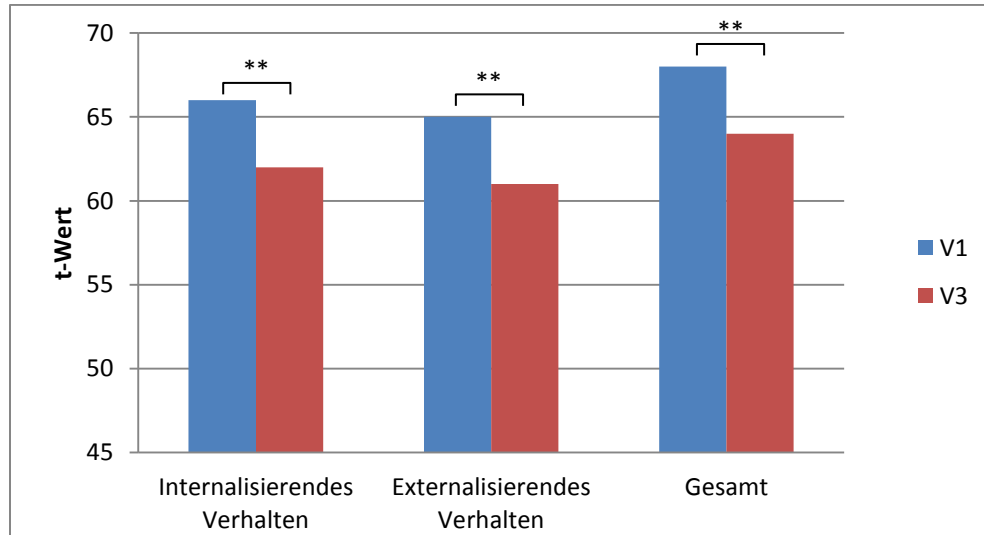


Abbildung 22. t-Test für verbundene Stichproben bzgl. der Skalenwerte der CBCL im Vergleich erste und dritte Erhebung (t-Wert >63 klinisch auffällig, T-Wert zwischen 60 und 63 im Grenzbereich) \*\* $p<.01$ .

Für die Skalen *Internalisierende und Externalisierende Probleme* sowie den *Gesamtproblemwert* des YSR gilt ebenfalls ein T-Wert von >63 als klinisch auffällig und T-Werte zwischen 60 und 63 gelten als Grenzbereich. Der YSR, als Selbstbeurteilungsbogen, ist für Kinder ab einem Alter von elf Jahren verwendbar. Daher ergeben sich im Vergleich zu den Analysen zur CBCL niedrigere Fallzahlen ( $n=39$  für CBCL und  $n=30$  für YSR). Laut Selbsteinschätzung der Kinder im YSR ergeben sich für den ersten Erhebungszeitpunkt in der Skala *Internalisierende Probleme* und für den *Gesamtproblemwert* t-Werte, die in den Grenzbereich fallen. Zum dritten Erhebungszeitpunkt liegt lediglich der T-Wert für die Skala *Internalisierende Probleme* knapp im Grenzbereich. Der Vergleich von der ersten zur dritten Erhebung zeigt, dass sich die Einschätzungen bezüglich der Skala *externalisierende Probleme* ( $n=30$   $M_{V1}=57$ ;  $M_{V3}=54$ ;  $t=2.94$ ;  $p<.01$ ) und des *Gesamtproblemwertes* ( $n=30$ ;  $M_{V1}=61$ ;  $M_{V3}=58$ ;  $t=3.17$ ;  $p<.01$ ) signifikant unterscheiden. Die Kinder beschreiben sich in diesen beiden Bereichen zur dritten Erhebung als weniger auffällig als zur ersten. Wobei auch die Ausgangswerte (V1) den Grenzbereich nicht überschritten (siehe Abbildung 23).

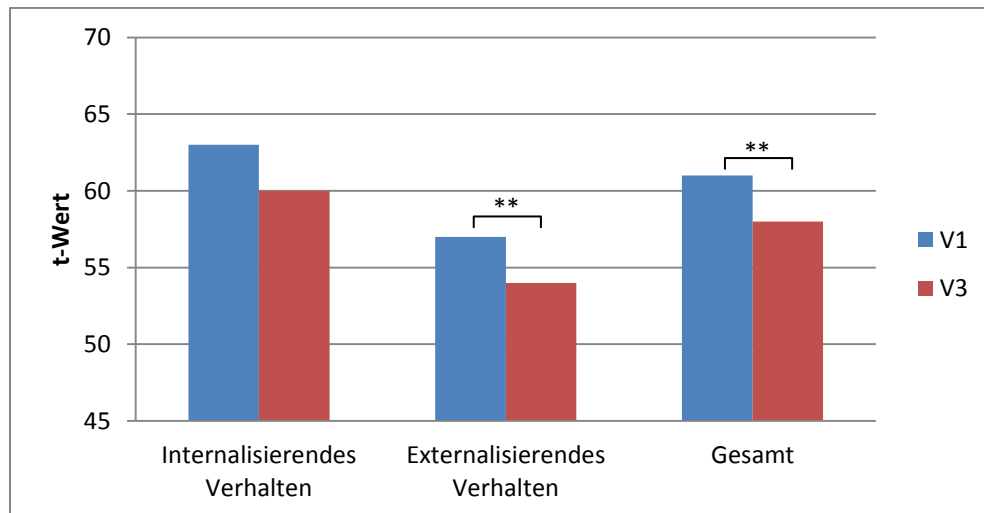


Abbildung 23. t-Test für verbundene Stichproben bzgl. der summierten Skalenwerte der YSR im Vergleich erste und dritte Erhebung (T-Wert > 63 klinisch auffällig, T-Wert zwischen 60 und 63 im Grenzbereich)\*\* $p < .01$ .

### 5.3.2.2 Veränderungen im Dissozialen Verhalten

Im FBB- und SBB-SSV werden Werte 0.00 – 0.49 als unauffällig, Werte von 0.50 – 0.99 als leicht auffällig und Werte von 1.00 – 1.49 als auffällig klassifiziert. Werte über 1.49 gelten als sehr auffällig.

Im SBB-SSV (Selbstbeurteilung) liegen die Werte für die Skala *Oppositionelles Verhalten* für beide Erhebungszeitpunkte im leicht auffälligen Bereich, für die Skala *Dissoziales Verhalten* ergeben sich zu beiden Erhebungszeitpunkten Werte im unauffälligen Bereich. Für die *Gesamtskala* zeigen sich zur ersten Erhebung Werte im leicht auffälligen und für die dritte Erhebung im unauffälligen Bereich. Die statistische Auswertung des SBB-SSV ergab einen signifikanten Unterschied über die Zeit in den Skalen *Dissoziales Verhalten* ( $n=27$ ;  $M_{V1}=0.29$ ;  $M_{V3}=0.16$ ;  $t=-2.56$ ;  $p<0.05$ ) und *Gesamtskala* ( $n=27$ ;  $M_{V1}=0.55$ ;  $M_{V3}=0.39$ ;  $t=-2.66$ ;  $p<0.05$ ). Höhere Werte stehen hierbei für auffälligeres Verhalten. Laut Angaben der Kinder unterscheiden sich die Werte in diesen Skalen signifikant von der ersten zur dritten Erhebung. Wobei das Verhalten zur dritten als weniger auffällig eingestuft wurde (siehe Abbildung 24).

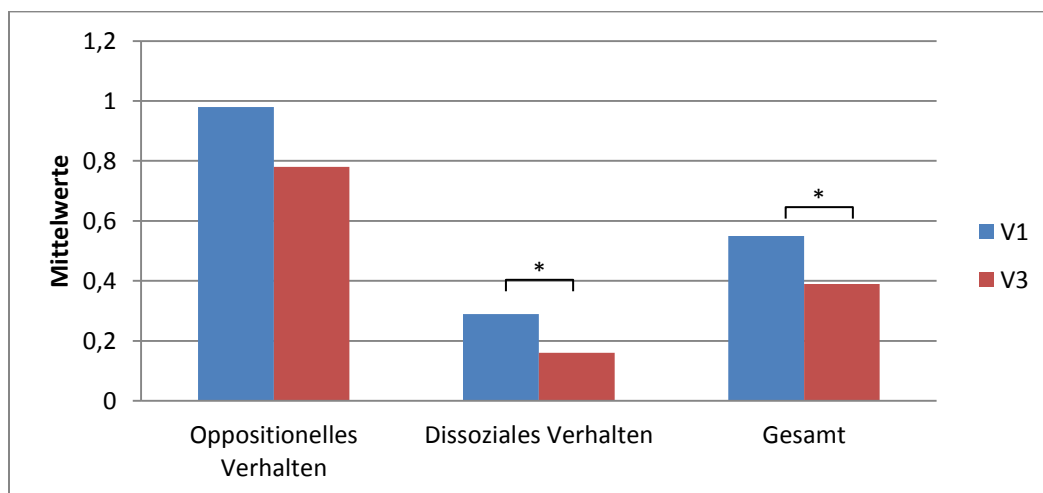


Abbildung 24. t-Test für verbundene Stichproben bzgl. Der summierten Skalenwerte des SBB-SSV im Vergleich erste Erhebung und dritte Erhebung \* $p < 0.05$ .



Zu jeweils beiden Erhebungszeitpunkten liegen, in der Fremdbeurteilung (FBB-SSV) der Eltern, die Skalenwerte für *Oppositionelles Verhalten* im auffälligen Bereich, für die Skala *Dissoziales Verhalten* ergeben sich Werte im unauffälligen und für die *Gesamtskala* im leicht auffälligen Bereich. Es konnten keine signifikanten Unterschiede in den einzelnen Skalen zwischen den Erhebungszeitpunkten gefunden werden (siehe Abbildung 25).

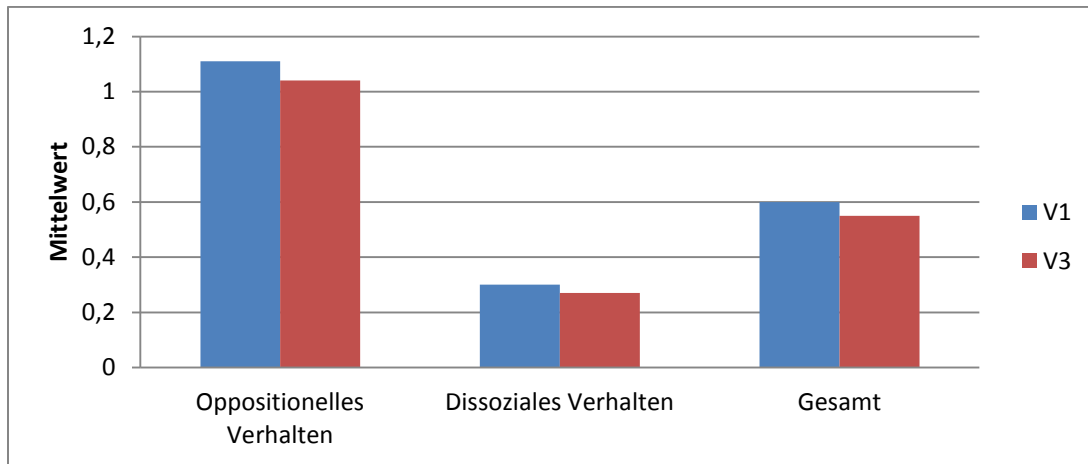


Abbildung 25. t-Test für verbundene Stichproben bzgl. der summierten Skalenwerte des FBB-SSV im Vergleich erste Erhebung und dritte Erhebung.

Der analoge Aufbau des SBB-SSV und des FBB-SSV ermöglicht einen Vergleich der Selbst- und Fremdbeurteilung. Zum ersten Erhebungszeitpunkt gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Angaben der Eltern und der Kinder im Beurteilungsbogen Störung des Sozialverhaltens. Zum dritten Erhebungszeitpunkt ergeben sich signifikante Unterschiede in der Skala *Dissoziales Verhalten* ( $n=29$ ;  $M_{V3,Eltern}=0.28$ ;  $M_{V3,Kind}=0.16$ ;  $t=-2.52$ ;  $p<0.05$ ) in den Angaben der Eltern und Kinder. Die Eltern schätzen das Verhalten ihrer Kinder auf der Skala *Dissoziales Verhalten* weniger unauffällig ein, als die Kinder dies tun. Wobei festzuhalten bleibt, dass sowohl die Eltern als auch die Kinder diese Skala als unauffällig einstufen (siehe Abbildung 26).

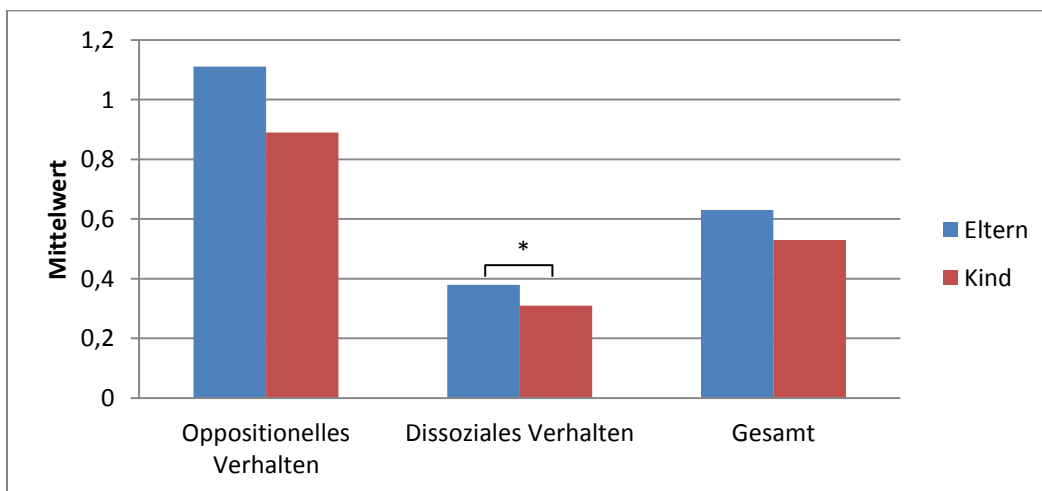


Abbildung 26. t-Test für verbundene Stichproben bzgl. der summierten Skalenwerte des FBB-SSV Vergleich der Angaben der Eltern und der Kinder zum dritten Erhebungszeitpunkt \* $p<0.05$ .

### 5.3.2.3 Veränderungen in der Erfüllung von Diagnosekriterien

Das MINI-KID ist ein strukturiertes, diagnostisches Screening-Interview zur Erfassung psychischer Störungen. Im nachfolgenden Diagramm (siehe Abbildung 27) sind die Veränderungen der Anzahl der Diagnosen von der ersten zur dritten Erhebung in vier verschiedene Kategorien zusammengefasst.

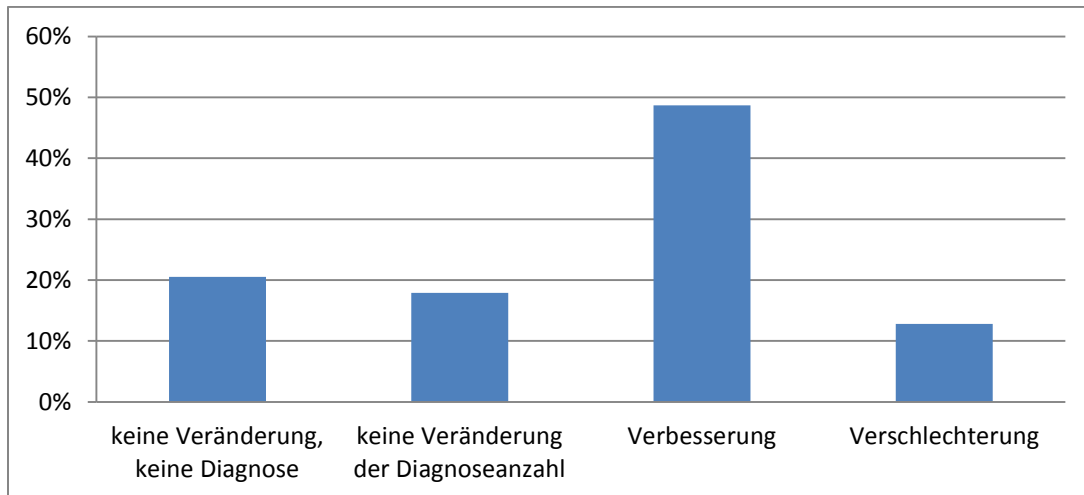


Abbildung 27. Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Veränderung der Anzahl der Diagnosen von der ersten Erhebung zur dritten Erhebung (n=39) des MINI-KID.

Von insgesamt 39 Kindern liegt sowohl für die erste als auch die dritte Erhebung ein MINI-KID vor. Abgetragen sind die Häufigkeiten (in Prozent) der jeweiligen Kategorien, in die sich die Ergebnisse der 39 Kinder einordnen lassen. Die Kategorie *keine Veränderung, keine Diagnose* bedeutet, dass sowohl zur ersten als auch zur dritten Erhebung laut Selbsteinschätzung der Kinder im MINI-KID die Kriterien einer psychischen Störung in den letzten drei Monaten nicht erfüllt waren. Die Kategorie *keine Veränderung der Diagnoseanzahl* bedeutet, dass zum Studienbeginn und am Ende dieselbe Anzahl an Diagnosen vorlag. *Verbesserung* beschreibt, dass zum ersten Erhebungszeitpunkt mehr Diagnosen vorlagen als zum dritten und die Kategorie *Verschlechterung* beschreibt dementsprechend eine größere Anzahl an Diagnosen zur dritten im Vergleich zur ersten Erhebung. Die Abbildung 27 zeigt, dass insgesamt 48,7% der Kinder im Verlauf der Studienteilnahme eine Verbesserung bzgl. der Diagnoseanzahl zeigen. Es liegen dementsprechend laut Selbsteinschätzung zum dritten Erhebungszeitpunkt weniger Diagnosen vor, als zum ersten Erhebungszeitpunkt. Lediglich 12,8% der Kinder weisen eine Verschlechterung bzgl. der Diagnoseanzahl auf und 38,4% keine Veränderung.

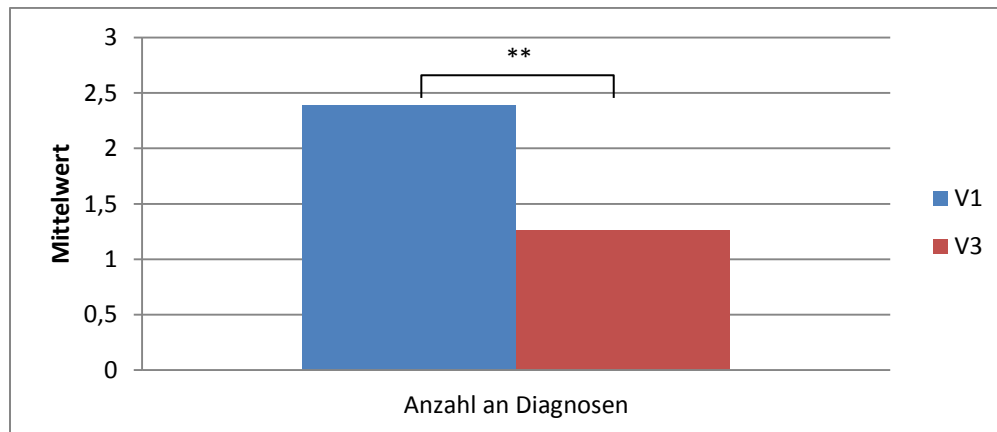


Abbildung 28. t-Test für verbundene Stichproben bzgl. der Mittelwerte der vergebenen MINI-KID Diagnosen im Vergleich erste Erhebung und dritte Erhebung  $**p<.01$ .

Es ergibt sich ein signifikanter Unterschied in den Mittelwerten bezogen auf die Anzahl der Diagnosen von der ersten zur dritten Erhebung ( $n=38$   $M_{V1}=2.39$ ;  $M_{V3}=1.26$ ;  $t=3.39$ ;  $p<.01$ ). Laut Selbsteinschätzung der Kinder im MINI-KID liegen zur dritten Erhebung weniger Diagnosen vor als zur ersten Erhebung (siehe Abbildung 28).

#### 5.3.2.4 Veränderungen in der Lebensqualität der Kinder

Beim ILK, als Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen und Maß für Lebensqualität, gehen höhere Werte mit einer subjektiv höheren Lebensqualität einher. Abbildung 29 zeigt die Einschätzungen der Lebensqualität des Kindes durch die Eltern sowie die Kinder selbst, zur ersten sowie dritten Erhebung. Zum Zeitpunkt der dritten Erhebung ergibt sich ein signifikanter Unterschied in den Angaben zur Lebensqualität zwischen den Eltern und den Kindern ( $n=38$ ;  $M_{V3,Eltern}=18.2$ ;  $M_{V3,Kind}=19.7$ ;  $t=-2.02$ ;  $p=0.05$ ). Die Kinder geben zum dritten Erhebungszeitpunkt eine höhere Lebensqualität an, als sie die Eltern einschätzen. Zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten konnten weder bei den Kindern noch bei den Eltern signifikante Unterschiede gefunden werden, d.h. es zeigen sich keine bedeutenden Veränderungen in der Lebensqualität über die Zeit.

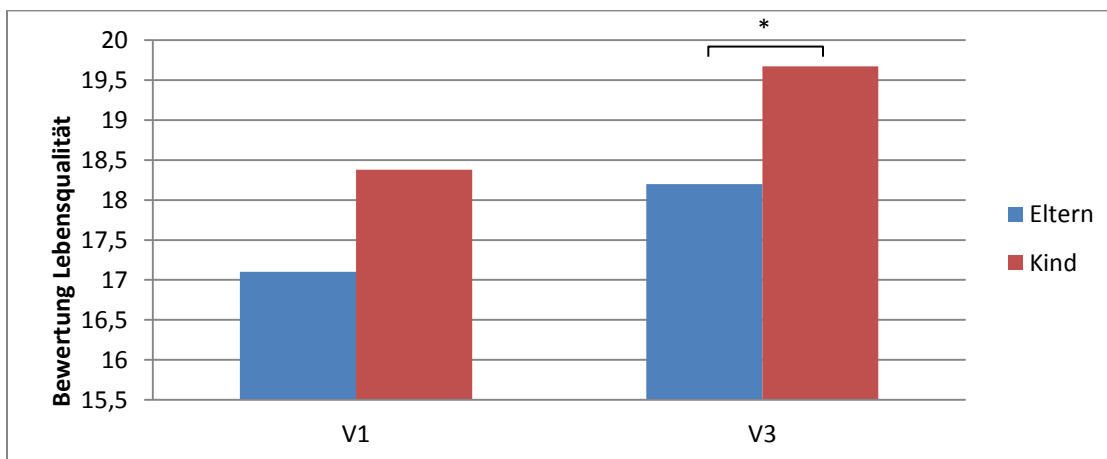


Abbildung 29. t-Test für verbundene Stichproben bzgl. der Angaben der Eltern und der Kinder zur Lebensqualität für beide Erhebungszeitpunkte  $*p=0.05$ .

### 5.3.2.5 Veränderungen in der Lebensfunktionalität der Kinder

Der HoNOSCA ist ein Selbstbeurteilungsbogen zur Erfassung der Funktionalität im Alltag und kann von Kindern ab elf Jahren ausgefüllt werden. Höhere Werte bedeuten subjektiv stärkere Beeinträchtigungen in den entsprechenden Skalen. Die statistische Auswertung des HoNOSCA ergab für alle Bereiche, mit Ausnahme der Skala *Verhalten* signifikante Unterschiede zwischen der ersten und der dritten Erhebung ( $n=30$ ; *Beeinträchtigung*:  $M_{V1}=2.43$ ;  $M_{V3}=1.40$ ;  $t=3.20$ ;  $p<.01$ , *Symptome*:  $M_{V1}=2.17$ ;  $M_{V3}=1.57$ ;  $t=2.70$ ;  $p<.05$ , *Soziales*:  $M_{V1}=4.63$ ;  $M_{V3}=2.87$ ;  $t=3.16$ ;  $p<.01$ , *Gesamt*:  $M_{V1}=12.57$ ;  $M_{V3}=9.33$ ;  $t=2.86$ ;  $p<.01$ ). Insgesamt lässt sich also feststellen, dass sich die Kinder zum Zeitpunkt der dritten Erhebung als weniger beeinträchtigt erleben, als zu Beginn der Erhebung (siehe Abbildung 30).

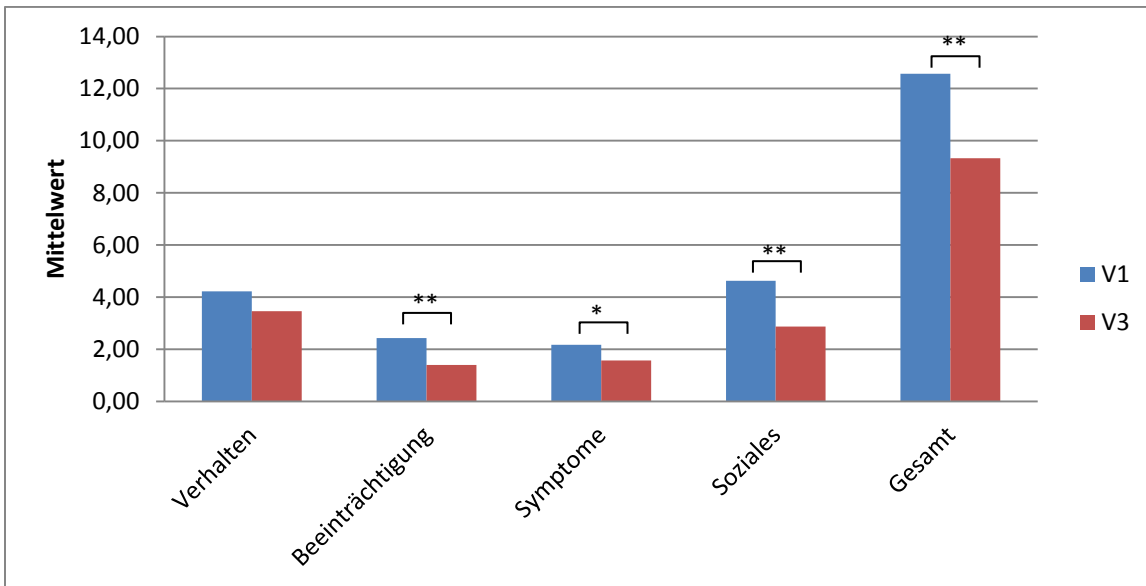


Abbildung 30. t-Test für verbundene Stichproben bzgl. der summierten Skalenwerte des HoNOSCA Vergleich der Angaben zur ersten und dritten Erhebung \* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ .

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich sowohl in der Fremd- als auch in der Selbstbeurteilung, betrachtet über ein halbes Jahr (von der ersten zur dritten Erhebung) signifikante positive Veränderungen in der psychosozialen Entwicklung der Kinder zeigen. Diese zeigen sich in fast allen betrachteten Bereichen (Psychopathologie, Diagnoseanzahl, dissoziales Verhalten, Lebensfunktionalität).

### 5.3.3 Veränderungen der psychosozialen Entwicklung über die Zeit in Abhängigkeit der Zusammenarbeit fallführender Mitarbeiter von Jugendamt und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Folgenden wird die psychosoziale Entwicklung der Kinder von der ersten zur dritten Erhebung in Abhängigkeit von der Qualität der Zusammenarbeit zwischen JA und KJP analysiert. Dabei wird die subjektive, fallspezifische Bewertung der *Gesamtzufriedenheit mit Zusammenarbeit* vom JA- und KJP-Mitarbeiter herangezogen (siehe dazu auch Abbildung 21) und pro Fall aufsummiert. Dadurch ergibt sich pro Fall ein Wert für die summierte Bewertung der *Gesamtzufriedenheit mit Zusammenarbeit* beider fallführender Mitarbeiter. Diese Skala kann Werte von 0 bis 36 annehmen, wobei hohe Werte einer von den fallführenden Mitarbeitern (sehr) gut bewertete *Gesamtzufriedenheit mit Zusammenarbeit* ent-

sprechen. Wie in Abschnitt 5.3.1.2 bereits berichtet, liegen die Bewertungen der *Gesamtzufriedenheit mit Zusammenarbeit* bereits im Bereich *eher gut* bis *gut*, damit liegen auch die summierten Werte der fallführenden Mitarbeiter im oberen (positiven) Bereich ( $M=26.91$ ,  $SD=3.787$ ,  $Median=27$ ). Um nun die Veränderung in der psychosozialen Entwicklung in Abhängigkeit von *weniger guten* vs. *(sehr) guten Zusammenarbeit* (im Folgenden *Bewertung Zusammenarbeit* genannt) analysieren zu können, erfolgte die Dichotomisierung dieser (summierten) Skala anhand des Medians. Alle Werte  $\leq$ Median 27 zählen zu *weniger guter Bewertung Zusammenarbeit* und alle Werte  $>$ Median 27 zu *(sehr) guter Bewertung Zusammenarbeit*.

Tabelle 5. Varianzanalyse mit Messwiederholung (*Erhebung\*Bewertung Zusammenarbeit* (als dichotomisierte Variable anhand des Medians 27 für die aufsummierte Bewertung der Gesamtzufriedenheit mit Zusammenarbeit von **JA- und KJP-Mitarbeitern**)) mit Blick auf die psychosoziale Entwicklung der Kinder.

				Messwiederholte ANOVA					
	n			Haupteffekt Erhebung		Haupteffekt Bewertung ZA		Interaktionseffekt Erhebung*Bewertung ZA	
		V1 M (SD)	V3 M (SD)	F	p	F	p	F	p
<b>CBCL INT</b>									
weniger gute B ZA	20	64.10 (9.72)	60.50 (11.79)	8.958	<b>.005</b>	1.093	.303	.001	.970
(sehr) gute B ZA	19	67.00 (8.56)	63.05 (8.42)						
<b>CBCL EXT</b>									
weniger gute B ZA	20	61.00 (14.64)	57.90 (14.62)	9.901	<b>.003</b>	2.750	.106	.591	.447
(sehr) gute B ZA	19	68.37 (11.52)	63.26 (8.58)						
<b>CBCL Gesamt</b>									
weniger gute B ZA	20	65.65 (9.03)	62.10 (11.48)	13.418	<b>.001</b>	2.449	.126	.610	.440
(sehr) gute B ZA	19	71.00 (9.59)	65.53 (7.65)						
<b>YSR INT</b>									
weniger gute B ZA	15	63.47 (9.41)	59.07 (12.09)	3.614	.068	.010	.921	.548	.465
(sehr) gute B ZA	15	61.87 (12.12)	59.93 (10.37)						
<b>YSR EXT</b>									
weniger gute B ZA	15	56.60 (11.84)	52.53 (7.53)	8.408	<b>.007</b>	.194	.663	.252	.620
(sehr) gute B ZA	15	57.40 (8.12)	54.53 (9.08)						
<b>YSR Gesamt</b>									
weniger gute B ZA	15	60.47 (8.51)	55.33 (8.52)	10.007	<b>.004</b>	.988	.329	.931	.343
(sehr) gute B ZA	15	62.20 (8.59)	59.47 (9.42)						
<b>Anzahl Diagnosen (im MINI-KID)</b>									
weniger gute ZA	19	2.21 (2.23)	1.16 (1.86)	11.221	<b>.002</b>	.257	.615	.055	.817
(sehr) gute ZA	19	2.58 (2.34)	1.37 (1.67)						

Anmerkung: CBCL–Child Behavior Checklist, YSR–Youth Self Report, MINI-KID–Mini internationales neuropsychiatrisches Interview für Kinder und Jugendliche, B ZA–Bewertung Zusammenarbeit zwischen den Institutionen bezogen auf das jeweilige Kind, INT–Skala Internalisierende Probleme, EXT–Skala Externalisierende Probleme, Gesamt–Skala Gesamtwert, n–Stichprobengröße, V1–erste Erhebung, V3–dritte Erhebung, M–Mittelwert, SD–Standardabweichung.

Tabelle 6. Varianzanalyse mit Messwiederholung (*Erhebung\*Bewertung Zusammenarbeit* (als dichotomisierte Variable anhand des Medians 13 für die Bewertung der Gesamtzufriedenheit mit Zusammenarbeit getrennt nach **KJP-Mitarbeiter** und **JA-Mitarbeiter**)) mit Blick auf die Entwicklung im CBCL.

				Messwiederholte ANOVA					
KJP-Mitarbeiter	n			Haupteffekt Erhebung		Haupteffekt Bewertung ZA		Interaktionseffekt Erhebung*Bewertung ZA	
CBCL INT		V1 M (SD)	V3 M (SD)	F	p	F	p	F	p
weniger gute B ZA	19	63.26 (9.46)	61.79 (11.91)	9.561	<b>.004</b>	.457	.503	3.743	.061
(sehr) gute B ZA	20	67.65 (8.58)	61.25 (8.74)						
<b>CBCL EXT</b>									
weniger gute B ZA	19	61.00 (12.32)	59.89 (12.33)	10.678	<b>.002</b>	1.095	.302	5.595	<b>.023</b>
(sehr) gute B ZA	20	68.00 (14.12)	61.10 (12.39)						
<b>CBCL Gesamt</b>									
weniger gute B ZA	19	65.32 (9.13)	63.95 (11.43)	15.045	<b>.000</b>	.886	.353	7.156	<b>.011</b>
(sehr) gute B ZA	20	71.05 (9.36)	63.60 (8.34)						
JA-Mitarbeiter	n			Haupteffekt Erhebung		Haupteffekt Bewertung ZA		Interaktionseffekt Erhebung*Bewertung ZA	
CBCL INT		V1 M (SD)	V3 M (SD)	F	p	F	p	F	p
weniger gute B ZA	16	63.19 (10.28)	60.50 (12.02)	7.980	<b>.008</b>	.970	.331	.684	.413
(sehr) gute B ZA	23	67.13 (8.16)	62.22 (9.07)						
<b>CBCL EXT</b>									
weniger gute B ZA	16	63.13 (14.79)	59.00 (15.40)	9.353	<b>.004</b>	.394	.534	.001	.976
(sehr) gute B ZA	23	65.61 (12.89)	61.57 (9.65))						
<b>CBCL Gesamt</b>									
weniger gute B ZA	16	66.44 (9.03)	63.19 (10.87)	11.827	<b>.001</b>	.485	.491	.704	.407
(sehr) gute B ZA	23	69.52 (9.94)	64.17 (9.27)						

Anmerkung: CBCL–Child Behavior Checklist, YSR–Youth Self Report, B ZA–Bewertung Zusammenarbeit zwischen Institutionen bezogen auf das jeweilige Kind, INT–Skala Internalisierende Probleme, EXT–Skala Externalisierende Probleme, Gesamt–Skala Gesamtproblemwert, n–Stichprobengröße, V1–erste Erhebung, V3–dritte Erhebung, M–Mittelwert, SD–Standardabweichung.

Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung, in der die Daten von CBCL, YSR und Anzahl der Diagnosen (im MINI-KID) mit den Faktoren *Erhebung* (erste vs. dritte Erhebung) und *Bewertung Zusammenarbeit* (weniger gute vs. (sehr) gute Zusammenarbeit) eingehen. Dabei zeigt sich in allen betrachteten Maßen ein signifikanter Haupteffekt der *Erhebung*. Dies bedeutet, sowohl in CBCL, YSR als auch in der Diagnoseanzahl (im MINI-KID) kommt es zu einer signifikanten Verbesserung von der ersten zur dritten Erhebung. Es findet sich weder ein Haupteffekt für die *Bewertung Zusammenarbeit* noch ein Interaktionseffekt *Erhebung\*Bewertung Zusammenarbeit*. Das bedeutet, die summierte, subjektive Einschätzung der Zusammenarbeit durch die fallführenden Mitarbeiter hat keinen Einfluss auf die Veränderung der psychosozialen Maße.

Wie in Abschnitt 5.3.1.2 berichtet, besteht keine Korrelation zwischen JA- und KJP-Mitarbeiter in Bezug auf die Bewertung der *Gesamtzufriedenheit mit Zusammenarbeit*. Daher erfolgten des Weiteren Varianzanalysen mit Messwiederholung für CBCL, YSR und Diagnoseanzahl im MINI-KID getrennt nach der Bewertung der *Gesamtzufriedenheit mit Zusammenarbeit* durch die fallführenden JA-Mitarbeiter und der Bewertung durch die KJP-Mitarbeiter. D.h. die Bewertung der *Gesamtzufriedenheit mit Zusammenarbeit* wurde, für JA und KJP getrennt, wieder anhand des Medians (Median=13) dichotomisiert in *weniger gute Bewertung Zusammenarbeit* vs. *(sehr) gute Bewertung Zusammenarbeit* (im Folgenden wieder *Bewertung Zusammenarbeit* genannt, siehe Tabelle 6).

Bei Verwendung der Bewertung der KJP-Mitarbeiter finden sich in den Maßen des CBCL ein Haupteffekt für den Faktor *Erhebung*, d.h. es kommt zu einer signifikanten Verbesserung von der ersten zur dritten Erhebung. Zudem findet sich auch ein Interaktionseffekt *Erhebung\*Bewertung Zusammenarbeit* in den Skalen *Externalisierende Probleme* und *Gesamtproblemwert*. In der Gruppe mit *(sehr) guter Zusammenarbeit* haben die Fälle im Mittel höhere Werte in den Skalen *Externalisierende Probleme* und *Gesamtproblemwert*, die stärker von der ersten zur dritten Erhebung sinken als in der Gruppe mit *weniger guter Zusammenarbeit* (siehe Abbildung 31 und Abbildung 32). Bei Verwendung der Bewertung der JA-Mitarbeiter zeigt sich dieser Interaktionseffekt *Erhebung\*Bewertung Zusammenarbeit* nicht, sondern lediglich ein Haupteffekt des Faktors *Erhebung*. Die konkreten Angaben dazu finden sich in Tabelle 6. Auch in den anderen betrachteten Maßen (von YSR und MINI-KID) findet sich lediglich ein signifikanter Haupteffekt des Faktors *Erhebung* (jedoch kein Interaktionseffekt *Erhebung\*Bewertung Zusammenarbeit*). Auf die tabellarische Darstellung der entsprechenden Werte wurde verzichtet.



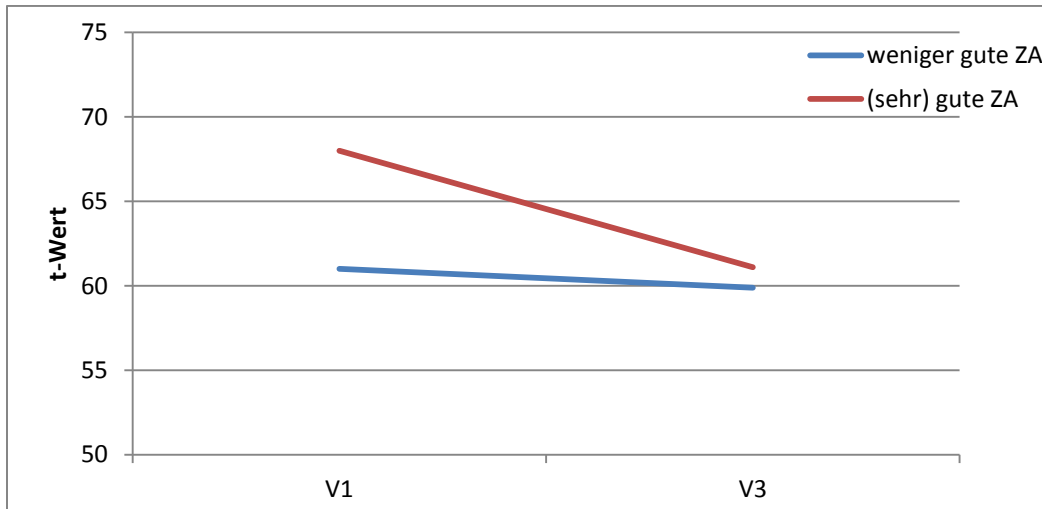


Abbildung 31. Varianzanalyse mit Messwiederholung bzgl. der Skala *Externalisierendes Verhalten* der Child Behavior Checklist und der Bewertung der Zusammenarbeit (ZA) der KJP-Mitarbeiter (*weniger gute* vs. *(sehr) gute* ZA). Haupteffekt für Faktor *Erhebung* (V1 – erste Erhebung, V3 – dritte Erhebung) ( $F=10.678$ ,  $p<.01$ ), Interaktionseffekt *Erhebung\*Bewertung* ZA ( $F=5.595$ ,  $p<.05$ ).

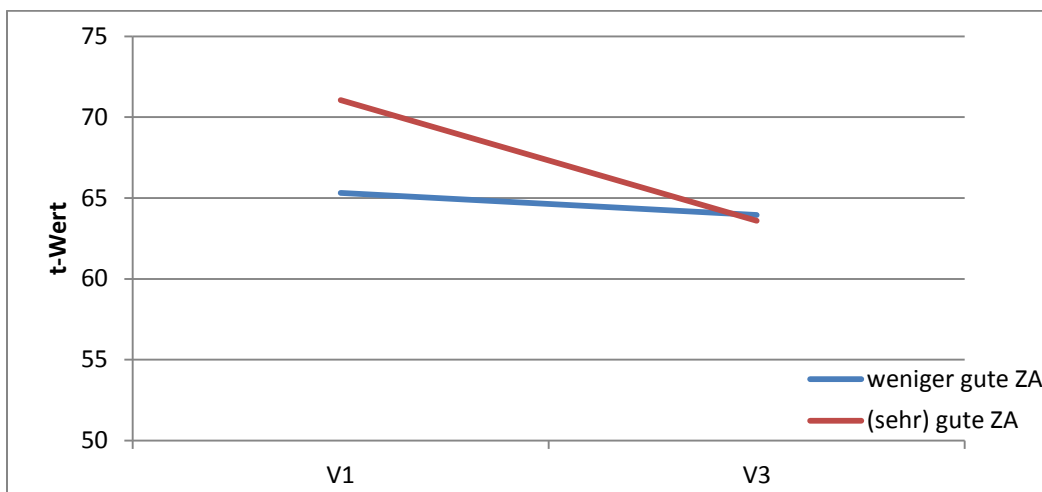


Abbildung 32. Varianzanalyse mit Messwiederholung bzgl. der Skala *Gesamtproblemwert* der Child Behavior Checklist und der Bewertung der Zusammenarbeit (ZA) der KJP-Mitarbeiter (*weniger gute* vs. *(sehr) gute* ZA). Haupteffekt für Faktor *Erhebung* (V1 – erste Erhebung, V3 – dritte Erhebung) ( $F=15.045$ ,  $p<.001$ ), Interaktionseffekt *Erhebung\*Bewertung* ZA ( $F=7.156$ ,  $p<.05$ ).

#### 5.4 Schlussfolgerungen aus der Fallevaluation

In der Prospektiven Fallevaluation wurde der Entwicklungs- und Hilfeverlauf von Kindern im Alter von 6 bis 18 Jahren untersucht, die sich aktuell in Behandlung der KJP befanden und parallel dazu bereits bestehenden oder angebahnten Kontakt zum JA hatten.

Die Beschreibung der Rekrutierungsversuche und Ergebnisse zur Stichprobenbeschreibung verdeutlichen, dass es sich bei den untersuchten Kindern und Familien eher um eine Teilpopulation von Kindern mit komplexem Hilfebedarf handelte, die beide Hilfesysteme (JA und KJP) in Anspruch nehmen. Ambulante Leistungen, sowohl des JA als auch der KJP, kamen am häufigsten vor. Bei einem Viertel der Familien waren zum ersten Erhebungszeitpunkt noch keine Hilfen durch das JA installiert. Dennoch zeigt die Einschätzung der JA- und KJP-Mitarbeiter eines eher hohen psychosozialen Hilfebedarfs, dass in

denen am Projekt beteiligten Familien erhöhter Hilfebedarf und damit die Notwendigkeit guter Abspracheprozesse bestand.

Im Rahmen der Rekrutierung zeigte sich, dass Familien, die eher schwerer belastet waren (u.a. mehrfach stationär aufgenommene Kinder, Fälle von Kindeswohlgefährdung), weniger häufig der Teilnahme im Rahmen der Fallevaluation zustimmten. Eine gute Ergänzung brachte daher die Erhebung im Rahmen der qualitätssichernden Maßnahme (QM) nach SGB 5 § 135a zu Kindern an der Schnittstelle JA und KJP. Auch, wenn dabei die Familien nicht direkt an der Befragung teilnahmen, schätzten doch die Mitarbeiter die Zusammenarbeit an der Schnittstelle ein und Aktenanalysen waren möglich.

Bei der Betrachtung des familiären Hintergrundes, der an der Evaluation teilgenommenen Familien, wird deutlich, dass die Kinder und deren Familien größeren Belastungen und komplexeren Familienstrukturen unterliegen. So waren vier von fünf untersuchten leiblichen Eltern, und damit deutlich mehr als in der Allgemeinbevölkerung, getrenntlebend. In über der Hälfte der Fälle lebte mindestens ein Elternteil wieder in einer neuen Partnerschaft. Auch die familiäre psychiatrische Belastung in diesen Familien war hoch.

In der Untersuchung der Arbeitssituation der JA- und KJP-Mitarbeiter zeigte sich, dass JA-Mitarbeiter im Durchschnitt für eine höhere Anzahl an Fällen zuständig sowie bereits deutlich länger in ihrer Position tätig waren als KJP-Mitarbeiter. Auch kannten JA-Mitarbeiter das betreffende Kind im Durchschnitt schon etwas länger als KJP-Mitarbeiter dies taten. Diese Unterschiede kommen aus verschiedenen Gründen zustande. Zum einen unterscheidet sich die Dauer der Anbindung an das JA und an die KJP per se aufgrund der verschiedenen Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche. Eine stationäre Behandlung in der KJP und damit die Begleitung eines Kindes durch einen stationär tätigen KJP-Mitarbeiter umfasst im Schnitt zwei bis drei Monate. Danach erfolgt eine Weiterbehandlung entweder im Rahmen der KJP-Ambulanz oder bei einem niedergelassenen Nachsorger. Im JA ist ein Mitarbeiter i. d. R. für einen bestimmten Stadtbezirk zuständig, so lange, wie die Familie dort wohnt bzw. entsprechender Hilfebedarf vorliegt. Zudem könnte es mit verschiedenen Mitarbeiterfluktuationen (Rotation des Assistenzarztes in einen anderen Bereich der KJP, Langzeitkrank, etc.) in den Institutionen zusammenhängen. Aufgrund der verschiedenen Strukturen und eben Zuständigkeiten unterscheiden sich auch die Fluktuationen der Kinder und ihrer Familien erheblich - z.B. begrenzt die verfügbare Anzahl der Betten auf Station die aktuell parallel laufenden Behandlungen eines stationären KJP-Mitarbeiters. Eine andere Möglichkeit wäre auch, dass ein Teil der Familien als erstes im JA bekannt sind und im Laufe der Zeit dann erst in der KJP vorstellig werden.

Keine Unterschiede zwischen den fallzuständigen Mitarbeitern beider Institutionen fanden sich in der Beurteilung der Arbeitsbelastung, welche übereinstimmend im Mittel als *eher hoch* bis *hoch* eingeschätzt wurde. Dies verdeutlicht, dass Kommunikationswege zwischen JA und KJP möglichst einfach gestaltet sein sollten um einerseits einen guten Informationsfluss zu gewährleisten und andererseits den Aufwand der Mitarbeiter gering zu halten.

Bzgl. der Einschätzung des psychosozialen Hilfebedarfs des Kindes zeigte sich, dass KJP-Mitarbeiter im Durchschnitt einen signifikant höheren Hilfebedarf für das Kind sahen als die fallführenden JA-Mitarbeiter, wobei beide diesen als eher hoch bis hoch einschätzten. Dieser Unterschiede könnte daraus resultieren,

dass beide Institutionen *psychosozialen Hilfebedarf* etwas anders definieren und dadurch andere Perspektiven in Ihrer Einschätzung einnehmen. Die KJP-Mitarbeiter sahen auch im Vergleich zu den Eltern einen höheren Hilfebedarf für das Kind. Zu letzterem ist kritisch anzumerken, dass die Befragung der Eltern getrennt nach *benötigter Hilfe durch das JA* und *benötigter Hilfe durch die KJP* erfolgte, in der Befragung der JA- und KJP-Mitarbeiter jedoch nur allgemein nach dem *psychosozialen Hilfebedarf* gefragt wurde. Ein Vergleich der Einschätzung der fallführenden Mitarbeiter mit der der Eltern ist daher nur eingeschränkt möglich.

Neben der Evaluierung der eigenen Arbeitssituation erfolgten im Mitarbeiterfragenbogen fallabhängige Einschätzungen zur Zusammenarbeit zwischen den fallführenden Mitarbeitern von JA und KJP. Sowohl JA- als auch KJP-Mitarbeiter gaben im Durchschnitt an, dass die fallspezifische Zusammenarbeit (*fallbezogene professionelle Beziehungsgestaltung, fallbezogene Kommunikation, formale Aspekte und Gesamtzufriedenheit mit Zusammenarbeit*) *eher gut bis gut* verläuft. Die Gruppen unterschieden sich lediglich in der Bewertung der *fallbezogenen Kommunikation*, worunter Aspekte wie Absprachen zur Fallkoordination, Aufgabenverteilung/ Rollenverständnis, Klärung von Erwartungen und Klärung von Ressourcen eingeschätzt werden sollten. KJP-Mitarbeiter zeigten diesbezüglich eine geringere Zufriedenheit als fallführende Mitarbeiter des JA. Bei genauerer Betrachtung der Bewertung der JA- und der KJP-Mitarbeiter der *Gesamtzufriedenheit mit Zusammenarbeit* zeigte sich, dass die Mitarbeiter beider Institutionen diese gruppenstatistisch im Durchschnitt zwar ähnlich gut einschätzten, die Bewertungen der JA- und KJP-Mitarbeiter auf den einzelnen Fall bezogen jedoch in der Mehrzahl der Fälle sehr unterschiedlich ausfiel. Dies verdeutlicht, wie wichtig ein Austausch zwischen den Mitarbeitern beider Institutionen ist, um unterschiedliche Sichtweisen zu Absprachen, Rollenverständnis und Erwartungshaltungen erkennen und eine gemeinsame Sicht entwickeln zu können. Auf lange Sicht können dadurch Unzufriedenheiten vermieden werden. Eine ergänzende Plattform für den Austausch zwischen den Kooperationspartnern können hier beispielsweise anonyme Fallbesprechungen, aber auch das bereits in der ursprünglichen KVB verankerte Beschwerdemanagement sein.

Bezüglich der psychosozialen Entwicklung der untersuchten Kinder konnten, betrachtet über den Zeitraum von der ersten bis zur dritten Erhebung, positive Veränderungen in den Bereichen Psychopathologie, dissoziales Verhalten, Diagnoseanzahl und Lebensfunktionalität festgestellt werden. Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass die in Anspruch genommenen Therapien und Hilfemaßnahmen der KJH und KJP wirken und zu einer tatsächlichen Verbesserung in den Familien beitragen. Allerdings sind bei longitudinalen Untersuchungen anhand von Einschätzungen von Kindern und Eltern positive Effekte auch durch andere Mechanismen wie mehr Hoffnung auf Veränderungen, positivere Einschätzung durch das Gefühl verstanden und gehört zu werden etc. erklärbar. Um hier noch validere Zahlen als durch das durchgeführte MINI-KID zu erhalten, wäre eine Einschätzung zu den Zeitpunkten durch einen völlig unabhängigen Experten mit breiterer und naturalistischerer Einschätzung notwendig, was aber zum einen den Aufwand für alle Beteiligten massiv steigern und zum anderen dadurch die ohnehin schon geringe Teilnahmequote weiter reduzieren würde.

Ein Rückschluss der gefundenen positiven Effekte auf die 2013 geschlossene KVB erscheint auf der berichteten Datengrundlage nicht angemessen. Die geringen Fallzahlen in der Retrospektiven Fallevaluation erlauben es aktuell nicht, einen Vergleich hinsichtlich der Zusammenarbeit beider Institutionen vor und nach Inkrafttreten der KVB anzustellen. Zur Beantwortung der Frage, ob nach den Vorgaben der KVB gearbeitet wird und ob eine stringente Umsetzung dieser Vorgaben zu einer besseren psychosozialen Entwicklung der Kinder führt, können die gefundenen Interaktionen zwischen den Einschätzungen der KJP-Mitarbeiter bezüglich der *Gesamtzufriedenheit mit Zusammenarbeit* und zwei Maßen der CBCL (Skala *Externalisierende Probleme* und Skala *Gesamtproblemwert*) nur einen ersten Hinweis geben. Bei der Betrachtung der Bewertung der *Gesamtzufriedenheit mit Zusammenarbeit* nur durch KJP-Mitarbeiter zeigte sich, dass 1) Fälle bei denen die Zusammenarbeit als (*sehr*) *gut* bewertet wurde zum ersten Erhebungszeitpunkt stärker beeinträchtigt waren und 2) eine größere Verbesserung der Symptomatik zum dritten Erhebungszeitpunkt zeigten als Fälle, bei denen die Zusammenarbeit als *weniger gut* bewertet wurde. Diese – für die psychosoziale Entwicklung positive – Interaktion zeigte sich nicht, wenn man die Bewertung durch die JA-Mitarbeiter betrachtet. Bezüglich des Zusammenwirkens von Zusammenarbeit und psychosozialer Entwicklung sind vertiefende und weitere Analysen mit zuverlässigen, objektiven Daten notwendig um die Frage valide beantworten zu können. Allerdings erhält man den Eindruck, dass es sein könnte, dass die Mitarbeiter der KJP die Bedürfnisse an konkreten Hilfen und zur Verfügung zu stellenden Ressourcen in der Zusammenarbeit besser einschätzen können. Dies wäre auch nicht verwunderlich, da die Mitarbeiter des JA weniger spezifisch für Kinder mit kinder- und jugendpsychiatrischen Problemen ausgebildet sind.

Die Qualität der Daten der Aktenanalyse zeigt, dass weiterhin eine große Herausforderung darin besteht, eine gute Dokumentation der Zusammenarbeit zwischen den Institutionen zu gewährleisten, denn nur so ist es möglich valide Aussagen über die Effekte gelingender Kooperation zu treffen.

Noch einmal hervorzuheben ist das interessante Ergebnis, dass Kinder, bei denen die *Gesamtzufriedenheit mit Zusammenarbeit* durch die KJP-Mitarbeiter als (*sehr*) *gut* eingeschätzt wurde, sowohl in Fremd- als auch Selbstbeurteilungsmaßen im Durchschnitt höhere Werte zum ersten Erhebungszeitpunkt zeigten als Kinder, bei denen die KJP-Mitarbeiter die *Gesamtzufriedenheit mit Zusammenarbeit* als *weniger gut* beurteilten. Das führt zu der Hypothese, dass schwierige Fälle die Schnittstelle stärker fordern und dadurch zu einer konkreteren Zusammenarbeit und einem optimaleren Austausch über Möglichkeiten und Grenzen führen. Möglicherweise werden aufgrund der hohen Belastung der Hilfesysteme bei einfacher wirkenden Fällen weniger Ressourcen in den Fachaustausch investiert. Interessanterweise zeigt sich auch dieses Ergebnis nur bei der Bewertung durch die KJP-Mitarbeiter. Dies zeigt, dass auch hier die Bewertungen von JA und KJP differieren. Inwiefern die unterschiedlichen Beurteilungen zu geeigneten oder weniger geeigneten Hilfen und Entwicklungen von Fällen führt, kann mit Hilfe der verfügbaren Daten nicht belegt werden. Weiterführende Analysen sind notwendig. Aber auch hier erhält man den Eindruck, dass es sein könnte, dass die Mitarbeiter der KJP die Bedürfnisse an konkreten Hilfen und zur Verfügung zu stellenden Ressourcen in der Zusammenarbeit besser einschätzen können. Dies wäre –wie bereits

geschrieben- auch nicht verwunderlich, da die Mitarbeiter der JA weniger spezifisch für Kinder mit kinder- und jugendpsychiatrischen Problemen ausgebildet sind.

## **6 Drehtür-Effekt**

Im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojektes wurde auch der sogenannte Drehtür-Effekt untersucht. Um eine einheitliche Arbeitsdefinition und einen Überblick über die bisherige Forschungslage zu gewinnen, wurde zunächst eine ausführliche Literaturrecherche zum Thema durchgeführt. Ergänzend dazu wurden JA- und KJP-Mitarbeiter bezüglich ihrer Definition des Drehtür-Effektes befragt. Dabei wurde deutlich, dass unterschiedliche Begrifflichkeiten, wie beispielsweise *Systemsprenger*, *Drehtürpatient* oder *Hoch-Risiko-Klientel*, für vom Drehtür-Effekt betroffene Kinder existieren. Auch besteht dabei Unklarheit darüber, ob den unterschiedlichen Begrifflichkeiten vergleichbare Definition zu Grunde liegt.

Aufgrund der Literaturrecherche und Mitarbeiterbefragungen wurde eine Arbeitsdefinition aufgestellt. Aufbauend auf dieser wurde eine Analyse der KJP-Akten von Kindern durchgeführt, die sich auf der Akutaufnahmestation der KJP befanden. Im Folgenden werden die wichtigsten Inhalte der Literaturrecherche, Mitarbeiterbefragung und Aktenanalyse zusammengetragen.

### **6.1 Hintergrund**

Mit Blick auf die aktuelle Studienlage zum Thema Drehtür-Effekt im Bereich der Psychiatrie fällt auf, dass sich diese im deutschsprachigen Raum vornehmlich auf den Erwachsenenbereich konzentriert. Allerdings existieren vor allem in den USA einige Studien, welche sich den Faktoren der psychiatrischen Hospitalisierung im Kinder- und Jugendbereich widmen. Allgemein bleibt festzuhalten, dass es bisher für diese Gruppe keine eindeutig festgelegte Definition gibt. Auch in der KJH setzten sich bereits einige namenhafte und erfahrene Experten mit dieser Gruppe auseinander (z.B. Ader, 2004; Baumann, 2016; Schrappner, 2001). Allerdings fehlt hier bisher ebenfalls eine eindeutige Begriffsdefinition. Die Studienlage in beiden Fachrichtungen (KJH und KJP) weist aber einheitlich darauf hin, dass diese Kinder sowohl verschiedene Einrichtungen der KJH durchlaufen, als auch mehrmals stationäre psychiatrische Behandlungen in Anspruch nehmen (Schmid, 2007) und bezüglich der Diagnosen und psychosozialen Bedingungen derselben Risikogruppe angehören (Blader, 2004). Unter anderem zeigte die Ulmer Heimkinderstudie, dass Kinder in stationären Einrichtungen der KJH deutlich häufiger eine psychiatrische Erkrankung aufweisen als Kinder, die bei ihren Eltern leben (Fegert & Besier, 2009). Der Drehtür-Effekt ist dementsprechend eine Herausforderung für beide Systeme.

Im Folgenden werden aus den Fachrichtungen der KJP sowie der KJH Studienergebnisse zusammengetragen, um eine vorläufige Definition für Kinder zu finden, welche immer wieder zwischen beiden Hilfesystemen pendeln.

Die Studienlage im Bereich der KJP zeigt, dass ein bedeutender Teil der untersuchten Kinder (ca. 20%; Romansky, Lyons, Lehner, & West, 2003) nach der Entlassung aus stationärer Behandlung erneut stationär in die KJP eingewiesen werden (Blader, 2004; James et al., 2010; Trask, Fawley-King, Garland, & Aarons, 2016). Die Kinder entstammten häufig einem schwachen sozioökonomischen Umfeld und

werden nach einer stationären Behandlung in der KJP auch stationär in der KJH angebunden (Schmid, 2007). Dabei handelt es sich bei der stationären Behandlung in der KJP meist nicht um längere Behandlungen, weshalb häufig auch keine erfolgreichen Behandlungsabschlüsse erzielt werden können. Als Schutzfaktor für eine Wiederaufnahme in eine KJP konnte das Leben in der Herkunftsfamilie identifiziert werden, denn ein höheres Risiko zur Wiederaufnahme weisen die in Pflege lebenden Kinder und diejenigen auf, die in der stationären KJH untergebracht waren. Bei rehospitalisierten Kindern wurden häufiger Lernbehinderungen als auch Entwicklungsverzögerungen festgestellt. Als ein weiterer Schutzfaktor neben dem Leben in der Herkunftsfamilie konnte eine Nachbetreuung herausgestellt werden (James et al., 2010).

In Interviews mit Fachkräften der KJP Dresden zeigt sich, dass erst von Drehtür-Effekt gesprochen wird, wenn ein Kind nach einem vorherigen Aufenthalt in der KJP innerhalb eines Jahres mindestens zwei Mal erneut akut oder geplant (teil-)stationäre aufgenommen wird. Dabei erfolgt eine Einweisung aufgrund vergleichbarer bzw. ähnlicher Symptomatik.

In einer Versorgungsdokumentation aus dem Jahr 2006 der KJP Bremen konnten verschiedene Verhaltensauffälligkeiten vor einer stationären Aufnahme identifiziert werden. Sechs Monate vor der Aufnahme zeigten die Kinder aggressives Verhalten, Auffälligkeiten im Bereich Spiel- und Leistungsverhalten sowie Auffälligkeiten im emotionalen Bereich. Weiterhin kamen sie aus „abnormen intrafamiliären Beziehungen“, waren mit „inadäquater oder verzerrter intrafamiliärer Kommunikation“ konfrontiert und erlebten „abnorme Erziehungsbedingungen“. Nach Ende der Behandlung wurde die Gesamtsymptomatik von nur 17% der Kinder als deutlich gebessert angesehen und bei 42,9% wurde sie als unverändert beschrieben (Lorenz, 2006).

Aus Sicht der KJH handelt es sich beim Drehtür-Effekt um eine Gruppe von Kindern, die im Laufe ihrer Biografie in verschiedenen Einrichtungen lebt, ein für Fachkräfte herausforderndes Verhalten zeigt und innerhalb der Einrichtungen von einer Hilfe zur nächsten „geschoben“ werden bei gleichzeitiger Verschärfung der Symptomatik. Kinder, die auffallend oft die Einrichtungen der KJH wechseln, kommen häufig aus Familien, in denen der Konsum von Drogen oder Alkohol, Arbeitslosigkeit sowie ein niedriger sozioökonomischer Status eine große Rolle spielen. Die Familienverhältnisse sind meist instabil. Die Elterngeneration hat häufig eigene negative Erfahrungen in der Biografie erlebt und trägt sie an ihre Kinder weiter. Im Alltag erfahren die Kinder unzuverlässige Beziehungen, zum Beispiel durch häufige Partnerwechsel der Eltern. Nicht selten müssen sie mit Vernachlässigung, Misshandlungen und Enttäuschungen zurechtkommen (Ader 2004 Bezug nehmend auf Blandow 2000).

Zudem belegen verschiedene Studien, dass typischerweise „ein(en) Großteil der Kinder, die sich heutzutage in Heimerziehung befinden, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen, Vernachlässigung, ungünstige psychosoziale Lebensbedingungen, Armut, familiäre psychische Erkrankungen und elterlicher Substanzmissbrauch in der Vorgeschichte [ausgesetzt gewesen sind]. Erfahrungen, die als gut belegte Risikofaktoren für die Entwicklung einer psychischen Störung im Kindes- und Jugendalter gelten“ (S. 18, Fegert & Besier, 2009). Diese Faktoren bedingen sich im Laufe der Biografie gegenseitig und stellen einen Risikofaktor für zukünftige Patienten der KJP dar. Wird der Kreislauf nicht rechtzeitig unterbrochen,

folgt eine Betreuung durch die KJH, welche immer häufiger zu einem späteren Zeitpunkt durch eine (stationäre) Behandlung in der KJP ergänzt wird.

Folglich bewegen sich die oben genannten Kinder nicht nur im System KJH, sondern gleichzeitig auch im System der KJP. In Gesprächen mit Mitarbeitern der KJH oder der KJP, kann schnell der Eindruck gewonnen werden, dass bei vielen Kindern die Bedarfe mit den Angeboten nicht konform sind. So geschieht es, dass die Kinder zwischen Inobhutnahme, Fremdunterbringung (FU), Leistungen der ambulanten Betreuung, KJP etc. teilweise über viele Jahre hinweg mehrfach wechseln. Das Pendeln zwischen den Systemen stellt alle Beteiligten vor besondere Herausforderungen und somit kann es in und zwischen den Hilfesystemen zu Gefühlen der Hilflosigkeit und Ohnmacht kommen. Daraus resultierend kann es passieren, dass die Verantwortlichkeiten in das jeweils andere System „abgeschoben“ werden. Dieses Verhalten führt bei den Kindern dazu, dass sie sich erneut mit Enttäuschungen und Beziehungsabbrüchen und dem „Überfordert sein“ der Verantwortlichen auseinander setzen müssen (Schmid, Schröder, & Jenkel, 2012). „Das auf Ablehnung stoßende Verhalten wird den jungen Menschen immer mehr zum Selbstverständnis und setzt ihren Gesamterdegang zusätzlichen Bedrohungen aus“ (S. 453, Kalter, 2004). Damit wird das negative Selbstbildnis durch die erneuten Erfahrungen verstärkt und die Kinder befinden sich in einer Negativspirale (Baumann, 2016). Wie sich auch in den Experteninterviews mit Fachkräften aus der KJH Dresden zeigt, kommt es folglich zu einer Intensivierung der Symptomatik, die Verhaltensweisen verfestigen sich und es folgen zunehmend selbst- oder fremdverletzendes Verhalten. Diese Faktoren begünstigen eine erneute Destabilisierung und somit auch den Drehtür-Effekt.

Einheitlich wird in den Interviews mit Fachkräften in Dresden aus Sicht aller Professionen bekräftigt, dass ein adäquates Arbeiten im Umgang mit der benannten Zielgruppe kaum möglich sei, da gerade in Sachsen keine/ kaum geeignete Wohngruppen existieren.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass sowohl in der KJH als auch in der KJP derzeit noch keine festgelegte Definition des Drehtür-Effektes vorhanden ist. Die aktuelle Studienlage der beiden Fachbereiche weist aber auf einige wichtige Faktoren hin, die diesen Effekt beschreiben und begünstigen.

### **6.1.1 Arbeitsdefinition**

Anhand der oben beschriebenen Ergebnisse der Literaturrecherche sowie der Befragungen von Mitarbeitern des JA sowie der KJP lässt sich die Arbeitsdiagnose zum Begriff Drehtür-Effekt durch folgende Punkte kurz und übersichtlich zusammenfassen:

- Innerhalb von 6-12 Monaten nach dem stationären Aufenthalt in der KJP erfolgt eine Wiederaufnahme aufgrund ähnlicher Problemlagen in einer KJP.
- Häufig tritt keine langfristige Besserung der Symptomatik im Alltag nach dem stationären Aufenthalt in der KJP auf.
- Kinder kommen häufig aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status, instabilen Familienbeziehungen, abnormen Erziehungsbedingungen.
- Seitens der Familien bestand/steht häufig mehrfach Kontakt mit dem JA.

- Kinder leben in stationären KJH-Einrichtungen und haben nicht selten bereits mehrere stationäre Einrichtungen der KJH durchlaufen.

## 6.2 Analyse von Patienten der Akutaufnahmestation der Kinder- und Jugendpsychiatrie

### 6.2.1 Ziel

Die Aktenanalyse von Kindern der Akutaufnahmestation der KJP erfolgte mit dem Ziel der Replizierung der Forschungsergebnisse zum Drehtür-Effekt und der Spezifizierung der Zielgruppe für die zu konzipierende KJH-Einrichtung. Dabei wurde die zu untersuchende Gruppe weiter gefasst, als es die oben beschriebene Arbeitsdefinition zum Drehtür-Effekt vorgibt. Es wurden demnach alle Kinder der Akutaufnahmestation erfasst, unabhängig davon, ob diese zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens schon einmal fremduntergebracht waren, d.h. im KJND, in einer Pflegefamilie und/oder in einer stationären KJH-Einrichtung gelebt haben.

### 6.2.2 Methode

#### 6.2.2.1 Stichprobe und Design

Aus dem Zeitraum von 01.01.2014 bis 31.03.2016 wurden Daten von 264 Kindern erhoben, welche in diesem Zeitraum auf der Akutaufnahmestation der KJP behandelt wurden. Die Akutaufnahmestation ist ein geschützter Bereich für psychisch kranke Kinder, die sich in akuten Krisensituationen befinden und verfügt über acht Behandlungsplätze. Die behandelten Kinder wurden in folgende drei Kategorien aufgeteilt und anhand einer selbstentwickelten Checkliste analysiert (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7. Definition der Kategorien 1 bis 3 unter Angabe der Anzahl.

Kategorie	Beschreibung	Anzahl N
1	1x AS, keine Ambulanz/keine weitere Station/ keine Tagesklinik 1x AS & Ambulanz, keine Station/ keine Tagesklinik	144
2	1x AS & Station/ Tagesklinik	53
3	mehrmals AS & Station / Tagesklinik/ Ambulanz; oder nur ausschließlich mehrmals AS (innerhalb von 12 Monaten)	67

Anmerkung: AS – Akutaufnahmestation der KJP Dresden.

Zur Findung von möglichen Unterschieden zwischen Kindern mit und ohne Drehtür-Effekt sollten die Kategorien hinsichtlich relevanter Daten untersucht werden. Auf Grundlage des ersten Kriteriums der Arbeitsdefinition (innerhalb von 6-12 Monaten nach dem stationären Aufenthalt in der KJP erfolgt eine Wiederaufnahme aufgrund ähnlicher Problemlagen in einer KJP) wurde definiert, dass Kinder, die in diese Kategorie fallen, Betroffene des Drehtür-Effektes sind (im Folgenden Kategorie 3).

Von Bedeutung für die Spezifizierung der Zielgruppe für die zu konzipierende KJH-Einrichtung ist ebenfalls die Untersuchung von Unterschieden zwischen Kindern, die bereits mindestens einmal in ihrem Leben fremduntergebracht waren und solchen, die es (noch) nicht waren.



### **6.2.2.2 Vorgehen**

Mithilfe einer Filterfunktion wurden die Namen aller Kinder, welche im angegebenen Zeitraum in der KJP behandelt wurden, aus dem zentralen elektronischen Patientenverwaltungssystem erfasst. Nachfolgend wurden diese zunächst einer der drei Kategorien zugeordnet, in Abhängigkeit von der Anzahl der Aufenthalte auf der Akutaufnahmestation und den zusätzlich behandelnden Bereichen. Die Anzahl der Aufenthalte bezieht sich demnach auf alle jemals im Leben stattgefundenene KJP-Aufenthalte und ist nicht beschränkt auf den Zeitraum vom 01.01.2014 bis 31.03.2016, indem die 264 auf der Akutaufnahmestation behandelten Kinder erfasst wurden. Beispielsweise wurden für das Kind X, dass im Februar 2014 auf der Akutaufnahmestation aufgenommen wurde, auch alle vorherigen Aufenthalte in der KJP erfasst, sowie wie eventuell weitere Aufenthalte nach Februar 2014 bis Ende März 2016. Nun wurde für jedes Kind pro Aufenthalt die Checkliste anhand der elektronischen KJP-Akte (bei länger zurückliegenden Aufenthalten auch mithilfe der Papierakten) ausgefüllt.

### **6.2.2.3 Maße**

Die Entwicklung der Checkliste erfolgte im Wesentlichen in Anlehnung an die im Arztbrief erfassten Daten über den Patienten sowie den jeweiligen Aufenthalt:

- personenbezogene Daten: Geschlecht, Alter, aktueller Lebensort
- Eckdaten des Aufenthaltes: Aufnehmender Bereich, Zeitraum der Behandlung, akute/geplante Aufnahme, Aufnahmegrund, Initiierung der Aufnahme, Aufnahme freiwillig/mit richterlichen Beschluss (bei Akutstation), Ort der Verhaltensauffälligkeit; Entlassung geplant/gegen ärztlichen Rat
- Diagnosen nach ICD-10, Anzahl Diagnosen, Achse V Codes nach dem multiaxialen Klassifikationssystem des ICD-10 (auf Achse V erfolgt die Kodierung für Ursache oder Therapieverlauf wichtiger aktueller abnormer psychosozialer Umstände), Anzahl Achse V Codes

Zusätzlich wurde erhoben, ob das JA bereits in den Fall involviert war (Ja/Nein, involviert seit, zuständiger ASD) und welche Leistungen die Kinder bereits im KJP- und KJH-Bereich erhalten hatten (ambulante/(teil-)stationäre KJH, Inobhutnahme, Beratungsstellen, Eingliederungshilfe nach §35a, ambulante psychotherapeutische Behandlung außerhalb der KJP).

### **6.2.2.4 Statistische Analyse**

Die statistischen Analysen erfolgten mittels des IBM SPSS Statistics 23. Neben den deskriptiven Analysen wurden Unterschiede zwischen den Kategorien oder zwischen Kindern mit/ohne Fremdunterbringung hinsichtlich kategorialer Daten mittels des  $\chi^2$ -Tests von Pearson getestet. Um Unterschiede zwischen den Kategorien bezüglich intervallskalierter Daten (z.B. Alter) zu finden, wurde der t-Test nach Fisher genutzt.

## **6.2.3 Ergebnisse**

Bezogen auf Kinder, die zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens fremduntergebracht waren, zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Kategorien, wobei deutlich mehr Kinder in der Kategorie 3 schon

einmal zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens fremduntergebracht waren (n=39), als Kinder der Kategorien 1 (n=25) und 2 (n=20) ( $\chi^2=36.24$ ;  $p<.01$ ) (siehe Abbildung 33).

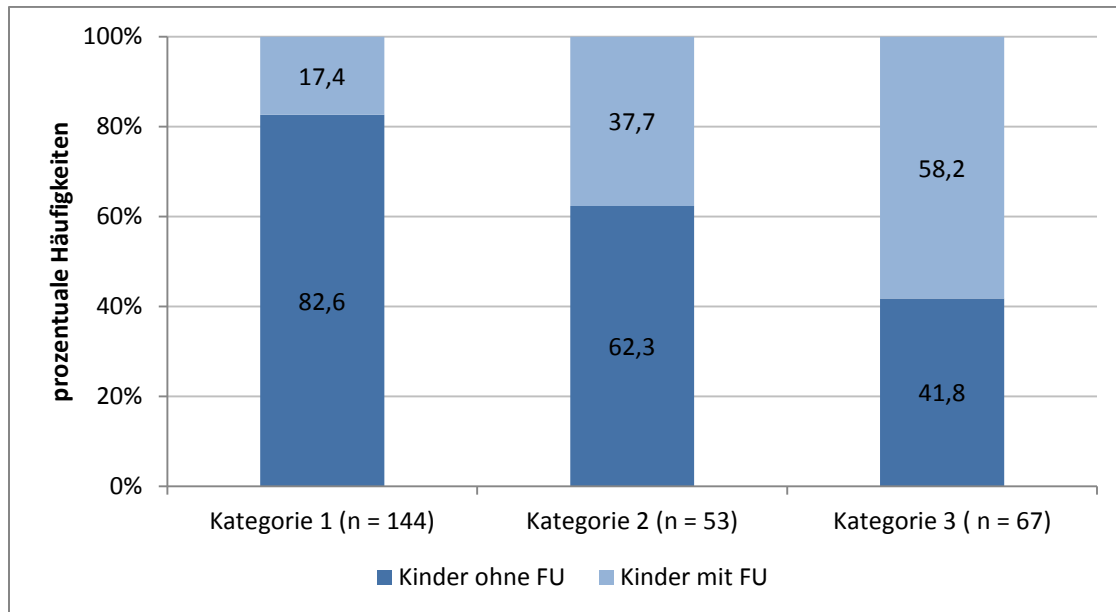


Abbildung 33. Prozentuale Häufigkeit an Kindern mit und ohne Fremdunterbringung (FU) nach Kategorie (Zuordnung zu Kategorien 1 bis 3 erfolgte nach Anzahl der Aufenthalte auf der Akutaufnahmestation und zusätzlich behandelnden Bereichen; Kategorie 3: mindestens zwei Aufenthalte auf der Akutaufnahmestation innerhalb von 12 Monaten)

Betrachtet man die Geschlechterverteilung so ergibt sich für Kategorie 1 und 2 kein Zusammenhang zwischen Geschlecht und Fremdunterbringung. In Kategorie 3 hingegen finden sich in der Gruppe ohne Fremdunterbringung deutlich mehr Mädchen als Jungen (79% resp. 21%) (siehe Tabelle 8). Betrachtet man in Kategorie 3 die Gruppe der Kinder, die bereits mindestens einmal in ihrem Leben fremduntergebracht waren, dann verschwindet der Geschlechterunterschied und die Verteilung ist annähernd gleich (46% resp. 54%).

Tabelle 8. Geschlechterverteilung innerhalb der Kategorien 1 bis 3 (nach Anzahl der Aufenthalte auf der Akutaufnahmestation und zusätzlich behandelnden Bereichen; Kategorie 3: mindestens zwei Aufenthalte auf der Akutaufnahmestation innerhalb von 12 Monaten) unter Angabe der Signifikanz.

	FU jemals im Leben	Geschlecht		Statistischer Test Signifikanzniveau
		Männlich	Weiblich	
Kategorie 1	Nein	48 (40,3%)	71 (59,7%)	$\chi^2=.16$ ; $df=1$ $p = .68$
	Ja	9 (36,0%)	16 (64,0%)	
Kategorie 2	Nein	12 (36,4%)	21 (63,6%)	$\chi^2=.39$ ; $df=1$ $p = .53$
	Ja	9 (45,0%)	11 (55,0%)	
Kategorie 3	Nein	6 (21,4%)	22 (78,6%)	$\chi^2=7.12$ ; $df=1$ $p=.008$
	Ja	21 (53,8%)	18 (46,2%)	

Anmerkung. FU – Fremdunterbringung.

Abbildung 34. zeigt, dass auch bei der Betrachtung der Kinder mit Fremdunterbring über alle Kategorien hinweg, eine annähernd gleiche Verteilung der Geschlechter zu finden ist, wohingegen sich in der Gruppe der Kinder ohne Fremdunterbringung mehr Mädchen befinden ( $\chi^2=12,80$ ;  $p<.001$ ).

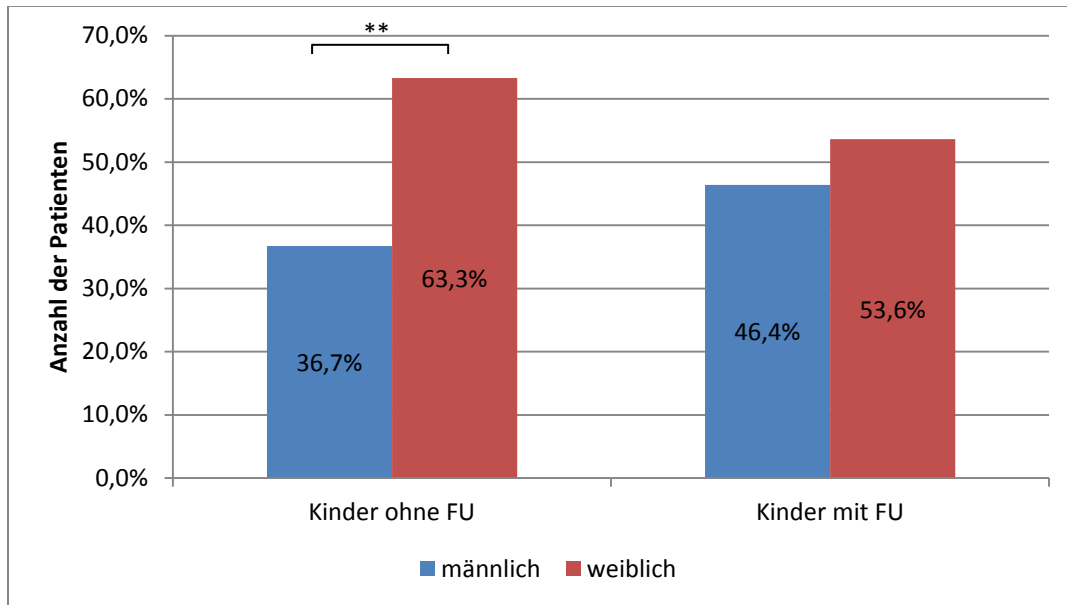


Abbildung 34. Geschlechterverteilung bei Kindern mit und ohne Fremdunterbringung (FU) unabhängig von Kategorisierung 1 bis 3. **\*\*** $p<.01$ .

Vergleicht man über alle drei Kategorien hinweg Kinder, die noch nie fremduntergebracht waren mit jenen, die bereits fremduntergebracht waren, dann sind diejenigen mit Fremdunterbringung signifikant jünger zum Zeitpunkt der Erstaufnahme in der KJP ( $F=9.08$ ;  $df=1$ ;  $p<.01$ ) (siehe Abbildung 35).

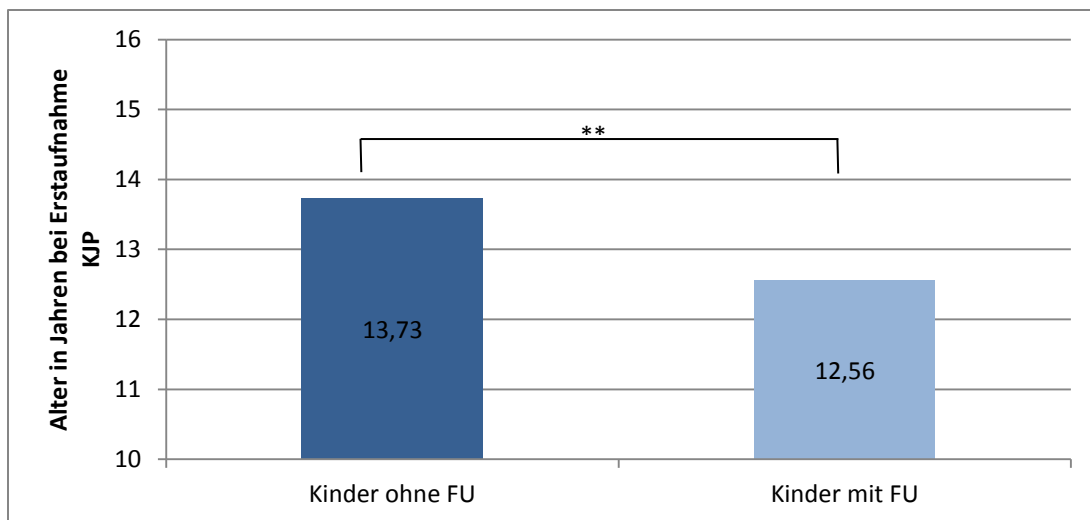


Abbildung 35. Alter in Jahren bei der Erstaufnahme in der KJP für Kinder mit und ohne Fremdunterbringung (FU) unabhängig von Kategorisierung 1 bis 3. **\*\*** $p<.01$ .

Im Folgenden werden ausschließlich Ergebnisse von Kindern der Kategorie 3 berichtet, die schon mindestens einmal in ihrem Leben fremduntergebracht waren (d.h. Kinder mit Fremdunterbringung, die bereits mindestens zwei Mal auf die Akutaufnahmestation innerhalb von 12 Monaten eingewiesen wurden).

79% der untersuchten Kinder hatte in ihrem bisherigen Leben zwischen zwei und fünf Aufenthalten in der KJP, wobei ein Kind sogar 16 Aufenthalte in der KJP innerhalb von fünf Jahren zu verzeichnen hatte. Knapp die Hälfte der Kinder haben zwei psychiatrische Diagnosen (Achse-I des ICD-10), ca. 15% haben sogar mehr als zwei Diagnosen (siehe Tabelle 9). Im Vergleich mit den Kategorien 1 und 2 ist hinsichtlich der Diagnoseanzahl ein Trend zu mehr psychiatrischen Diagnosen in der Kategorie 3 sichtbar.

Tabelle 9. Prozentuale Verteilungen innerhalb der Kategorie 3 (mindestens zwei Aufenthalte auf der Akutaufnahmestation innerhalb von 12 Monaten) bei Kindern mit Fremdunterbringung für Anzahl der Achse-I-Diagnosen, Anzahl der Achse-V-Codes nach ICD-10 sowie Intelligenzniveau

		Kinder mit FU der Kategorie 3 (n=39)
<b>Anzahl Achse-I-Diagnosen nach ICD-10</b>	1	35,9%
	2	48,7%
	>2	15,4%
<b>Anzahl Achse-V-Codes nach ICD-10</b>	1	10,3%
	2	20,5%
	>2	69,2%
		<b>(n=38)</b>
<b>Intelligenzniveau</b>	Leichte intellektuelle Behinderung	5,3%
	Niedrige Intelligenz	34,2%
	Durchschnittliche Intelligenz	52,6%
	Hohe Intelligenz	7,9%

Anmerkung: FU – Fremdunterbringung. N=38 für das Intelligenzniveau in Kategorie 3, da für ein Kind in den KJP-Akten kein IQ zu finden war.

Die am häufigsten vertretenen Störungen sind Anpassungsstörungen (43,6 %), Störungen des Sozialverhaltens (35,9 %), sowie Neurotische Störungen (23,1 %, wie Phobische Störungen, Zwangsstörungen, Somatoforme Störungen) (siehe Abbildung 36). Fast 50% der Diagnosen machen jedoch Sonstige Störungen aus, dazu zählen u.a. Schizophrenie, Essstörungen, Tic-Störungen, sowie andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

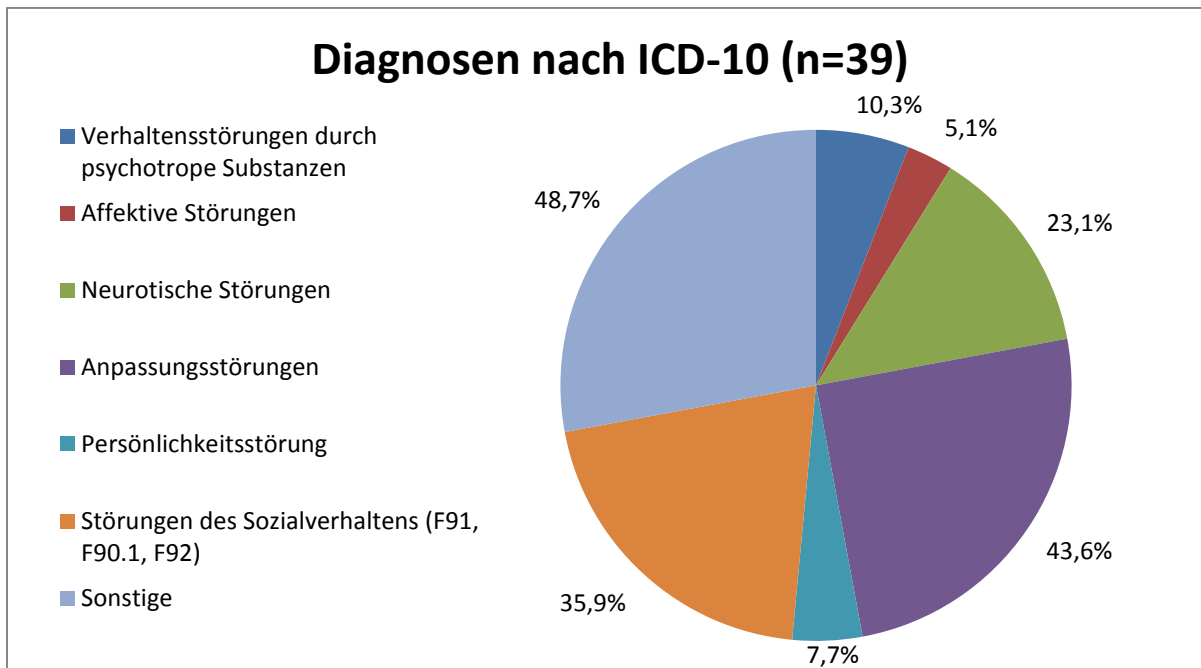


Abbildung 36. Prozentuale Verteilung der Diagnosen nach ICD-10 für Kinder mit Fremdunterbringung der Kategorie 3.

Der Gesamt-IQ (n=38) liegt im Median bei einer durchschnittlichen Intelligenz, wobei die individuellen Werte zwischen leichter intellektueller Behinderung und hoher Intelligenz schwanken (siehe Tabelle 9). Für ein Kind konnte das Intelligenzniveau nicht ermittelt werden, da Informationen über einen Intelligenztest in den KJP-Akten fehlten.

Bezüglich der aktuellen abnormen psychosozialen Bedingungen (Achse-V-Codes des ICD-10) wurden bei über 30 % der Kinder ein bis zwei Codes vergeben, ca. 70% erhielten mehr als zwei Codes (siehe Tabelle 9). Am häufigsten wurden *Erziehung in einer Institution* (56,4%), *abweichende Elternsituation* (53,8%), *abnorme Erziehungsbedingungen* (41,0%) und *abnorme intrafamiliäre Beziehungen* (30,8%) in den Arztbriefen kodiert.

Von Interesse für die Konzeptentwicklung erschien auch die Analyse der Aufnahmen auf der Akutaufnahmestation der Kinder mit Fremdunterbringung der Kategorie 3. Durch diese 39 Kinder erfolgten in der Summe 133 Aufnahmen auf der Akutaufnahmestation, wobei 21 Kinder zweimal, 15 Kinder zwischen drei- und fünfmal und 3 Kinder 11-bzw. 14-mal aufgenommen wurden.

Der überwiegende Teil der Aufnahmen (95%) auf der Akutaufnahmestation erfolgte aufgrund akuter Problemlagen, nur 5% der Kinder wurden geplant zur Krisenintervention auf der Akutaufnahmestation aufgenommen. Mehr als dreiviertel der Aufnahmen (77%) erfolgten freiwillig, 23% mit richterlichem Beschluss. Die durchschnittliche Dauer des Aufenthaltes bei akuter Aufnahme betrug elf Tage, wobei bei fast der Hälfte der Aufnahmen (41%), die Kinder nach weniger als drei Tagen wieder entlassen wurden. Gründe für diese zeitige Entlassung waren unter anderem: die Entlassung des Kindes gegen ärztlichen Rat durch die Eltern, Beendigung des akuten Zustandes der zur Einweisung geführt hat, Nichtvorliegen psychiatrischer Auffälligkeiten, die einen weiteren Verbleib auf der Akutaufnahmestation gegen den Willen des Kindes rechtfertigen.

Es zeigt sich, dass der Großteil der Aufnahmen durch den Notarzt oder die stationäre KJH-Einrichtung initiiert wurden, 35% der Aufnahmen wurden durch die stationäre KJH-Einrichtung und einen im Vorfeld durch die Einrichtung hinzugezogenen Notarzt initiiert. Im Vergleich zu Kindern mit Fremdunterbringung der Kategorie 1 wurde deutlich häufiger der Notarzt gerufen (71% vs. 36%) bzw. die Aufnahme durch die KJH-Einrichtung initiiert (40% vs. 12%). Betrachtet man die Auslöser für die Aufnahme auf die Akutaufnahmestation zeigt sich eine annähernd gleiche Verteilung von Aufnahmen aufgrund von akuter Fremdgefährdung (49%) und Aufnahmen aufgrund von akuter Eigengefährdung (51%). Es besteht allerdings ein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und Aufnahmegrund in dem Sinne, dass Jungen häufiger als Mädchen aufgrund von akuter Fremdgefährdung aufgenommen ( $\chi^2 (n=133)=15.81; df=1; p<.001$ ) und Mädchen häufiger aufgrund von akuter Eigengefährdung wurden ( $\chi^2 (n=133)=23.40; df=1; p<.001$ ).

Betrachtet man die Dauer bis zu einer Wiederaufnahme auf die Akutaufnahmestation in einem Zeitraum von 12 Monaten, so ergab sich eine durchschnittliche Dauer bis zur Wiederaufnahme der Kinder von 75 Tagen, das heißt nach ca. zweieinhalb Monaten. Dabei erfolgte die Hälfte der Wiederaufnahmen bereits innerhalb von 41 Tagen und insgesamt dreiviertel der Wiederaufnahmen innerhalb von 122 Tagen, also ca. vier Monaten.

### **6.3 Analyse der Jugendamt-Akten von Betroffenen des Drehtür-Effektes**

#### **6.3.1 Ziel**

Die Analysen der KJP-Akten bildeten die Grundlage für die Auswahl der Kinder für die Aktenanalyse im JA. Diese sollte dazu dienen, die Handlungsabläufe an den Übergängen von JA und KJP zu untersuchen. Ein weiteres Ziel war es, die Hilfeverläufe genauer zu betrachten und daraus resultierend Punkte herauszufiltern, welche den Hilfeverlauf positiv oder negativ beeinflusst haben, um daraus ggf. Schlüsse zu ziehen an welchen Stellen Verbesserungen in der Zusammenarbeit und in den Abläufen zwischen JA und KJP stattfinden können.

#### **6.3.2 Methode**

Nach Überarbeitung und Anpassung der Checkliste an den Dokumentationshabitus des JA erfolgte vom 15.02.2016 bis 28.04.2016 die Analyse der Hilfeverläufe von ausgewählten Kindern der Kategorie 1 bis 3 mithilfe der entsprechenden fallbezogenen JA-Akten.

##### **6.3.2.1 Stichprobe und Design**

Es wurden die Hilfeverläufe von 18 zufällig ausgewählten Kindern, die sowohl im JA als auch in der KJP angebunden waren, analysiert. Die Zufallsauswahl erfolgte mithilfe einer entsprechenden Funktion des Excel-Programms. Dabei wurden 12 Kinder aus Kategorie 3 ausgewählt, sowie jeweils drei Kinder der Kategorien 1 und 2, um mögliche Unterschiede im Hilfeverlauf zwischen Patienten unterschiedlicher Kategorien erkennen zu können.

### **6.3.2.2 Maße**

Zur Erhebung relevanter Daten erfolgte die Entwicklung zweier Checklisten. Die Entwicklung erfolgte in Anlehnung an die entwickelte Checkliste zur Erhebung der Daten in den KJP-Akten (hinsichtlich *bezogener Leistungen, aktueller Lebensort*; siehe Abschnitt 6.2.2.3), sowie an den Ampelbogen zur Gefährdungseinschätzung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung der Stadt Dresden.

In Checkliste 1 erfolgten neben der Erhebung soziodemographischer Angaben zu Kind, dessen Familie und einschneidenden biographischen Ereignissen auch die Erfassung des Erstkontaktes zum JA (einschließlich Gründe dafür), stattgefundenen Mitarbeiterwechsel und bisher bezogene Leistungen der KJH, der KJP sowie anderer psychiatrischer Einrichtungen. In Checkliste 2 wurde der gesamte Hilfeverlauf, entsprechend der Dokumentation in der JA-Akte, chronologisch erfasst. D. h. es wurde abgebildet, was, zu welchem Zeitpunkt, aus welchem Grund im Hilfeverlauf stattgefunden hat und welche Institution(en) involviert war(en). Beispielsweise wurden die Dokumente zu Hilfeplangesprächen, Fachteams, Arztbriefen, psychiatrische Aufenthalte, Fremdunterbringungen und Inobhutnahmen herangezogen.

### **6.3.2.3 Vorgehen**

Zwei Mitarbeiter des Projektes erhielten Einsicht in die offiziellen Akten (A-Akten) der ausgewählten Kinder im JA. Eine Einsicht in Notizen und Vermerke der jeweils zuständigen JA-Mitarbeiter war nicht möglich. Die JA-Akten wurden aus dem Archiv bzw. bei laufenden Vorgängen aus dem jeweiligen ASD angefordert. Zunächst wurden die wichtigsten Informationen zur Bearbeitung der Checkliste 1 herausgesucht und ggf. im Verlauf der Sichtung der JA-Akte ergänzt oder angepasst. Anschließend wurde entsprechend der Chronologie der JA-Akte der gesamte Hilfeverlauf mithilfe der Checkliste 2 dokumentiert. Gleichzeitig wurde überprüft, ob die in der KJP stattgefundenen Aufenthalte des jeweiligen Kindes in irgendeiner Art und Weise in der JA-Akte dokumentiert waren (z.B. in Form vorhandener Arztbriefe, ärztlicher Stellungnahmen, Akten- oder Gesprächsnotizen eines Hilfeplangespraches/Fachteams etc.). Wenn keine Informationen darüber in der JA-Akte zu finden waren, wurde der Aufenthalt trotzdem in Checkliste 2 erfasst (mit entsprechendem Vermerk, dass Information nicht aus der JA-Akte, sondern aus KJP-Akte stammt), um die Chronologie des Hilfeverlaufes zu erhalten und ggf. Rückschlüsse ziehen zu können, warum es genau zu diesem Zeitpunkt zu einem KJP-Aufenthalt kam. Die Dokumentation der JA-Akten dauerte je nach Umfang des Falles zwischen drei bis zehn Stunden. Aufgrund fehlender Teil-Akten der JA-Akten, die bis zum Ende der Aktenanalyse in den Archiven bzw. den ASDs nicht an die Projektmitarbeiter übergeben werden konnten, konnten einige Hilfeverläufe nicht vollständig bearbeitet werden. Teile ließen sich mithilfe von Aktenvermerken der JA-Mitarbeiter oder Informationen aus nachfolgenden JA-Akten rekonstruieren.

### **6.3.2.4 Statistische Analyse**

Die statistischen Analysen erfolgten mittels des IBM SPSS Statistics 23. Zur Beschreibung der Stichprobe wurden im Wesentlichen deskriptive Analysen der Daten aus Checkliste 1 genutzt.

### 6.3.3 Ergebnisse

Im Folgenden sollen exemplarisch Ergebnisse der deskriptiven Analyse zur Beschreibung der Stichprobe vorgestellt werden. Eine vertiefende qualitative Analyse der erhobenen Daten wird zu einem späteren Zeitpunkt angestrebt.

Die Stichprobe setzt sich zusammen aus elf Mädchen (61%) und sieben Jungen (39%). Zum Zeitpunkt der Erhebung der Daten waren die Kinder im Mittel 16 Jahre alt. Für jedes Kind wurde der aktuelle Wohnort zum Zeitpunkt der JA-Aktenanalyse erfasst. Zwei Drittel der untersuchten Kinder befanden sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in einer stationären KJH-Einrichtung (66,7%; n=12). Immerhin 22,2% der Kinder (n=4) lebten bei der leiblichen Mutter (siehe Abbildung 37).

Betrachtet wurde auch die Situation in der Herkunftsfamilie, um analysieren zu können welche Faktoren in der Familie der Kinder kritisch für dessen Entwicklung gewesen sein könnten. Hierbei konnte natürlich nur auf die in den offiziellen JA-Akten enthaltenen Informationen zurückgegriffen werden. Es ist zu vermuten, dass die tatsächlichen Zahlen höher sind.

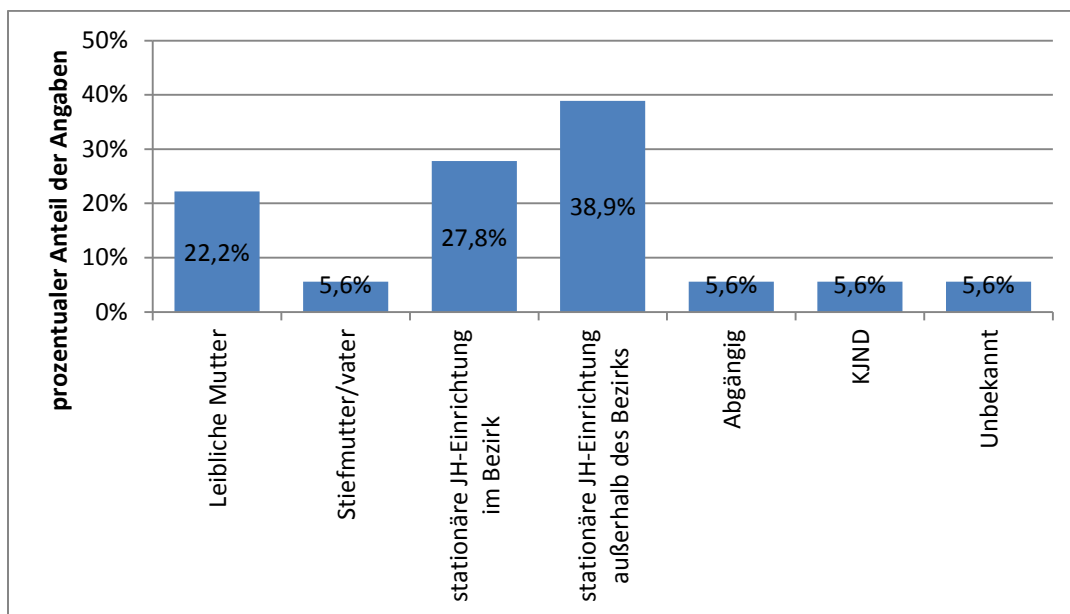


Abbildung 37. Prozentuale Angaben zum aktuellen Lebensort (Zeitpunkt der Aktenanalyse, d.h. letzter Stand der Akte) der 18 untersuchten Kinder.

In 94% der Fälle bestand ein problematisches Elternhaus (Spezifizierung der Angaben siehe Tabelle 10). Bei einem Viertel der Kinder lagen bereits erhebliche Probleme im Großelternhaus (psychiatrische/Suchterkrankung der Großeltern, wirtschaftliche Probleme, Hilfen durch das JA) vor, wobei die tatsächliche Zahl auch hier größer sein dürfte, da nur wenig verwertbare Informationen über das Großelternhaus den JA-Akten zu entnehmen waren.

Bei knapp einem Drittel sind die Geschwister der betrachteten Kinder ebenfalls auffällig, d.h. sie zeigen entweder psychische Erkrankungen, delinquentes Verhalten oder erhalten selbst Unterstützung durch das JA. Lediglich für zwei Kinder konnten keine kritischen Faktoren der Herkunftsfamilie ausgemacht werden.



Tabelle 10. Angaben zur Situation in der Herkunftsfamilie (Anzahl und prozentualer Anteil)

Situation in der Herkunftsfamilie		Anzahl	Prozentualer
		N	Anteil
<b>Alleinerziehender Elternteil</b>		9	56,3%
<b>Migrationshintergrund</b>		2	12,5%
<b>Problematische Geschwister</b>		5	31,3%
<b>Problematisches Elternhaus</b>		15	93,8%
	Wirtschaftliche Probleme	5	33,3%
	Sehr junge Elternschaft (KM<18 Jahre)	2	13,3%
	Heimerziehung KV/KM	3	20,0%
	Partnerschaftsgewalt	5	33,3%
	Hochstrittige Trennungen/Scheidungen/Sorgerechtsstreit	7	46,7%
	Psychische Erkrankung des KV/ der KM	6	40,0%
	Substanzabhängigkeit des KV/ der KM	4	26,7%
	Traumatische Erlebnisse des KV/ der KM (u.a. sexuelle Ausbeutung, Gewalterfahrungen)	7	46,7%
<b>Problematisches Großelternhaus</b>		4	25,0%

Anmerkung: Mehrfachantworten möglich. KV – Kindesvater , KM – Kindesmutter. Mehrfachnennungen möglich. Zusätzlich wurde erfasst, wann erstmalig Kontakt zum JA hergestellt wurde und aus welchen Gründen. Bei einem Drittel der Kinder (33,3%; n=6) erfolgte der Kontakt zum JA bereits innerhalb der ersten beiden Lebensjahre, bei 22,4% (n=4) zwischen dem vierten und achten Lebensjahr. Insgesamt bestand bei 75% der Fälle der Erstkontakt zum JA vor einem Alter von 12,6 Jahren. Untersucht wurde ebenfalls, ob die Erstkontakte im Zusammenhang mit einer Kindeswohlgefährdungsmeldung standen. Dies war bei zwei Kindern der Fall (durch Schule bzw. Kinderärztin). In 14 Fällen stellte die Familie selbst den Kontakt her. Bei zwei Kindern war aus den JA-Akten nicht ersichtlich, wie es zum Erstkontakt zum JA gekommen ist. Die Gründe für den Erstkontakt sind in Abbildung 38 aufgeführt. Als die zwei häufigsten Gründe können Überforderung der Eltern (ca. 65%; n=11) und ein altersunangemessener Erziehungsstil (ca. 41%; n=7) angesehen werden. Bei jeweils knapp einem Viertel der Kinder (23,5%; n=4) waren Vernachlässigung, Gewalt in der Familie oder Auffälligkeiten in Institutionen/zu Hause (wie aufsässiges oder abgängiges Verhalten, verbale Attacken) Gründe für den Erstkontakt.

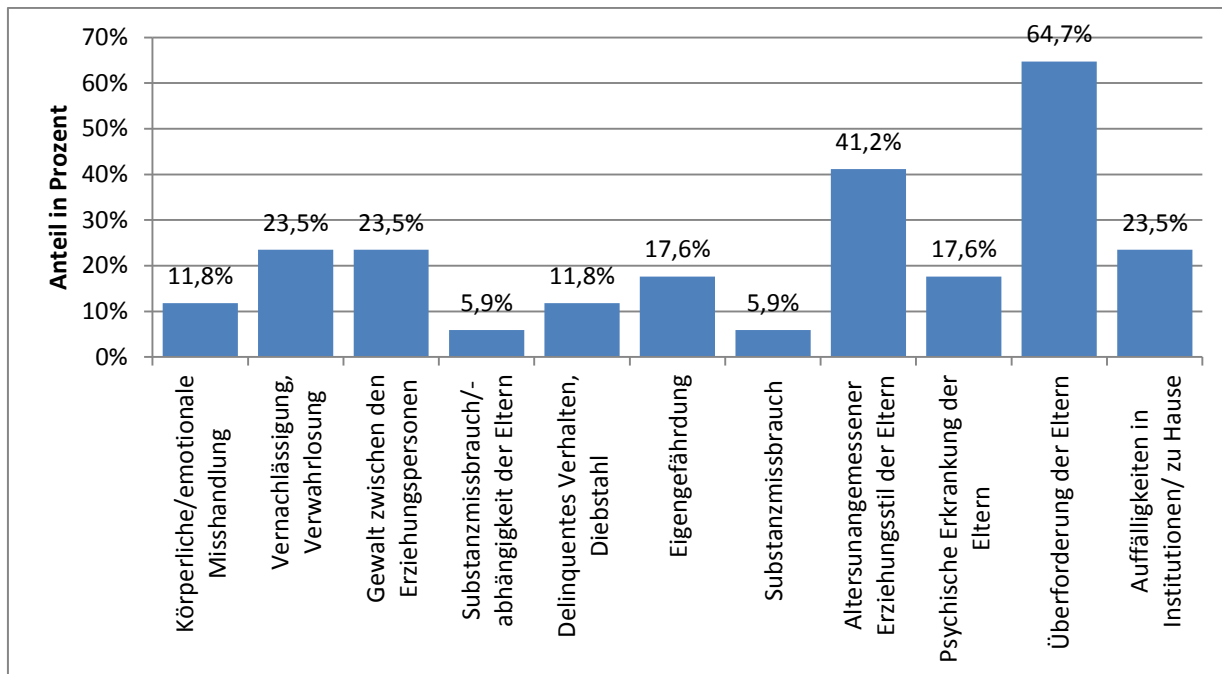


Abbildung 38. Prozentuale Darstellung der Gründe für den Erstkontakt beim JA (Mehrfachnennungen möglich).

Tabelle 11 fasst die Leistungen, die die Kinder und deren Familien durch die KJH, die KJP oder andere Institutionen in ihrem bisherigen Leben erhalten haben, zusammen. Hierbei zeigt sich, dass über dreiviertel der Kinder bereits Hilfen im Rahmen einer sozialpädagogischen Familienhilfe erhalten haben. Bezüglich der Daten zur Fremdunterbringung zeigt sich, dass über 60% schon einmal zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens im KJND in Obhut genommen worden waren, ca. ein Viertel der untersuchten Kinder bereits in einer Pflegefamilie gelebt hat und fast 90% bereits in mindestens einer stationärer JH-Einrichtung untergebracht waren. Die betroffenen Kinder (n=17; ein Kind war noch nie fremduntergebracht) wurden durchschnittlich mit neun Jahren das erste Mal fremduntergebracht, wobei die Altersangaben von 0 (direkt nach der Geburt) bis 17. Lebensjahr stark streuten. Über ein Drittel der Kinder (n=5) hatte im bisherigen Leben nur in einer stationären KJH-Einrichtung gelebt, etwa die Hälfte (n=8) war hingegen schon in zwei bis vier unterschiedlichen KJH-Einrichtungen untergebracht. Ein Kind hatte bereits in sechs verschiedenen KJH-Einrichtungen gelebt.

Die Datenerhebung zu bezogenen Leistungen der KJP zeigt, dass nur ein geringer Teil der Kinder teilstationär (11%, n=2) und/oder ambulant (28%, n=5) in der KJP behandelt wird, fast 40% (n=7) jedoch schon einmal einen Notfalltermin in der KJP hatte, in dessen Folge es jedoch nicht zu einer stationären Aufnahme kam. D. h. es lag keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung vor, die die sofortige Aufnahme auf die Akutaufnahmestation der KJP gerechtfertigt hätte. Weit über die Hälfte der untersuchten Kinder (61%, n=11) wurde bereits mindestens einmal in einer anderen psychiatrischen Einrichtung behandelt (u. a. im SKHAR). Bei dieser Angabe lässt sich stark vermuten, dass die tatsächliche Zahl höher ist, da die Dokumentation solcher Aufenthalte lückenhaft sein dürfte (JA-Mitarbeiter erfahren u. U. nur durch die Familie oder die KJH-Einrichtung von stationären Aufenthalten in der KJP oder anderen psychiatrischen Einrichtungen). Die Analyse der Aufenthalte in der KJP ergab, dass in den JA-Akten nur bei einer

geringen Anzahl der Kinder ärztliche Stellungnahmen (16,7%, n=3) bzw. Arztbriefe/vorläufige Entlassungsbriefe (27,8%, n=5) zu mindestens einem Aufenthalt in der KJP vorlagen. Ähnliche Zahlen zeigten sich auch für die KJP des SKHAR (28% für Stellungnahmen, 11% für Arztbriefe).

Tabelle 11. Bisher erhaltene Leistungen der KJH, der KJP sowie andere psychiatrische Leistungen (Anzahl und prozentualer Anteil)

		<b>Anzahl N</b>	<b>Prozentualer Anteil</b>
<b>Bisher bezogene Leistungen</b>	Sozialpädagogische Familienhilfe	14	77,8%
	Einzelfallhelfer	8	44,4%
	Heilpädagogische, sozialpädagogische Tagesgruppe	2	11,1%
	KJND	11	61,1%
	Pflegefamilie	4	22,2%
	Stationäre KJH-Einrichtung	16	88,9%
	Beratungsstelle	3	16,7%
	Psychiatrische Einrichtung (KJP Dresden)	18	100%
	Andere psychiatrische Einrichtungen (NICHT KJP Dresden)	11	61,1%
	Psychiater	5	27,8%
	Ambulante Psychotherapie	10	55,5%

Anmerkung: KJND – Kinder- und Jugendnotdienst. Mehrfachnennungen möglich.

#### **6.4 Schlussfolgerungen aus den Analysen zum Drehtür-Effekt**

Die **KJP-Aktenanalyse** von 264 Kindern der Akutaufnahmestation erfolgte mit dem Ziel der Replizierung der in Abschnitt 6.1 beschriebenen Forschungsergebnisse zum Drehtür-Effekt und der Spezifizierung der Zielgruppe einer zu konzipierende KJH-Einrichtung in Sachsen. Über die Hälfte der Kinder der Kategorie *Drehtür* (Kategorie 3; d.h. zwei oder mehr Aufenthalte auf der Akutaufnahmestation innerhalb von 6-12 Monaten) waren bereits mindestens einmal in ihrem Leben fremduntergebracht und damit deutlich mehr als in den beiden anderen Kategorien. Dieses Ergebnis zeigt deutlich, dass psychisch beeinträchtigte Kinder, die in stationären KJH-Einrichtungen leben oder anderweitig fremduntergebracht waren, ein hohes Risiko haben, aufgrund von akuten Problemlagen wiederholt in einer KJP aufgenommen zu werden.

Bezüglich der Altersverteilung zeigte sich, dass Kinder mit Fremdunterbringung bei ihrem ersten Aufenthalt in der KJP im Durchschnitt jünger sind, als Kinder ohne Fremdunterbringung. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass der kinder- und jugendpsychiatrische Hilfebedarf sich bei diesen Kinder bereits früher

äußert als bei anderen Kindern und verdeutlicht die Notwendigkeit frühzeitig eine Vernetzung der Hilfesysteme anzustreben, bevor es zur Chronifizierung der Problematik bis hin zum Einsetzen eines Drehtür-Effektes kommt. Ziel der Konzeption einer innovativen stationären KJH-Einrichtung für Sachsen sollte es jedoch sein, den Drehtür-Effekt bei betroffenen Kindern größt- und schnellstmöglich zu unterbrechen und aufzulösen. Die Überlegungen bezüglich der Altersgruppen für eine solche KJH-Einrichtung sollten sich also eher aus inhaltlichen Überlegungen der Konzeptgruppe, als aus den empirischen Ergebnissen der KJP-Aktenanalyse ergeben.

Dass es sich bei den Betroffenen des Drehtür-Effektes um Kinder mit (hoch)komplexem Hilfebedarf handelt, zeigt sich auch darin, dass über 60% der Kinder mit Fremdunterbringung der Kategorie *Drehtür* mindestens zwei Diagnosen, sowie knapp 70% mehr als zwei Achse-V-Codes nach ICD-10 erhielten. Die Kodierungen auf der Achse-V nach ICD-10 entsprachen dabei den in der Arbeitsdefinition festgehaltenen Annahmen zum familiären Hintergrund (instabile Familienbeziehungen, abnorme Erziehungsbedingungen). Die Arbeit mit der Herkunftsfamilie sollte daher auch im Konzept einen hohen Stellenwert haben. Inwieweit die Herkunftsfamilie eingebunden werden sollte, muss jedoch eher anhand praktischer Erfahrungswerte erfolgen. Anhand der Aktenanalyse konnten dazu keine Schlüsse gezogen werden. Bezüglich der Diagnosen wurde kein spezifisches Störungsbild für fremduntergebrachte Kinder der Kategorie *Drehtür* erkennbar, weshalb spezifische Diagnosen somit kein Ausschlusskriterium für die KJH-Einrichtung darstellen sollten, es andersherum aber auch keine störungsspezifische Ausrichtung des Konzeptes geben sollte. Die Ergebnisse zur Analyse der (Wieder-) Aufnahmen auf der Akutaufnahmestation verdeutlichen im Besonderen, wie ein kleiner Teil der Kinder das System enorm fordert: 46% der fremduntergebrachten Kinder der Kategorie *Drehtür* (18 Kinder) hatten innerhalb eines Jahres mehr als drei Aufenthalte auf der Akutaufnahmestation der KJP zu verzeichnen. Die durchschnittliche Zeit bis zur Wiederaufnahme betrug dabei nur ca. zweieinhalb Monate. Dass ein Großteil der Aufnahmen durch den Notarzt oder in Verbindung von Notarzt und KJH-Einrichtung erfolgte, zeugt von der Problematik, dass für die meisten KJH-Einrichtungen in Krisen ein Verbleib der Kinder in eben diesen Einrichtungen durch bestimmte Maßnahmen oder Hinzuziehen einer weiteren Fachkraft nicht möglich ist. Daher sollte zur Vermeidung und Aufhebung des Drehtür-Effektes in den regulären KJH-Einrichtungen an der Haltefähigkeit gearbeitet werden. Dafür ist es gleichermaßen notwendig den Personalschlüssel anzuheben, aber auch das Personal v.a. bzgl. theoretischer, aber auch praktischer KJP-Kenntnisse gut aus- bzw. weiterzubilden, damit ein angemessener Umgang mit Kindern mit kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen erfolgen kann. Eine entsprechende Weiterbildung im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen konnte dabei für Betreuer in KJH-Einrichtungen jüngst in einem weiteren von der Friede-Springer-Stiftung finanzierten Projekt der KJP zur Versorgungsforschung umgesetzt werden (Projekt: VJU Curriculum). Zusätzlich zeigt es einmal mehr, dass adäquate Konzepte für betroffene Kinder geschaffen werden müssen, da die regulären KJH-Einrichtungen die notwendigen Rahmenbedingungen (bisher) nur unzureichend erfüllen (können).

Die **JA-Aktenanalyse** hatte zum Ziel, anhand der Akten von 18 exemplarisch ausgewählten Kindern, die sowohl vom JA als auch der KJP betreut wurden, die Handlungsabläufe an den Übergängen beider

Institutionen zu untersuchen. Ein weiteres Ziel war es, die Hilfeverläufe genauer zu betrachten. Das anfängliche Ziel musste im Laufe der Analyse verworfen werden, da sich zeigte, dass die Kommunikationswege und der Austausch zwischen den fallführenden Mitarbeitern beider Institutionen über die dokumentierten Termine wie Helferkonferenzen oder Hilfeplangespräche hinaus in den offiziellen Akten wenig bis gar nicht dokumentiert und damit ersichtlich waren. Dies heißt natürlich nicht zwangsläufig, dass es neben diesen Terminen keinen Austausch untereinander gab, die Einsicht in E-Mailverkehr oder Gesprächsnotizen war jedoch nur möglich, wenn der jeweilige Mitarbeiter diese in der offiziellen Akte abgeheftet hatte. Darüber hinaus zeigte sich aber vor allem in der sehr geringen Anzahl an vorhandenen ärztlichen Stellungnahmen, dass eindeutige Handlungsvorgaben und das Wissen darüber für die Mitarbeiter beider Institutionen (bspw. wann, in welcher Form, an wen und durch wen eine Stellungnahme nach einem KJP-Aufenthalt erfolgen muss) dringend notwendig sind. Die Aktenlage lässt vermuten, dass JA-Mitarbeiter häufig nur über das Kind, die Familie oder die KJH-Einrichtung von einem KJP-Aufenthalt erfahren, nicht jedoch zwangsläufig durch die KJP. Zusätzlich sind hier selbstverständlich Fragen zum Umgang mit möglichen Problemen bzgl. einer Schweigepflichtentbindung zu diskutieren und gemeinsam standardisierte Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

Die Ergebnisse der deskriptiven Analyse der Stichprobe untermauern und erweitern vor allem die Ergebnisse zum Drehtür-Effekt aus der KJP-Aktenanalyse. Vor allem die Ergebnisse zur Herkunftsfamilie, insbesondere, dass die Eltern häufig selbst traumatische und Gewalterfahrungen gemacht haben sowie selbst psychisch erkrankt sind, können als eine Erweiterung der bisherigen Arbeitsdefinition angesehen werden.

Für die Auswertung und Interpretation der Hilfeverläufe bedarf es vorrangig einer qualitativen Analyse der Daten, um Gemeinsamkeiten zwischen den Hilfeverläufen der Kinder aufzudecken, Muster in den Verläufen zu erkennen und mithilfe einer Fehleranalyse Stolpersteine in der interdisziplinären Zusammenarbeit aufzudecken. Qualitative Analysen sind indes wesentlich aufwändiger und zeitintensiver.

Abschließend sollen einige Kritikpunkte der Aktenanalysen Erwähnung finden, welche jedoch für die oben angeführten Aussagen keine Einschränkung darstellen.

- Die Aktenanalysen stellen Momentaufnahmen basierend auf der aktuellen Dokumentation dar, zu der die Projektmitarbeiter Zugriff hatten. Die Dunkelziffer ist vermutlich bei einem Großteil der Daten höher. Beispielsweise konnte in der KJP-Aktenanalyse nicht erfasst werden, wie viele stationäre KJH-Einrichtungen schon durch die Kinder durchlaufen wurden, da dies z.B. nicht regulär im Rahmen der KJP-Behandlung erfragt wird bzw. die Angaben dazu nicht zuverlässig sind. Gleiches gilt zum Beispiel für Angaben zur Herkunftsfamilie in der JA-Aktenanalyse, die auf Berichten der Kinder, Eltern und ggf. KJH-Einrichtungen basieren.
- Es konnten in der KJP-Aktenanalyse nur Aufenthalte in der KJP Dresden berücksichtigt werden. Daher ist es durchaus möglich, wenn nicht sogar wahrscheinlich, dass Kinder der Kategorie 1 und 2 eigentlich zu Kategorie 3 gehören, weil sie wiederholt in anderen psychiatrischen Einrichtungen behandelt wurden (die Angaben darüber fehlen aber in den Akten).

- Einige Kinder wurden nicht in der KJP-Aktenanalyse erfasst, da Kinder, welche von der Akutaufnahmestation direkt auf die offene Station wechselten, im zentralen elektronischen Patientenverwaltungssystem der KJP nur als Kinder mit Aufenthalt auf der offenen Station geführt werden.

## **6.5 Entwicklung eines Konzeptentwurfes einer Kinder- und Jugendhilfe-Einrichtung**

Aufgrund der zunehmenden Zahl von Kindern mit komplexem Hilfebedarf an der Schnittstelle von JA, freier KJH und KJP wurde gemeinsam mit dem LJA Sachsen, dem JA und der KJP Dresden eine Erweiterung des Projektes um die Konzeptentwicklung einer auf diese Fälle spezialisierten KJH-Einrichtung entschieden. Da diese Fälle mit komplexem Hilfebedarf eine zunehmende Relevanz in Alltag und Politik gewinnen und das Bundesland Sachsen keine entsprechend geeignete KJH-Einrichtung unterhält, sollte im Rahmen des Projektes ein entsprechendes Konzept entwickelt werden.

Die Notwendigkeit einer adäquaten KJH-Einrichtung für diese Kinder wurde auch im Verlauf der Mitarbeiterbefragungen zur KVB immer deutlicher. Die Daten zum Drehtür-Effekt untermauern die Vermutung, dass eine geeignete Einrichtung an der Schnittstelle zwischen KJP und KJH entwickelt werden muss. Dazu sollte ein Entwurf auf theoretischer und praktischer Basis entstehen, möglichst ohne Einschränkung auf die realen Gegebenheiten der momentanen (Finanzierungs-)Situation in der KJH, KJP und Schule. Die Ergebnisse des Evaluationsprojektes, insbesondere die vorangehend berichteten Analysen des Drehtür-Effektes flossen in die Konzeption ein, genauso wie die Erfahrungen der Mitarbeiter aus JA und KJP.

Für die Entwicklung des Konzeptentwurfes bildete sich eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern des JA (ASD Leiter, Mitarbeiter zentrale Steuerung, ASD und KJND Mitarbeiter) und Vertretern der KJP (Oberarzt der offenen und Akutaufnahmestation, Psychologe in leitender Stelle, Leiter des Pflege- und Erziehungsdienstes der Akutaufnahmestation). Über den gesamten Zeitraum wurde die Arbeitsgruppe von einem Projektmitarbeiter koordiniert. Die Aufgaben der Koordination umfassten die Vorstellung der erhobenen Daten im Rahmen des Evaluationsprojektes, Organisation der Termine, Strukturierung der Arbeitstreffen sowie die Zusammenfassung der, von der Arbeitsgruppe, erstellten Zuarbeiten. Mitarbeiter aus der freien KJH sollten nicht an der Konzeption beteiligt werden.

Insgesamt fanden sechs Arbeitstreffen statt. Im ersten und zweiten Arbeitstreffen erfolgte eine Darstellung von Ergebnissen des Evaluationsprojektes durch den Projektmitarbeiter mit anschließender Diskussion in der Konzeptgruppe sowie eine gemeinsame Aufgaben- und Zielklärung. Des Weiteren wurden erste inhaltliche Diskussionen angeregt. Da zu einigen konkreten Arbeitsinhalten Unklarheit bestand, kamen zum Beginn des zweiten Arbeitstreffens der ASD-Leiter sowie der Projektleiter hinzu. Beide verdeutlichten noch einmal den Arbeitsauftrag und klärten über relevante Punkte auf:

- Die Finanzierung der KJH-Einrichtung sollte so differenziert wie möglich ausgearbeitet werden. Leistungen der KJH und KJP sollten gut beschreiben werden, damit eine Mischfinanzierung unproblematisch erfolgen kann.
- Im Jahr 2017 war geplant eine Ausschreibung für die Träger in Dresden zu starten.

- Wenn die Teilnehmer der Konzeptgruppe Elemente von fakultativ freiheitsentziehenden Maßnahmen als notwendig bewerten, um Drehtür-Effekt zu verhindern, und dies gut fachlich begründen können, dürfen diese eingeplant werden.
- Das Konzept in praktischer Umsetzung ist vorerst für Dresden geplant. Es soll jedoch gleichzeitig als Modellprojekt dienen, um bei guter Wirksamkeit auch in anderen Landkreisen Sachsens umgesetzt zu werden.

Im dritten Arbeitstreffen sah sich die Arbeitsgruppe verschiedene Konzepte zur „Inspiration“ an und diskutierte kritisch die Vor- und Nachteile. Weiterhin wurden Erfahrungswerte ausgetauscht. Nach dem dritten Arbeitstreffen wurden erste inhaltliche Ergebnisse verschriftlicht und in der Konzeptgruppe geteilt. Als strukturelle Orientierung diente die Vorlage der Leistungsbeschreibung des JA, welche durch das JA zur Verfügung gestellt wurde. In den folgenden Konzeptgruppentreffen wurde am Entwurf gearbeitet und über Zuarbeiten, die die einzelnen Mitarbeiter zwischen den Konzeptgruppentreffen tätigten, diskutiert. Danach wurde der abgeschlossene Konzeptentwurf mit Bitte um Rückmeldungen an die beteiligten Mitarbeiter der Konzeptgruppe versendet. Daraufhin folgten keine gravierenden inhaltlichen Anmerkungen. Aus diesem Grund war kein Anlass mehr für ein weiteres Arbeitstreffen gegeben. Im Oktober 2016 wurde die aktuelle Version des Konzeptentwurfes an den ADS-Leiter des JA sowie den Chefarzt des KJP mit der Bitte um Anmerkungen übergeben (siehe Anhang H).

Folgenden Punkte wurden innerhalb des Prozesses intensiv besprochen und abgewogen:

- Der Aufenthalt auf der **Akutaufnahmestation** ist nicht immer sinnvoll für die Kinder. Jede Akutaufnahme bedeutet einen Abbruch in der Betreuungs- und Beziehungskontinuität.
- Alle beteiligten Mitarbeiter der Konzeptgruppe sind sich einig, dass **interdisziplinäre Zusammenarbeit** auf Basis gegenseitiger Wertschätzung ein wichtiger Gelingfaktor im Umgang mit dem problematischen Verhalten der Kinder ist.
- Besonders wichtig ist für alle beteiligten Mitarbeiter, die hervorzuhebende Bedeutung der **Beziehungsgestaltung**. Abbrüche in der Unterbringung gilt es zu vermeiden. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass die individuellen Krisen der Kinder vom Personal „ausgehalten“ werden müssen. Die KJH-Maßnahme wird nicht abgebrochen, vielmehr werden mit den Kindern neue Wege zur Bewältigung gesucht und somit auch das in der Vergangenheit beschädigte Selbstwertgefühl wieder aufgebaut. Aus diesem Grund wurde für das Konzept ein intensives Bezugsbetreuungssystem überlegt, indem Wechsel und damit Beziehungsabbrüche des Bezugsbetreuers weitestgehend vermieden werden.
- **Form der fakultativ freiheitsentziehenden Maßnahmen:** Es bestand kein einstimmiger Konsens unter den beteiligten Mitarbeitern der Konzeptgruppe über die Notwendigkeit solcher Elemente. Einigkeit bestand jedoch darüber, dass Machtmissbrauch durch die Mitarbeiter der KJH-Einrichtung verhindert werden muss. Entsprechende qualitätssichernde Maßnahmen sind in dem Konzept relevant. Es sollte so viel Normalität wie möglich während der Anwendung einer freiheitsentziehenden Maßnahme erhalten bleiben. Ein Beispiel dafür bietet der Alltag auf der

Akutaufnahmestation der KJP. Freiheitsentziehende Maßnahmen sollten nur fakultativ und vorübergehend als Notlösung Anwendung finden. Es sollte vornehmlich über die Beziehung gearbeitet werden. Das bedeutet, in der KJH-Einrichtung muss entsprechend Personal vorgehalten werden, so dass ein Betreuer sich im Notfall auch nur um ein einzelnes Kind kümmern und zum Beispiel mit ihm aus der Wohngruppe gehen kann, wenn es dazu dient, die Beziehung zu halten und eine freiheitsentziehende Maßnahme zu verhindern. Gleichwohl kann/ muss nicht jedes Kind gehalten werden. Ein Beispiel: wenn ein 17-jähriger nicht mehr in der KJH-Einrichtung wohnen will, gilt es gut abzuwägen, ob man ihn mit Beschluss in der Einrichtung hält.

- Ein Diskussionspunkt, welcher mehrmals in den Konzepttreffen aufgegriffen wurde, war der Punkt **„Ausschlusskriterien“**. Dieser wurde kontrovers diskutiert. Während im ersten Treffen, die Konzeptgruppe die Meinung vertrat, dass beispielsweise sexuell übergriffige Kinder aus dem Konzept ausgeschlossen werden müssen, änderte sich diese Meinung im Verlauf. Da es um die Aufhebung des Drehtür-Effektes gehe, müssen entsprechend alle Kinder eine Chance bekommen, da ansonsten der inhaltliche Auftrag hinfällig sei. Das Prinzip der Individualentscheidung sollte für jedes Kind gelten. Einzige Ausschlüsse bestehen für mittelgradige bis schwere geistige oder körperliche Behinderung sowie schwere Form von Autismus.
- Ein weiterer kontroverser Diskussionspunkt stellte die **Einbindung der Herkunftsfamilie** in die Arbeit der KJH-Einrichtung dar. Die Möglichkeit einer Rückführung beeinflusst die Arbeit jeder KJH-Einrichtung. Es zeigten sich in der Diskussion unterschiedliche Ansatzpunkte innerhalb JA sowie zwischen JA und KJP. Dabei fällt die KJP schneller die Entscheidung, eine Rückführung aus prognostischen Gründen auszuschließen. Innerhalb des JA gab es dazu ebenfalls unterschiedliche Haltungen, u.a. dass Rückführung IMMER das Ziel sei.
- **Stufenpläne/ Verhaltenspläne:** Hier bestand eine Diskrepanz zwischen pädagogischer und therapeutischer Perspektive. Während die Vertreter der KJP solche Systeme als durchaus hilfreich und förderlich erleben und damit positive Erfahrungen in den (teil-)stationären Klinikbereichen machen, nimmt die pädagogische Perspektive eine andere Haltung ein – Verhaltenspläne würden lediglich die Symptome bekämpfen, jedoch keine intrinsische Motivation und damit keinen Langzeiteffekte erzielen.
- Die **Auswahl des Schichtsystems** (24 Stundendienste oder länger?) ist eine schwierige Frage. Auf der einen Seite benötigen die Kinder Stabilität und Sicherheit. D.h. wenn sie morgens von jemandem anderen verabschiedet werden, als sie am Nachmittag begrüßt werden, hat die Betreuung nur noch wenig Realitätsbezug. Auf der anderen Seite muss die Gesundheit und Belastbarkeit des Personals im Auge behalten werden.
- Der **Einbezug und die Verantwortungsübernahme der Schule** ist ein besonders wichtiger Punkt. Hier müsste die Schule aktiver werden und den Kindern mit komplexem Hilfebedarf mehr Möglichkeiten geben. Die Schule sollte weniger Verantwortung abgeben. Eine Lösung kann sein,



mit speziellen Schulen Kooperationen aufzubauen um individuelle Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln. In die weitere Konzeptplanung sollten Vertreter der Schule einbezogen werden.

- Des Weiteren wird der **Einbezug der freien KJH**, neben dem der Schule, in die weitere Planung des Konzeptes von allen beteiligten Mitarbeitern der Konzeptgruppe als notwendig angesehen, um eine optimale und dann auch umsetzbare Struktur zu erarbeiten.
- Gleichzeitig bedarf es der Abklärung des Konzeptes in Bezug auf die Einhaltung **rechtlicher Rahmenbedingung** sowie die **politische Unterstützung**.
- Zwischen JA und KJP gilt es in folgenden Gesprächen die weiteren Schritte mit Blick auf die Weiterentwicklung und Fertigstellung des Konzeptes für eine KJH-Einrichtung zu klären. Durch die intensive Auseinandersetzung mit dem Drehtür-Effekt und die Gespräche innerhalb der Konzeptgruppe wurde zudem deutlich, dass neben einem neuen spezialisiertem Konzept auch an der Verbesserung der Versorgungsstruktur in den bereits bestehenden KJH-Einrichtungen gearbeitet werden sollte. Insbesondere auch hier mit Blick auf die Haltefähigkeit der Kinder mit komplexen Hilfebedarfen. Dabei gibt es schon Vorreiter gelingender Projekte (bspw. KJP Neuss), in denen bestehende KJH-Einrichtungen Kooperationen mit den ansässigen KJP eingegangen sind und somit weitestgehend der Drehtür-Effekt aufgehoben werden konnte.

## **7 Adaptation der Kooperation**

### **7.1 Koordinatoren der Kooperation und der Kooperationsvereinbarung**

Resultierend aus den ersten Rückmeldungen zu Ergebnissen der Mitarbeiterevaluation gegenüber Vertretern von JA und KJP, in denen deutlich wurde, dass verbindliche Ansprechpartner für die Kooperation zwischen JA und KJP hilfreich wären, wurde je ein Koordinator jeweils für JA und für KJP benannt.

Die Koordinatoren haben folgende Aufgaben:

- Verantwortung für die Verbreitung der KVB in der jeweiligen Institution
- Ansprechpartner für die Mitarbeiter bei kooperationspezifischen Fragen in der jeweiligen Institution
- regelmäßige Arbeitstreffen zwischen den Koordinatoren zur Gewährleistung eines fallunabhängigen Informationsflusses auf Arbeitsebene
- Inhaltliche Optimierung der KVB in Anlehnung an die Ergebnisse der Evaluation

### **7.2 Ablauf der Überarbeitung der Kooperationsvereinbarung**

Im Rahmen der Ergebnisse der Mitarbeiterevaluation wurde bereits deutlich, dass es Optimierungen der bestehenden KVB bedarf (u.a. Übersichtlichkeit, Erreichbarkeit, Fristen, Aktivierung Beschwerdestelle). Ab Oktober 2015 finden deswegen regelmäßige Arbeitstreffen zur inhaltlichen Optimierung der KVB statt. Bei diesen sind die beiden Koordinatoren, ein Projektmitarbeiter sowie, je nach Bedarf, fallzuständige Mitarbeiter der Institutionen anwesend. Seit Februar 2017 wird auch das Gesundheitsamt für relevante

Passagen innerhalb der KVB (insbesondere die Passage zur Nachsorge) in die Treffen einbezogen. Zu Beginn der Etablierung der Arbeitstreffen erfolgte auch eine Klärung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Koordinatoren.

In die Überarbeitung der KVB fließen die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen beider Institutionen sowie fortlaufende Erkenntnisse aus den anderen Projektarmen ein. Auf eine übersichtlichere Gestaltung der Fallkonstellationen wird ein besonderer Schwerpunkt gelegt. Fließdiagramme zeigen die, vorher in Tabellenform, definierten Abläufe des Hilfeprozesses an der Schnittstelle. Dabei findet in den Arbeitstreffen auch ein gewinnbringender Austausch zu den tatsächlichen und optimalen Arbeits- und Kommunikationswegen sowie den Möglichkeiten zur Realisierung bestimmter Vorgaben statt. Diese fließen direkt in die Optimierung der Fallkonstellationen ein. In diesem Zusammenhang werden auch die in der KVB genannten Fristen überprüft und wo nötig angepasst. Zudem wurden bereits die Kontaktdaten aktualisiert und erweitert.

Im Sommer und Herbst 2016 erfolgte neben institutionsinternen Rücksprachen (wie Kliniksozialdienst, BSD) das Einholen von Anmerkungen durch Sachgebietsleiter der ASDs sowie Oberärzte und Chefarzt der KJP. Diese finden Berücksichtigung in der überarbeiteten KVB.

Es wird angestrebt die überarbeitete KVB im Mai 2017 fertigzustellen.

### **7.3 Vorschläge zur konkreten Ausgestaltung der Kooperation zwischen Jugendamt und Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Aufgrund des Austausches im Rahmen der Arbeitstreffen sind neben der Optimierung der schriftlichen KVB weitere Vorschläge und Ideen zum „Leben“ der Kooperation entstanden:

- Etablierung eines regelmäßigen Kooperationstreffens auf Leitungsebene (ASD-Leitungs- und Oberarztsebene) zwischen JA und KJP, circa viermal im Jahr mit dem Ziel des übergeordneten Informationsflusses und Beschwerdemanagements.
  - Ein erstes Treffen fand im Februar 2017 statt.
- Förderung des Beschwerdemanagements und der gemeinsamen Fortbildung auf Fallebene durch moderierte Kooperationstreffen ein- bis zweimal pro Jahr. Neben der Klärung allgemeiner Veränderungen in Abläufen in den Institutionen könnten auch anonym kritische Fälle an der Schnittstelle besprochen und verallgemeinerbare Handlungsideen herausgearbeitet werden. Eine konkrete Ausgestaltung steht noch aus.
- Optimierung der Einarbeitung und Information neuer, sowie Wissensauffrischung bereits tätiger, Mitarbeiter in Bezug auf die bestehende KVB und weitere relevante Schnittstellenthemen (wie Kinderschutz). Beispielsweise wurde eine quartalsweise Vorstellung relevanter Schnittstellenthemen in der regulären Mitarbeiterweiterbildung der KJP etabliert.
- Regelmäßiger Austausch über bestehende Veranstaltungen in beiden Institutionen über die Koordinatoren. Dabei sollen diese bestehenden Veranstaltungen (z. B. Kinderschutzgruppe des JA, Öffentlichkeitstage der KJP) für das Zusammenkommen der fallführenden Mitarbeiter genutzt

werden ohne weitere zusätzliche Treffen zu initiieren um die Ressourcen aller Mitarbeiter zu schonen.

#### **7.4 Diskussion und Ausblick**

Das vorliegende Evaluationsprojekt bestand aus mehreren Teilprojekten mit dem Ziel, die bestehende KVB zwischen JA und KJP Dresden zu evaluieren und Ableitungen für weitere Verbesserungen von Hilfeprozessen an der Schnittstelle zwischen den Institutionen zu erarbeiten. Dabei sollte neben dem fallunabhängigen Eindruck der Mitarbeiter (Mitarbeiterevaluation) auch deren fallspezifische Haltung sowie die Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung von Kindern und ihren Familien an der Schnittstelle (Fallevaluation) erfasst werden. Besonderes Augenmerk wurde zudem auf den Drehtür-Effekt gelegt (Analyse des Drehtür-Effektes) und im Zuge dessen ein Konzept für eine KJH-Einrichtung für diejenigen Kinder, die die Systeme besonders herausfordern, erarbeitet (Konzeptentwurf). Ergebnisse der einzelnen Subprojekte flossen zudem in die Überarbeitung der bestehenden KVB ein, die im Laufe des Jahres 2017 den Mitarbeitern der beteiligten Institutionen übergeben werden soll.

Im Längsschnitt der fallunabhängigen Mitarbeiterbefragung zeigten sich über die Zeit sowohl bei den JA- als auch den KJP-Mitarbeitern Verbesserungen bzgl. Zugang, Kenntnissen sowie Zufriedenheit mit der KVB. Auch die Zufriedenheit mit dem Kooperationspartner stieg über die Zeit an und wurde dann als zufriedenstellend bewertet. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass alleine durch die regelmäßige Befragung der Mitarbeiter das Bewusstsein für die Notwendigkeit der Kooperation gestärkt wurde, was wiederum bessere Bewertungen mit sich gebracht haben kann. Kritische Punkte, die von den Mitarbeitern benannt wurden, umfassten eingeschränkte personelle und zeitliche Ressourcen, Erreichbarkeit des Kooperationspartners und Einhaltung von Fristen, Wünsche nach Übersichtlichkeit der KVB sowie klarere Absprachen zwischen den Kooperationspartnern.

Die als kritisch bewerteten personellen und zeitlichen Ressourcen spiegeln sich auch in den fallspezifischen Befragungen der Mitarbeiter (Fallevaluation) wider. Hier zeigte sich in beiden Institutionen eine hohe Arbeitsbelastung (nach Mitarbeiterurteil). Es stellt sich somit die Frage, wie viel Zeit den Mitarbeitern im Alltag für Kooperation und Informationsfluss innerhalb und zwischen den Institutionen zur Verfügung steht. Zeit- und personalökonomische Lösungen sind hier bedeutend, um der wachsenden Zahl an Schnittstellenfällen gerecht werden zu können. Gleichzeitig zeigt dies auch, dass neue Konzepte zur effizienteren Organisationsstruktur gedacht werden müssen. Bedarf es vielleicht eigens für die Schnittstellenarbeit, nicht nur zwischen JA und KJP, sondern auch mit Schule, Familiengericht und freier KJH, eingesetzte Mitarbeiter im Sinne von Case Managern oder zumindest einer Optimierung der Anleitung und kontinuierlichen Rückmeldung zu effizienteren Arbeitsabläufen sowohl innerhalb als auch zwischen den beteiligten Institutionen?

Auch in der Fallevaluation schätzten die Mitarbeiter die Zusammenarbeit im Durchschnitt als zufriedenstellend ein. Dabei zeigte sich jedoch, dass es keinen Zusammenhang zwischen den Einschätzungen der JA- und KJP-Mitarbeiter in Bezug auf die fallspezifische Gesamtzufriedenheit mit der Zusammenarbeit gab. So gab es Fälle, in denen der Mitarbeiter einer Institution die Zusammenarbeit insgesamt als (sehr)

gut bewertete, wohingegen der Mitarbeiter der anderen Institution diese als (sehr) unzureichend einschätzte – für genau denselben Fall.

Ob für Fälle, in denen die Einschätzungen so weit auseinander gingen, die Nutzung des in der KVB verankerten, aber noch nicht aktivierten Beschwerdemanagements sinnvoll gewesen wäre, kann nur vermutet werden. Das in der KVB benannte Vorgehen im Beschwerdefall (Zusammenkommen der fallzuständigen Mitarbeiter von JA und KJP sowie den jeweiligen Leitungsverantwortlichen) wurde unseres Wissens nach und entsprechend der Angaben der Befragten bisher nicht genutzt. Dieses Vorgehen im Beschwerdefall erscheint wünschenswert. Eine Ergänzung könnte eine weitläufige Kooperationsveranstaltung mit (z. B. anonymen) Fallbesprechungen von Schnittstellenfällen zwischen den beteiligten Institutionen sein. Diese bietet die Möglichkeit der Analyse und Diskussion von Knackpunkten in der Zusammenarbeit sowie dem Austausch von Aufgaben, Grenzen und Möglichkeiten der Kooperationspartner. Im Rahmen eines parallel erfolgten Projektes zwischen stationärer KJH Dresden und KJP (Projektkurztitel: VJU Curriculum) führte eine regelmäßige anonyme Fallbesprechung neben gegenseitiger Wissensvermittlung (z. B. zu kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen) zu einer Steigerung des Austausches und Verständnisses von Aufgaben, Grenzen und Befugnissen zwischen den beteiligten Institutionen.

Ein Einbezug der freien KJH, nicht nur in die weitere Planung einer stationären KJH-Einrichtung für Betroffene des Drehtür-Effektes, sondern auch bzgl. der Schnittstellenarbeit sollte erfolgen. Schließlich übt die freie KJH die Hilfen zur Erziehung direkt aus und trägt in ihrer Arbeit maßgeblich zum Gelingen von Hilfen und der psychosozialen Entwicklung betroffener Kinder bei.

Nichtsdestotrotz sollte bei allen Kooperationsbestrebungen auf die Schonung von Ressourcen aller Beteiligten geachtet werden. Gelingende Kooperation sollte durch optimierte Abläufe und Informationsflüsse innerhalb und zwischen den Institutionen der Kooperationspartner zu Verbesserungen in den Hilfeprozessen führen, Krisen und Notfälle sowie Erschwernisse durch mangelnde Zusammenarbeit seltener auftreten. Strukturen und inhaltliche Aspekte zum Informationsfluss sollten in der Überarbeitung der KVB noch klarer und besser gestaltet werden (z. B. im Sinne von: welche Informationen sind für den jeweils anderen für die weitere Planung von Hilfen und Behandlungen relevant). Die Evaluation der KVB konnte zu diesem Prozess bereits viele Ansätze bieten, die in die Überarbeitung einfließen.

Um diesen Prozess weiter voranzubringen und erhalten zu können, ist es notwendig, dass die KVB weiter gelebt wird und nicht als bloßes Papier *in der Schublade verschwindet*. Dafür ist das *Wollen* in allen beteiligten Institutionen und auf allen Ebenen (Leitungs- und Mitarbeiterebene) notwendig. Zusätzlich ist ein Bestreben der Leitungsebene in den beteiligten Institutionen erforderlich, die Schwächen im eigenen Organisationsablauf zu erkennen, zu analysieren und permanent an Verbesserungen zu arbeiten, damit die zeitlichen und personellen Ressourcen besser und mehr für den Austausch genutzt werden können. Dabei sollte auch finanziellen Aspekten Beachtung in dem Sinn geschenkt werden, dass Investitionen in steuernde Strukturen teilweise sinnvoller sein können, als auf der Arbeitsebene weitere Ressourcen zu schaffen. Unabdingbar ist auch die Schaffung eines Klimas der gelebten Kooperation inklusive dessen Pflege.

Regelmäßiger, niedrigschwelliger Austausch innerhalb als auch zwischen den Institutionen, Felder der Zusammenarbeit betreffend, sollte stattfinden. Gleichzeitig ist die Einführung von Statistiken zu eingehaltenen Abläufen und Fristen dringend notwendig, um zeitökonomische Knackpunkte zu entdecken, besprechen und beheben zu können. Damit ist zum Beispiel die übersichtliche Erfassung gemeint, wann welche in der KVB benannten Punkte (Information über Aufnahme in die KJP, Dauer bis Erstellung einer Stellungnahme, Terminmeldung zu Hilfeplangespräch u.v.m.) erfolgt sind. Durch die regelmäßige Auswertung und gemeinsame Betrachtung der Ergebnisse kann eine Qualitätssicherung der Kooperation gewährleistet werden.

Ein weiterhin besonders relevanter Punkt bleibt der Umgang mit Kindern mit besonders komplexem Hilfebedarf. Hier zeigte sich positiv (Fallevaluation) – zumindest nach Bewertung der KJP-Mitarbeiter – dass bei psychopathologisch stärker beeinträchtigten Kindern über den Verlauf eines halben Jahres eine positive Interaktion der bewerteten Gesamtzufriedenheit mit der Zusammenarbeit zwischen den Institutionen und der Symptomverbesserung (im Bereich *Externalisierende Probleme* und *Gesamtproblemwert*) bestand. Bei der Betrachtung der Ergebnisse sollten jedoch Einschränkungen in der Interpretierbarkeit bedacht werden. Es ist anzunehmen, dass in der Fallevaluation, insbesondere in der Betrachtung im Längsschnitt, eher weniger Kinder mit besonders komplexem Hilfebedarf eingingen, da diese nur schwer zur Teilnahme an dem Projekt motiviert werden konnten. Die Erfahrung zeigt, dass insbesondere diese Fälle die Schnittstelle besonders fordern und auch besonders z. T. zügiges aber auch intensives Zusammenarbeiten erfordern. Das vorliegende Projekt kann hier lediglich als erster Wurf gewertet werden. In weiterführenden Analysen und Datenerhebungen sollte untersucht werden, ob sich vergleichbare Zusammenhänge auch mittels objektiver Maße (z. B. aus Aktenanalysen und verbesserten Dokumentationen) replizieren lassen.

In den Analysen des Drehtür-Effektes gingen im Rahmen der KJP- und JA-Aktenanalysen genau solche Kinder mit besonders komplexem Hilfebedarf ein. In der genaueren Betrachtung zeigte sich, dass bedeutend mehr Kinder, die mehrfach auf die Akutaufnahmestation eingewiesen wurden, in KJH-Einrichtungen oder im KJND lebten. Auch sind diese Kinder zum Zeitpunkt ihrer Erstaufnahme im Durchschnitt ein Jahr jünger als zuhause lebende Kinder. Die Hilfeverläufe von fremduntergebrachten Kindern mit Drehtür-Effekt sind damit länger.

Um Drehtür-Entwicklungen zu durchbrechen, braucht es Veränderungen an mehreren Punkten. Ein erster Schritt ist die KVB, die daraus resultierenden besseren Abstimmungen zwischen JA und KJP und die Umsetzung dieser. Strukturelle Veränderungen werden eingeleitet – z.B. dass Kinder bei einer Akutaufnahme mittels Notarzt von einem Betreuer der Einrichtung, in der es lebt, begleitet werden muss. Nur dadurch sind direkte Absprachen zwischen den Hilfesystemen möglich. Das Kind wird in dieser kritischen Situation von ihr vertrauten Personen begleitet. Es erfährt weniger das Gefühl des Abgeschobenwerdens. Die Konzeptualisierung und Umsetzung einer KJP-nahen KJH-Einrichtung mit Einbindung von Strukturen und Personal der KJP wäre ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Die Gruppe von Kindern, die vom Drehtür-Effekt betroffen sind, kann dadurch erreicht und passgenauer versorgt werden. Drehtür-Effekte könnten unterbrochen und beendet werden. Nichtsdestotrotz sind Anpassungen auch in weiteren KJH-

Einrichtungen nötig. Zumal die konzipierte KJH-Einrichtung auch nur begrenzte Aufnahme-Kapazitäten haben wird. Die Fähigkeit von KJH-Einrichtungen, Kinder auch in Krisen- und Problemsituationen mit eigen- und fremdgefährdendem Potential dauerhaft in Beziehung und Einrichtung zu halten, ist ein entscheidender Punkt für die Gestaltung positiver psychosozialer Entwicklung von Kindern.

Die Kooperation zwischen KJH, JA und KJP ist sinnvoll und zunehmend notwendig. Eine KVB zwischen JA und KJP, über Dresden hinaus, ist erforderlich, um verbindliche Arbeitsgrundlagen zu schaffen und Kooperation greifbar und überprüfbar zu machen. Darüber hinaus muss in allen Bereichen der beteiligten Institutionen ein Klima der gelebten Kooperation entstehen und aufrechterhalten werden. Auch bedarf es fortlaufend der regelmäßigen Überprüfung getroffener Absprachen auf ihre Passung auf veränderte Prozesse anhand entsprechender Dokumentation und deren systematischer Auswertung.

Kooperation bedeutet Arbeit. Arbeit, die sich lohnt!

## 8 Referenzen

- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for Child Behavior Checklist 4-18, 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont/Dept. of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for Youth Self Report, 4-18, 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Dept. of Psychiatry.
- Ader, S. (2004). „Besonders schwierige“ Kinder: oftmals unverstanden und instrumentalisiert. In *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie – interdisziplinäre Kooperation* (pp. 437–447). Weinheim: Beltz Juventa.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1998a). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen Normen*. (M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, & P. Melchers, Eds.) (2 Auflage). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1998b). *Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen Normen*. (M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, & P. Melchers, Eds.) (2 Auflage). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Baumann, M. (2016). *Wenn Jugendliche und Erziehungshilfe aneinander scheitern* (3. unveränderte Auflage). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren GmbH.
- Blader, J. C. (2004). Symptom, Family, and Service Predictors of Children's Psychiatric Rehospitalization Within One Year of Discharge. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 440–451. <https://doi.org/10.1097/00004583-200404000-00010>
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2013). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (9., überarb. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Döpfner, M., Breuer, D., Wille, N., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., & BELLA study group. (2008). How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample--results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17 Suppl 1, 59–70. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1007-y>
- Döpfner, M., Görtz-Dorten, A., & Lehmkuhl, G. (2008). *Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV*. Bern: Huber.
- Fegert, J. M. (2013). Bedingungen, Prinzipien und Herausforderungen interdisziplinärer Kooperation im Kinderschutz. *Konstruktiv Kooperieren Im Kinderschutz*, (Heft 1), 4–9.
- Fegert, J. M., & Besier, T. (2009). *Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Zusammenarbeit der Systeme nach*

- der KICK-Reform (Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung) (p. 133). Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts.
- Gowers, S. G., Harrington, R. C., Whitton, A., Lelliott, P., Beevor, A., Wing, J., & Jezzard, R. (1999). Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children. Health of the Nation Outcome Scales for children and Adolescents (HoNOSCA). *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 174, 413–416.
- Gowers, S., LEVINE, W., BAILEY-ROGERS, S., SHORE, A., & BURHOUSE, E. (2002). Use of a routine, self-report outcome measure (HoNOSCA—SR) in two adolescent mental health services. *The British Journal of Psychiatry*, 180(3), 266. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.3.266>
- James, S., Charlemagne, S. J., Gilman, A. B., Alemi, Q., Smith, R. L., Tharayil, P. R., & Freeman, K. (2010). Post-Discharge Services and Psychiatric Rehospitalization Among Children and Youth. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(5), 433–445. <https://doi.org/10.1007/s10488-009-0263-6>
- Kalter, B. (2004). Unterschiede verstehen und auf das Gemeinsame bauen. Kooperationsfördernde Rahmungen von Aus- und Weiterbildung. In J. M. Fegert & C. Schrapper (Eds.), *Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie: Interdisziplinäre Kooperation* (pp. 591–597). Weinheim: Juventa.
- Lorenz, A. L. (2006). Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgungsdokumentation Bremen 2006. Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgungsdokumentation Bremen. Retrieved from <http://www.gesundheitsamt.bremen.de/>
- Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Nölkel, P., Schaff, C., ... Renschmidt, H. (1998). An inventory for assessing the quality of life of children and adolescents--a pilot study. *Zeitschrift Fur Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 26(3), 174–182.
- Pearson Assessment & Information GmbH. (2014). *Wechsler intelligence scale for children - fourth edition: Manual 1: Grundlagen, Testauswertung und Interpretation: Übersetzung und Adaptation der WISC-IV® von David Wechsler*. (F. Petermann & U. Petermann, Eds.) (2., ergänzte Auflage). Frankfurt/M: Pearson.
- Romansky, J. B., Lyons, J. S., Lehner, R. K., & West, C. M. (2003). Factors Related to Psychiatric Hospital Readmission Among Children and Adolescents in State Custody. *Psychiatric Services*, 54(3), 356–362. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.3.356>
- Rubin, D. B. (1987). *Multiple Imputation for nonresponse in surveys*. New York, NY: Wiley.
- Schafer, J. L., & Yucel, R. M. (2002). Computational Strategies for Multivariate Linear Mixed-Effects Models With Missing Values. *Journal of Computational and Graphical Statistics*, 11(2), 437–457. <https://doi.org/10.1198/106186002760180608>
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern: Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nützel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 2. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-2>



- Schmid, M., Schröder, M., & Jenkel, N. (2012). Traumatisierte Kinder zwischen Psychotherapie und stationärer Jugendhilfe - gemeinsame Falldefinitionen und Hilfeplanung anhand von EQUALS. Beltz Juventa.
- Schomaker, W. (2009). Wie teilen sich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe die praktische Versorgung?, (4), 50–61.
- Schrappner, C. (2001, August). „Was tun mit den ‚Schwierigen‘? Erklärungs- und Handlungsansätze der Kinder- und Jugendhilfe im Umgang mit ‚schwierigen‘ Kindern und Jugendlichen. Überarbeitete Fassung des Festvortrages anlässlich dem 25-jährigen Jubiläum des Heidehaus, Neuwied. Retrieved from <http://www.geschlossene-unterbringung.de/2001/08/prof-dr-christian-schrappner-was-tun-mit-den-schwierigen-erklarungs-und-handlungsansaeetze-der-kinder-und-jugendhilfe-im-umgang-mit-schwierigen-kindern-und-jugendlichen/>
- Sheehan, D., Kh, S., Rd, S., J, J., Y, B., Je, R., ... B, W. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 313–326. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05305whi>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33-57.
- Sulz, S. K. D. (2005). Internes Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapiepraxis und die Frage, ob Pflicht zur Kür werden kann. *Psychotherapie*, 10(1), 32–36.
- Trask, E. V., Fawley-King, K., Garland, A. F., & Aarons, G. A. (2016). Do aftercare mental health services reduce risk of psychiatric rehospitalization for children? *Psychological Services*, 13(2), 127–132. <https://doi.org/10.1037/ser0000043>
- van Buuren, S. (2011). Multiple Imputation of Multilevel Data. In *Handbook of Advanced Multilevel Analysis* (pp. 173–196). New York, NY: Routledge. Retrieved from <http://www.stefvanbuuren.nl/publications/2011%20Multilevel%20imputation%20-%20Chapter%2010%20%28proof%29.pdf>
- van Buuren, S. (2012). *Flexible imputation of missing data*. Boca Raton, Fla.: CRC Press.
- Van Santen, E., & Seckinger, M. (2012). Kooperation im ASD. In J. Merchel (Ed.), *Handbuch Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (pp. 341–356). München: Ernst Reinhardt Verlag.

## **9 Anhang**

Anhang A: Kooperationsvereinbarung zwischen dem JA und der KJP

Anhang B: Fragebogen Mitarbeiterevaluation (JA-Mitarbeiter)

Anhang C: Fragebogen Mitarbeiterevaluation (KJP-Mitarbeiter)

Anhang D: Fragebogen fallführender Mitarbeiter der Prospektiven Fallevaluation (JA-Mitarbeiter)

Anhang E: Fragebogen fallführender Mitarbeiter der Prospektiven Fallevaluation (KJP-Mitarbeiter)

Anhang F: Eltern-Fragebogen zur Zusammenarbeit zwischen JA und KJP der Prospektiven Fallevaluation

Anhang G: Soziodemographischer Eltern-Fragebogen der Prospektiven Fallevaluation

Anhang H: Konzeptentwurf einer KJH-Einrichtung



Kooperationsvereinbarung

zwischen

**der Landeshauptstadt Dresden**

vertreten durch  
die Oberbürgermeisterin

hier

vertreten durch  
den Leiter der Verwaltung des Jugendamtes

Herrn Claus Lippmann

und

vertreten durch  
den Amtsleiter des Gesundheitsamtes

Herrn Jens Heimann

mit

**der Klinik und Poliklinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus  
Dresden**

hier

vertreten durch den Direktor

Herrn Prof. Dr. med. Veit Rößner

## **1. Ziele der Kooperation**

Kooperation und Vernetzung sind wichtige Anforderungen an eine funktionierende und wirkungsvolle Infrastruktur der Kinder- und Jugendhilfe. In den Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen ist gemäß § 36 (2) SGB VIII das Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte und die Beteiligung der Personen, Dienste und Einrichtungen, die an der Durchführung der Hilfen mitwirken, gesetzlich vorgeschrieben. Dabei müssen unterschiedliche Hilfesysteme abgestimmt handeln. Dazu bedarf es einer abgestimmten fallabhängigen und fallunabhängigen Kommunikationsstruktur und Vereinbarungen zu den konkreten Abläufen der Zusammenarbeit.

Die Problematik psychisch kranker und verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher ist in diesem Kontext von besonderer Relevanz. Das SGB VIII sieht neben den Hilfen zur Erziehung auch Eingliederungshilfen für seelisch behinderte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte junge Menschen vor.

Die Jugendhilfe ist somit auch dann zuständig, wenn junge Menschen in Krankheitssituationen spezifische Hilfen benötigen. Deshalb stellt für diesen Personenkreis das Gesundheitswesen den wichtigsten Kooperationspartner für die Jugendhilfe dar. Besonders bei jungen Menschen mit komplexen Problemlagen bedarf es einer sehr guten Abstimmung des Helfersystems sowie verbindlicher Absprachen. Die Zunahme von Fällen mit einem fachbereichsübergreifenden komplexen Hilfebedarf wird alle Beteiligten zukünftig vor große Herausforderungen stellen. Die Auffälligkeiten und Störungsbilder der jungen Menschen erfordern multidisziplinäre Diagnostik und Intervention in den beteiligten Fachbereichen.

Die vorliegende Kooperationsvereinbarung des Jugendamtes der Landeshauptstadt Dresden mit der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden und dem Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Dresden soll zeitnahe und auf den individuellen Bedarf der oben genannten jungen Menschen zugeschnittene Hilfen ermöglichen. Darüber hinaus stellt die Vereinbarung allen Fachkräften der beteiligten Institutionen eine verbindliche Arbeitsgrundlage dar.

## **2. Verfahren der Kooperation**

In der Kooperationsvereinbarung werden Anlass, Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit bei der Behandlung, Betreuung und Begleitung von schwierigen Einzelfällen sowie eine fallunabhängige Kommunikation geregelt.

Die Anerkennung der eigenständigen Fachkompetenz der Kooperationspartner und Kooperationspartnerinnen, der jeweiligen speziellen Verantwortlichkeiten und der professionellen Verfahrensweisen stellt die Basis der Kooperation dar.

Durch ein frühzeitiges Einbinden aller kooperierenden Fachkräfte können Übergänge zwischen Klinik und Jugendhilfe zeitgerecht gestaltet und Integrationsprozesse verbessert werden. Während des Hilfeprozesses wird der multiprofessionelle fachliche Dialog genutzt, um eine rasche und effektive Ausrichtung auf die erforderliche und notwendige Unterstützung für die jungen Menschen und ihre Bezugspersonen zu ermöglichen.

Das kooperative Zusammenwirken aller Beteiligten trägt zur Verkürzung von Planungen und Hilfeverläufen bei. Das gemeinsame methodische Setting zur fallabhängigen Absprache von Verfahrensweisen und -abläufen bei den komplexen Problemlagen stellt die Fallkonferenz dar.

Es werden im Weiteren vier typische Fallkonstellationen in der Kooperation der drei Institutionen, bezogen auf inhaltliche Bearbeitungsschritte sowie deren Terminierungen und Verantwortlichkeiten, beschrieben.

Darüber hinausgehende fallunabhängige Kommunikation aller drei Kooperationspartner und Kooperationspartnerinnen findet in der bestehenden Arbeitsgruppe statt.

Die Kooperationsvereinbarung bezieht sich im Klinikbereich sowohl auf ambulante, teilstationäre als auch stationäre Leistungen.

### 2.1 Lotsen bei den Kooperationspartnern

Die Kommunikation im Rahmen der nachfolgend beschriebenen Fallkonstellationen wird zunächst über die im Anhang konkret benannten Lotsen geführt. Diese Ansprechpersonen dienen dem Erstkontakt mit der jeweils anderen Institution. Die Lotsen stellen jeweils sicher, dass unverzüglich die fallzuständige Fachkraft einschließlich Erreichbarkeit (Name, E-Mail, Telefonnummer) benannt wird. Die Kontaktdaten sind regelmäßig zu aktualisieren und den jeweiligen Sekretariaten zur Verfügung zu stellen. Eine Auflistung befindet sich in Anlage 1.

### 2.2 Fallkonstellationen

#### 2.2.1 Aufnahme eines Kindes oder Jugendlichen in der KJP - das Jugendamt kennt die Familie noch nicht

Inhaltlicher Bearbeitungsschritt	Zeitliche Vereinbarungen/ Vorgaben/ ggf. Örtlichkeiten	Verantwortlichkeit
Wenn ein junger Mensch aufgenommen wird und die Klinik Hilfebedarf durch das JA (Jugendamt) sieht, nimmt die therapeutische/ sozialpädagogische Fachkraft der Klinik nach Einholen der Schweigepflichtsentbindung Kontakt zur zuständigen Fachkraft des JA auf und vereinbart einen Termin für eine Perspektivberatung. Teilnehmende sind therapeutische Fachkraft, fallführende Fachkraft des JA, Sorgeberechtigte und ggf. der junge Mensch. Die Perspektivberatung sollte zeitnah nach Feststellung des Hilfebedarfs durchgeführt werden, um eine optimale Hilfe planen und vorbereiten zu können. In der Perspektivberatung	Klinik	KJP therapeut./ sozialpäd. Fachkraft

erfolgen eine Fallvorstellung und eine Empfehlung bzgl. des Hilfebedarfs. Nachfolgend ergeht eine schriftliche Stellungnahme der Klinik/der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie an das JA.		
Perspektivberatung bei (teil)- und stationärer Behandlung. Im Folgenden erstellt das JA einen Hilfeplan und bereitet die Hilfe bereits während der Behandlung vor.	3 Wochen	KJP/JA therapeut./ sozialpäd. Fachkraft
Perspektivberatung bei ambulanter Behandlung Im Folgenden erstellt das JA einen Hilfeplan und bereitet die Hilfe bereits während der Behandlung vor.	4 - 6 Wochen	KJP JA
Nachbetreuung: Für die weitere Kooperation wird das Vorliegen einer Schweigepflichtsentbindung der Sorgeberechtigten vorausgesetzt.		KJP
Wenn durch die Klinikambulanz oder ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Weiterbehandlung erfolgt, werden diese vom Jugendamt in die folgenden Hilfeplangespräche einbezogen: Es erfolgt im Vorfeld eine Information über den Termin des Hilfeplangesprächs und den geplanten Inhalt, die KJP bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie erhalten eine Kopie des Hilfeplans.		JA
In den Hilfeplangesprächen gibt die KJP bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie dem JA wesentliche Informationen über die Entwicklung aus medizinischer Sicht.		JA (für Durchführung des Hilfeplangesprächs)
Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung informiert die KJP bzw. die Kinder- und Jugendpsychiatrie das Jugendamt (s. Pkt. 2.4.).		
Über eine Beendigung der ambulanten Nachbetreuung der KJP bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie werden Sorgeberechtigte und JA rechtzeitig informiert.		KJP therapeut. Fachkraft
In den Hilfeplangesprächen wird besprochen, wann im Einzelfall eine Wiedervorstellung nach Beendigung der Behandlung in der KJP bzw. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen muss.		
Wenn das JA eine Betreuung der Familie vor Beendigung der Nachbetreuung in der KJP bzw. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beendet, erfolgt eine Information der KJP bzw. der Kinder- und Jugendpsychiatrie entweder telefonisch oder schriftlich.		JA

## 2.2.2 Aufnahme eines Kindes oder Jugendlichen in der KJP - das Jugendamt kennt die Familie bereits

Inhaltlicher Bearbeitungsschritt	Zeitliche Vereinbarungen/ Vorgaben/ ggf. Örtlichkeiten	Verantwortlichkeit
Familie hat einen geplanten oder ungeplanten Erstkontakt in der KJP und berichtet im Gespräch von JA-Kontakten → Therapeutische Fachkraft lässt sich Schweigepflichtentbindung unterschreiben und nimmt direkt oder über Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin der Klinik Kontakt zum JA auf (Telefon oder E-Mail). JA erfährt, dass sich Familie geplant oder ungeplant in KJP vorgestellt hat → JA lässt sich Schweigepflichtentbindung unterschreiben und nimmt direkt oder über Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin der Klinik Kontakt zu KJP auf (Telefon oder E-Mail).		KJP therapeut. Fachkraft  JA fallführende Fachkraft
Im gemeinsamen Telefongespräch oder per E-Mail wird das weitere Vorgehen besprochen (Notwendigkeit einer Perspektivberatung).  - falls eine Perspektivberatung notwendig ist → Vereinbarung eines Termins nach der Diagnostik. Teilnehmende sind therapeutische Fachkraft der KJP, fallführende Fachkraft des JA, Sorgeberechtigte, ggf. der junge Mensch. - falls keine Perspektivberatung notwendig ist → Telefonat nach der Diagnostik um Diagnostikergebnisse zu besprechen		KJP therapeut. Fachkraft
Vor den Hilfeplanterminen Telefonat oder E-Mail mit KJP, um den aktuellen Stand und das weitere Vorgehen zu besprechen, gegebenenfalls gemeinsamer Hilfeplan.	4 Wochen	JA fallführende Fachkraft
Wenn junger Mensch in stationärer oder teilstationärer Behandlung und bisher keinen Kontakt zu ambulanter Kinder- und Jugendpsychiatrie hat → mit den Sorgeberechtigten Nachbetreuung besprechen (siehe 2.3).  Kontaktaufnahme mit nachbehandelnder Fachkraft der Kinder- und Jugendpsychiatrie, um Fall zu übergeben, falls zwischen Entlassung und ambulantem Ersttermin eine Lücke ist – Vereinbarung von ambulanten Überbrückungsterminen. Entlassung: Information an ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie über Entlassung und besprochenes Procedere.	nach Perspektiv- beratung, falls sich Hilfeform ändert	KJP therapeut. Fachkraft  KJP therapeut. Fachkraft

### 2.2.3 Geplante geschlossene Unterbringung eines Kindes oder Jugendlichen nach § 1631 b BGB in der KJP

Als Grundlage für diese Fallkonstellation dient die „Vereinbarung zur Zusammenarbeit bei der ‚Mitwirkung im familiengerichtlichen Verfahren‘ gemäß § 50 SGB VIII i. V. m. § 49 a FGG und bei § 42 SGB VIII (Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen) zwischen dem Familiengericht Dresden und dem Jugendamt der Landeshauptstadt Dresden vom 14. März 2005“ (siehe Anlage 2).

#### 2.2.3.1 Der junge Mensch ist dem Jugendamt bereits bekannt.

Inhaltlicher Bearbeitungsschritt	Zeitliche Vereinbarungen/ Vorgaben/ ggf. Örtlichkeiten	Verantwortlichkeit
Erwägung eines Antrages zur geschlossenen Unterbringung beim Amtsgericht Dresden – Abteilung Familiensachen.	bei Bedarf	Jugendamt mit Personensorgeberechtigten
Entscheidung über weitere Beteiligte und deren Einladung.	vor der Fallkonferenz	Jugendamt
Fallkonferenz in der Klinik zur Klärung der Notwendigkeit und Eignung der Maßnahme. Teilnehmende sind therapeutische Fachkraft, fallführende Fachkraft des Jugendamtes, Sorgeberechtigte, ggf. der junge Mensch. →Empfehlung von Klinik/Jugendamt zur Antragstellung	Montags 14 Uhr oder Freitags 11 Uhr oder im Einzelfall nach Vereinbarung in der Uniklinik, Haus 25, Station 3 (Krisenstation), Tel.: 4 58 47 89 Fax : 4 58 58 77	Jugendamt und KJP
ggf. Antragstellung der Personensorgeberechtigten beim Amtsgericht Dresden – Abteilung Familiensachen →parallel teilt das Jugendamt das Ergebnis der Fallkonferenz dem Amtsgericht Dresden – Abteilung Familiensachen mit (= Stellungnahme nach § 49a FGG und Anhörung des Jugendamtes)	nach Fallkonferenz	Personensorgeberechtigte  Jugendamt
Beschluss des Amtsgericht Dresden – Abteilung Familiensachen		



### 2.2.3.2 Der junge Mensch ist dem Jugendamt nicht bekannt.

Inhaltlicher Bearbeitungsschritt	Zeitliche Vereinbarungen/ Vorgaben/ ggf. Ortlichkeiten	Verantwortlichkeit
Antragstellung der Personensorgeberechtigten beim Amtsgericht Dresden – Abteilung Familiensachen.	bei Bedarf	Personensorgeberechtigte
Schreiben des Familiengerichts an das Jugendamt mit der Bitte um Stellungnahme nach § 49a FGG.		
Fallkonferenz in der Klinik (siehe Fallkonstellation 2.2.4.1.) → Festlegung der Teilnehmer durch JA	Montags 14 Uhr oder Freitags 11 Uhr oder im Einzelfall nach Vereinbarung in der Uniklinik, Haus 25, Station 3 (Krisenstation), Tel.: 4 58 47 89 Fax : 4 58 58 77	Jugendamt und KJP  Jugendamt
Stellungnahme des JA an das Amtsgericht Dresden – Abteilung Familiensachen	nach Fallkonferenz	Jugendamt
Beschluss des Amtsgericht Dresden – Abteilung Familiensachen		

### 2.2.4 Ein junger Mensch, der sich in der Inobhutnahme befindet, stellt sich in der KJP vor.

Typische Konstellationen		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Akuteinweisung</li> <li>2. Umsetzung eines familiengerichtlichen Beschlusses zur geschlossenen Unterbringung</li> </ol>		
Bearbeitungsschritt (inhaltlich)	Zeitliche Vereinbarungen/ Vorgaben/ ggf. Ortlichkeiten	Verantwortlichkeit
<b>1. Akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung im Rahmen der Inobhutnahme</b> - Hinzuziehen des Notarztes/der Notärztin durch KJND nach entsprechender Gefährdungseinschätzung im KJND. - Im Falle der Einweisung meldet Klinik (KJP) dem KJND die Aufnahme.	in Krisensituation	Diensthabende Personen des KJND

<p>- Falls ergänzend zur Übergabe durch Notarzt/Notärztin an KJP für klinische Krisenintervention nötig: Mitteilung des KJND bzw. ASD an KJP zur aktuellen Gefährdungslage im sozialpädagogischen Kontext unter Bezugnahme zu Inobhutnahmeanlass und ggf. Perspektiven.</p> <p>- Im Falle der Fortführung der Inobhutnahme nach Klinikaufenthalt: Übergabegespräch zwischen KJP und KJND bzw. ASD in KJP, ggf. mit jungem Mensch, Sorgeberechtigten.</p>	<p>unmittelbar nach erfolgter Aufnahme in Klinik</p> <p>nach Mitteilung der Klinik zur Aufnahme</p>	<p>KJP</p> <p>Diensthafte Fachkraft des KJND und zuständige Fachkräfte des fallführenden JA</p> <p>KJP/KJND/ ASD</p>
<p><b>2. Vorliegen eines familiengerichtlichen Beschlusses zur geschlossenen Unterbringung in der KJP</b></p> <p>- Anfrage an KJP zur frühestmöglichen Beschlussumsetzung</p>	<p>unmittelbar nach Vorliegen des Beschlusses</p>	<p>KJND, ASD</p>

### 2.3 Nachsorge

Ist nach einem Klinikaufenthalt eine kinder-/jugendpsychiatrische Nachbetreuung erforderlich, ist frühzeitig das Anliegen an die ambulant tätigen Fachkräfte heranzutragen. Anhand aktueller Listen niedergelassener ärztlicher und therapeutischer Fachkräfte und denen in den Beratungsstellen (sozialraumbezogene Betreuung) sind die Behandlungskapazitäten durch die Eltern mit Unterstützung der Fachkräfte abzuklären. Die nachbehandelnden sozialpädagogischen, therapeutischen und ärztlichen Fachkräfte werden zu einer Perspektivberatung in die Klinik eingeladen um die Fallkonstellation kennenzulernen. Teilnehmende sind Klinik, Ambulanz, Jugendamt, Sorgeberechtigte, gegebenenfalls die jungen Menschen. Werden neben der kinderpsychiatrischen Behandlung Leistungen der Jugendhilfe nach SGB VIII gewährt, ist es zwingend erforderlich, die ambulant tätigen Fachkräfte zur Prozesssteuerung in den Hilfeplanprozess einzubinden.

Die Fachkräfte der kommunalen Beratungsstellen stehen den Fachkräften des Jugendamtes auch fallübergreifend zur Beratung bei schwierigen Problemlagen zur Verfügung.

### 2.4 Verfahren beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

→ Es liegen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vor. Folgende Gefährdungsformen werden unterschieden:

- a) **Notfall** – Gefahr für Leib und Leben, es liegt eine Gefährdungssituation mit sofortigem Handlungsbedarf vor, da akute Lebensgefahr besteht. Handlungsoption - siehe Punkt 2.2.1 bzw. 2.2.2
- b) **Akute Gefährdung** wird angenommen, wenn „eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr vorliegt, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt.“ – Handlungsoption siehe Punkt 2.2.1 bzw. 2.2.2
- c) **Latente Gefährdung** und/oder es besteht Unsicherheit - Latente Gefährdung wird einerseits als schleichende Gefährdung definiert, das heißt, Anhaltspunkte werden in geringer Ausprägung wahrgenommen, andererseits als versteckte, noch nicht in Erscheinung tretende Gefährdung definiert. Handlungsempfehlung: Die gefährdende Situation ist mit dem Kind bzw. Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten zu erörtern und auf die Inanspruchnahme von Hilfen durch das Jugendamt hinzuwirken. Können die Gefährdungsmomente dadurch nicht abgewendet werden oder die Eltern sind zur Kooperation und zur Inanspruchnahme von Hilfen nicht bereit oder nicht in der Lage, gibt es folgende Handlungsoptionen: Für einen festgelegten Zeitraum die Situation beobachten, weitere, externe Informationen einholen und erneute Gefährdungseinschätzung im Team treffen. Zur Risikoeinschätzung den Einbezug einer insoweit erfahrenen Fachkraft zur Gefährdungseinschätzung prüfen (siehe Fachkräfteliste unter [www.dresden.de/kinderschutz](http://www.dresden.de/kinderschutz)). Entsprechend des Ergebnisses entweder keine Gefährdung mehr oder Einbezug des Jugendamtes, siehe Punkte 2.2.1 oder 2.2.2

Zu gesetzlichen Grundlagen, Datenschutzbestimmungen und Verfahren zu Risikoeinschätzung mit Einbezug insoweit erfahrender Fachkraft siehe:

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG), § 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung, Absatz 1 Punkt 1 und Absatz 2 und 3, SGB VIII § 8a Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, § 8b Fachliche Beratung und Begleitung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen (auch unter [www.dresden.de/kinderschutz](http://www.dresden.de/kinderschutz))

## 2.5 Beschwerdemanagement

Im Folgenden ist die fallbezogene Beschwerde geregelt. Verantwortlich für die Organisation eines Beschwerdegespräches ist die Person, bei welcher die Beschwerde eingeht. Teilnehmende des Gespräches sind der behandelnde Therapeut/die behandelnde Therapeutin und ggf. Oberärztin/Oberarzt und die fallzuständige sozialpädagogische Fachkraft mit der zuständigen Sachgebietsleitung. Ziel des Beschwerdegespräches ist die Ableitung von Vereinbarungen für die zukünftige Zusammenarbeit.

Teilnehmende Personen bei Beratungen im Rahmen des Beschwerdemanagements:

- für JA: SGL SSD + fallführender Fachkraft,
- für KJP: Oberarzt/Oberärztin + therapeutische Fachkraft,
- für Gesundheitsamt: Vertretung Kinder- und Jugendpsychiatrie der zuständigen Beratungsstelle,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie/psychologische Psychotherapie in Niederlassung,
- ggf. die Sorgeberechtigten,

## 2.6 Gemeinsame Fortbildungen/Hospitationen/Supervisionen

Die Kooperationspartner informieren sich über die Sekretariate (siehe Anlage1) gegenseitig über Fortbildungen, die jeweils intern in den Institutionen stattfinden. Die Teilnahme der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der anderen Kooperationspartner wird sowohl von der einladenden als auch von der eingeladenen Institution ermöglicht. Der gegenseitige fachliche Austausch kann auch durch wechselseitige Hospitationen erfolgen. Das Hospitationsanliegen wird über die Lotsen in der Kooperationsvereinbarung herangetragen und von diesen wird intern die Organisation in der angefragten Institution initiiert.

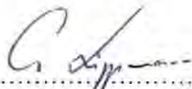
Die Fachkräfte der kommunalen Beratungsstellen des Gesundheitsamtes stehen den Fachkräften des Jugendamtes auch fallübergreifend zur Beratung bei schwierigen Problemlagen zur Verfügung.

## 3. Evaluation und Aktualisierung

Die Kooperationsvereinbarung ist regelmäßig zu evaluieren.

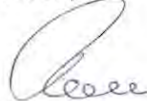
Es erfolgt dazu eine halbjährliche qualitative Rückmeldung über die Umsetzung der Kooperationsvereinbarung von allen Kooperationspartnern. Diese Rückmeldungen sind im Rahmen einer Sitzung der Arbeitsgruppe „Kooperation Jugendamt - KJP TUD - Gesundheitsamt“ auszuwerten und es sind Schlussfolgerungen für Handlungserfordernisse zu besprechen. Die Verschriftlichung erfolgt in einem Protokoll. Bei Bedarf ist die Kooperationsvereinbarung zu aktualisieren. Für die Organisation der Sitzungen der Arbeitsgruppe und die Protokollierung ist das Jugendamt verantwortlich.

Dresden, den 20.08.12.



.....  
Claus Lippmann  
Leiter der Verwaltung des Jugendamtes

Dresden, den 26.08.12



.....  
Prof. Dr. med. Veit Rößner  
Direktor der Klinik und Poliklinik  
für Kinder- und Jugendpsychiatrie und  
-psychotherapie

Dresden, den 13.08.13



.....  
Jens Heimann  
Amtsleiter Gesundheitsamt



## **Anlagen**

Anlage 1: Kontaktdaten der Lotsen

Anlage 2: Vereinbarung zur Zusammenarbeit bei der Mitwirkung im  
familiengerichtlichen Verfahren vom 14. März 2005

Anlage 3: Legende und Abkürzungsverzeichnis

## **Anlage 1 zur Kooperationsvereinbarung**

### **Zu 2.1. Kontaktdaten der Lotsen:**

#### Beratungsstellen des Gesundheitsamtes:

Sekretariat Beratungsstelle Mitte (Dürerstraße) – Verteilung erfolgt an zuständige

Beratungsstelle/Fachkräfte

Telefon: 4 88 82 61

E-Mail: [beratungsstelle-mitte@dresden.de](mailto:beratungsstelle-mitte@dresden.de)

#### Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie:

Anmeldung – Schubertstraße 42

Telefon: 4 58 35 76

E-Mail: [kjpambulanz@uniklinikum-dresden.de](mailto:kjpambulanz@uniklinikum-dresden.de)

Website: [www.kjp-dresden.de](http://www.kjp-dresden.de)

#### Allgemeine Soziale Dienste Jugendamt

Altstadt	Telefon: 4 88 68 29
Plauen	Telefon: 4 88 68 61
Neustadt/Klotzsche	Telefon: 4 88 66 41
Pieschen	Telefon: 4 88 55 11
Blasewitz/Loschwitz	Telefon: 4 88 85 61
Leuben	Telefon: 4 88 83 41
Prohlis	Telefon: 4 88 83 41
Cotta	Telefon: 4 88 57 42

#### Kinder- und Jugendnotdienst - Kinderschutznotruf rund um die Uhr

Rudolf-Bergander-Ring 43

01219 Dresden

Telefon: 2 75 40 04

Fax: 4 88 99 47 23

E-Mail: [kinderschutz@dresden.de](mailto:kinderschutz@dresden.de)

— Anlage 2

## Vereinbarung

zur Zusammenarbeit bei der "Mitwirkung im familiengerichtlichen Verfahren"  
gemäß § 50 SGB VIII i.V.m. § 49 a FGG und bei § 42 SGB VIII (Inobhutnahme von  
Kinder und Jugendlichen)

zwischen dem Amtsgericht - Familiengericht – Dresden  
für die Richterinnen und Richter des  
Familiengerichtes Dresden  
vertreten durch Frau Ute Muck

und dem Jugendamt - Sozialer Jugenddienst  
der Landeshauptstadt Dresden  
vertreten durch Frau Dr. Kristin Ferse

Die Leitung der Familienabteilung des Amtsgerichtes Dresden  
(Familiengericht) und die Leitung des Jugendamtes und des Sozialen Jugenddienstes der Stadt Dresden  
treffen nachfolgende Absprachen über ihre  
Zusammenarbeit im Rahmen der §§ 50 SGB VIII i.V.m. § 49 a FGG, wobei sich die Beteiligten bewusst  
sind, dass aufgrund der richterlichen Unabhängigkeit und der eigenständigen Position des Jugendamtes  
als Fach- und Leistungsbehörde im Einzelfall abweichend verfahren werden kann.

Die Vereinbarung wird sowohl von Seiten des Familiengerichtes wie auch von  
Seiten des Jugendamtes und des Sozialen Jugenddienstes jeder/jedem  
Mitarbeiter/in bekannt gegeben.

Dresden, 14/3/2005

Amtsgericht Dresden  
-Familiengericht-  
Abteilungsleiterin



.....  
Unterschrift

Jugendamt Dresden  
Abteilung Soziale Jugenddienste  
Abteilungsleiterin



.....  
Unterschrift

## **Teil A: Sorge- und Umgangsregelung § 50 (1) und (2) SGB VIII**

### **I. Verfahrensablauf**

1. Das Jugendamt/ASD wird in den Fällen des § 49 a FGG um seine Mitwirkung gemäß § 50 (2) SGB VIII schriftlich gebeten. Dem Mitwirkungsersuchen fügt das Familiengericht eine Durchschrift oder Kopie der Antragsschrift bei. Das Jugendamt/ASD bestätigt dem Familiengericht den Eingang schriftlich (per Fax) auf der beiliegenden Empfangsbestätigung und teilt die zuständige Mitarbeiterin mit. Schriftsätze der Parteien/Beteiligten werden in Durchschrift übersandt, soweit sie das Sorge- oder Umgangsrecht betreffen.
2. Gleichzeitig informiert das Familiengericht die Parteien darüber, dass das Jugendamt/ASD gemäß § 49 a FGG, 50 SGB VIII im Verfahren mitwirkt. In diesem Anschreiben weist das Familiengericht die Parteien darüber hinaus auf die Möglichkeit der Beratung gemäß § 17 SGB VIII hin und legt dem Anschreiben das ASD-Infoblatt "Beratung bei Trennung und Scheidung" bei.
3. Das Jugendamt/ASD schreibt nach Erhalt des Mitwirkungsersuchens die Eltern an und schlägt einen Gesprächstermin vor. Kann die Bearbeitungsdauer von zwei Monaten (nach Eingang beim ASD) wegen noch laufender Beratungen nicht eingehalten werden, erhält das Familiengericht eine mündliche oder schriftliche (per Post oder E-Mail über die Geschäftsstelle) Benachrichtigung, dass der schriftliche Bericht noch nicht erstellt werden kann.
4. Bei Eilanträgen (Einstweilige Anordnung) kommt das Jugendamt/ASD nach Möglichkeit binnen 14 Tagen seiner Mitwirkungspflicht nach. (Soweit die Familie dem ASD noch nicht bekannt bzw. nicht erreichbar ist, kann es hierbei zeitlich zu Verzögerungen kommen). Kann die 14-Tagefrist nicht eingehalten werden, teilt dies das Jugendamt/ASD dem Familiengericht mit der Aussage, bis wann mit einer Stellungnahme zu rechnen ist, mit. Bestehen aus Sicht des Jugendamtes/ASD Zweifel an der Notwendigkeit einer Einstweiligen Anordnung wird dies dem Gericht umgehend mitgeteilt. Das Jugendamt/ASD erhält die Eilanträge mit Empfangsbestätigung grundsätzlich per Fax. Das Jugendamt/ASD bestätigt dem Familiengericht umgehend den Eingang und teilt mit der Empfangsbestätigung die/den zuständigen Mitarbeiter mit.
5. Die Entscheidung über Form und Umfang der Unterrichtung bzw. des Einbringens fachlicher Gesichtspunkte liegt beim Jugendamt/ASD. Das Jugendamt/ASD berichtet jedoch in der Regel schriftlich. Im Einzelfall wird ein Regelungsvorschlag gemacht, wenn es die Kindesinteressen erfordern.
6. Anregungen des Jugendamtes/ASD (z.B. Bestellung eines Verfahrenspflegers, Bestellung eines Gutachtens) prüft das Familiengericht und informiert über seine Entscheidung. Das Familiengericht informiert das Jugendamt/ASD auch im weiteren Verfahren über Anwaltschreiben, sofern neue Aspekte angesprochen sind.
7. Das Jugendamt/ASD erhält in jedem Fall rechtzeitig (4 Wochen vor Termin) eine Terminsachricht zur mündlichen Anhörung. Legt das Familiengericht auf die Anwesenheit des Jugendamtes/ASD wert, weist es hierauf besonders hin. Nach Prüfung der Sachlage entscheidet das Jugendamt/ASD über die persönliche Teilnahme und teilt die Entscheidung dem Familiengericht mit.



8. Vor einer Anordnung des geleiteten Umgangs hört das Familiengericht das Jugendamt/ASD mit dem Ziel der Prüfung der Möglichkeit der Beteiligung eines mitwirkungsbereiten Dritten. Die Verpflichtung des Jugendamtes/ASD, auf Wunsch eines Beteiligten bei der Ausführung gerichtlicher oder vereinbarter Umgangsregelung zu vermitteln und in geeigneten Fällen Hilfestellung zu leisten (§ 18 (3) SGB VIII) bleibt davon unberührt. Ob ein Fall „geeignet“ ist, ist vom Jugendamt/ASD nach fachlichen Kriterien zu entscheiden.
9. Beschlüsse des Familiengerichtes und Gutachten werden dem Jugendamt/ASD umgehend mitgeteilt.

## II. Kooperation in spezifischen Fallkonstellationen

1. Nehmen die Parteien keinen Kontakt zum Jugendamt/ASD auf oder lehnen sie ihn ab, wird das Familiengericht darüber informiert. Das Familiengericht entscheidet dann, wie es die Mitwirkungsmöglichkeiten des Jugendamtes/ASD sicherstellt oder ob es auf die Mitwirkung verzichtet.
2. Bei einvernehmlichen Sorge- und Umgangsregelungen teilt das Jugendamt/ASD das Ergebnis der Vereinbarung der Parteien in Absprache mit diesen dem Familiengericht mit. Es erfolgt eine Mitteilung, wenn die Vereinbarung aus Sicht des Jugendamtes/ASD dem Kindeswohl widerspricht.
3. In streitig bleibenden Verfahren werden Art und Umfang der Informationsweitergabe an das Familiengericht mit den Eltern im einzelnen erörtert. Bei Zustimmung der Eltern werden dem Familiengericht die unterschiedlichen Einschätzungen der Eltern aufgezeigt und worin die Hindernisse des jeweiligen Elternteils für eine einvernehmliche Lösung über die Wahrnehmung der Elternverantwortung bestehen.

Der Bericht enthält in Absprache mit den Eltern weiterhin Angaben über angebotene und erbrachte Leistungen, erzieherische und soziale Gesichtspunkte zur Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen und Hinweise auf weitere Hilfsmöglichkeiten.

Kann ein Elternteil nicht einbezogen werden, unterrichtet das Jugendamt/ASD mit Einwilligung des Elternteils, der die Beratung in Anspruch nimmt, das Familiengericht insbesondere unter erzieherischen Gesichtspunkten über die Situation des Kindes, soweit diese ohne den anderen Elternteil geklärt werden können. Diese Unterrichtung hat sich einer Wertung des anderen Elternteils zu enthalten.

Die Informationsweitergabe kann erfolgen

- durch einen schriftlichen Bericht, der in seinen Einzelheiten mit den Eltern erarbeitet und von ihnen zur Kenntnis genommen ist
- in einer mündlichen Erörterung mit sämtlichen Verfahrensbeteiligten. Diese kann nach Rücksprache mit den Eltern vom Jugendamt/ASD im Hinblick auf das Bestehen einer gemeinsamen Elternverantwortung zur Klärung der insoweit noch offenen Streitpunkte beim Gericht angeregt werden.

Das Jugendamt/ASD kann einen Regelungsvorschlag an das Familiengericht unterbreiten, wenn das Kindeswohl tangiert ist (z.B. Umgangsverweigerung, Gewalt gegen Kind oder Partner, hochgradige Streitigkeiten zwischen den Eltern aufgrund dessen die Belange der Kinder nicht mehr in angemessener Weise Berücksichtigung finden, Gleichgültigkeit eines Elternteils).

Im Falle des begleiteten Umgangs und bei Vorhandensein eines mitwirkungsbereiten Dritten gibt das Jugendamt/ASD einen Vorschlag an das Familiengericht und bereitet die Umsetzung vor.

4. Bei unaufschiebbaren Maßnahmen, die ohne mündliche Verhandlung zu treffen sind, wird die Anhörung des Jugendamtes/ASD nachgeholt. Bei kurzfristig notwendigen mündlichen Verhandlungen teilt das Familiengericht dem Jugendamt/ASD den Termin mit. Soweit notwendige Eilentscheidungen ohne Bericht zwingend erforderlich sind, weist das Familiengericht die Eltern auf die Möglich-/Notwendigkeit einer Beratung durch das Jugendamt/ASD mit dem Ziel hin, eine dauerhafte, möglichst einvernehmliche Lösung zu erarbeiten.

## **Teil B: Gefährdung des Kindeswohls**

### **I. Anrufung des Familiengerichtes [§ 50 (3)SGB VIII]**

1. Die Anrufung des Familiengerichtes durch das Jugendamt/ASD zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung erfolgt, wenn die Eltern es unterlassen, geeignete Initiativen zum Abbau der Gefährdung einzuleiten oder selbst die Ursachen der Gefährdung sind und eine Entscheidung des Gerichtes als unumgänglich erscheint.
2. Die Anrufung des Familiengerichtes soll eine konkrete Darstellung notwendiger Leistungen der Jugendhilfe beinhalten, die nur mit Zustimmung oder auch Unterstützung der Eltern gewährt werden können. Die aus Sicht des Jugendamtes/ASD notwendigen Eingriffe in den elterlichen Status sind aufzuzeigen. Die Entscheidungskompetenz zu diesen Eingriffen liegt ausschließlich beim Familiengericht.  
Unter Umständen ist eine richterliche Anhörung ausreichend zur Inanspruchnahme von Erziehungshilfen (mediatives Verfahren).
3. Anrufungen nach § 50 (3) SGB VIII mit dem Vorschlag einer einstweiligen Anordnung zur Abwendung einer dringenden Gefahr, die ein sofortiges gerichtliches Einschreiten erfordern, sind in Schriftform per Fax an die Geschäftsstelle möglich. Die weitere Beweiserhebung zur endgültigen Entscheidungsfindung ist dann Aufgabe des Familiengerichtes (Amtsermittlungspflicht).
4. Zuständigkeit und Erreichbarkeit des Familiengerichtes für die unter Punkt 3 genannten Fälle

Die Anrufung des Gerichts erfolgt per Fax. Das Familiengericht bestätigt unverzüglich den Eingang und benennt den/die zuständige RichterIn und das Aktenzeichen. Die Entscheidung oder die Anhörung durch das Familiengericht erfolgt unverzüglich. Der Beschluss wird dem Jugendamt/ASD unverzüglich zugestellt. Die Zuständigkeit des Familiengerichtes richtet sich nach/Eingang und Geschäftsverteilung (Turnussystem) für das Wochenende (samstags und sonntags, Telefonnummer: 0173/9849372 oder 369) sowie für Werktage nach 17:00 Uhr, Freitags nach 15:00 Uhr (Telefonnummer: 0172/9011710) , den 24. und 31.12. des Jahres besteht ein gesonderter Ermittlungsdienst für Eilentscheidungen beim Amtsgericht.

5. In Ausnahmefällen ist in der Anrufung deutlich zu machen, dass eine Information der Betroffenen erst nach telefonischer Rücksprache des Familiengerichtes mit dem Jugendamt/ASD erfolgen soll. Dies ist insbesondere von Bedeutung, wenn das gerichtliche Verfahren zusätzliche Risiken einer Sekundärschädigung beinhaltet (z.B. bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch). Nach einer diesbezüglichen Absprache zwischen Jugendamt/ASD und Familiengericht besteht für das Jugendamt/ASD noch die Möglichkeit, in der Berichtserstattung Teile der Informationen bzw. die Anrufung insgesamt unter Umständen wieder zurückzunehmen. Die Betroffenen müssen über die Zurücknahme nicht in Kenntnis gesetzt werden. Diese Anrufungen erfolgen per Faxvorlage an das

Amtsgericht Dresden  
Familiengericht  
Berliner Str. 3 01067 Dresden  
Fax-Nr. 0351 / 446 3899

Betreff: Anrufung des Familiengerichts gemäß Kooperationsvereinbarung vom  
06.01.2005 (Teil B I.5)

Schreiben vom .....  
Rücksprache/Rückruf

Mit der dringenden Bitte vor Weitergabe Rücksprache des zuständigen  
Richters/der zuständigen Richterin mit dem Antragsteller (ASD).

6. Das Verfahren nach § 1631 b BGB erfolgt nach dem Ablaufschema in der Anlage  
(z.Z. nur TU Dresden)

## **II. Anregungen zur Zusammenarbeit**

1. In der Regel ist die alleinige Anhörung des Kindes/Jugendlichen und ggf. Vertrauensperson erforderlich. Die Anhörung der Kinder kann auch vor Ort (z.B. Familie, Heim, Krankenhaus) erfolgen. Zur konkreten Ausgestaltung der Anhörung (z.B. getrennte Anhörungstermine, keine Terminmitteilung an die Eltern, wenn dadurch eine massive Beeinflussung des Kindes verhindert werden kann) kann das Jugendamt/ASD dem Familiengericht Vorschläge unterbreiten.
2. Ziel der Anhörung der Eltern sollte neben der Beweiserhebung immer aber auch eine Vermittlung zur Wiederherstellung einer kooperativen Arbeitsbeziehung zwischen Jugendamt/ASD bzw. sonstigen Einrichtungen der Jugendhilfe und der Familie sein. Die vom Bericht abweichenden Darstellungen durch die Familie sind vom Familiengericht zu thematisieren.
3. Soweit das Jugendamt/ASD an der weiteren Umsetzung der gerichtlichen Entscheidung beteiligt sein soll, soll dies im Beschluss deutlich zum Ausdruck gebracht werden.
4. Eingegangene Gutachten im Rahmen von Verfahren nach § 1666 BGB werden unverzüglich auch an das Jugendamt/ASD als Verfahrensbeteiligten weitergeleitet.
5. Zu Sicherung des Kindeswohls kann in Einzelfällen auch eine weitergehende Kontrolle der gerichtlich erteilten Auflagen durch das Familiengericht zur Überprüfung der bestimmten

Maßnahmen und zur Mitwirkungsbereitschaft der Eltern erforderlich sein. Die Jugendhilfe unterbreitet hierzu einen konkreten Umsetzungsvorschlag. In diesen Fällen ist das Familiengericht Teil des Netzwerkes zur Sicherung der Kinderinteressen in den Familien.

6. Es findet ein regelmäßiger Austausch zwischen den Mitarbeitern des Jugendamtes/ASD und den Richtern/innen der Familienabteilung, wenn möglich halbjährlich statt.
7. Außerhalb eines anhängigen Verfahrens besteht für die Mitarbeiter des Jugendamtes/ASD die Möglichkeit, mit dem Gericht Kontakt im Vorfeld einer Anrufung nach § 50 (3) SGB VIII aufzunehmen.

#### **Teil C:**

#### **§ 42 Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen - Verfahrensweisen zwischen dem Jugendamt Dresden, dem Kinder- und Jugendnotdienst, dem Sozialen Jugenddienst der Landeshauptstadt Dresden und dem Amtsgericht/- Familiengericht zur Herbeiführung einer Entscheidung des Familiengerichtes über erforderliche Maßnahmen zum Wohl des Kindes oder des Jugendlichen.**

Der § 42 regelt Inhalt und Voraussetzungen der Inobhutnahme durch das Jugendamt und ermöglicht damit vorübergehende Maßnahmen in Eil- und Notfällen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen.

Widersprechen die Personensorgeberechtigten der Inobhutnahme, (§42 (2) Satz 3 SGB VIII) bzw. bei Nichterreichbarkeit des Personensorgeberechtigten) oder sind Anregungen von Maßnahmen nach § 1666 BGB während der Inobhutnahme erforderlich, erfolgt die Anrufung des Gerichts durch den Kinder- und Jugendnotdienst/ Sozialen Jugenddienst per Fax. Das Familiengericht bestätigt unverzüglich den Eingang und benennt den/ die zuständige RichterIn und das Aktenzeichen. Die Entscheidung oder die Anhörung durch das Familiengericht erfolgt unverzüglich. Der Beschluss wird dem Jugendamt/ Kinder- und Jugendnotdienst/ Sozialen Jugenddienst unverzüglich per Fax zugestellt. Die Zuständigkeit des Familiengerichtes ergibt sich nach Eingang und Geschäftsverteilung (Turnussystem). Für das Wochenende (samstags und sonntags) sowie Werktage nach 17.00 Uhr, den 24. und 31.12. des Jahres besteht ein gesonderter Ermittlungsdienst für Eilentscheidungen beim Amtsgericht.

Die Beschlüsse des Familiengerichtes werden in diesen Eil- und Notfällen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen zeitnah zur weiteren Bearbeitung (Bestellung von Vormündern/ Pflegern) an das Vormundschaftsgericht weitergeleitet. Die Bestellung des Vormundschaftsgerichtes wird umgehend an den Kinder- und Jugendnotdienst/ Sozialen Jugenddienst per Fax übermittelt.

Anlage

Geschlossene Unterbringung Minderjähriger nach § 1631 b BGB in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (vorerst nur TUD)

A Antragsbearbeitungsverfahren

**Fallkonstellation I:** Minderjähriger ist dem ASD des Jugendamtes **bereits** bekannt

1. Erwägung eines Antrages zur geschlossenen Unterbringung beim Familiengericht Dresden
2. Fallkonferenz in der Klinik zur Klärung der Geeignetheit der Maßnahme (Inhalte der Checkliste werden besprochen, ASD entscheidet über weitere Beteiligte und lädt diese ein) Empfehlung der Klinik/Jugendamt zur Antragstellung
3. ggf. Antragstellung der Sorgeberechtigten beim Familiengericht Dresden - das Jugendamt reicht parallel dazu das Protokoll der Fallkonferenz und die abgearbeitete Checkliste beim Familiengericht ein (= Anhörung des Jugendamtes)  
Das Jugendamt nimmt entsprechend seiner Aufgabenstellung nach § 49 a FGG Stellung; analog Fallkonstellation II Punkt 4.
4. Beschluss des Familiengerichtes

**Fallkonstellation II:** der Minderjährige ist dem ASD des Jugendamtes **nicht** bekannt

1. Antragstellung der Sorgeberechtigten beim Familiengericht Dresden
2. Schreiben des Familiengerichtes an das Jugendamt mit der Bitte um Stellungnahme **nach § 49a FGG**
3. Fallkonferenz in der Klinik (s. Konstellation I) (Festlegung der Teilnehmer durch Sozialarbeiter des ASD)
4. Stellungnahme des Jugendamtes an das Familiengericht (Protokoll der Fallkonferenz durch ASD, Checkliste)
5. Beschluss des Familiengerichtes

Die Fallkonferenzen finden nach Vorabsprache jeweils montags, ab 9.30 Uhr im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Haus 25, Station 3 (Krisenstation), Fetscherstraße 74, 01307 Dresden (Tel.: 4584789/Fax.: 4585877) statt.

B Checkliste

**Es sind durch das Jugendamt folgende Inhalte an das Familiengericht zur Antragsbearbeitung und an die Klinik zur effektiven Arbeit mit dem Minderjährigen und dem Familiensystem zu übermitteln:**

1. Darstellung der aktuellen Situation und Problematik
2. Darstellung des bisherigen Beratungs-bzw. Hilfeprozesses im Jugendamt (bei Fallkonstellation I)
3. Darstellung des bisherigen und gegenwärtigen Verhaltens der Eltern
4. Aufzeigen sonstiger Ressourcen (z.B. andere Personen) für die Problembearbeitung

Ergebnisprotokoll der Fallkonferenz:

1. Empfehlung geschlossene Unterbringung ja/nein
2. Hinweise für sozialpädagogische Bedarfseinschätzung

### **Anlage 3 zur Kooperationsvereinbarung**

#### **Legende und Abkürzungsverzeichnis**

- „Fallkonferenz“ (nur bei Geschlossener Unterbringung, kann mit oder ohne Sorgeberechtigte stattfinden)
- „Perspektivberatung“ (bei allen anderen Fallkonstellationen, kann mit oder ohne Sorgeberechtigte stattfinden)

#### **Abkürzung**

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
FGG	Gesetz über die Freiwillige Gerichtsbarkeit
JA	Jugendamt
KJND	Kinder- und Jugendnotdienst
KJP	Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und psychotherapie des Carl Gustav Carus Universitätsklinikums
SGL ASD	Sachgebietsleiter Allgemeiner Sozialer Dienst
SGB VIII	Sozialgesetzbuch (SGB) Achstes Buch (VIII) Kinder- und Jugendhilfe

Anhang B: Fragebogen Mitarbeiterevaluation (JA-Mitarbeiter)

**Fragebogen zur Kooperationsvereinbarung (VJU-KVB-JA)**

**Chiffre**

1.	2.	3.			

1. Geburtsmonat Ihrer Mutter (zweistellig, z.B.: 05 für Mai)  
 2. Initialen des Vor- und Zunamens Ihrer Mutter (nicht des Geburtsnamens, z.B. EM für Elisabeth Müller)  
 3. Zweiter und dritter Buchstabe des Straßennamens Ihrer aktuellen Adresse (z.B. UN für Bünaustraße)

zwischen der Landeshauptstadt Dresden und der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden

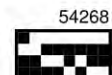
**ACHTUNG: maschinelle Auswertung!**  
 Mit einem dunklen Stift die gewünschte Antwort so markieren:

**Richtig**                      **Falsch**  
                                 

**Fehlerhafte Markierungen deutlich korrigieren (KEINE Pfeile oder Text verwenden)**

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt die Antwort, die am besten auf Sie zutrifft. **Markieren Sie die Kreise so, wie in den Bearbeitungshinweisen oben angegeben.** Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort den Zeitraum der **letzten drei Monate**.

	ASD Altstadt	ASD Blasewitz/ Loschwitz	ASD Cotta	ASD Leuben	ASD Neustadt/ Klotzsche	ASD Pieschen	ASD Plauen	ASD Prohlis	KJND	PKD				
1. In welchem Allgemeinen oder Besonderen Sozialen Dienst der Landeshauptstadt Dresden sind Sie tätig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
2. Wie lange arbeiten Sie schon im Jugendamt Dresden?					<input type="radio"/> <1 Jahr	<input type="radio"/> 1-2 Jahre	<input type="radio"/> 2-5 Jahre	<input type="radio"/> >5 Jahre						
3. Haben Sie in den letzten drei Monaten in einen bzw. zwischen den oben genannten Bereichen gewechselt?					<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja								
4. Für wie viele Kinder / Jugendliche sind Sie in den letzten drei Monaten mit dem Kooperationspartner gemeinsam zuständig gewesen bzw. bei wie vielen gab es Schnittpunkte?					<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> 1-3	<input type="radio"/> 4-6	<input type="radio"/> 7-9	<input type="radio"/> >10					
										nein	eher nein	eher ja	ja	
5. Haben Sie Zugang zur oben benannten Kooperationsvereinbarung (erhalten)?					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
6. Haben Sie Kenntnis von den Inhalten der Kooperationsvereinbarung?					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<i>Wenn Sie Frage 6 mit "nein" bzw. "eher nein" beantwortet haben, fahren Sie bitte mit Beantwortung der Frage 8 fort.</i>														
7. Sind Ihnen in der Kooperationsvereinbarung Dinge unklar oder unverständlich gewesen? Wenn ja: Was ist unverständlich gewesen?					<input type="radio"/> nein				<input type="radio"/> ja					
										nein	eher nein	eher ja	ja	weiß nicht
8. Arbeiten Sie nach den Vorgaben der Kooperationsvereinbarung?					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
9. Wie zufrieden sind Sie hinsichtlich des festgelegten Kooperationsverfahrens mit folgenden Kooperationsthemen?	sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	weiß nicht							
a. Lotsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
b. Fallspezifische Vereinbarungen (Fallkonstellationen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
c. Gestaltung der Übergänge (Nachsorge)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
d. Verfahren beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
e. Beschwerdemanagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
f. gemeinsame Fortbildungen/Hospitationen/Supervisionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
g. festgelegte Fristen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								





Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der ...

	sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	weiß nicht
10. Kommunikation mit dem Kooperationspartner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Kooperationsvereinbarung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Welche Erwartungen und Wünsche verbinden Sie ganz persönlich für Ihre Arbeit mit ... (Mehrfachantworten möglich)

dem Kooperationspartner?

- Gute Erreichbarkeit.
- Klare Absprachen und fachlicher Austausch zum Hilfeverlauf bzw. zur Ausgestaltung der (organisationsübergreifenden) Hilfe.
- Gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung der Fachlichkeit.
- Andere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

der Kooperationsvereinbarung?

- Die KVB soll kurz und verständlich sein.
- Die Handlungsempfehlungen der Kooperationsvereinbarungsollen gut umsetzbar sein.
- Die Kooperationsvereinbarung soll bei den MitarbeiterInnen besser verbreitet werden.
- Andere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Was sind Erschwernisse hinsichtlich der Zusammenarbeit mit ... (Mehrfachantworten möglich)

dem Kooperationspartner?

- schlechte (telefonische) Erreichbarkeit
- fehlende Terminabsprachen bzw. zu kurzfristige Terminvorgaben
- mangelnde zeitliche Ressourcen bzw. personelle Unterbesetzung
- andere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

der Kooperationsvereinbarung?

- Umfang und (mangelnde) Übersichtlichkeit der Kooperationsvereinbarung
- Fristsetzungen
- mangelnde Kenntnis der Kooperationsvereinbarung
- andere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Welche Themen und relevanten Problemstellungen fehlen Ihrer Meinung nach in der Kooperationsvereinbarung? Was ist Ihnen noch wichtig? Hier ist Platz für Anregungen und Kommentare.

---

---

---

---

---

---

---

---

Heutiges Datum:

Tag		Monat		Jahr					

**Bitte überprüfen Sie nochmals, ob alle Fragen beantwortet wurden.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**



Anhang C: Fragebogen Mitarbeiterevaluation (KJP-Mitarbeiter)

**Fragebogen zur Kooperationsvereinbarung (VJU-KVB-KJP)**

**Chiffre**

1.	2.	3.			

1. Geburtsmonat Ihrer Mutter (zweistellig, z.B.: 05 für Mai)  
 2. Initialen des Vor- und Zunamens Ihrer Mutter (nicht des Geburtsnamens, z.B. EM für Elisabeth Müller)  
 3. Zweiter und dritter Buchstabe des Straßennamens Ihrer aktuellen Adresse (z.B. UN für Bünaustraße)

zwischen der Landeshauptstadt Dresden und der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden

**ACHTUNG: maschinelle Auswertung!**  
 Mit einem dunklen Stift die gewünschte Antwort so markieren:

**Richtig**                      **Falsch**

**Fehlerhafte Markierungen deutlich korrigieren (KEINE Pfeile oder Text verwenden)**

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt die Antwort, die am besten auf Sie zutrifft. **Markieren Sie die Kreise so, wie in den Bearbeitungshinweisen oben angegeben.** Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort den Zeitraum der **letzten drei Monate**.

	ambulant	(teil-)stationär	ambulant und (teil-)stationär	Sozialarbeit	Autismusambulanz		
1. In welchem Bereich der KJP Dresden sind Sie tätig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2. Wie lange arbeiten Sie schon in der KJP Dresden?	<input type="radio"/> <1 Jahr	<input type="radio"/> 1-2 Jahre	<input type="radio"/> 2-5 Jahre	<input type="radio"/> >5 Jahre			
3. Haben Sie in den letzten drei Monaten zwischen oder innerhalb der oben genannten Bereiche gewechselt? (Bei Neuanstellung innerhalb der letzten drei Monate an der KJP Dresden bitte "ja" markieren.)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja					
4. Für wie viele Kinder / Jugendliche sind Sie in den letzten drei Monaten mit dem Kooperationspartner gemeinsam zuständig gewesen bzw. bei wie vielen gab es Schnittpunkte?	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> 1-3	<input type="radio"/> 4-6	<input type="radio"/> 7-9	<input type="radio"/> >10		
nein    eher nein    eher ja    ja							
5. Haben Sie Zugang zur oben benannten Kooperationsvereinbarung (erhalten)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6. Haben Sie Kenntnis von den Inhalten der Kooperationsvereinbarung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<i>Wenn Sie Frage 6 mit "nein" bzw. "eher nein" beantwortet haben, fahren Sie bitte mit Beantwortung der Frage 8 fort.</i>							
7. Sind Ihnen in der Kooperationsvereinbarung Dinge unklar oder unverständlich gewesen? Wenn ja: Was ist unverständlich gewesen?	<input type="radio"/> nein				<input type="radio"/> ja		
nein    eher nein    eher ja    ja    weiß nicht							
8. Arbeiten Sie nach den Vorgaben der Kooperationsvereinbarung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
9. Wie zufrieden sind Sie hinsichtlich des festgelegten Kooperationsverfahrens mit folgenden Kooperationsthemen?	sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	weiß nicht
a. Lotsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Fallspezifische Vereinbarungen (Fallkonstellationen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Gestaltung der Übergänge (Nachsorge)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Verfahren beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Beschwerdemanagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. gemeinsame Fortbildungen/Hospitationen/Supervisionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. festgelegte Fristen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der ...

	sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	weiß nicht
10. Kommunikation mit dem Kooperationspartner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Kooperationsvereinbarung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Welche Erwartungen und Wünsche verbinden Sie ganz persönlich für Ihre Arbeit mit ... (Mehrfachantworten möglich)

dem Kooperationspartner?

- Gute Erreichbarkeit.
- Klare Absprachen und fachlicher Austausch zum Hilfeverlauf bzw. zur Ausgestaltung der (organisationsübergreifenden) Hilfe.
- Gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung der Fachlichkeit.
- Andere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

der Kooperationsvereinbarung?

- Die Kooperationsvereinbarung soll kurz und verständlich sein.
- Die Handlungsempfehlungen der Kooperationsvereinbarung sollen gut umsetzbar sein.
- Die Kooperationsvereinbarung soll bei den MitarbeiterInnen besser verbreitet werden.
- Andere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Was sind Erschwernisse hinsichtlich der Zusammenarbeit mit ... (Mehrfachantworten möglich)

dem Kooperationspartner?

- schlechte (telefonische) Erreichbarkeit
- fehlende Terminabsprachen bzw. zu kurzfristige Terminvorgaben
- mangelnde zeitliche Ressourcen bzw. personelle Unterbesetzung
- andere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

der Kooperationsvereinbarung?

- Umfang und (mangelnde) Übersichtlichkeit der Kooperationsvereinbarung
- Fristsetzungen
- mangelnde Kenntnis der Kooperationsvereinbarung
- andere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Welche Themen und relevanten Problemstellungen fehlen Ihrer Meinung nach in der Kooperationsvereinbarung? Was ist Ihnen noch wichtig? Hier ist Platz für Anregungen und Kommentare.

---

---

---

---

---

---

---

---

Heutiges Datum: 

--	--

 . 

--	--

 . 

--	--	--	--	--

  
Tag                      Monat                      Jahr

**Bitte überprüfen Sie nochmals, ob alle Fragen beantwortet wurden.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

## Anhang D: Fragebogen fallführender Mitarbeiter der Prospektiven Fallevaluation (JA-Mitarbeiter)

### VJU-FE-MA-JA

**Befragung von MitarbeiterInnen des Jugendamtes zu fallspezifischer Kommunikation und Hilfeabläufen**  
im Versorgungsnetz Jugendhilfeträger, Jugendamt und Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dresden

Familiencode (auszufüllen von UntersuchsleiterIn):

--	--	--	--	--	--

FE

CU

#### Chiffre

1.	2.	3.			

1. Geburtsmonat Ihrer Mutter (zweistellig, z.B.: 05 für Mai)
2. Initialen des Vor- und Zunamens Ihrer Mutter (nicht des Geburtsnamens, z.B. EM für Elisabeth Müller)
3. Zweiter und dritter Buchstabe des Straßennamens Ihrer aktuellen Adresse (z.B. UN für Bünaustraße)

**ACHTUNG: maschinelle Auswertung!**

Mit einem dunklen Stift die gewünschte Antwort so markieren:

**Richtig**



**Falsch**



**Fehlerhafte Markierungen deutlich korrigieren (KEINE Pfeile oder Text verwenden)**

Im Folgenden erhalten Sie einige Fragen zur Einschätzung der fallspezifischen Kommunikation und den bisherigen Hilfeabläufen im Versorgungsnetzwerk Jugendhilfeträger, Jugendamt und der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort den Zeitraum der **letzten drei Monate bis einschließlich heute**.

Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch. Es sind Fragen mit nur einer Antwort, aber auch mit Mehrfach- und mit freien Antworten enthalten. Diese sind entsprechend gekennzeichnet.

Markieren Sie die Kreise so, wie in den Bearbeitungshinweisen oben angegeben.

Wichtig ist, dass Sie jede Frage beantworten. Für Aussagen, die Sie schwierig zu beurteilen finden, entscheiden Sie sich bitte für die am ehesten zutreffende Antwort. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an den/ die UntersuchsleiterIn.

Vielen Dank!

Verwendete Abkürzungen:

ASD = Allgemeiner Sozialer Dienst  
KJH = Kinder- und Jugendhilfe  
KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie  
MA = MitarbeiterIn

JA = Jugendamt  
KJND = Kinder- und Jugendnotdienst  
KVB = Kooperationsvereinbarung  
PKD = Pflegedienst

#### Angaben zu Ihrer Person

1. Wie sind Sie in den Hilfeprozess eingebunden?

- als MitarbeiterIn des KJND  
 als MitarbeiterIn des PKD  
 als fallzuständige(r) MitarbeiterIn eines ASD in Dresden

>> 2. Bitte geben Sie an, in welchem ASD der Landeshauptstadt Dresden Sie tätig sind.

- ASD Altstadt       ASD Neustadt / Klotzsche  
 ASD Blasewitz/Loschwitz       ASD Pieschen  
 ASD Cotta       ASD Plauen  
 ASD Leuben       ASD Prohlis

3. Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer aktuellen Position (z.B. als MA im ASD, PKD oder KJND)?       <1 Jahr       1-2 Jahre       2-5 Jahre       >5 Jahre

4. Für wie viele Kinder bzw. Familien sind Sie aktuell zuständig?       <30       30-60       60-90       >90

5. Wie hoch schätzen Sie insgesamt Ihre Arbeitsbelastung ein?

- Sehr gering       Gering       Eher gering       Eher hoch       Hoch       Sehr hoch



**Angaben zum Kind bzw. zur Familie**

6. Sind Sie bereits länger als drei Monate für o. g. Kind zuständig?  Ja  Nein
7. Seit wann kennen Sie das Kind bzw. die Familie?  <1 Monat  <6 Monate  <1 Jahr  >1 Jahr
8. Wie hoch schätzen Sie den psychosozialen Hilfebedarf des Kindes ein?  
 Sehr gering  Gering  Eher gering  Eher hoch  Hoch  Sehr hoch
9. Was sind Ihre Ziele für das Kind? (Mehrfachantworten möglich)
- Arbeit mit und am Familiensystem
  - Änderung/ Verbesserung im schulischen Bereich
  - Änderung/ Verbesserung seines/ ihres Verhaltens
  - Selbstwertsteigerung
  - Andere: \_\_\_\_\_
10. Wie oft hatten Sie bezogen auf das o. g. Kind bzw. die Familie in den letzten 3 Monaten Kontakt mit der KJP des Universitätsklinikums Dresden?  Gar nicht  1 mal  2 mal  Mehrfach
11. Haben Sie mit dem/ der zuständigen TherapeutIn der KJP schon einmal in einem anderen Fall zusammen gearbeitet?  Ja  Nein  Weiß nicht
12. Das betreffende Kind bzw. die Familie erhält aktuell folgende Leistungen oder Maßnahmen der KJH. (Mehrfachantworten möglich)
- Ambulante Hilfe
  - Teilstationäre Hilfe
  - Stationäre Hilfe
  - Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII
  - Andere/ ergänzende Leistungen der KJH: \_\_\_\_\_
  - Keine
  - Weiß nicht
13. Falls ambulante / teilstationäre / stationäre Hilfe: Über welche Rechtsnorm werden diese Leistungen erbracht?
- §§ 27ff. SGB VIII (Hilfen zur Erziehung)
  - § 35a SGB VIII (Eingliederungshilfe)
  - Weiß nicht
14. Das betreffende Kind bzw. die Familie erhält außerdem folgende Behandlungen oder Leistungen der KJP. (Mehrfachantworten möglich)
- Ambulante Beratung/ Diagnostik
  - Ambulante Therapie (Psychotherapie)
  - Teilstationäre Behandlung/ Diagnostik (Tagesklinik/ Familientagesklinik)
  - Stationäre Behandlung/ Diagnostik (freiwillig)
  - Stationäre Behandlung/ Diagnostik (mit Gerichtsbeschluss)
  - Medikation
  - Andere/ ergänzende Leistungen der KJP: \_\_\_\_\_
  - Keine
  - Weiß nicht
15. In welcher Phase des Hilfeprozesses befinden Sie sich momentan?
- Informations- und Beratungsphase/ Anamnese
  - Entscheidungsphase/ Diagnostik
  - Durchführung/ Intervention
  - Erneute Hilfeprüfung/ Beendigung der Hilfe

16. In welchen dieser Phasen haben bereits gemeinsame Gespräche oder Telefonate mit professionellen HelferInnen des Kooperationspartners stattgefunden? (Mehrfachantworten möglich)

- Informations- und Beratungsphase/ Anamnese
- Entscheidungsphase/ Diagnostik
- Durchführung/ Intervention
- Erneute Hilfeprüfung/ Beendigung der Hilfe

17. Welche Erwartungen hatten Sie an die fallspezifische Zusammenarbeit zwischen den professionellen HelferInnen? (Mehrfachantworten möglich)

Mit professionellen HelferInnen sind im Folgenden alle Fachkräfte des JA und der KJP gemeint, die am Hilfeprozess mitwirken (Diagnostik/ Therapie, Hilfeplanung).

- Verbessertes Verständnis zu psychosozialer Notlage (Erziehungsproblemen und pädagogischen Konflikten bzw. zu Entwicklung und Verhalten des Kindes)
- Gegenseitige Unterstützung mit jeweiligen Kompetenzen
- Abstimmung und Ergänzung der Hilfen aus unterschiedlichen Bereichen (z. B. kurzfristige stationäre Krisenintervention)
- Gemeinsame Perspektivenentwicklung für das Kind (z.B. geeignete Anschlusshilfen oder therapeutische Nachbetreuung)
- Andere: \_\_\_\_\_

**Haltung/ professionelle Beziehungsgestaltung**

	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Gut	Sehr gut
18. Wie lösungsorientiert schätzen Sie Ihr fallspezifisches Handeln ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Wie war die Bereitschaft der professionellen HelferInnen, aufeinander zuzugehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Wie vertrauensvoll haben Sie die Arbeitsbeziehung mit den anderen professionellen HelferInnen erlebt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Wie fühlten Sie sich von den anderen professionellen HelferInnen wertgeschätzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Wie wurden Ihre Empfehlungen im Hilfeprozess berücksichtigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Fallbezogene Kommunikation**

	Nein	Eher Nein	Eher Ja	Ja
23. Wurde die helferübergreifende Fallkoordination bzw. Fallführung festgelegt (Koordination von Terminen, Absprachen usw.) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Wurden Erwartungen für die fallspezifische Zusammenarbeit zwischen den professionellen HelferInnen abgeklärt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Wurden die zur Verfügung stehenden Ressourcen der professionellen HelferInnen für die fallspezifische Zusammenarbeit abgeklärt (strukturell, fachlich-inhaltlich sowie zeitlich)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Falls Sie eine oder mehrere dieser Fragen mit "Nein oder "Eher Nein" beantwortet haben, begründen Sie bitte kurz, warum das Ihrer Einschätzung nach nicht gemacht wurde. (Mehrfachantworten möglich. Bitte angeben, auf welche Frage es sich bezieht.)

- Daran haben wir nicht gedacht. Nr. \_\_\_\_\_
- Es gab wichtigere Dinge, die wir klären mussten. Nr. \_\_\_\_\_
- Anderes: \_\_\_\_\_

	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Gut	Sehr gut
27. Wie gut wurde ein gemeinsames Problemverständnis unter den professionellen HelferInnen erarbeitet (Themen/ Problembereiche)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Wie gut wurden im Rahmen der fallspezifischen Zusammenarbeit die Aufgaben und Befugnisse der professionellen HelferInnen transparent gemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Wie gut sind Absprachen zu Zuständigkeiten und Arbeitsaufträgen der professionellen HelferInnen geregelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Wie schätzen Sie den Austausch zwischen den professionellen HelferInnen bzgl. gelungener und fehlerhafter Aspekte der Kooperation im Hilfeprozess ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Wie verständlich und nachvollziehbar war Ihnen die Sicht des/ der fallzuständigen TherapeutIn der KJP?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Fallbezogenes Handeln

Wie schätzen Sie ...	Nicht zutreffend/ Nicht relevant	Sehr schlecht/ sehr wenig	Schlecht/ wenig	Eher schlecht/ Eher wenig	Eher gut	Gut	Sehr gut
32. die gegenseitige (organisatorische und fachliche) Unterstützung der professionellen HelferInnen ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. das Ausmaß Ihrer Beteiligung an der (Organisation oder Ausführung der) Hilfe sowie Gesprächen ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Gesamtzufriedenheit

Wie bewerten Sie folgende Aspekte im Rahmen dieses Hilfeprozesses?	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Gut	Sehr gut
34. Erreichbarkeit der KJP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Situative Einschätzung/ Empfehlung der/ des fallzuständigen TherapeutIn der KJP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Rechtzeitige Information über und Einbezug zu Terminen (z.B. Helferkonferenz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Informationsaustausch über bisher durchgeführte Maßnahmen/ Hilfen/ Therapien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Einhaltung von Fristen nach Vorgaben der KVB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Arbeitsteilung/ Verteilung von Zuständigkeiten nach Vorgaben der KVB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Einhaltung von getroffenen Absprachen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Einbezug unterschiedlicher Problemverständnisse und Sichtweisen der professionellen HelferInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. Falls Sie eine oder mehrere der Fragen 39 bis 40 mit "eher schlecht" bis "sehr schlecht" beantwortet haben, erläutern Sie bitte kurz Ihre Antwort:

---



---



---



---

Wie bewerten Sie folgende Aspekte im Rahmen dieses Hilfeprozesses?	Nicht zutreffend/ Nicht relevant	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Gut	Sehr gut
43. Diagnostik und Gutachten zu § 35 a SGB VIII	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Durchführung der Fallkonferenz auf der Akutstation der KJP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Durchführung der Helferkonferenz/ Perspektivberatung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Organisation der Anschlusshilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie gut sind insgesamt gelungen:

	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Gut	Sehr gut
47. die Planung/ Ausgestaltung der konkreten Hilfe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. die Kommunikation zwischen den professionellen HelferInnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. die konkrete Zusammenarbeit zwischen den professionellen HelferInnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

50. Was ist Ihnen noch wichtig, was wir nicht gefragt haben? Hier ist Platz für Kommentare und Anregungen.

---



---



---



---

Heutiges Datum   .   .

Tag                      Monat                      Jahr

Bitte überprüfen Sie nochmals, ob alle Fragen beantwortet wurden.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**



## Anhang E: Fragebogen fallführender Mitarbeiter der Prospektiven Fallevaluation (KJP-Mitarbeiter)

### VJU-FE-MA-KJP

**Befragung von MitarbeiterInnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Dresden zu  
fallspezifischer Kommunikation und Hilfeabläufen**  
im Versorgungsnetz Jugendhilfeträger, Jugendamt und Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dresden

Familiencode (auszufüllen von UntersuchungsleiterIn):

--	--	--	--	--

FE

CU

#### Chiffre

1.	2.	3.			

1. Geburtsmonat Ihrer Mutter (zweistellig, z.B.: 05 für Mai)
2. Initialen des Vor- und Zunamens Ihrer Mutter (nicht des Geburtsnamens, z.B. EM für Elisabeth Müller)
3. Zweiter und dritter Buchstabe des Straßennamens Ihrer aktuellen Adresse (z.B. ÜN für Bünaustraße)

**ACHTUNG: maschinelle Auswertung!**

Mit einem dunklen Stift die gewünschte Antwort so markieren:

Richtig



Falsch



**Fehlerhafte Markierungen deutlich korrigieren (KEINE Pfeile oder Text verwenden)**

Im Folgenden erhalten Sie einige Fragen zur Einschätzung der fallspezifischen Kommunikation und den bisherigen Hilfeabläufen im Versorgungsnetzwerk Jugendhilfeträger, Jugendamt und der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort den Zeitraum der **letzten drei Monate bis einschließlich heute**.

Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch. Es sind Fragen mit nur einer Antwort, aber auch mit Mehrfach- und mit freien Antworten enthalten. Diese sind entsprechend gekennzeichnet.

Markieren Sie die Kreise so, wie in den Bearbeitungshinweisen oben angegeben.

Wichtig ist, dass Sie **jede Frage beantworten**. Für Aussagen, die Sie schwierig zu beurteilen finden, entscheiden Sie sich bitte für die am ehesten zutreffende Antwort. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an den/ die UntersuchungsleiterIn.

Vielen Dank!

Verwendete Abkürzungen:

JA = Jugendamt  
KVB = Kooperationsvereinbarung

KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie  
MA = MitarbeiterIn

#### Angaben zu Ihrer Person

1. Wie sind Sie in den Hilfeprozess eingebunden?

- als ambulante/r BehandlerIn  
 als tagesklinische/r BehandlerIn  
 als stationäre/r BehandlerIn

2. Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer aktuellen Position (z.B. als TherapeutIn auf Station, in Tagesklinik oder Ambulanz)?

- <1 Jahr     1-2 Jahre     2-5 Jahre     >5 Jahre

3. Für wie viele Kinder bzw. Familien sind Sie aktuell zuständig?

- <30     30-60     60-90     >90

4. Wie hoch schätzen Sie insgesamt Ihre Arbeitsbelastung ein?

- Sehr gering     Gering     Eher gering     Eher hoch     Hoch     Sehr hoch

#### Angaben zum Kind bzw. zur Familie

5. Sind Sie bereits länger als drei Monate für o. g. Kind zuständig?

- Ja     Nein

6. Seit wann kennen Sie das Kind bzw. die Familie?

- <1 Monat     <6 Monate     <1 Jahr     >1 Jahr

7. Wie hoch schätzen Sie den psychosozialen Hilfebedarf des Kindes ein?

- Sehr gering     Gering     Eher gering     Eher hoch     Hoch     Sehr hoch



8. Was sind Ihre Ziele für das Kind? (Mehrfachantworten möglich)

- Arbeit mit und am Familiensystem
- Änderung/ Verbesserung im schulischen Bereich
- Änderung/ Verbesserung seines/ ihres Verhaltens
- Selbstwertsteigerung
- Andere: \_\_\_\_\_

9. Wie oft hatten Sie bezogen auf das o. g. Kind bzw. die Familie in den letzten 3 Monaten Kontakt mit dem JA der Stadt Dresden?

- Gar nicht     1 mal     2 mal     Mehrfach

10. Haben Sie mit dem/ der fallzuständige(n) MA des JA schon einmal in einem anderen Fall zusammen gearbeitet?

- Ja     Nein     Weiß nicht

11. Das betreffende Kind bzw. die Familie erhält aktuell folgende Leistungen oder Maßnahmen der KJH. (Mehrfachantworten möglich)

- Ambulante Hilfe (Erziehungsberatung, Soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistand, Sozpäd. Familienhilfe, intensive sozpäd. Einzelbetreuung)
- Teilstationäre Hilfe (Erziehung in einer Tagesgruppe)
- Stationäre Hilfe (Vollzeitpflege/ Pflegefamilie/ Pflegestelle, Heimerziehung/ sonstige betreute Wohnform, intensive sozpäd. Einzelbetreuung)
- Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII
- Andere/ ergänzende Leistungen der KJH: \_\_\_\_\_
- Keine
- Weiß nicht

12. Das betreffende Kind bzw. die Familie erhält außerdem folgende Behandlungen oder Leistungen der KJP. (Mehrfachantworten möglich)

- Ambulante Beratung/ Diagnostik
- Ambulante Therapie (Psychotherapie)
- Teilstationäre Behandlung/ Diagnostik (Tagesklinik/ Familientagesklinik)
- Stationäre Behandlung/ Diagnostik (freiwillig)
- Stationäre Behandlung/ Diagnostik (mit Gerichtsbeschluss)
- Medikation
- Andere/ ergänzende Leistungen der KJP: \_\_\_\_\_
- Keine
- Weiß nicht

13. In welcher Phase des Hilfeprozesses befinden Sie sich momentan?

- Informations- und Beratungsphase/ Anamnese
- Entscheidungsphase/ Diagnostik
- Durchführung/ Intervention
- Erneute Hilfeprüfung/ Beendigung der Hilfe

14. In welchen dieser Phasen haben bereits gemeinsame Gespräche oder Telefonate mit professionellen HelferInnen des Kooperationspartners stattgefunden? (Mehrfachantworten möglich)

- Informations- und Beratungsphase/ Anamnese
- Entscheidungsphase/ Diagnostik
- Durchführung/ Intervention
- Erneute Hilfeprüfung/ Beendigung der Hilfe



15. Welche Erwartungen hatten Sie an die fallspezifische Zusammenarbeit zwischen den professionellen HelferInnen? (Mehrfachantworten möglich)

Mit professionellen HelferInnen sind im Folgenden alle Fachkräfte des JA und der KJP gemeint, die am Hilfeprozess mitwirken (Diagnostik/ Therapie, Hilfeplanung).

- Verbessertes Verständnis zu psychosozialer Notlage (Erziehungsproblemen und pädagogischen Konflikten bzw. zu Entwicklung und Verhalten des Kindes)
- Gegenseitige Unterstützung mit jeweiligen Kompetenzen
- Abstimmung und Ergänzung der Hilfen aus unterschiedlichen Bereichen (z.B. Berücksichtigung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik bei Planung und Realisierung von Hilfen zur Erziehung)
- Gemeinsame Perspektivenentwicklung für das Kind (z.B. geeignete Anschlusshilfen oder therapeutische Nachbetreuung)
- Andere: \_\_\_\_\_

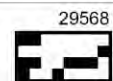
**Haltung/ professionelle Beziehungsgestaltung**

	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Gut	Sehr gut
16. Wie lösungsorientiert schätzen Sie Ihr fallspezifisches Handeln ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Wie war die Bereitschaft der professionellen HelferInnen, aufeinander zuzugehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Wie vertrauensvoll haben Sie die Arbeitsbeziehung mit den anderen professionellen HelferInnen erlebt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Wie fühlten Sie sich von den anderen professionellen HelferInnen wertgeschätzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Wie wurden Ihre Empfehlungen im Hilfeprozess berücksichtigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Fallbezogene Kommunikation**

	Nein	Eher Nein	Eher Ja	Ja
21. Wurde die helferübergreifende Fallkoordination bzw. Fallführung festgelegt (Koordination von Terminen, Absprachen usw.) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Wurden Erwartungen für die fallspezifische Zusammenarbeit zwischen den professionellen HelferInnen abgeklärt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Wurden die zur Verfügung stehenden Ressourcen der professionellen HelferInnen für die fallspezifische Zusammenarbeit abgeklärt (strukturell, fachlich-inhaltlich sowie zeitlich)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Falls Sie eine oder mehrere dieser Fragen mit "Nein oder "Eher Nein" beantwortet haben, begründen Sie bitte kurz, warum das Ihrer Einschätzung nach nicht gemacht wurde. (Mehrfachantworten möglich. Bitte angeben, auf welche Frage es sich bezieht.)	<input type="radio"/> Daran haben wir nicht gedacht. Nr. _____ <input type="radio"/> Es gab wichtigere Dinge, die wir klären mussten. Nr. _____ <input type="radio"/> Anderes: _____			

	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Gut	Sehr gut
25. Wie gut wurde ein gemeinsames Problemverständnis unter den professionellen HelferInnen erarbeitet (Themen/ Problembereiche)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Wie gut wurden im Rahmen der fallspezifischen Zusammenarbeit die Aufgaben und Befugnisse der professionellen HelferInnen transparent gemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Wie gut sind Absprachen zu Zuständigkeiten und Arbeitsaufträgen der professionellen HelferInnen geregelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Wie schätzen Sie den Austausch zwischen den professionellen HelferInnen bzgl. gelungender und fehlerhafter Aspekte der Kooperation im Hilfeprozess ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Wie verständlich und nachvollziehbar war Ihnen die Sicht des/ der fallzuständigen MA im JA?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**Fallbezogenes Handeln**

Wie schätzen Sie ...	Nicht zutreffend/ Nicht relevant	Sehr schlecht/ sehr wenig	Schlecht/ wenig	Eher schlecht/ Eher wenig	Eher gut	Gut	Sehr gut
30. die gegenseitige (organisatorische und fachliche) Unterstützung der professionellen HelferInnen ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. das Ausmaß Ihrer Beteiligung an der (Organisation oder Ausführung der) Hilfe sowie Gesprächen ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Gesamtzufriedenheit**

Wie bewerten Sie folgende Aspekte im Rahmen dieses Hilfeprozesses?	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Gut	Sehr gut
32. Erreichbarkeit des JA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Situative Einschätzung/ Empfehlung der/ des fallzuständigen MA des JA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Rechtzeitige Information über und Einbezug zu Terminen (z.B. Hilfeplangesprächen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Informationsaustausch über bisher durchgeführte Maßnahmen/ Hilfen/ Therapien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Einhaltung von Fristen nach Vorgaben der KVB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Arbeitsteilung/ Verteilung von Zuständigkeiten nach Vorgaben der KVB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Einhaltung von getroffenen Absprachen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Einbezug unterschiedlicher Problemverständnisse und Sichtweisen der professionellen HelferInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. Falls Sie eine oder mehrere der Fragen 38 bis 39 mit "eher schlecht" bis "sehr schlecht" beantwortet haben, erläutern Sie bitte kurz Ihre Antwort:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie bewerten Sie folgende Aspekte im Rahmen dieses Hilfeprozesses?	Nicht zutreffend/ Nicht relevant	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Gut	Sehr gut
41. Diagnostik und Gutachten zu § 35 a SGB VIII	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Durchführung der Fallkonferenz auf der Akutstation der KJP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Durchführung der Helferkonferenz/ Perspektivberatung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Organisation der Anschlusshilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Wie gut sind insgesamt gelungen:

	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Gut	Sehr gut
45. die Planung/ Ausgestaltung der konkreten Hilfe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. die Kommunikation zwischen den professionellen HelferInnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. die konkrete Zusammenarbeit zwischen den professionellen HelferInnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48. Was ist Ihnen noch wichtig, was wir nicht gefragt haben? Hier ist Platz für Kommentare und Anregungen.

---

---

---

---

Heutiges Datum   .   .      
Tag Monat Jahr

Bitte überprüfen Sie nochmals, ob alle Fragen beantwortet wurden.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**



## Anhang F: Eltern-Fragebogen zur Zusammenarbeit zwischen JA und KJP der Prospektiven Fallevaluation

### VJU - FE - KE - Eval (V1)

<p>Familiencode (auszufüllen von UntersuchungsleiterIn):</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> FE      <input type="radio"/> CU         </p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<p><b>ACHTUNG:</b> maschinelle Auswertung! Mit einem dunklen Stift die gewünschte Antwort so markieren:</p> <p style="text-align: center;"> <b>Richtig</b>                      <b>Falsch</b> </p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/>   <input checked="" type="radio"/>   <input type="radio"/>                      <input type="radio"/>   <input checked="" type="radio"/>   <input type="radio"/> </p> <p><b>Fehlerhafte Markierungen deutlich korrigieren (KEINE Pfeile oder Text verwenden)</b></p>
---	---

#### Zur Fallevaluation

**Anleitung:** Im Folgenden erhalten Sie einige Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes und der Zufriedenheit mit den bisherigen Abläufen mit ihrem zuständigen JA und der zuständigen KJP, welche sich auf den Zeitraum der **letzten 3 Monate einschließlich heute** beziehen.

Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und geben Sie für jede Frage nur eine Antwort an bzw. antworten Sie frei. Es ist wichtig, dass Sie jede Frage beantworten. **Markieren Sie die Kreise so, wie in den Bearbeitungshinweisen oben angegeben.** Für Aussagen, die Sie schwierig zu beurteilen finden, entscheiden Sie sich bitte für die am ehesten zutreffende Antwort. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an den Untersuchungsleiter/ an die Untersuchungsleiterin.

**Verwendete Abkürzungen:** JA = Jugendamt  
KJH = Kinder- und Jugendhilfe  
KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie im Universitätsklinikum Dresden

- Von wem wird dieser Fragebogen ausgefüllt?
- leibliche Mutter
  - leiblicher Vater
  - Lebenspartner/ in des leiblichen Elternteils
  - Adoptiv-/ Pflegevater
  - Adoptiv-/ Pflegemutter
  - andere: \_\_\_\_\_

#### Allgemeine Angaben zur Betreuung bzw. Behandlung durch das JA und die KJP

1. Wann hatten Sie erstmalig Kontakt zum JA?  /  (Monat / Jahr, z.B.: 01/12)
2. Falls es Unterbrechungen im Kontakt mit dem JA gab, seit wann haben Sie jetzt  /  (Monat / Jahr, z.B.: 01/12) wieder Kontakt zum JA?
3. Wie oft hatten Sie in den letzten 3 Monaten Kontakt mit dem JA?       Gar nicht       1mal       2mal       Mehrmals
- |   | Kennenlernen, Information und Beratung, Bedarf(e) klären, evtl. Antragstellung auf eine Hilfe | Hilfeplanerstellung, Hilfeentscheidung | Durchführung einer Hilfe, Bearbeitung der Ziele im Hilfeplan | Erneute Hilfeprüfung bzw. Beendigung der Hilfe | Weiß nicht                 |
|---|---|--|--|--|----------------------------|
| 4. In welcher Phase des Hilfeprozesses mit dem JA befinden Sie sich gerade?                     | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>      |
| 5. Gab es in den letzten 3 Monaten einen Mitarbeiterwechsel im JA?                              |   |  |  | <input type="radio"/> Ja                       | <input type="radio"/> Nein |
| 6. wenn "ja": der wievielte Mitarbeiter ist jetzt für Sie zuständig? Der <input type="text"/> . |   |  |  |  |                            |
| 7. Gab es in den letzten 3 Monaten einen Mitarbeiterwechsel in der zuständigen KJP?             |   |  |  | <input type="radio"/> Ja                       | <input type="radio"/> Nein |
| 8. wenn "ja": der wievielte Mitarbeiter ist jetzt für Sie zuständig? Der <input type="text"/> . |   |  |  |  |                            |



Wie hoch schätzen Sie die Unterstützung und Hilfe ein, ...	Sehr gering	Gering	Eher gering	Eher hoch	Hoch	Sehr hoch
9. ...die Ihr Kind und Ihre Familie durch das JA benötigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ...die Ihr Kind und Ihre Familie durch die KJP benötigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Angaben zur Kommunikation und zum Handeln vom JA und der KJP

	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Gut	Sehr gut
11. Wie gut sind die Verantwortlichkeiten/ Aufgaben in der Zusammenarbeit zwischen der KJP und dem JA geklärt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Wie gut haben das JA und die KJP einen gemeinsamen Blick auf die Schwierigkeiten Ihres Kindes und Ihrer Familie gefunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Wie gut haben Sie verstanden, welche Aufgaben das JA und die KJP für Ihr Kind und Ihre Familie haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Wie gut sind Ihnen im letzten gemeinsamen Gespräch die Themen und Ziele für Ihr Kind und Ihre Familie durch die Mitarbeiter von JA und KJP verständlich gemacht worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Welche Erwartungen hatten Sie an das letzte gemeinsame Gespräch mit JA und KJP (bezogen auf Ihr Kind/ Ihre Familie, aber auch die Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften)?	<input type="radio"/> Informationen zu Hilfsangeboten <input type="radio"/> Unterstützung in der Schule <input type="radio"/> Unterstützung Zuhause <input type="radio"/> Sonstiges: _____					

Wie bewerten Sie folgende Aspekte im Rahmen des Hilfeprozesses:	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Gut	Sehr gut
16. ...die Arbeitsbeziehung zwischen JA und KJP?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ...die Einhaltung getroffener Absprachen zwischen JA und KJP?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ...die Einbeziehung in Absprachen, die zwischen JA und KJP erfolgen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Wenn Sie bei Frage 18 mit <b>"sehr schlecht"</b> bis <b>"eher schlecht"</b> geantwortet haben: Bitte begründen Sie Ihre Angabe kurz!	<hr/> <hr/> <hr/>					

Wie bewerten Sie folgende Punkte im Rahmen des Hilfeprozesses:	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Gut	Sehr gut
20. ...JA und KJP können aufkommende Fragen/ Schwierigkeiten miteinander klären .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ...JA und KJP informieren sich über den neuesten Entwicklungsstand durch den jeweils anderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ...Ihre Interessen werden im Hilfeprozess berücksichtigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





	Sehr viel	Viel	Eher viel	Eher wenig	Wenig	Sehr wenig
23. ...Sie erhalten von JA und der KJP widersprüchliche Informationen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Wenn Sie bei Frage 23 mit <b>"sehr viel"</b> bis <b>"eher viel"</b> geantwortet haben: Welche widersprüchlichen Informationen erhalten Sie vom JA und der KJP?						
<input type="radio"/> Kontaktinformationen <input type="radio"/> Fakten zur Familiensituation <input type="radio"/> Empfehlungen <input type="radio"/> Sonstiges: _____						

Gesamtzufriedenheit

Bezogen auf <b>Ihr Kind und Ihre Familie</b> , wie schätzen Sie ...	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Gut	Sehr gut
25. ...die Länge der Wartezeit ein, bis gemeinsame Gespräche mit JA und KJP stattfinden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. ...die Zusammenarbeit zwischen JA und KJP ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Wenn Sie bei Frage 26 mit <b>"sehr schlecht"</b> bis <b>"eher schlecht"</b> geantwortet haben: Wo sehen Sie Probleme in der Zusammenarbeit zwischen KJP und JA?						
_____						
_____						
_____						
_____						

Was wünschen Sie sich zukünftig von der KJP und dem JA in Bezug auf die Betreuung und Behandlung Ihres Kindes/ Ihrer Familie?

28. JA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

29. KJP: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

30. Gemeinsame Punkte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heutiges Datum: 

--	--

 . 

--	--

 . 

--	--	--	--

Tag                      Monat                      Jahr

Bitte überprüfen Sie nochmals, ob alle Fragen beantwortet wurden.  
**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**



## Anhang G: Soziodemographischer Eltern-Fragebogen der Prospektiven Fallevaluation

### VJU - FE - KE - Eval (V1)

<p>Familiencode (auszufüllen von UntersuchungsleiterIn):</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> FE      <input type="radio"/> CU         </p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p>	<p><b>ACHTUNG:</b> maschinelle Auswertung! Mit einem dunklen Stift die gewünschte Antwort so markieren:</p> <p style="text-align: center;"> <b>Richtig</b>                      <b>Falsch</b> </p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/>   <input checked="" type="radio"/>   <input type="radio"/>                      <input type="radio"/>   <input checked="" type="radio"/>   <input type="radio"/> </p> <p><b>Fehlerhafte Markierungen deutlich korrigieren (KEINE Pfeile oder Text verwenden)</b></p>
--	---

#### Zur Fallevaluation

**Anleitung:** Im Folgenden erhalten Sie einige Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes und der Zufriedenheit mit den bisherigen Abläufen mit ihrem zuständigen JA und der zuständigen KJP, welche sich auf den Zeitraum der **letzten 3 Monate einschließlich heute** beziehen.

Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und geben Sie für jede Frage nur eine Antwort an bzw. antworten Sie frei. Es ist wichtig, dass Sie jede Frage beantworten. **Markieren Sie die Kreise so, wie in den Bearbeitungshinweisen oben angegeben.** Für Aussagen, die Sie schwierig zu beurteilen finden, entscheiden Sie sich bitte für die am ehesten zutreffende Antwort. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an den Untersuchungsleiter/ an die Untersuchungsleiterin.

**Verwendete Abkürzungen:** JA = Jugendamt  
KJH = Kinder- und Jugendhilfe  
KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie im Universitätsklinikum Dresden

- Von wem wird dieser Fragebogen ausgefüllt?
- leibliche Mutter
  - leiblicher Vater
  - Lebenspartner/ in des leiblichen Elternteils
  - Adoptiv-/ Pflegevater
  - Adoptiv-/ Pflegemutter
  - andere: \_\_\_\_\_

#### Allgemeine Angaben zur Betreuung bzw. Behandlung durch das JA und die KJP

1. Wann hatten Sie erstmalig Kontakt zum JA?  /  (Monat / Jahr, z.B.: 01/12)
2. Falls es Unterbrechungen im Kontakt mit dem JA gab, seit wann haben Sie jetzt wieder Kontakt zum JA?  /  (Monat / Jahr, z.B.: 01/12)
3. Wie oft hatten Sie in den letzten 3 Monaten Kontakt mit dem JA?       Gar nicht       1mal       2mal       Mehrmals
- |   | Kennenlernen, Information und Beratung, Bedarf(e) klären, evtl. Antragstellung auf eine Hilfe | Hilfeplanerstellung, Hilfeentscheidung | Durchführung einer Hilfe, Bearbeitung der Ziele im Hilfeplan | Erneute Hilfeprüfung bzw. Beendigung der Hilfe | Weiß nicht            |
|---|---|--|--|--|-----------------------|
| 4. In welcher Phase des Hilfeprozesses mit dem JA befinden Sie sich gerade?                     | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 5. Gab es in den letzten 3 Monaten einen Mitarbeiterwechsel im JA?                              |   |  | <input type="radio"/> Ja                                     | <input type="radio"/> Nein                     |                       |
| 6. wenn "ja": der wievielte Mitarbeiter ist jetzt für Sie zuständig? Der <input type="text"/> . |   |  |  |  |                       |
| 7. Gab es in den letzten 3 Monaten einen Mitarbeiterwechsel in der zuständigen KJP?             |   |  | <input type="radio"/> Ja                                     | <input type="radio"/> Nein                     |                       |
| 8. wenn "ja": der wievielte Mitarbeiter ist jetzt für Sie zuständig? Der <input type="text"/> . |   |  |  |  |                       |



Wie hoch schätzen Sie die Unterstützung und Hilfe ein, ...	Sehr gering	Gering	Eher gering	Eher hoch	Hoch	Sehr hoch
9. ...die Ihr Kind und Ihre Familie durch das JA benötigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ...die Ihr Kind und Ihre Familie durch die KJP benötigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Angaben zur Kommunikation und zum Handeln vom JA und der KJP

	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Gut	Sehr gut
11. Wie gut sind die Verantwortlichkeiten/ Aufgaben in der Zusammenarbeit zwischen der KJP und dem JA geklärt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Wie gut haben das JA und die KJP einen gemeinsamen Blick auf die Schwierigkeiten Ihres Kindes und Ihrer Familie gefunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Wie gut haben Sie verstanden, welche Aufgaben das JA und die KJP für Ihr Kind und Ihre Familie haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Wie gut sind Ihnen im letzten gemeinsamen Gespräch die Themen und Ziele für Ihr Kind und Ihre Familie durch die Mitarbeiter von JA und KJP verständlich gemacht worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Welche Erwartungen hatten Sie an das letzte gemeinsame Gespräch mit JA und KJP (bezogen auf Ihr Kind/ Ihre Familie, aber auch die Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften)?	<input type="radio"/> Informationen zu Hilfsangeboten <input type="radio"/> Unterstützung in der Schule <input type="radio"/> Unterstützung Zuhause <input type="radio"/> Sonstiges: _____					

Wie bewerten Sie folgende Aspekte im Rahmen des Hilfeprozesses:	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Gut	Sehr gut
16. ...die Arbeitsbeziehung zwischen JA und KJP?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ...die Einhaltung getroffener Absprachen zwischen JA und KJP?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ...die Einbeziehung in Absprachen, die zwischen JA und KJP erfolgen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Wenn Sie bei Frage 18 mit <b>"sehr schlecht"</b> bis <b>"eher schlecht"</b> geantwortet haben: Bitte begründen Sie Ihre Angabe kurz!	<hr/> <hr/> <hr/>					

Wie bewerten Sie folgende Punkte im Rahmen des Hilfeprozesses:	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Gut	Sehr gut
20. ...JA und KJP können aufkommende Fragen/ Schwierigkeiten miteinander klären .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ...JA und KJP informieren sich über den neuesten Entwicklungsstand durch den jeweils anderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ...Ihre Interessen werden im Hilfeprozess berücksichtigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





	Sehr viel	Viel	Eher viel	Eher wenig	Wenig	Sehr wenig
23. ...Sie erhalten von JA und der KJP widersprüchliche Informationen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Wenn Sie bei Frage 23 mit <b>"sehr viel"</b> bis <b>"eher viel"</b> geantwortet haben: Welche widersprüchlichen Informationen erhalten Sie vom JA und der KJP?						
<input type="radio"/> Kontaktinformationen <input type="radio"/> Fakten zur Familiensituation <input type="radio"/> Empfehlungen <input type="radio"/> Sonstiges: _____						

Gesamtzufriedenheit

Bezogen auf <b>Ihr Kind und Ihre Familie</b> , wie schätzen Sie ...	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Gut	Sehr gut
25. ...die Länge der Wartezeit ein, bis gemeinsame Gespräche mit JA und KJP stattfinden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. ...die Zusammenarbeit zwischen JA und KJP ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Wenn Sie bei Frage 26 mit <b>"sehr schlecht"</b> bis <b>"eher schlecht"</b> geantwortet haben: Wo sehen Sie Probleme in der Zusammenarbeit zwischen KJP und JA?						
_____						
_____						
_____						
_____						

Was wünschen Sie sich zukünftig von der KJP und dem JA in Bezug auf die Betreuung und Behandlung Ihres Kindes/ Ihrer Familie?

28. JA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

29. KJP: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

30. Gemeinsame Punkte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heutiges Datum: 

--	--

 . 

--	--

 . 

--	--	--	--

Tag                      Monat                      Jahr

Bitte überprüfen Sie nochmals, ob alle Fragen beantwortet wurden.  
**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**



**Konzeptentwurf**

Oktober 2016

**Inhaltsverzeichnis**

1	Projekt- und Zielbeschreibung .....	3
2	Kapazität .....	4
3	Rechtliche Grundlagen .....	4
4	Zielgruppe .....	4
5	Aufnahmevoraussetzungen .....	5
5.1	Aufnahmeverfahren .....	5
5.2	Aufnahme nach §1631b BGB .....	6
5.3	Aufnahmealter .....	6
5.4	Ausschlusskriterien .....	6
6	Standort .....	6
7	Strukturelle und sachliche Ausstattung .....	6
7.1	Gruppenintern .....	6
7.2	Gemeinschaftliche Nutzung .....	7
8	Personelle Ausstattung .....	7
8.1	Bezugsbetreuersystem .....	7
8.2	Personal in der Gruppenbetreuung .....	8
8.3	Zusätzliches, gruppenübergreifendes Personal .....	8
8.4	Kooperation mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Dresden - Ambulanz .....	8
9	Betreuungszeiten .....	9
9.1	Zusätzliche Betreuungsmodule .....	9
10	Pädagogische Grundprinzipien .....	9
11	Pädagogische Arbeit .....	11
11.1	Ziele bei der Weiterentwicklung der Basiskompetenzen von Kinder .....	11
11.2	Bildungs- und Erziehungsziele für Kinder .....	11
11.3	Partizipation .....	11
11.4	Erlebnispädagogik .....	12
12	Therapeutische Arbeit .....	12
13	Arbeit mit der Herkunftsfamilie .....	13
13.1	Elternarbeit .....	13
13.2	Aufnahmegespräch .....	13
13.3	Systemische Fallarbeit .....	13
13.4	Elterngesprächen in unterschiedlichen Formen .....	13
14	Beschulung und berufliche Perspektive .....	14
14.1	Kooperation .....	14
14.2	Schulbesuch .....	15
14.3	Tagesstrukturierende Maßnahmen und Kompetenztraining .....	15
14.4	Interne (Web-) Beschulung .....	16
14.5	Berufliche Bildung und individualisierte Perspektivplanung .....	16
15	Krisenmanagement .....	16
15.1	Definition Krise .....	16
15.2	Akute Eigengefährdung .....	17
15.3	Akute Fremdgefährdung .....	17
15.4	Umgang mit Krisen .....	17
15.5	Krisenintervention Gruppe XXX .....	17
16	Gruppe N.N. ....	18

## Konzeptentwurf

---

Oktober 2016

16.1	Ausstattung .....	18
16.2	Tagesstruktur Gruppe N.N.....	18
17	Qualitätssicherung .....	18
18	Wissenschaftliche Begleitung .....	19

### Anmerkungen

Um in den folgenden Ausführungen einen besseren Lesefluss zu gewährleisten, wird auf eine geschlechtergerechte Sprache (Gendering) verzichtet. Die Formulierungen beziehen sich ausdrücklich immer auf Männer und Frauen gleichermaßen. Zusätzlich wird die Zielgruppe nachfolgend mit dem Begriff *Kinder* anstatt *Kinder und Jugendliche* bezeichnet und schließt die gesamte, in Abschnitt 5.2 benannte Altersgruppe (10-17 Jahre), mit ein.

### 1 Projekt- und Zielbeschreibung

Im Rahmen einer Studie zur Versorgungsforschung an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Dresden (im Folgenden KJP) und dem Jugendamt der Landeshauptstadt Dresden (im Folgenden JA) wurde in Zusammenarbeit von Mitarbeitern der KJP und des JA ein (Modell-) Konzept einer stationären KJH-Einrichtung (Kinder- und Jugendhilfe) für Kinder mit hochkomplexem Hilfebedarf erarbeitet.

Das folgende Konzept fußt neben den Erfahrungen der Mitarbeiter auch auf den erhobenen Daten zu „Drehtür-Effekten“ (s. hierzu Booklet, erscheint 2017). Aus dem Zeitraum vom 01/2014 - 03/2016 wurden 264 Patientendaten untersucht, welche in dieser Zeit auf der Akutaufnahme (S3) der KJP Dresden behandelt wurden.

Ziel des (Modell-) Projektes ist es, Kinder, welche in ihrem Leben bisher schon in mindestens einer stationären KJH-Einrichtung einen Betreuungsabbruch erlebt haben sowie mehrfach akut in der KJP in Behandlung waren, ein stabiles Beziehungsangebot unterbreiten zu können.

Dabei liegt der Fokus darauf, den „Drehtür-Effekt“ zukünftig zu durchbrechen bzw. von Anfang an zu vermeiden.

Nach Möglichkeit sollen in Krisen erst gar keine Aufnahmen mehr in der KJP notwendig sein, die Haltefähigkeit auch bei stark herausfordernden Verhaltensweisen dauerhaft verbessert und damit eine nachhaltige seelische Gesundheit gefördert werden.

Die betreffenden Kinder haben in ihrem Leben schon viele Beziehungsabbrüche erlebt und konnten kaum stabile Beziehungserfahrungen machen. Vielmehr erfuhren sie häufige Ablehnungen, welche zu einer Manifestation des jeweiligen dysfunktionalen Verhaltens im Rahmen ihrer Störungen führten.

Alle beteiligten Fachkräfte des JA, der KJP und des Leistungserbringers (im Folgenden LE) sind sich einig, nur in interdisziplinärer Zusammenarbeit und gegenseitiger Wertschätzung problematisches Verhalten der Kinder verringern bzw. verhindern zu können.

Dabei ist allen die Wichtigkeit von Beziehungskontinuität, Stabilität und Verlässlichkeit im Zusammenhang mit der geistigen und seelischen Entwicklung sowie den negativen Auswirkungen des „Drehtür-Effektes“ bewusst.

Ein besonders wichtiges Ziel der geplanten KJH-Einrichtung ist es, Abbrüche in der Fremdunterbringung zu vermeiden. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass die individuellen Krisen der Kinder vom Personal „ausgehalten“ werden. Die KJH-Maßnahme wird nicht abgebrochen, vielmehr werden mit den Kindern neue Wege zur Bewältigung gesucht und somit auch das in der Vergangenheit beschädigte Selbstwertgefühl wieder aufgebaut.

Die Kinder erfahren dabei Unterstützung, wieder Selbstwirksamkeit erleben zu können und zum gegebenen Zeitpunkt eine realistische Perspektive für ihre Zukunft zu entwickeln.

## Konzeptentwurf

Oktober 2016

Eine Besonderheit des (Modell-) Projektes zeigt sich in der geteilten Verantwortungsübernahme der einzelnen Institutionen. Das bedeutet, dass sowohl die aktuell beteiligten Organisationen JA, KJH und KJP als auch die Bildungsagentur sich personell wie finanziell am Hilfeprozess beteiligen.

Da viele der betroffenen Kinder massives selbst- und fremdgefährdendes Verhalten zeigen und die Möglichkeit besteht, dass sie die Notwendigkeit einer Fremdunterbringung nicht erkennen, wird es in der Einrichtung eine Wohngruppe mit fakultativ geschlossenen Elementen geben. Diese dienen nicht dem „Wegsperrn“ oder der Sanktionierung, sondern sind zeitlich eng begrenzte Stabilisierungsmöglichkeiten für den Clearingprozess und zum Beziehungsaufbau (siehe dazu 16.).

Nach einer Erprobungsphase des (Modell-) Konzeptes in Dresden soll das Konzept (sofern es sich als erfolgreich erweist) in weiteren Regionen Sachsens implementiert werden.

### 2 Kapazität

Die Einrichtung hält zwölf reguläre Plätze für Kinder vor. Diese gliedern sich in gemischtgeschlechtliche Gruppen mit jeweils vier Plätzen.

Es besteht eine Kindergruppe. In dieser werden Kinder im Alter von 10-13 Jahren aufgenommen.

Weiterhin existieren zwei Gruppen für ältere Kinder. Das Aufnahmealter liegt bei diesen zwischen 14-17 Jahren.

Die Altersgrenzen stellen keine starren Grenzen dar. Vielmehr wird der Einzug/ der Wechsel in die jeweilige Gruppe durch die Betreuer, dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut der Einrichtung, der Hausleitung als auch dem zuständigen JA-Mitarbeiter in einem individuellen Entscheidungsprozess gefällt. Dabei wird dem individuellen (kognitiven) Entwicklungsstand unter Berücksichtigung der sozialen und alltagspraktischen Fähigkeiten eine große Bedeutung beigemessen.

Zusätzlich existiert eine separate Gruppe N.N. mit vier Betten. Die vorgehaltenen Plätze werden ausschließlich in der Aufnahmephase und für die Krisenintervention genutzt.

### 3 Rechtliche Grundlagen

Die Einrichtung basiert auf folgenden rechtlichen Grundlagen

- §27 SGB VIII in Verbindung mit
  - §34 SGB VIII Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform
  - §35a SGB VIII Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche
- In Einzelfällen §1631b BGB mit Freiheitsentziehung verbundene Maßnahme
  - Zur Krisenintervention in Verbindung mit §34 StGB rechtfertigender Notstand

### 4 Zielgruppe

Die Zielgruppe sind Kinder, die in unsichere und instabile Bedingungen hineingeboren wurden. Einige von ihnen wurden schon früh fremduntergebracht und verhielten sich bereits im Kleinkindalter auffällig. D. h. schon im Kindergartenalter gab es Entwicklungsbeeinträchtigungen und eine Störung der Selbstregulation und Impulskontrolle bis hin zu einer Bindungsstörung. Im Laufe ihres Lebens haben sie immer wieder Beziehungsabbrüche erlebt, wodurch das Vertrauen in sich selbst, aber auch in die Bezugspersonen verloren ging.

Diese Erfahrungen manifestierten sich schließlich in den verschiedensten psychiatrischen Diagnosen. Die betroffenen Kinder projizierten ihre inneren Probleme teilweise nach Außen, wodurch es zu aggressivem Verhalten gegenüber sich selbst und anderen, zu Regel- und Grenzverletzungen und psychischen Krisen kam. Häufig wurden sie in eben diesen Krisen zur Krisenintervention in der KJP aufgenommen.

## Konzeptentwurf

Oktober 2016

Mit jedem Abbruch in der KJH beziehungsweise mit jeder Krisenintervention in der KJP wiederholten sich die Erfahrungen und die Verhaltensweisen verfestigten sich. Hinzu kamen Suspendierungen von der Schule oder auf Eigeninitiative basierendes Fernbleiben von der Schule. Dadurch besteht keine klare schulische Perspektive oder sinnstiftende Lebensaufgabe mehr.

Die Betreuungsplätze sind den Kindern vorbehalten, welche in anderen Einrichtungen der stationären KJH nicht mehr „gehalten“ werden konnten. Vorrang haben Kinder, die aus Dresden stammen.

### 5 Aufnahmevoraussetzungen

Die folgenden Voraussetzungen sind als Richtlinien zu verstehen. Eine Aufnahme und deren Voraussetzungen sind im Einzelfall mit den Beteiligten zu entscheiden.

- Mindestens zwei stationäre Aufenthalte in der KJP oder zwei Notvorstellungen auch ohne Aufnahme auf der Akutaufnahmestation.
- Zusätzlich mindestens eine gescheiterte Fremdunterbringung und/ oder ein Aufenthalt im Kinder- und Jugendnotdienst.
- Vorliegen einer diagnostizierten kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankung sowie eine festgestellte Teilhabebeeinträchtigung nach §35a SGB VIII.
- Ein Bescheid der Bildungsagentur zur Aussetzung der Schulpflicht ist kein Hinderungsgrund.

#### 5.1 Aufnahmeverfahren

Die Kontaktaufnahme erfolgt durch den zuständigen Mitarbeiter des JA. Wird beim telefonischen Erstkontakt festgestellt, dass das betreffende Kind die Aufnahmevoraussetzungen erfüllt und freie Kapazitäten der Einrichtung (zeitnah) gegeben sind, kommt es zu einem Vorgespräch.

An diesem nehmen das Kind (wenn möglich), die Personensorgeberechtigten (PSB), der zuständige Mitarbeiter des JA, die Gruppenleitung sowie die Fachbereichsleitung/ Hausleitung sowie ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut der KJP teil. Das Vorgespräch findet auf dem Gelände der Einrichtung statt. Das JA, die PSB sowie das Kind berichten so spezifisch wie möglich von dem bisherigen Hilfeverlauf, sodass sich die Einrichtung im Vorfeld der Aufnahme ein greifbares Bild des Kindes machen kann. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auch auf die Ressourcen und Stärken gelegt.

Gelingt es in der Auseinandersetzung mit dem Kinder nicht, einen Minimalkonsens zur freiwilligen Aufnahme herzustellen und liegen aufgrund von Fremd- und Selbstgefährdung die Voraussetzungen für eine Unterbringung nach § 1631b BGB vor, ist in Einzelfällen eine Aufnahme mit eingeschränkter Freiwilligkeit möglich. Dies kann max. zwei Bewohner gleichzeitig betreffen. Die Übernahme in die Regelgruppen muss bei Herstellung von Freiwilligkeit sichergestellt sein. Darüber hinaus muss ausreichend Kapazität in der Gruppe N.N. für eine fakultativ geschlossene Intervention im Krisenfall vorgehalten werden können.

Zwischen dem Erstgespräch und dem Aufnahmetag findet ein Hilfeplangespräch möglichst außerhalb der Einrichtung statt. Hintergrund ist den emotional aufwühlenden Aufnahmetag frei von zusätzlichen Belastungen zu halten und den Mitarbeitern vor Ort erste Chancen zum Beziehungsaufbau und emotionalen Angeboten zu geben. Nachfolgende Hilfepläne sollen in der Einrichtung stattfinden. Um einen möglichst guten Hilfeverlauf vorzubereiten ist es notwendig, dass sich alle Fachkräfte welche mit dem Kind zusammen arbeiten/ gearbeitet haben (z.B. zuständiger Klassenlehrer vor Suspendierung) zusammenfinden. Hierdurch soll u.a. eine einseitige negative „Bewertung“ des Kindes und Verzögerungen durch „Auftauchen“ neuer Informationen von nicht am Gespräch Teilnehmender vermieden werden. Gemeinsam werden konkrete kurzfristige und langfristige (perspektivgebende) Ziele vereinbart.



## Konzeptentwurf

Oktober 2016

### 5.2 Aufnahme nach §1631b BGB

Kommt es zu einer Aufnahme mit eingeschränkter Freiwilligkeit, haben sich PSB, JA und die Einrichtung an die vorgegebenen Vorschriften des §151ff FamFG zu halten. Das Kind kann erst mit der Vorlage der familienrichterlichen Genehmigung aufgenommen werden.

Eine Aufnahme mit eingeschränkter Freiwilligkeit ist im Einzelfall gut abzuwägen. Nur wenn das Kind Schutz vor Selbst- und/ oder Fremdgefährdung benötigt und dies in seiner Notlage subjektiv nicht mehr einzuschätzen vermag, ist diese Form der Unterbringung für einen beschränkten Zeitraum zu wählen (näheres dazu in 16.).

In dieser Betreuungsphase wird die Freiwilligkeit regelmäßig überprüft und es findet eine intensivere medizinische Betreuung statt.

### 5.3 Aufnahmealter

Aufgenommen werden Kinder im Alter von 10-17 Jahren. Im Einzelfall werden auch Kinder aufgenommen die etwas jünger oder älter sind. Dies wird individuell und orientiert am Entwicklungsstand entschieden.

Sollten die Kinder nach Vollendung des 18. Lebensjahres weiterhin Unterstützung bei der Verselbstständigung benötigen, können diese in der trägerinternen Verselbständigungs-WG oder durch entsprechende ambulante Leistungen auch darüber hinaus betreut und begleitet werden.

### 5.4 Ausschlusskriterien

Grundsätzlich ist die Einrichtung für alle Kinder, welche die Aufnahmekriterien erfüllen, offen.

Auf Grund des pflegerischen Aufwandes und/ oder der kognitiven Überforderung können keine Kinder mit mittelgradiger bis schwerer geistiger oder körperlicher Behinderung oder mit einer schweren Form von Autismus aufgenommen werden, wenn bereits im Vorfeld ersichtlich ist, dass sie vom Betreuungskonzept nicht profitieren, daran teilhaben können und überfordert werden. Im Einzelfall wird geprüft, ob die entsprechenden Kinder trotz kognitiver und/ oder körperlicher Beeinträchtigungen in die bestehende Gruppe aufzunehmen sind.

In die Einrichtung werden ebenfalls unbegleitete minderjährige Flüchtlinge aufgenommen, sofern sie die oben beschriebenen Voraussetzungen zur Aufnahme erfüllen.

## 6 Standort

*Noch nicht bekannt- abhängig von Wahl des Trägers*

## 7 Strukturelle und sachliche Ausstattung

Die Einrichtung befindet sich auf einem (möglichst ca. 3000 m<sup>2</sup>) großen Grundstück.

Die vier Gruppen sind - wenn möglich - auf zwei Häuser verteilt, wobei sich die Jugendgruppen in einem Haus befinden.

Das gesamte Gelände und die Gebäude sind barrierefrei eingerichtet.

### 7.1 Gruppenintern

- Vier Einzelzimmern
- Ein Gruppenraum
- Eine Küche
- Zwei Bäder (nach Geschlechtern getrennt)
- Ein Dienstzimmer

## 7.2 Gemeinschaftliche Nutzung

- Untersuchungs- und Therapiezimmer u.a. für Mitarbeiter der KJP
- Sportraum
- Entspannungsraum
- Werkstatt
- Sportplatz
- Therapiehund
- Nutztiere
- (Nutz-) Garten

## 8 Personelle Ausstattung

Bei der Auswahl der Fachkräfte achtet die Einrichtung - nach Möglichkeit - auf eine gleichmäßige Verteilung der Geschlechter innerhalb des Personals.

Neben der beruflichen Qualifikation ist für die Einstellung eine persönliche Eignung, das entsprechende Basiswissen und somit die Kompetenz das Konzept und Krisenmanagement umzusetzen eine entscheidende Voraussetzung.

Auf Grund der häufig erlebten Beziehungsabbrüche und der damit einhergehenden Instabilität können in der Einrichtung ausschließlich Langzeitpraktika absolviert werden.

Da alle Bewohner in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung sind, wird ein enger Austausch des Personals zwischen dem Pflege- und Erziehungsdienst der KJP und der Einrichtung angestrebt, z.B. in Form von Personalaustausch für bestimmte Zeit.

### 8.1 Bezugsbetreuersystem

Jedem Bewohner wird ein Bezugsbetreuer zugewiesen, der ab dem Einzug in die WG sowie während des gesamten Verlaufes im Rahmen einer unterstützenden Beziehung für eine zielgerichtete, der individuellen Situation angepasste, interdisziplinär abgesprochene Betreuung des Bewohners sowie für den Kontakt mit den PSB verantwortlich ist. Der Bezugsbetreuer trägt die pädagogische Verantwortung von der Aufnahme bis zur Entlassung.

Der Bezugsbetreuer definiert, gemeinsam mit dem Bewohner und dessen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Entwicklungsziele, wählt die dafür notwendigen Maßnahmen aus und schlägt diese dem JA-Mitarbeiter im Rahmen des Hilfeplanverfahrens vor. Diese werden gegebenenfalls ins Hilfeplanprotokoll übernommen und in regelmäßigen Abständen hinsichtlich deren Wirksamkeit überprüft.

Bezugsbetreuung wird hierbei nicht als 24-Stunden-Betreuung angesehen. Für die Alltagsgestaltung sind alle diensthabenden Kollegen zuständig.

Die Bezugsbetreuung sollte möglichst von Beginn des Betreuungsverhältnisses bis zum Auszug aus der Einrichtung stabil und personell gleichbleibend gewährleistet werden. Ein Wechsel zwischen den Wohngruppen betrifft demnach sowohl den Bewohner als auch den Bezugsbetreuer. Dieser steht dem Bewohner als Ansprechpartner zur Verfügung und bietet - sofern im Dienst - tägliche Gesprächskontakte an.

Um im Krankheits- oder Urlaubsfall adäquat agieren zu können, wird zur Aufnahme ein stellvertretender Bezugsbetreuer ernannt. Dieser informiert sich regelmäßig und eigenverantwortlich über den aktuellen Verlauf.

Der Bezugsbetreuer ist primärer Ansprechpartner für alle Beteiligten des multiprofessionellen Teams und die Angehörigen/ PSB des Bewohners.

Sollte von Seiten des Bewohners als auch des Betreuers eine massive Antipathie bzw. Beziehungsstörung bestehen, gibt es die Möglichkeit, die Bezugsbetreuung zu wechseln.

## Konzeptentwurf

Oktober 2016

### 8.2 Personal in der Gruppenbetreuung

Die im Gruppendienst tätigen Mitarbeiter sind festangestellt. Bei der Einstellung der Mitarbeiter ist auf ein ausgewogenes Verhältnis der verschiedenen Disziplinen zu achten.

- Sozialpädagoge
- Heilpädagoge
- Erzieher
- Heilerziehungspfleger
- Sozialassistent

### 8.3 Zusätzliches, gruppenübergreifendes Personal

Gruppenübergreifend sind folgende Berufsgruppen tätig:

- Ein approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Eine Hauswirtschaftskraft
- Ein Hausmeister.

Spezialtherapeutische Angebote (Reit-, Ergo-, Kunst- und Musiktherapie, Zirkuspädagogik) können für die Gruppen oder die Einzelpersonen optional in Anspruch genommen werden. Zwischen dem Spezialtherapeut und der Einrichtung bestehen individuelle Kooperationen. Diese ermöglichen Spezialtherapien von - mit der Zielgruppe erfahrenen - Fachkräften und ermöglichen kurze Wartezeiten und Wege für die Kinder.

Die Spezialtherapeuten sind als Honorarkräfte tätig. Die einzelnen Leistungen werden entweder über die Einrichtung oder den zuständigen Kostenträger abgerechnet.

### 8.4 Kooperation mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Dresden - Ambulanz

Der approbierte Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sind in der KJP Ambulanz angestellt und können für die Arbeit in der Einrichtung nach Bedarf bis zu 20 Wochenstunden verwenden. Die Leistungen werden über die Ambulanz nach §119 SGB V abgerechnet. Ist ein Kind Privatpatient, wird die Leistung über die Gebührenordnung für Ärzte mit seiner Krankenkasse abgerechnet.

Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bieten folgende Angebote an:

- Psychoedukation
- Motivationsaufbau für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung
- Überbrückung der Wartezeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz
- Emotional unterstützende Einzelgespräche.

Zusätzlich bietet der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einmal wöchentlich eine Medikamentensprechstunde an.

Inhalt können folgende Themen sein:

- Überprüfung der Medikation
- Körperliche Untersuchung
- Beratung des Personals in Bezug auf Medikation.

Diese Angebote richten sich nach den Bedarfen der Kinder und werden an eine ausführliche Diagnostik angeschlossen.

## Konzeptentwurf

Oktober 2016

Beide Fachkräfte der Ambulanz halten einmal in der Woche eine Visite von drei Stunden. Diese dient zur ausführlichen psychiatrischen und psychotherapeutischen Besprechung der Kinder. An der Visite nehmen die diensthabenden pädagogischen Fachkräfte teil.

Einmal im Monat nehmen der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut an der Dienstberatung teil.

### 9 Betreuungszeiten

Die notwendige Betreuungszeit beträgt 24 Stunden. Der Dienstplan orientiert sich am Bezugsbetreuersystem.

5:30 - 9:00 Uhr:	drei Personen
9:00 - 12:00 Uhr:	eine Person (vorausgesetzt es sind alle in der Schule)
11:30 - 15:00 Uhr:	zwei Personen
14:30 - 22:00 Uhr:	drei Personen
21:30 - 6:00 Uhr:	eine Person

Das Stammpersonal arbeitet in einem 72-Stunden-Schichtsystem. D.h. ein Mitarbeiter ist 72 Stunden durchgängig im Dienst, die anderen Mitarbeiter übernehmen die zusätzlichen Tagesdienste.

Die Arbeitszeiten in den Dienstplänen sind so organisiert, dass jedem Mitarbeiter genügend Zeit für eine qualitativ hochwertige Dokumentation und eine ausführliche Vor- und Nachbereitungszeit zur Verfügung steht.

#### 9.1 Zusätzliche Betreuungsmodule

Durch den hohen erzieherischen Bedarf der Zielgruppe kann es zu individuell zu planendem Mehrbedarf bei der Betreuung des einzelnen Kindes kommen.

Für diesen Zweck kann die Einrichtung in Absprache mit dem zuständigen JA-Mitarbeiter zusätzliche Betreuungsleistungen vereinbaren, welche im Hilfeplan festgeschrieben werden. Für diesen Fall hält der Träger genügend Personal vor.

Darunter fallen beispielsweise folgende Module und Leistungen:

- Individualbegleitung in den Sozialraum nach dem Motto „Wenn du gehst, gehe ich mit“
- Erlebnispädagogische Leistungen im Gruppen oder Einzelsetting (darunter fallen auch Betreuungsleistungen über mehrere Tage außerhalb der Einrichtung)
- Begleitung und Unterstützung in der Schule.

### 10 Pädagogische Grundprinzipien

Das Bild vom Kind ist von Gleichwertigkeit und Gleichberechtigung als Voraussetzung für den Beziehungsaufbau und deren weiterführende Gestaltung geprägt. Gegenseitige Achtung, Wertschätzung und Vertrauen bilden die Basis für den Umgang der Pädagogen mit den Kindern.

Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung steht in der pädagogischen Arbeit im Vordergrund. Unter dem Motto „Wenn du gehst, gehe ich mit“ wird versucht, im Verlauf der Hilfe beim Kind eine intrinsische Motivation zum Verbleib in der Einrichtung und seiner Mitarbeit zu entwickeln.

Weiterhin wird dem Kind vermittelt, dass es mit (fast) allen seinen Verhaltensweisen willkommen ist und die Beziehung in der Regel (mit Ausnahme von massiven gewalttätigen Übergriffen) nicht von Seiten der Einrichtung abgebrochen wird. Es erfolgt eine voraussetzungslose Annahme der Kinder, die sich auch in durchgehender emotionaler Zuwendung spiegelt („Du bist o.k.“).

## Konzeptentwurf

Oktober 2016

Die individuellen Kompetenzen werden mit den Kindern gemeinsam gesucht und gefördert, um somit das Ziel einer selbständigen Lebensgestaltung langfristig erreichen zu können. Dabei wird den Eltern ihre wichtige Rolle zugesprochen und - im Bereich der individuellen Möglichkeiten - werden diese als Partner mit einbezogen.

Der pädagogische Ansatz *Hilfe zur Selbsthilfe* findet grundlegende Berücksichtigung. Darunter wird das Prinzip verstanden, welches Maßnahmen zu Grunde legt, die Kinder dazu zu befähigen, sich selbst zu helfen bzw. sich selbst Hilfe zu organisieren. Die Kinder werden dabei von den pädagogischen Mitarbeitern (i.d.R. durch den Bezugsbetreuer) wertschätzend und in ihrer Vorbildfunktion, Unterstützung bei der Lösung eigener Probleme bekommen. Dazu gehört auch, seelische/ emotionale Not zu erkennen, ernst zu nehmen und zu lindern.

Bereits zur Verfügung stehende Ressourcen werden genutzt und daran angeknüpft. Fehlende Kompetenzen sind zu erwerben. Dies soll die Kinder zukünftig befähigen, ihren Lebensalltag selbständig und selbstsicher zu gestalten. Diese Ziele sind individuell festzulegen und im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Hilfeplangespräche zu definieren und deren Erreichung zu evaluieren.

Die Kinder können so einerseits Selbstbewusstsein entwickeln und Geleistetes schätzen lernen. Andererseits stoßen sie gegebenenfalls an ihre Grenzen und erhalten die Möglichkeit, Entwicklungspotenzial intrinsisch wahrzunehmen.

Der Arbeitsansatz ressourcenorientierter Intervention/ Empowerment bietet die Möglichkeit, den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung im Leben der Kinder zu erhöhen.

Dem Gedanken des Normalisierungsprinzips wird ein großer Stellenwert zuteil. Eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung, ein strukturierter Tagesablauf, die Trennung verschiedener Lebenswelten, entwicklungspezifische Gegebenheiten, Rechte und Pflichten der Kinder sollen auf ein Leben in der Gesellschaft vorbereiten.

Die Rolle der Betreuer besteht vor allem in den Funktionen des Begleitens, Vorbildes und Vertrauten. Die Betreuer agieren sowohl als Ansprechpartner in allen Lebenslagen als auch als Respektpersonen. Gerade im Rahmen der Bezugsbetreuung sind diese Funktionen von zentralem Stellenwert.

Die Bedeutung von Spielen und Lernen liegt im Hinführen zum Selbstverständnis der Notwendigkeit von Bildung. Spielen kann als Training sozialer Kompetenzen wie zum Beispiel den Umgang mit Niederlagen, Schwächen und Wettbewerb dienen oder für Ablenkung von dem Alltag und Problemen sorgen.

Interkulturelle Erziehung erweitert den Blick auf ethnische Minderheiten durch Einbeziehen deren Sprache, Interessen, kulturellen Aspekte, religiösen Ansichten oder kulinarischen Vorlieben. Vorurteile können so abgebaut oder deren Manifestation vermieden werden.

Eine geschlechtersensible Erziehung soll eine Haltung, geprägt von Gleichberechtigung und Toleranz erzeugen.

Das gemeinsame Erarbeiten und Reflektieren von Regeln und Umgangsformen durch Pädagogen und Kinder in regelmäßig stattfindenden Feedback-Runden schafft eine Akzeptanz der geltenden Grenzen. Dies wird als ständiger Prozess verstanden.

Für manche Kinder kann es durchaus hilfreich sein, ihr Verhalten durch Verhaltenspläne und Token-Systeme zu verändern. Diese werden in Absprache mit dem therapeutischen Personal gemeinsam entwickelt und müssen nicht bei jedem Kind Anwendung finden.

### 11 Pädagogische Arbeit

#### 11.1 Ziele bei der Weiterentwicklung der Basiskompetenzen von Kinder

Elementar sind die Kompetenzen zum Handeln im sozialen Kontext, wie beispielsweise: Soziale Kompetenzen, Werte- und Orientierungskompetenz, Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme und die Bereitschaft zur demokratischen Teilhabe. Diese bedürfen gezielter Förderung, um ein eigenverantwortliches Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

Im Bereich der personalen Kompetenzen finden vor allem die Selbstwahrnehmung sowie motivationale Kompetenzen Beachtung.

Aufbauend darauf sollte im Rahmen der lernmethodischen Kompetenz das *Lernen, wie man lernt* im Vordergrund stehen.

Ein ständiges Ziel ist das Erlernen eines kompetenten Umgangs mit Veränderungen und Belastungen. Dies dient der Förderung von Resilienz und einer zukünftig besseren Bewältigung von persönlichen Krisen.

#### 11.2 Bildungs- und Erziehungsziele für Kinder

Folgende Bildungs- und Erziehungsziele stehen im Zentrum der pädagogischen Arbeit:

- Ethische und religiöse Bildung und Erziehung
- Gesundheitserziehung
- Sprachliche Bildung und Förderung
- Mathematische Bildung
- Naturwissenschaftliche und technische Bildung
- Umweltbildung und -erziehung
- Informationstechnische Bildung, Medienbildung und Erziehung
- Ästhetische, bildnerische und kulturelle Bildung und Erziehung
- Musikalische Bildung und Erziehung
- Bewegungserziehung und -förderung, Sport
- Wiederherstellung und Erhalt seelischen Wohlbefindens, Gesundheit.

#### 11.3 Partizipation

Um Partizipation in den einzelnen Teilbereichen mit den Kindern leben und umsetzen zu können, bedarf es einer methodischen Vorgehensweise.

Eine klare und verlässliche Tagesgestaltung bringt Sicherheit und fördert die Integration in die Gruppe. Die Tagesstrukturen der verschiedenen Wohngruppen sollten sich nicht grundlegend unterscheiden, um eventuelle Wechsel zwischen den Wohngruppen möglichst fließend zu ermöglichen.

Der Tagesablauf an den Werktagen gestaltet sich jeweils gleich, um eine Orientierung zu erleichtern. Möglichkeiten zur Aufnahme von Bezugsbetreuungsgesprächen müssen täglich vorhanden sein. Neben einer engmaschigen Betreuung bedarf es freie Zeiten, die die Kinder eigeninitiativ gestalten müssen.

Altersspezifische Besonderheiten (z.B. Ruhezeiten) sind zu berücksichtigen und gegebenenfalls individuell abzustimmen.

Die Gestaltung der Mahlzeiten und die Auswahl und Zubereitung des Essens als Bestandteil einer gemeinsamen Tagesstruktur bieten Möglichkeiten für Gespräche und soziale Interaktion.

## Konzeptentwurf

Oktober 2016

Das Bewusstsein um die Bedeutung der Gruppe schafft ein Zusammengehörigkeitsgefühl und Grundlagen für das Leben in der Einrichtung.

Ein breites, abwechslungsreiches und ressourcenorientiertes Angebotskonzept kann die Akzeptanz der Unterbringung erhöhen und vermittelt den Kindern Möglichkeiten zur sinnvollen Freizeitgestaltung.

Projektarbeit ermöglicht das selbstständige Bearbeiten einer Aufgabe oder eines Problems durch eine Gruppe von der Planung über die Durchführung bis zur Präsentation des Ergebnisses. Projektarbeit ist eine Methode demokratischen und handlungsorientierten Lernens, bei der sich Lernende zur Bearbeitung einer Aufgabe oder eines Problems zusammenfinden, um in größtmöglicher Eigenverantwortung immer auch handelnd-lernend tätig zu sein.

Bei der Erstellung eines geeigneten Raumkonzeptes stehen Gestaltung und Ausstattung im Fokus. Gemeinsames Dekorieren unter Beachtung jahreszeitlicher Aspekte und der Wirkung von Farben und Formen erleichtert den Kindern die Wohnform anzunehmen. Material, Bücher, Medien, Werkzeug, Gesellschaftsspiele etc. ermöglichen selbständige Beschäftigung und Interaktion in der Gruppe.

Eine aktive Gestaltung von Möglichkeiten zu Ruhepausen sowie Rückzugsmöglichkeiten bieten Raum für Privatsphäre und können, gegebenenfalls auch präventiv, deeskalierend wirksam sein.

Übergänge sind langfristig vorzubereiten und die betroffenen Kinder entsprechend einzubeziehen, um einen eventuellen Abbau der Akzeptanz der Wohnform zu verhindern.

### 11.4 Erlebnispädagogik

Erlebnispädagogik stellt eine handlungsorientierte Methode dar. Sie fördert die Entwicklung in den Bereichen des Verhaltens, des Denkens sowie des Fühlens. Die Kinder lernen mit den angewandten Methoden ihre Grenzen und Fähigkeiten auf eine erlebbare Weise kennen. Indem sie fühlbare Widerstände überwinden und sich mit den anderen Teilnehmern oder dem pädagogischen Begleiter auseinander setzen können, werden sie befähigt einen anderen Zugang zu sich selbst und ihren Gefühlen zu erlangen. Während und nach der erlebnispädagogischen Einheit werden die Geschehnisse (regelmäßig) reflektiert und besprochen. Somit können auf eine ganzheitliche Weise in Realsituationen soziale, sachliche und ökologische Lernziele erreicht werden.

Nach dem Motto „Störungen haben Vorrang“ gibt es für den Einsatz der erlebnispädagogischen Elemente keinen vorgeschriebenen Zeitplan.

Orientiert an den Bedürfnissen des Kindes oder der Gruppe werden diese Elemente eingebaut.

Jedoch unternimmt jede Wohngruppe mindestens einmal im Jahr eine erlebnispädagogische Woche. Weiterhin hat jeder Bezugsbetreuer die Möglichkeit, nach Bedarf mit seinem Bezugskind über mehrere Tage/ Wochen erlebnispädagogisch außerhalb der Wohngruppe zu arbeiten, wenn dies persönlichkeitsfördernd und zielführend ist. Diese Maßnahme wird vorher mit dem JA abgesprochen.

## 12 Therapeutische Arbeit

Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sind erfahren im Umgang mit herausfordernden Kindern. Beide bieten bei Bedarf zeitnahe Gesprächsangebote an. Zudem finden wöchentlich gruppentherapeutisch verbindliche Termine für die einzelnen Wohngruppen statt. Diese beinhalten neben ressourcenorientierten Inhalten, das Training sozialer Kompetenzen im Rahmen der Gleichaltrigengruppe, gruppendynamische Elemente, Zielarbeit sowie altersspezifische Themen („typisch Mädchen, typisch Jungs“, Erwachsenwerden, Perspektiven schaffen). Ebenfalls werden in der Gruppentherapie aktuelle Konflikte und Krisen aufgearbeitet. Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut arbeitet in enger Kooperation mit dem Team der Wohngruppe, den Kollegen der KJP, den Spezialtherapeuten und dem externen Supervisor zusammen.

### 13 Arbeit mit der Herkunftsfamilie

Auch wenn die Eltern nicht über das Sorgerecht oder nur über eine Teilsorge verfügen, ist die Einbindung der sozialen wie leiblichen Eltern von großer Bedeutung.

Bei Vorhandensein eines Vormundes wird dieser so intensiv wie möglich und nötig in die für ihn relevanten Bereiche der Arbeit einbezogen.

#### 13.1 Elternarbeit

Zielstellung der Elternarbeit ist die Erhaltung oder der Wiederaufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen den Eltern und dem Kind.

Die Arbeit mit den Eltern findet eine besondere Berücksichtigung in der pädagogischen Arbeit.

Regelmäßige Elternkontakte geben den Eltern die Möglichkeit, sich aktiv am Lebensalltag ihres Kindes zu beteiligen.

Förder- und Therapiepläne werden in der interdisziplinären Zusammenarbeit von Fachkräften unter Einbeziehung der Eltern oder PSB erstellt.

#### 13.2 Aufnahmegespräch

- In der Eingewöhnungsphase werden mit den Eltern die Rechte und Pflichten besprochen und vereinbart. Des Weiteren werden die gesundheitlichen Besonderheiten des Kindes und etwaige medikamentöse Einstellungen erörtert.
- Nennung des Bezugsbetreuers (und Stellvertreter) und damit Hauptvermittler zwischen Eltern und Kind und Einrichtung.
  - Der Bezugsbetreuer ist während der Aufnahme bzw. Übernahme des Kindes anwesend.
- Absprachen zu den im Hilfeplan festgelegten Zielen und damit verbundenen einzelnen Betreuungsphasen.
- Klärung der Besuche von Eltern (Geburtstage/ Feiertage) in der Einrichtung als sozialpädagogisch begleitete Begegnung zwischen Eltern und Kind in geschützter Umgebung. Nachbereitung dieser, um eine Wiederherstellung einer gesunden Eltern-Kind-Beziehung zu fördern.
- Besuche der Eltern in der Einrichtung und Beurlaubungen des Kindes während der Eingewöhnungszeit werden mit Fokus auf die Annahmefähigkeit der Hilfen zur Erziehung (HzE) anfänglich reduziert und an die unterschiedlichen Phasen der HzE angepasst.

#### 13.3 Systemische Fallarbeit

- Erstellen eines Genogramms und einer Netzwerkkarte.
- Eruiierung familiärer Ressourcen im Kontext einer gelingenden Hilfestellung.
- Erkennen marginaler Eltern-Kind-Problematiken.
- Lösungsorientierte Familienarbeit.
- Bedarfsentwicklung zur Findung einer geeigneten Nachfolgeeinrichtung, Verselbständigung oder Rückführung in das Elternhaus.

#### 13.4 Elterngespräche in unterschiedlichen Formen

- Elterngespräche finden alle acht Wochen statt
  - Auswertung von Teilschritten des Hilfeplanes
  - Einschätzung vom PSB zu Entwicklungsschritten des Kindes im Umgang mit der Herkunftsfamilie
  - Konkretisierung des Kontaktes zwischen den Eltern und dem Kind
- Elterngespräche nach akut überstandenen Krisen



## Konzeptentwurf

Oktober 2016

- Gruppenernabende (nur PSB) ¼ jährlich
  - Abstimmung von erkennbaren Bedarfen des Kindes im Kontext der Gruppe
  - Vorbereitung gemeinsamer Gruppen/ Elternveranstaltungen (z.B. Sommerfest)
  - Abstimmung geplanter (möglicher) Ferienveranstaltungen/ Ferienfahrten
  - Schulung der Eltern in bestimmten Themenbereichen z.B.: Konsequenzen, Regeln, Störungsbilder, altersentsprechende Bedürfnisse etc.
- Teamgespräche (Eltern-WG-Kind) ¼ jährlich
  - wertschätzende Widerspiegelung der momentan laufenden HzE
  - Erwartungen des Kindes und der PSB
  - Lösungsorientierter Austausch zum weiteren Hilfeverlauf

### 14 Beschulung und berufliche Perspektive

Aufgrund der Multiproblembelastung und der damit häufig verbundenen seelischen Not der Kinder muss davon ausgegangen werden, dass auch im Bereich Schule und Bildung herausfordernde Verhaltensweisen auftreten oder aufgetreten sind. Daraus resultierend kam es zu Brüchen in der Bildungskarriere. Schulwechsel, Schulverweigerung, Schulstrafen oder Schulausschluss, keine adäquate Bildungsangebote, eine Abkoppelung vom aktuellen Lernstoff oder, dass für die Kinder schulische Bildung aktuell kein relevantes Lebensthema ist, sind häufige Gründe für diese Brüche. Daraus ergeben sich mehrere inhaltliche Schwerpunkte in der Betreuung. Dazu gehören die Stärkung, Entwicklung und sichere Anwendung sozialer Kompetenzen, die schulische und berufliche Ausbildung mit Erfüllung der Schulbesuchspflicht und eine auf Selbstständigkeit ausgerichtete und an der individuellen Leistungsfähigkeit der Kinder orientierte, realistische Perspektivplanung.

Grundsätzlich liegt die Verantwortung für die Realisierung von Beschulung bei den zuständigen Behörden wie Bildungsagentur, Schulverwaltungsamt und Jobcenter (z.B. § 1 SchulG Sachsen, Rahmenbildungsplan Sachsen).

Aus diesem Grund ist das übergeordnete Ziel im Bereich schulische und berufliche Bildung, den Kindern die Teilhabe an bestehenden Angeboten zu ermöglichen und sie in das Regelschulsystem zu inkludieren. Daraus ergibt sich die zwingende Notwendigkeit der Kooperation zwischen Schule/ Schulsystem, anderen förderlichen Angeboten und der Einrichtung.

#### 14.1 Kooperation

Unabhängig davon, ob die Kinder zum Zeitpunkt der Aufnahme in der Einrichtung die Schule/ berufsbildende Maßnahme besuchen, ist mit der verantwortlichen Stammschule und der Sächsischen Bildungsagentur Kontakt aufzunehmen. In einem gemeinsamen einführenden Gespräch (mit Beteiligung des JA) und im Verlauf regelmäßigen weiteren Gesprächen (alle drei Monate) werden Hypothesen gebildet, wie die Integration des Schülers ins Regelschulsystem gelingen kann. Weiterhin werden konkrete Handlungsschritte und Verantwortlichkeiten zwischen den Beteiligten festgelegt. Dazu werden die Erfahrungen der bisherigen Schulkarriere, die aktuelle Lebenssituation, die aktuelle Leistungsfähigkeit sowie wichtige und hilfreiche Personen aus der Lebenswelt des Schülers berücksichtigt. Ist aktuell kein Schulbesuch möglich oder sinnvoll, bleibt die Schule dennoch in der Verantwortung und ist auch im außerschulischen Bildungsprozess bzw. dem Reintegrationsprozess aktiv beteiligt. Alle Fachkräfte haben die Bereitschaft und Verpflichtung nach individuellen Lösungen zu suchen, bei denen die Entwicklung und Verbesserung der Teilhabe des Schülers im Mittelpunkt stehen. Dieser Prozess wird initiativ von der Schule/ Sächsischen Bildungsagentur gesteuert. Alle beteiligten Behörden und der LE tragen in eigener Zuständigkeit dafür Sorge, dass Mitarbeiter zur Umsetzung dieser Leitlinien ausreichend qualifiziert sind und über entsprechende zeitliche Ressourcen verfügen.

## Konzeptentwurf

Oktober 2016

Unabhängig vom konkreten Einzelfall werden stabile und langfristige Netzwerkbeziehungen zwischen den involvierten Fachkräften und Institutionen aufgebaut. Diese können sich positiv auf die Lösungsfindung im Einzelfall auswirken. Weiterhin ist davon eine strukturell wirkende Veränderung und eine Verbesserung der Inklusion der beschriebenen Zielgruppe zu erwarten.

### 14.2 Schulbesuch

Findet ein Schulbesuch noch oder wieder statt, wird dieser zum einen wie unter 14.1. beschrieben eingeleitet und begleitet. Darüber hinaus findet im Rahmen der Bezugsbetreuung eine engmaschige bzw. ereignisnahe Reflektion statt, um den Kindern Möglichkeiten zur Entlastung, Selbstreflektion und ggf. Formulierung von Unterstützungsbedarf zu geben. Dazu gehören auch Absprachen zur Erledigung von Haus- und Lernaufgaben.

Auf struktureller Ebene werden alle Maßnahmen geprüft und ggf. umgesetzt die zur Inklusion beitragen können.

Darunter können zum Beispiel folgende Maßnahmen fallen:

- Individuelle Absprachen zu verkürzten Unterrichtszeiten
- Möglichkeiten des Rückzuges und der Auszeit im normalen Schulbetrieb
- Feststellung und Umsetzung von sonderpädagogischen Förderbedarfen
- Feststellung und Umsetzung von Integrationsbedarf
- Gewährung von Nachteilsausgleich
- Schulintegrationshilfe nach § 35a SGB VIII
- Feste Ansprechpartner in der Schule
- Individuelle Absprachen zur Bewältigung des Lernstoffes.

Dabei ist entscheidend, es nicht bei der Feststellung des Anspruches zu belassen, sondern eine tatsächliche kontinuierliche Umsetzung mit einer wohlwollenden Fehlertoleranz zu erreichen. Da die Erfahrungen in der Praxis zeigen, dass neben den individuellen Problemlagen, strukturelle Schwächen und fehlende Ressourcen im Bildungssystem maßgeblich zum Scheitern von Inklusion beitragen, gilt es auch hier Netzwerkbeziehungen aktiv zu nutzen.

Dies kann beispielsweise bedeuten, Kooperationsbeziehungen nicht mit allen, sondern einigen ausgewählten Schulen zu pflegen. Damit profitieren nicht nur die Kinder, sondern der Einsatz von Ressourcen bleibt verhältnismäßig.

### 14.3 Tagesstrukturierende Maßnahmen und Kompetenztraining

Erfolgt kein Schulbesuch, liegt es in der Verantwortung der Einrichtung mit den Kindern individuelle tagesstrukturierende Maßnahmen auszuhandeln und deren Umsetzung zu begleiten. Diese sollen so gewählt sein, dass es den Kindern möglich ist, Erfahrungen in den Bereichen Selbstreflektion, Anstrengungsbereitschaft, Gemeinschaftssinn, Erfolg- und Misserfolg und Interessenbildung zu machen. Diese stehen in der Regel im Zusammenhang mit dem übrigen Themen in der Betreuung. Sie sind auf das unmittelbare Lebensumfeld des Kindes bezogen.

Darunter fallen beispielsweise:

- Handwerkliche Tätigkeiten zur Erhaltung des Objektes
- Hauswirtschaftliche Tätigkeiten zur Versorgung von Bewohnern und Mitarbeitern
- Tätigkeiten in den in der Einrichtung vorgehalten Werkstatt- oder Kreativbereichen
- Erschließung externer Möglichkeiten wie Praktika, Hospitationen, Aushilfsjobs o.ä..

Es erfolgt eine Rücksprache mit der Stammschule, um - wenn möglich - vorbereitend relevante Inhalte des aktuellen Lernstoffes zu berücksichtigen.

### 14.4 Interne (Web-) Beschulung

Aus den unter 14. genannten Gründen bietet die Einrichtung keine interne Beschulung zur Erfüllung der Schulpflicht an. In begründeten Ausnahmefällen, kann eine Webbeschulung erfolgen. Voraussetzung dafür ist zwingendermaßen eine ausreichend hohe Eigenmotivation, grundlegende Fähigkeiten im selbständigen Lernen und Arbeiten und die Bereitschaft zur mittelfristigen Reintegration in die Regelschule.

In der Verantwortung der Sächsischen Bildungsagentur/ des Schulverwaltungsamtes liegen die Anerkennung der Schulpflicht, sowie die Übernahme der Schulgebühren. In Fällen, in denen Förderbedarf im Bereich Lernen oder Sprache festgestellt wurde oder Integrationsstatus besteht, stellt die Sächsische Bildungsagentur geeignetes Personal zur Unterstützung der Webbeschulung zur Verfügung. Ansonsten wird die Webbeschulung durch die Betreuer der Einrichtung unterstützt. Die Unterstützung wird zum Beispiel nötig, wenn es um Hilfestellungen bei der Strukturierung und Umsetzung von Lernzeiten, Orientierung im Arbeitsmaterial, Hilfestellung beim Aufgabenverständnis, sowie sozial-emotionaler Unterstützung geht.

### 14.5 Berufliche Bildung und individualisierte Perspektivplanung

Für die berufliche Bildung sind die Leitlinien aus 14.1.-4. analog anzuwenden. Im Bereich der beruflichen Bildung gilt es stärker als in der schulischen Bildung die Interessen und Neigungen der Kinder ganzheitlich zu berücksichtigen, um die Erfolgsaussichten zu erhöhen. Das bedeutet, Kinder sollen sich im Rahmen der Bezugsbetreuung oder bei entsprechender Motivation bei externen Angeboten mit ihren Lebensthemen und -zielen auseinandersetzen, eine möglichst realistische Einschätzung zu ihrer Leistungsfähigkeit treffen können und entsprechende Berufsfelder entsprechend eingrenzen.

Aufgrund der Vorgeschichte und den in der Regel noch bestehenden Schwierigkeiten, sind bei der Wahl der geeigneten Maßnahme, Ausbildung oder Beschäftigung nicht nur formale Faktoren wie Berufsschulpflicht, Erfüllung von Zugangsvoraussetzungen und Finanzierung des Lebensunterhaltes zu berücksichtigen, sondern auch persönlichkeitsstabilisierende und -fördernde Aspekte.

Dies impliziert, dass auch ungewöhnliche und kreative Wege Möglichkeiten darstellen, die mittel- oder langfristig zum Ziel führen. Weiterhin sollen dadurch die Reintegration in die Gesellschaft und das unmittelbare soziale Umfeld gefördert und somit Unabhängigkeit und Mündigkeit des Kindes ermöglicht werden.

## 15 Krisenmanagement

Hauptziel des internen Krisenmanagements ist es, das Personal zu befähigen, in sich ankündigenden Krisen deeskalierend zu handeln und einer Krise durch fachliche Kompetenz und Beziehungsarbeit vorzubeugen.

### 15.1 Definition Krise

Eine Krisensituation ist als ein, durch ein überraschendes Ereignis oder akutes Geschehen hervorgerufener, schmerzhafter seelischer Zustand oder Konflikt innerhalb einer Person oder zwischen mehreren beteiligten Personen zu verstehen. Er entsteht, wenn sich eine Person oder eine Gruppe Hindernissen auf dem Weg zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder bei der Alltagsbewältigung gegenüber sieht und diese nicht mit den gewohnten Problemlösungsmethoden bewältigen kann. Eine Krise in diesem Sinne äußert sich als plötzliche oder fortschreitende Verengung der Wahrnehmung, der Wertesysteme sowie der Handlungs- und Problemlösefähigkeiten. Eine Krise stellt bisherige Erfahrungen, Normen, Ziele und Werte in Frage und hat oft für die Person einen bedrohlichen Charakter. Sie ist zeitlich begrenzt.

### 15.2 Akute Eigengefährdung

Eine akute Eigengefährdung liegt vor, wenn Leib und Leben der Person gefährdet sind, z.B. bei akuter Suizidalität, von denen sich die Person nicht glaubhaft und ausreichend distanzieren kann, massiven und schweren selbstzugefügten Verletzungen, Intoxikationen (z.B. durch Drogenkonsum), oder anderen psychiatrischen Notfälle (akute Psychosen, Delir, usw.). Vorrangiges Ziel ist der sofortige Schutz der Person vor sich selbst.

Die Abklärung der Suizidalität erfolgt durch das geschulte Personal vor Ort mit Hilfe von durch den Träger entwickelten Handlungsleitlinien. Fakultativ geschlossene Elemente können als Krisenintervention zum Einsatz kommen (siehe hierzu 15.5).

Eine umgehende akutpsychiatrische Aufnahme ist zu vermeiden und sollte nur in Erwägung gezogen werden, sofern stabilisierende Maßnahmen nicht greifen. Bei akuten lebensbedrohlichen Zuständen ist umgehend ein Notarzt zu informieren. Auch Abgängigkeit aus der Einrichtung, bei der eine Gefahrenlage des Kindes nicht abzuschätzen ist, gilt es im Sinne einer akuten Eigengefährdung zu betrachten und ist entsprechend zu behandeln. Konkrete Ablaufpläne diesbezüglich sind innerhalb der Einrichtung etabliert und kommuniziert.

### 15.3 Akute Fremdgefährdung

Eine akute Fremdgefährdung liegt vor, wenn Leib und Leben anderer Personen gefährdet sind, z.B. bei massiven aggressiven Impulsdurchbrüchen und Erregungszuständen. Dabei ist für das unverzügliche Wohlergehen der anderen Menschen zu sorgen. In diesem Rahmen gilt es, die Gesundheit der Mitarbeiter und Mitbewohner ebenfalls zu schützen (siehe hierzu 15.5).

Das entsprechend geschulte Personal geht zielorientiert, empathisch und besonnen vor, holt sich Hilfe durch das Team, ggf. durch das in Rufbereitschaft befindliche Personal. Ggf. ist Unterstützung durch die Polizei anzufordern. Es existiert ein trägerinterner verschriftlichter Handlungsablauf. Ziel ist stets die Vermeidung der Unterbringung in der KJP.

### 15.4 Umgang mit Krisen

In Krisen ist ruhiges und besonnenes Handeln essentiell. Des Weiteren kommen deeskalierende Maßnahmen durch das Betreuungspersonal zur Anwendung. Vordergründiges Ziel beim Umgang mit Krisen ist ein Krisenmanagement in der Einrichtung. Mitarbeiter der Einrichtung sind in Fertigkeiten und Fähigkeiten des Krisenmanagements und der Krisenintervention sowie Deeskalationsmaßnahmen und -techniken geschult.

Bezüglich der konkreten Abläufe in Krisensituationen sind entsprechende Handlungspläne (Vorgehen akute Eigen- und Fremdgefährdung, Umgang mit fakultativ geschlossenen Elementen) zu erstellen und alle Mitarbeiter der Einrichtung regelmäßig darüber aufzuklären und zu schulen.

### 15.5 Krisenintervention Gruppe N.N.

Die Übernahme in die Gruppe N.N. zur Krisenintervention wird nur dann Anwendung finden, wenn keine andere Krisenintervention geübt hat bzw. ausreichend schnell und sicher greifen wird. Diese Form der Krisenintervention dient vor allem dazu, das Kind nicht auf die Akutstation der KJP einweisen zu müssen.

Jede Krisenintervention durch fakultativ geschlossene Elemente ist zwingend im Nachhinein zu reflektieren. Dabei sind alle Beteiligten einzubeziehen.

- Reflexion mit dem Kind
- Reflexion im Team

Wie oben bereits benannt, wird das Kind von seinem Bezugsbetreuer oder dessen Vertretung in die Gruppe N.N. begleitet. Dem Kind wird zu jeder Zeit ein Beziehungsangebot gemacht und das Gefühl vermittelt, begleitet und nicht weggesperrt zu werden.

## Konzeptentwurf

Oktober 2016

Das Kind wird nicht alleine gelassen, vielmehr bekommt es Unterstützung die Krise zu bewältigen. Eine Aufnahme in die Gruppe N.N., in welcher fakultativ geschlossene Elemente verwendet werden können, ist zeitlich stark begrenzt. Hier kommt der §34 StGB zum Tragen. Diese Maßnahme ist nur bis zum Abklingen des fremd- oder selbstverletzenden Verhaltens zu rechtfertigen.

### 16 Gruppe N.N.

Eine Aufnahme unter besonders geschützten Bedingungen ist im Einzelfall gut abzuwägen und sollte nur in äußersten Notlagen Anwendung finden.

Die Maßnahme der besonders geschützten Bedingungen findet in der Einrichtung lediglich in der Eingangsphase (max. acht Wochen) oder in Krisensituationen (siehe dazu 15.5) Anwendung. Die Betreuer haben darauf zu achten, dass der Alltag unter besonders geschützten Bedingungen mit so viel Normalität wie möglich gestaltet wird.

Die Wohngruppe mit dazu gehörigem Außenbereich ist mit verschiedenen altersadäquaten Freizeitmöglichkeiten ausgestattet.

Die Tagesstruktur weicht nicht nennenswert von der der anderen Wohngruppen ab.

Unter besonders geschützten Bedingungen wird hier verstanden, dass das Gelände so umgeben ist, dass die Kinder dieses nicht allein verlassen können. Weiterhin darf ein Time Out Raum genutzt werden. Die Kinder dürfen in einer Gefahrenlage körperlich begrenzt werden (nur festgehalten, nicht fixiert).

Ist ein Kind in der Wohngruppe gut angekommen und es besteht ein richterlicher Beschluss über diesen Zeitraum hinaus, wird dieser nicht mehr umgesetzt und die besonders geschützten Bedingungen aufgehoben.

#### 16.1 Ausstattung

Die Gruppe N.N. ist eine räumlich getrennte Wohngruppe mit vier Plätzen.

Es existiert ein Time Out Raum mit Sichtfenster und gepolsterten Wänden. Weiterhin sind die Fenster für die Kinder nicht ohne Schlüssel zu öffnen. Es gibt ausschließlich Einzelzimmer. Die gesamte Wohngruppe ist reizarm gestaltet.

Die Küche ist dauerhaft abgeschlossen und kann von den Kindern nur in Begleitung eines Betreuers betreten werden. Küchenschränke sind abgeschlossen. Es gibt keine zerbrechlichen oder scharfen Gegenstände.

Weiterhin existieren ein Dienstzimmer und ein Gemeinschaftsraum.

#### 16.2 Tagesstruktur Gruppe N.N.

Im Rahmen des Aufenthaltes in der Gruppe N.N. können in der Anfangsphase individuelle Tagesstrukturen erarbeitet werden. Zielstellung sollte jedoch die möglichst rasche Annahme der Gegebenheiten der Gruppe sein. In dieser Wohngruppe sind regelmäßige und engmaschige Gruppenrunden sinnvoll, um Probleme frühzeitig zu erkennen und ein gegenseitiges Kennenlernen zu beschleunigen. Einzelgespräche sollten täglich und zeitlich flexibel stattfinden können.

### 17 Qualitätssicherung

Besonders im Umgang mit Kindern mit schwerwiegenden psychiatrischen Störungen ist es wichtig, dass alle in der Betreuungskette arbeitenden Personen über ausreichend Wissen und Handlungskompetenzen im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen besitzen.

Aus diesem Grund wird auch das nichtpädagogische und nichttherapeutische Personal in die unten beschriebenen Maßnahmen eingebunden.

## Konzeptentwurf

Oktober 2016

- **Dienstberatungen**  
An den Dienstberatungen nehmen die Mitglieder des pädagogischen Teams, die Sport-, Kunst- und Ergotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, die Fachbereichsleitung sowie einmal im Monat das nicht pädagogische/ -therapeutische Personal und der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie teil. Diese finden einmal in der Woche statt.
- **Supervision**  
Die Supervision findet alle vier Wochen statt.
- **Klausurtag**  
Einmal im Jahr finden für das pädagogische und therapeutische Personal gruppenintern Klausurtag statt. In diesen wird mit der Fachbereichsleitung an teambildenden Maßnahmen gearbeitet und pädagogische Prozesse innerhalb der Gruppen weiterentwickelt (insbesondere auch Handlungsablaufpläne in Krisen, bei fremd- und selbstverletzenden Verhalten etc.).
- **Weiterbildungen**  
Der Träger gewährleistet, dass jedem Mitarbeiter (eingeschlossen nicht pädagogisches/ -therapeutisches Personal) die Möglichkeit gegeben wird, sich weiter- und fortzubilden. Gleichzeitig verpflichtet sich jeder Mitarbeiter, sich in regelmäßigen und angemessenen Abständen, weiter- und fortzubilden. Die Weiterbildungsinhalte beziehen sich auf die speziellen Bedarfe der Zielgruppe und der Arbeit mit ebendieser.

### 18 Wissenschaftliche Begleitung

Geplant ist eine wissenschaftliche Begleitung der Wohngruppe. In dieser soll die Effektivität und Möglichkeiten/ Optionen der Optimierung geprüft werden.

Weiterhin wird der Umgang der Mitarbeiter mit den fakultativ geschlossenen Elementen und deren Effektivität überprüft. Dabei liegt besonderes Augenmerk auf der Verhinderung von missbräuchlichen Anwendungen und die Entwicklung eines effektiven Beschwerdemanagements.