

Abschlussbericht des Modellprojekts:
„Kooperation von Kinder- und Jugend-
psychiatrie, Jugendhilfe und Schule“
in der Region Berlin Südwest.
2005 - 2008



Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008

Impressum

Herausgeber:

Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg von Berlin
Abteilung Gesundheit und Soziales
Bezirksstadträtin Dr. Sibyll Klotz

Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin
Abteilung Wirtschaft, Gesundheit und Verkehr
Bezirksstadträtin Barbara Loth

Schlussredaktion: Werner Freese, Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg, Planungs- und
Koordinierungsstelle Gesundheit
Michael Holz, Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf, Planungs- und
Koordinierungsstelle Gesundheit
Signe Adam, Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg, Planungs- und
Koordinierungsstelle Gesundheit
Projektteam

Satz und Layout: Signe Adam

Kontakt:

Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg von Berlin
Abteilung Gesundheit und Soziales
Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit
Tempelhofer Damm 165, 12099 Berlin
Telefon: 7560 4780
Fax: 7560 8748

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	4
VORWORT	6
1. AUSGANGSLAGE	7
1.1. Die Vor-Projektzeit	7
1.2. Die Projektmanagementschulung	8
1.3. Die Projektgremien	8
1.3.1. Der Lenkungsausschuss	8
1.3.2. Der Projektbeirat	8
1.3.3. Das Projektteam	9
1.4. Die Projektziele gemäß Projektauftrag	9
1.5. Die Projektstrukturplanung	10
1.6. Evaluation	11
2. ERGEBNISSE UND EINSCHÄTZUNGEN DES PROJEKTES	12
2.1. Die Analysephase	12
2.1.1. Zielstellung	12
2.1.2. Einzelne Ergebnisse und Festlegungen der Analysephase	12
2.1.3. Beschreibung der Kooperation in der Region Südwest	12
2.1.4. Rahmenbedingungen (Verfahrensabläufe)	12
2.1.5. Fallstatistik	13
2.1.6. Einsparungen durch Kooperation	13
2.1.7. Definition der Zielgruppe	13
2.1.8. Auswahl der Pilotfälle	13
2.1.9. Schulungen	13
2.1.10. Öffentlichkeitsarbeit	14
2.1.11. Fallbesprechungen	14
2.1.12. Ausblick zum Ende der Analysephase	14
2.2. Erprobungs- und Umsetzungsphase/ Pilotfälle	14
2.2.1. Konzeptphase	14
2.2.2. Praktische Phase	16
2.2.3. Fort- und Weiterbildung	35
2.3. Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit	37
2.3.1. Ergebnisse/Erfahrungen des Projektteams	37
2.3.2. Handlungsempfehlungen des Projektteams	38
2.3.3. Einzelne Stellungnahmen Projektteammitglieder zu Ergebnissen und Handlungsempfehlungen:	38

3. ANHANG	42
3.1. Anlage 1 – Mitglieder des Lenkungsausschusses (Stand: 23.01.2008)	42
3.2. Anlage 2 – Mitglieder des Beirates (Stand: 23.01.2008)	43
3.3. Anlage 3 - Mitglieder des Projektteams (Stand: 23.01.2008)	44
3.4. Anlage 4 - Instrumente	46
Daten des Kindes	46
Einwilligungserklärung zur Vorstellung in der Fallkonferenz und Entbindung von der Schweigepflicht	47
Protokoll der Fallkonferenz	49
Einschätzungsbogen	51
3.5. Kooperationsvereinbarung	63
4. LITERATURHINWEISE	71

Vorwort

Kinder und Jugendliche, die aufgrund ihres Verhaltens ihre Eltern und Pädagogen, ihr soziales Umfeld und professionelle Helfer an die Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeiten bringen, stellen eine besondere Herausforderung an die Qualität unserer Hilfesysteme dar. Diejenigen jungen Menschen, deren Hilfebedarf gleichzeitig in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, in der Schule und bei den Beratungs- und Betreuungsangeboten der Jugendhilfe offenkundig wird, sind gewiss nur eine kleine Zielgruppe. Sie sind jedoch die „Schwierigsten“, sie kosten viel Zeit, Kraft und Nerven und leiden zumeist selbst sehr an sich und ihren Beeinträchtigungen.

Wenn diesen jungen Menschen nicht frühzeitig adäquat geholfen wird, wird ihre gesundheitliche, seelische und soziale Entwicklung empfindlich behindert und ein selbstbestimmtes Leben auf einer soliden Bildungsbasis rückt in weite Ferne.

Der vorliegende Abschlussbericht des über fast drei Jahre in unseren beiden Bezirken durchgeführten Modellprojektes „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ hat eindeutig gezeigt, dass interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation machbar sind. Der Bericht soll mit seinen Ergebnissen und Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule beitragen. Die Lösungsansätze und Instrumente basieren auf den praktischen Projektergebnissen und der breiten Beteiligung von Experten aus den beteiligten Disziplinen und Fachdiensten. Gleichzeitig soll er eine Handreichung sein, die den Verantwortlichen in den Bezirken die Notwendigkeit und die Möglichkeiten zu strukturellen Veränderungen in der verbindlichen Zusammenarbeit aufzeigt. Sie setzt Standards für die Kommunikation der Fachkräfte aus den unterschiedlichen Fachdisziplinen und ihre professionelle Haltung. Sie fördert die Identifikation mit den Zielen und Formen gemeinsamen Handelns und verhilft zu einer Orientierung über die Rahmenbedingungen in den betreffenden Arbeitsfeldern.

Uns ist bewusst, dass die Veränderungen nur dann umgesetzt werden können, wenn sie von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der beteiligten Dienste mitgetragen werden. Wir hoffen deshalb, dass dieser Bericht starke Impulse zum aktiven Mitgestalten der gemeinsamen Fallarbeit auslösen bzw. verstärken wird.

Ein Kind mit einem komplexen, fachbereichsübergreifenden Hilfebedarf benötigt gerade keine komplexen Zuständigkeiten, keine „hilflosen Helfer“, die erleichtert sind, wenn ein anderer Fachbereich die Zuständigkeit übernimmt. Vielmehr müssen alle notwendigen Hilfen so auf die besondere, die individuelle Lebenssituation zugeschnitten sein, dass sie „wie aus einer Hand“ erscheinen.

Dr. Sibyll Klotz
Stadträtin für Gesundheit
und Soziales
Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg

Barbara Loth
Stadträtin für Wirtschaft,
Gesundheit und Verkehr
Bezirksamt Steglitz- Zehlendorf

1. Ausgangslage

(Werner Freese)

Die Fachbereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule haben für die besonderen Bedürfnisse und Hilfeansprüche von „auffälligen Kindern und Jugendlichen“ jeweils ein eigenes Bündel von Hilfen entwickelt. Für Kinder und Jugendliche mit einem fachbereichsübergreifenden Hilfebedarf ist jedoch eine frühzeitiges, ganzheitliches und abgestimmtes, zeitgleiches Handeln der Hilfesysteme im Sinne einer gemeinsamen Fallverantwortung mit Vernetzung der fachspezifischen Hilfen häufig effektiver.

Aus der gemeinsamen Verantwortung der Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule für Kinder und Jugendliche mit einem komplexen fachbereichsübergreifenden Hilfebedarf und ihre Familien ergibt sich die Notwendigkeit ressortübergreifender intensiver Zusammenarbeit, damit diese Bereiche die Entwicklung und Schaffung von bedarfsgerechten Angeboten optimal realisieren können.

Eine verbindliche und vertraglich vereinbarte Kooperation zwischen den Fachdisziplinen in getrennten Organisationseinheiten ist notwendig, um den komplexen Hilfebedarf im Einzelfall bedarfsgerecht festzustellen und erfolgversprechend zu erfüllen. Die Beteiligten erlangen damit Kenntnisse über das jeweilige andere System und können Notwendigkeit, Art und Zeitpunkt des Einsatzes einer Hilfe besser einschätzen. Ganzheitliche und gemeinsame Fallverantwortung und abgestimmtes zeitgleiches Handeln in den Hilfesystemen sind die Voraussetzung für eine am Einzelfall lösungsorientierte Hilfeplanung und eine gelingende Hilfeplanentscheidung, wodurch Qualität und Effektivität und der Anspruch der jungen Menschen auf rechtzeitige, alle betroffene Lebensfelder berücksichtigende Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gesichert werden.

In den Tätigkeitsbereichen der drei Fachdisziplinen gibt es Überschneidungen und Abgrenzungsprobleme. Hinzu kommen Kommunikationsstörungen und eine nicht ausreichende Kooperation zwischen den Institutionen und Handelnden sowie auch konkurrierende Einrichtungs- bzw. Trägerinteressen, die den Zugang der Betroffenen zu adäquaten Hilfsangeboten erschweren. Weiterhin verhindern vielfach starre Strukturen zeitnahe und flexible Hilfen.

1.1. Die Vor-Projektzeit

Mit der Psychiatrieplanung des Landes Berlin – Teil II – Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung wurden 1995 erstmalig Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgungsregionen definiert, wobei eine Versorgungsregion jeweils zwei Berliner Bezirke umfassen sollte. Die Regionen wurden im Krankenhausplan 1999 aufgrund der bevorstehenden Bezirksreform neu festgelegt. Die Bezirke Steglitz und Zehlendorf, Tempelhof und Schöneberg bilden die Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgungsregion Südwest mit ca. 635 000 Einwohnern. Erst 2001 wurden diese 4 Bezirke zu den beiden Bezirken Steglitz-Zehlendorf und Tempelhof-Schöneberg fusioniert. Es gab verschiedenste Planungen zur Neuordnung der stationären Versorgung, die damals noch fernab vom Heimatwohntort in zwei Kliniken in den Bezirken Reinickendorf und Spandau stattfand. Es gab über mehrere Jahre hinweg mehrere angedachte Standorte bevor letztendlich die Entscheidung für den Klinikstandort am St. Joseph-Krankenhaus in Tempelhof fiel. Nach längerer Planung und Bauzeit wurde im April 2003 im St. Joseph-Krankenhaus in Tempelhof die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters mit einer Institutsambulanz sowie je 20 stationären und 20 teilstationären Betten eröffnet.

Bereits längere Zeit vor der Klinikeröffnung trafen sich regelmäßig Fachleute der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Jugendhilfe und des Schulbereichs aus Steglitz-Zehlendorf und Tempelhof-Schöneberg in der sogenannten *AG Südwest* als Planungs- und Diskussionsgremium für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung der Region Südwest. Die Eröffnung der Klinik wurde von diesem Gremium somit intensiv begleitet. Die Verantwortlichen in den Bezirken und den Senatsverwaltungen hatten schon lange erkannt, dass die Versorgung insbesondere von schwierigen Kindern aufgrund einer mangelnden Kooperation der Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule absolut unzureichend stattfindet. Unter Federführung des Landesbeauftragten für Psychiatrie der damaligen Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz wurde deshalb im September 2000 eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe mit VertreterInnen der damaligen Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen, der Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport und den entsprechenden Landesämtern sowie dem Landesarzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie gegründet. Diese arbeitete unter Hinzuziehung von Fachleuten aus den verschiedensten Bereichen und legte im April 2003 ihren Bericht mit Leitlinien und Empfehlungen zur Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule vor. Es wurde beschlossen, die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe zu erproben und ggf. für die Anforderungen der Versorgungspraxis anzupassen und zu verändern. Die Senatsverwaltung forderte im Oktober 2003 interessierte Regionen zur Bewerbung auf.

Die Teilnehmer der AG Südwest signalisierten spontan ihre Bereitschaft, dieses Modellprojekt in der Region Südwest durchzuführen. Die für die Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule

Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008

zuständigen Stadträtinnen und Stadträte und Schulrätinnen und Schulräte unterstützten die Bewerbung der Region Südwest für die Durchführung des Modellprojektes. Insbesondere, weil in dieser Region die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie kurz vor der Eröffnung stand, die Entwicklung neuer Kooperationsstrukturen notwendig war, erhielt die Region Südwest den Zuschlag für die Durchführung des Modellprojektes. Im März 2004 fand eine Auftaktveranstaltung der beiden Senatsverwaltungen unter Beteiligung der zuständigen Staatssekretäre und der Stadträtinnen und Stadträte statt. Außerdem waren Verantwortliche der drei Fortbildungsinstitute für die Bereiche Gesundheit, Jugend und Schule (Verwaltungsakademie Berlin Institut für Verwaltungsmanagement, Sozialpädagogische Fortbildungsstätte Jagdschloss Glienicke sowie das Berliner Landesinstitut für Schule und Medien) anwesend. Diese hatten den Auftrag, das Modellprojekt zu unterstützen. Die AG Südwest hatte ihre Arbeit im Oktober 2004 eingestellt. Der Kern der AG begann mit der Arbeit im Sinne des zukünftigen Modellprojektes, aber der offizielle Projektstart in der Region sollte erst im nächsten Jahr erfolgen.

1.2. Die Projektmanagementschulung

Nach und nach wurde den Projektbeteiligten schon vor Projektbeginn der riesige Umfang der Aufgabenstellung bewusst, nämlich innerhalb von zwei Jahren für zwölf mehr oder weniger unterschiedlich arbeitende Arbeitsfelder (3 Fachbereiche in 4 (Alt)Bezirken) gemeinsam mit der für beide Bezirke zuständigen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie einheitliche Kooperationsstrukturen zu entwickeln, um für Kinder und Jugendliche mit einem fachbereichsübergreifenden, komplexen Hilfebedarf die notwendigen Hilfen optimal anbieten zu können. Den zunächst bereitstehenden potentiellen 10 Projektteammitgliedern wurde bald deutlich, dass eine Unterstützung von außen notwendig ist, um das vorhandene Dickicht von Methodik, Zielen, Wirkungsindikatoren, Controlling, Zeitschienen usw. zu durchdringen. Konkret: Das Projektteam benötigt eine Schulung im Projektmanagement. Die Verwaltungsakademie Berlin stellte Finanzmittel für einen 4-tägigen Workshop zur Verfügung, der im September 2004 stattfand.

Die Projektmanagementschulung zeigte die Notwendigkeit auf, für die Erteilung und Begleitung des Projektauftrages einen Lenkungsausschuss und einen fachlichen Projektbeirat mit den Verantwortlichen der Bezirke und der Senatsverwaltungen zu etablieren. Sie machte auch bereits deutlich, dass die Projektarbeit, wie es vorgegeben war, von den Projektteammitgliedern nur sehr schwer neben der üblichen Arbeit ohne Aufgabenteilung leistbar ist. Offenkundig wurde auch, dass es unverzichtbar ist für die Aufgaben der Koordinierung, der Dokumentation und der Geschäftsführung eine zusätzliche ¾ Personalstelle Projektkassistenten zu besetzen. Eine entsprechende Stelle wurde dann umgehend beim zentralen Personalüberhangmanagement beantragt, bewilligt und konnte zum Januar 2005 besetzt werden.

1.3. Die Projektgremien

1.3.1. Der Lenkungsausschuss

Der Lenkungsausschuss war das oberste Entscheidungsgremium des Modellprojektes. Er tagte bei Bedarf, jedoch mindestens vor jedem im Projektablauf benannten „Meilenstein“. Ihm oblag die Entscheidungskompetenz für alle grundsätzlichen Projektangelegenheiten. Dem Lenkungsausschuss gehörten insbesondere alle für die Bereiche Gesundheit, Jugend und Schule zuständigen Stadträtinnen und Stadträte beider Bezirke, die Klinikleitung sowie VertreterInnen der beteiligten Senatsverwaltungen an (die genaue Zusammensetzung des Lenkungsausschusses entnehmen Sie bitte der Anlage 1).

Der Lenkungsausschuss erteilte letztendlich im April 2005 rückwirkend zum 1. Februar 2005 (das Projektteam hatte im Vertrauen auf einen Projektauftrag seine Arbeit bereits begonnen) den Auftrag für die Durchführung des Modellprojektes bis zum 31. Januar 2007.

1.3.2. Der Projektbeirat

Ein Projektbeirat (die Zusammensetzung des Beirates entnehmen Sie bitte der Anlage 2) wurde auf Wunsch des Lenkungsausschusses insbesondere deshalb gebildet, weil der Lenkungsausschuss zu einem großen Teil aus Fachpolitikern bestand, welche eine Einbeziehung ihrer leitenden Fachbeamtinnen und Fachbeamten sowie der Schulaufsicht wünschten. Darüber hinaus wurde durch die Berufung von zwei Vertretern der freien Träger der Jugendhilfe eine zumindest teilweise Einbeziehung der freien Träger der Jugendhilfe in das Projekt erreicht.

Das Projektteam berief gemäß Projektauftrag den Beirat mindestens halbjährlich ein, jedoch in jedem Fall vor jeder Sitzung des Lenkungsausschusses. Der Beirat wurde über den Stand des Projektes und die erarbeiteten Ergebnisse informiert und sollte hierzu Stellung nehmen und Anregungen geben.

1.3.3. Das Projektteam

Im Projektauftrag wurde die Aufgabe des Projektteams folgendermaßen definiert:

Die Mitglieder arbeiten anhand eines vom Projektteam entwickelten Projektstrukturplans in einem festgelegten Zeitrahmen ihnen übertragene Arbeitspakete ab. Sie informieren in den monatlichen Sitzungen des Projektteams über den Stand ihrer Arbeitspakete. Das Projektteam erarbeitet Beschlussvorlagen für den Lenkungsausschuss. Die Projektleitung entscheidet im Einvernehmen mit dem Projektteam über das Vorgehen und die Verteilung von Aufgaben. Die Projektleitung kann Zuarbeiten von anderen Organisationseinheiten innerhalb des Rahmens veranlassen, der mit dem Lenkungsausschuss abgestimmt ist. Die Projektleitung legt dem Lenkungsausschuss vierteljährlich einen Statusbericht vor. Die Projektassistenz übernimmt neben Aufgaben des Controllings auch inhaltliche Aufgaben für die Projektleitung und die Mitglieder des Projektteams.

Die Bestimmung aller Mitglieder des Projektteams erforderte einen längeren Zeitraum als geplant, da jeder Bereich um seine ausreichende Repräsentation bemüht war. Aufgrund des Berlinweiten Modellcharakters waren auch je ein Mitglied der Senatsgesundheitsverwaltung sowie der Senatsjugendverwaltung notwendigerweise im Team vertreten.

Dieses führte dazu, dass das Projektteam auf einen Umfang von 15 Personen (die Zusammensetzung des Projektteams entnehmen Sie bitte der Anlage 3) anwuchs, also auf eine Größenordnung, die die für eine gute Arbeitsfähigkeit einer Gruppe vertretbare Größe schon überschritten hatte. Jedes Projektteammitglied war in diesem Gremium vertreten, um dort dafür zu sorgen, dass die Interessen und das Selbstverständnis ihres/seines entsendenden Bereichs dort Berücksichtigung finden. Da ein Erfolg des Projektes einen Konsens aller beteiligten Bereiche voraussetzte, wurden verständlicherweise zu vielen Fragen schwierige und zeitaufwändige Klärungsprozesse notwendig.

Der Ablauf der Projektteamsitzungen war aus den vorstehend dargestellten Gründen vielfach nur schwer ergebnisorientiert auszurichten und die vorgesehenen Tagesordnungspunkte nur schwer abzuarbeiten. Nach einigen Monaten Projektteamarbeit bemühte sich das Projektteam deshalb um die Realisierung einer externen Moderation der Projektteamsitzungen. Mit Finanzierung der Sozialpädagogischen Fortbildungsstätte Jagdschloss Glienicke gelang dieses glücklicherweise.

Sehr belastend für die Projektarbeit war die Tatsache, dass mehrere Fachbereiche Projektteammitglieder während der Projektlaufzeit austauschten. Der Projektfortschritt wurde dadurch wiederholt erheblich gestört, weil bereits abgeschlossene Klärungsprozesse zeit- und kräfteraubend wiederholt werden mussten.

Die Tatsache, dass alle Projektteammitglieder (außer Projektassistenz) die Projektarbeit ohne Entlastung neben ihrer originären Arbeit leisten mussten, führte zeit- und phasenweise zu starken Überlastungen der Teammitglieder. Die im Projektauftrag formulierte Notwendigkeit ausreichender Zeitressourcen der Projektteammitglieder, trotz Fortbestehen der bisherigen Aufgaben und gleichzeitiger Feststellung, dass von einem regelmäßigen Zeitaufwand für das Projekt von etwa 5 – 10 % (zeitweise lag er erheblich höher) ihrer Arbeitszeit auszugehen war, war eine permanente Belastung für das Projekt.

Eine weitere Hürde stellte die Tatsache dar, dass bis Projektende nicht realisiert werden konnte, dass allen Projektteammitgliedern ein dienstlicher E-Mail-Zugang zur Verfügung stand.

1.4. Die Projektziele gemäß Projektauftrag

Mit dem Projektauftrag schrieb der Lenkungsausschuss für das Modellprojekt folgende Ziele fest:

- Entwicklung und Abschluss einer ressortübergreifenden vertraglichen Kooperationsverpflichtung zwischen den Fachbereichen und der Klinik über die Zusammenarbeit in der Region Südwest bei Vorliegen eines komplexen fachbereichsübergreifenden Hilfebedarfes
- Abklärung der Verantwortungs- und Kompetenzbereiche der Kooperationspartner unter Benennung struktureller und gesetzlicher Grundlagen
- Entwicklung und Erprobung eines Organisationsmodells auf der Basis der im Abschlussbericht vom 30.4.2003 „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ von SenGSV und SenBJS festgelegten Leitlinien anhand von repräsentativen „Pilot-Fällen“
- Entwicklung und Erprobung eines Leitfadens zur Bestimmung des komplexen Hilfebedarfs anhand von repräsentativen „Pilot-Fällen“
- Entwicklung und Erprobung einer gemeinsamen Falldokumentation (Basisdokumentation für die Hilfeplanung)

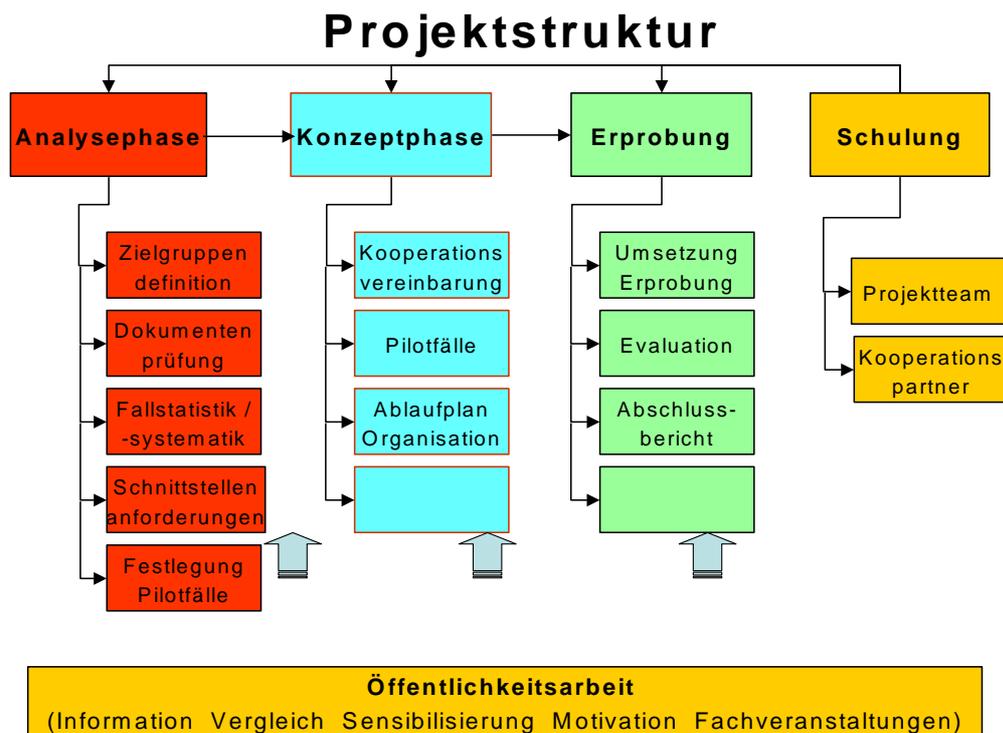
Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008

- Ressortübergreifende Schulung der Mitarbeiter aus den Fachbereichen
- Erstellung eines Abschlussberichtes mit Vorschlägen zur Umsetzung in der Versorgungsregion „Südwest“ und Empfehlungen für die Übertragung auf das Land Berlin
- Berlinweite Vorstellung der Projektergebnisse

1.5. Die Projektstrukturplanung

Unverzichtbar für die Arbeit eines Projektes ist eine Projektstrukturplanung mit verbindlicher Festlegung der Verantwortung von Arbeitspaketen sowie der Mitwirkenden. Die Kontrolle der zeitlichen und inhaltlichen Einhaltung der Arbeitsaufträge muss permanent im Blick der Projektleitung bleiben.

Sollten sich Arbeitspakete zeitlich und inhaltlich entgegen den Festlegungen des Projektteams nicht in gewünschter Art und Weise bearbeiten lassen, muss dieses zeitnah besprochen werden und neue Festlegungen müssen beschlossen werden.



Die Phasen des Modellprojektes waren in eine Analyse-, Konzept- sowie in die Erprobungs-/ Umsetzungsphase gegliedert. Wichtig ist, dass grundsätzlich erst nach vollständigem einvernehmlichem Abschluss einer Phase die nächste Phase beginnen kann. Die Projektstrukturplanung ist im Projektverlauf in regelmäßigen Abständen auf ihre Sinnhaftigkeit zu überprüfen und ggf. veränderten Erfordernissen anzupassen.

Der Projektverlauf wurde permanent durch die Teilprojekte Schulung/Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit flankiert und begleitet.

1.6. Evaluation

Eine wissenschaftliche Evaluation des Modellprojektes wäre sicherlich ideal gewesen, war jedoch angesichts fehlender Finanzierungsmöglichkeiten nicht umsetzbar. Erfreulicherweise gelang es dennoch, dass unter Verantwortung von Herrn Prof. Dr. Manfred Zaumseil von der Freien Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Arbeitsbereich klinische Psychologie und Gemeindepsychologie auf der Basis von qualitativ ausgewerteten, strukturierten Interviews und Beobachtungsprotokollen von Fallkonferenzen und anderen Sitzungen über folgende Einzelaspekte des Modellprojektes fünf Diplomarbeiten geschrieben wurden:

1. Der Einschätzungsbogen – Entwicklungsdiskurs und Anwenderbefragungen
2. Prozessverantwortung im Modellprojekt – Arbeitsweise, Rolle, Nutzen für die Kooperation
3. Die Fallkonferenzen und deren Bedeutung für die fachübergreifende Kooperation
4. Die Kooperationsverständnisse der beteiligten Akteure
5. Modellbewertung aus Sicht der Eltern.

2. Ergebnisse und Einschätzungen des Projektes

2.1. Die Analysephase

2.1.1. Zielstellung

Entsprechend des im Projektteam verabschiedeten fachlichen Rahmens war es das Ziel der Analysephase, handlungsleitende Grundaussagen für die Konzept- und Erprobungsphase zu treffen. Hinsichtlich des angestrebten Kooperationsvertrages sollten in der Analysephase:

- die aktuelle Praxis in den Bezirken Tempelhof-Schöneberg und Steglitz-Zehlendorf weitgehend genau beschrieben werden,
- die Rahmenbedingungen der verschiedenen Bereiche aufgezeigt,
- die Kooperation behindernde und fördernde Aspekte benannt und
- die gewünschten Wirkungen gut funktionierender Kooperation in der Region Südwest erfasst werden.

In der Analysephase des Projektes sollten die regionalen Kernprobleme bei der Kooperation offen benannt und Zielvorstellungen miteinander abgeglichen werden.

2.1.2. Einzelne Ergebnisse und Festlegungen der Analysephase

Das Ziel konnte, trotz erheblichen personellen Aufwands, nicht durchgängig zufriedenstellend erreicht werden. Es ist phasenweise gelungen, die Kooperationserfahrungen und –wünsche der einzelnen Projektteammitglieder, die ja die Praxis in den Bezirken abbilden, miteinander vertiefend auszutauschen und zu systematisieren. Die Ergebnisse der einzelnen Analyseschritte liegen zwar vor, eine gemeinsame Zusammenschau mit abschließenden Überlegungen dazu, welche Schlussfolgerungen aus den Einzelbefunden gezogen werden können, war nur ansatzweise möglich. Zum einen wäre dieses unverhältnismäßig aufwändig gewesen, zum anderen begrenzten methodische Mängel der Erhebungen deren Aussagemöglichkeiten.

2.1.3. Beschreibung der Kooperation in der Region Südwest

Mittels eines Fragebogens sollten die Kernprobleme der derzeitigen Kooperation erfasst und deren Tragweite anschaulich gemacht werden. Die Befragungsergebnisse bestätigten die Ausgangshypothese. So wurde der Wunsch und die Notwendigkeit fachbereichsübergreifend und in geregelten Verfahren zu kooperieren, bekräftigt, sowie die Annahme, dass die Ursachen der vorhandenen Kooperationsprobleme nicht nur persönliche und personelle, sondern auch strukturelle sind. Die in der Ausführungsvorschrift Hilfeplanung Nr. I 3¹ (4) vorgesehene „frühzeitige abgestimmte Perspektivenklärung mit den verschiedenen Fachdisziplinen“ erscheint als geeignetes Instrument der Kooperation.

2.1.4. Rahmenbedingungen (Verfahrensabläufe)

Ebenfalls mittels einer Befragung sollte herausgefunden werden, an welchen Stellen die Rahmenbedingungen zur Kooperation nicht ausreichend bekannt oder nicht praktikabel sind und was ergänzend zu ihnen im geplanten Kooperationsvertrag geregelt werden muss.

Die Befragung ergab, dass den einzelnen Projektteammitgliedern die Rahmenbedingungen der anderen Fachdienste bestenfalls in Auszügen bekannt waren. Als Kooperation behindernd wurden vorrangig Sparvorgaben im Land Berlin sowie fachliche Umsteuerungen im Jugendamt und der unverbindliche Empfehlungscharakter von Gutachten genannt. Als die Kooperation behindernd wurde außerdem die mangelnde Transparenz bei Handlungs- und Entscheidungsstrukturen der jeweils anderen Fachbereiche gesehen und das Fehlen von verbindlichen Standards der Zusammenarbeit zwischen Fachbereichen.

¹ Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport (2005). *Ausführungsvorschriften für den Prozess der Planung und Durchführung von Hilfe zur Erziehung und Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche und Hilfe für junge Volljährige (AV-Hilfeplanung)*.

2.1.5. Fallstatistik

Es gibt in beiden Bezirken der Region Süd-West keine Statistik zur Erfassung der Anzahl der zum Personenkreis mit komplexem fachbereichsübergreifendem Hilfebedarf zuzuordnenden Fälle. Nach einer Schätzung auf der Grundlage der im Modellprojekt vorgenommenen Beschreibung der Zielgruppe/Fälle wurde davon ausgegangen, dass es pro Bezirk etwa 100 – 150 Fälle gibt.

2.1.6. Einsparungen durch Kooperation

Eine Frage der Analysephase war auch die zu möglichen Einsparungen durch eine verbesserte Zusammenarbeit, denn die Zielgruppe ist gekennzeichnet nicht nur durch einen in der Regel kostenintensiven Hilfebedarf, sondern auch durch eine Vielzahl fehlgeschlagener Hilfeversuche. Die bisher anfallenden Kosten sind hierfür eine notwendige Größe. Da die Zielgruppe in den beteiligten Fachbereichen als solche nirgendwo getrennt ausgewiesen ist, lässt keine der Regelstatistiken eine akzeptable Kostenschätzung zu

2.1.7. Definition der Zielgruppe

Das Projektteam einigte sich auf folgende Definition der Zielgruppe:

Kinder und Jugendliche sind betroffen, wenn sie in bedeutenden Lebensbereichen Auffälligkeiten zeigen, die ihre Teilhabefähigkeit beeinträchtigen oder ernsthaft bedrohen.

Weil diese Kinder und Jugendlichen in mehr als einem der Fachbereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bildungssystem (Schule und Kindertagesstätte) oder Jugendhilfe auffällig werden, haben Sie einen fachbereichsübergreifenden Hilfebedarf, der zusätzlich einen komplexen Hilfeansatz – das bedeutet abgestimmte oder gleichzeitige Hilfen verschiedener Professionen und Hilfesysteme – beinhaltet.

(☞ Anmerkung: Es bestand Einvernehmen darüber, dass in jedem Fachbereich weiterhin primär die eigene Fachdiagnostik / Sprache verwendet wird und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO – ICF (näheres hierzu siehe . International Classification of Functioning, Disability and Health“ (WHO 2001) www.icf-cy.de) lediglich als gemeinsame fachbereichsübergreifende Sprache zur Feststellung des komplexen Hilfebedarfs dient.)

Bei den Kindern und Jugendlichen der Zielgruppe besteht

- ein seelisches Gesundheitsproblem
- mit einer Beeinträchtigung des alterstypischen Funktionszustandes und einer Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen
- mit Gefährdung angemessener Schulbildung / Schulversagen durch Störungen der Lernleistung und des Sozialverhaltens
- mit erhöhtem Erziehungs- und Förderbedarf.

Die Entwicklungsbedingungen dieser Kinder und Jugendlichen weisen deutliche Risikomerkmale, entweder

- primär bei unzureichenden Ressourcen von Eltern / Familie oder
- sekundär bei Überforderung der Erziehenden durch den erhöhten Erziehungs- und Förderbedarf des betroffenen Kindes / Jugendlichen sowie durch sozio-ökonomische Belastungen oder krisenhaft zugespitzte Lebensverhältnisse.

2.1.8. Auswahl der Pilotfälle

Zur Auswahl von Fällen als Pilotfall war Voraussetzung, dass ein vorhandener oder vermuteter Hilfebedarf in mindestens 2 Fachbereichen gegeben ist und von der betroffenen Familie eine Einverständniserklärung (siehe Anlage 4) vorlag. Es wurden außerdem Kriterien und eine Skalierung für das Vorhandensein der jeweiligen Hilfebedarfe in den verschiedenen Lebensbereichen erarbeitet.

2.1.9. Schulungen

Es stellte sich als notwendig heraus, bestimmte Thematiken, die im Projektteam immer wieder zu Diskussionen führten, vertiefend zu bearbeiten. Es wurden deshalb drei gemeinsame Fortbildungen durchgeführt und zwar zur ICF, zur Sozialraumorientierung und zum Hilfeplanverfahren. Diese haben erheblich zum gemeinsamen Verständnis der Projektteammitglieder und deren Arbeitsinhalte und -verfahren beigetragen.

2.1.10. Öffentlichkeitsarbeit

Eine anschauliche und differenzierte Projektpräsentation wurde erstmalig während der Analysephase erstellt und seitdem permanent entsprechend dem Projektfortschritt und den Arbeitsergebnissen angepasst. Die Präsentation war wichtig, um verschiedenste Gremien über das Projekt und den Projektfortschritt zu informieren.

2.1.11. Fallbesprechungen

Die regelmäßig stattfindenden Fallbesprechungen unter Beteiligung fallzuständiger Fachkräfte und von Mitgliedern des Projektteams aus verschiedenen Fachbereichen wurden als sehr praxisnah und lehrreich für das Modellprojekt gesehen. Zur Optimierung wurden sie zeitweise von Supervisoren beratend begleitet.

2.1.12. Ausblick zum Ende der Analysephase

Trotz der teilweise unbefriedigenden Ergebnisse der Analysephase bestand mit ihrem Abschluss eine gute Basis für den Beginn der Konzeptphase, die als Schlüssel für das Gelingen des Gesamtprojektes angesehen werden kann. Sowohl in

fachlicher als auch in personeller Hinsicht waren die Weichen für die Erarbeitung einer erfolversprechenden Kooperationsstruktur gestellt.

Einige Aspekte und Erfahrungen waren mit Beendigung der Analysephase für die Weiterarbeit beachtenswert:

- Seit Beginn des Projektes waren die verfügbaren zeitlichen Ressourcen der Projektteammitglieder gesunken, gleichzeitig erwiesen sich einzelne Projektaufgaben aufwändiger als vorgesehen.
- Ergänzungen und Wechsel im Projektteam nach der mehrtägigen Schulung im Projektmanagement hatten zu erheblicher Unruhe und Verzögerungen geführt und dazu, dass die Identifikation mit gemeinsam getroffenen Entscheidungen häufig nicht ausreichte, um diese umzusetzen. Das wiederholte Infragestellen des Vorgehens behinderte den Projektfortschritt zeitweise krisenhaft und führte schließlich zu einer deutlichen Unzufriedenheit in dem sehr großen Team. Ein gemeinsamer Fortbildungstag mit der Projektmanagementtrainerin half, die Problematiken weitgehend zu umschiffen.
- Die Projekterfahrungen führten dazu, die noch anstehenden Aufgaben besonders kritisch bezüglich ihres Beitrages zum Projekterfolg zu priorisieren und alles wegzulassen, was nicht unmittelbar und existentiell zur Erreichung des Projektzieles erforderlich war.

2.2. Erprobungs- und Umsetzungsphase/ Pilotfälle

2.2.1. Konzeptphase

Hannelore Grauel-von Strünck

Information an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Bereichen

Um möglichst bald mit den Pilotfällen starten zu können, verzichteten wir zunächst auf eine große Informationsveranstaltung. Wir wählten stattdessen folgende Vorgehensweise, um die Fachkräfte der verschiedenen Bereiche über die verbindlichen Absprachen im vorläufigen Kooperationsvertrag für Kinder und Jugendliche mit einem fachbereichsübergreifenden komplexen Hilfebedarf zu schulen und in den Umgang mit den verschiedenen als „Instrumente“ bezeichneten Formularen einzuführen: Bei einem möglichen Pilotfall unterstützte jedes Modellprojekt-Teammitglied in seinem Ressort die fallzuständige Fachkraft, die das Kind/den/die Jugendliche/n mit o.g. Hilfebedarf betreute. Das Teammitglied prüfte zunächst, ob der vorliegende Fall für die Pilotphase im Modellprojekt geeignet war, füllte gemeinsam mit der zuständigen Fachkraft die „Instrumente“ aus und bereitete die Fallkonferenz vor. Wir wählten also das Prinzip „learning by doing“. Mit der Durchführung der Pilotfälle wurde am 01.07.2006 begonnen und bis zum Ende dieser Phase im September 2007 wurden 20 Fälle als Pilotfälle bearbeitet. Die Anmeldungen verteilten sich folgendermaßen auf die einzelnen Bereiche:

Tempelhof-Schöneberg:

- 3 Fälle Jugendamt
- 3 Fälle Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
- 2 Fälle Schule/ Schulpsychologisches Beratungszentrum
- 3 Fälle Abteilung für Kinder- u. Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im St. Joseph-Krankenhaus

Steglitz-Zehlendorf:

- 2 Fälle Jugendamt
- 2 Fälle Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
- 3 Fälle Schule / Schulpsychologisches Beratungszentrum
- 2 Fälle Abteilung für Kinder- u. Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im St. Joseph-Krankenhaus

2.2.1.1. Auswahl der „Fälle“

Die fallzuständige Fachkraft machte den Vorschlag für einen möglichen Pilotfall. Das jeweilige Modellprojektmitglied prüfte die Eignung als Pilotfall. Wenn der Fall ausgewählt war, holte die fallzuständige Fachkraft unter Beifügung des Elternbriefes und Informationsblattes (siehe Anlage 4) eine Schweigepflichtentbindung (siehe Anlage 4) von den Eltern ein.

Lag die Schweigepflichtentbindung vor, wurde der Einschätzungsbogen (siehe Anlage 4) gemeinsam vom zuständigen Projektmitglied und der fallzuständigen Fachkraft ausgefüllt. Durch die anschließende Zusendung der ausgefüllten Instrumente Daten des Kindes (D) und Einschätzungsbogen (B) an die / den möglicherweise beteiligten Fachbereich/e wurde die verbindliche Kooperation eingeleitet, gekoppelt mit der Aufforderung, schnellstmöglich Rückmeldung über vorhandene Diagnostik zu geben, bzw. diese in Vorbereitung auf die Fallkonferenz zu erstellen.

Durch die Faxantworten der Beteiligten aus den jeweiligen anderen Ressorts, wurde gleichzeitig die/der Fallzuständige aus jedem Fachbereich gemeldet.

2.2.1.2. Organisation und Ablauf der Fallkonferenz

Für die Einberufung, Durchführung und Moderation der Fallkonferenz war immer das Projektteammitglied verantwortlich, aus dessen Fachbereich der fachübergreifende komplexe Hilfebedarf erstmalig angemeldet wurde.

Um einen reibungslosen Ablauf zu garantieren, wurden für die Fallkonferenzen im Vorfeld feste Zeiten und der Ort festgelegt. Abweichungen hiervon waren in Einzelfällen selbstverständlich möglich.

Folgende Ziele sollten in der Fallkonferenz erreicht werden:

Der aus der vorliegenden Diagnostik sich ergebende Hilfebedarf aus Sicht der verschiedenen Fachbereichen ist festgelegt.

Ziele des jungen Menschen und der Erziehungsberechtigten sind benannt.

Die gemeinsame Fallsicht ist formuliert.

Vereinbarungen zu inhaltlichen und zeitlichen Arbeitsschritten in den einzelnen Fachbereichen sind benannt und im Protokoll festgehalten.

Eine prognostische Einschätzung zum Hilfeverlauf ist erfolgt.

Der Termin der nächsten Überprüfung ist festgelegt.

Die Prozessverantwortung (bis zur nächsten Überprüfung) ist festgelegt.

Eine Fallfolgekonferenz erfolgte, wie im Kooperationsvertrag vereinbart, wenn die empfohlenen Hilfen nicht umgesetzt werden konnten oder die eingeleiteten Hilfemaßnahmen nicht wirksam waren, innerhalb von 3-6 Monaten.

2.2.2. Praktische Phase

2.2.2.1. Instrumente

Die Instrumente wurden von uns von vornherein als „lernende“ Papiere angesehen, da es für uns offensichtlich war, dass diese der Praxis laufend angepasst werden müssen. Alle Papiere erfuhren deshalb bis zum Projektende umfangreiche Änderungen mit dem Zweck einer Vereinfachung des Prozesses.

Es stellte sich auch heraus, dass die Anzahl, der im Vorfeld konzipierten Instrumente zu umfangreich war, so dass hier sehr schnell die Anzahl der Instrumente verringert wurde.

Das vorliegende Inhaltsverzeichnis gibt eine Gesamtübersicht

Alle hier aufgeführten Instrumente liegen dem Bericht als Anhang 4 bei.

Blatt	Name des Bogens	Kurzbeschreibung	Anzahl der Blätter
	Kooperationsvereinbarung	Verbindliche Grundlage der Zusammenarbeit	
D	Daten des Kindes / Jugendlichen	Vom zuständige Fachdienst erhobene Daten des Kindes/Jugendlichen	1
E	Entbindung von der Schweigepflicht	Einverständniserklärung der Eltern	1
B	Einschätzungsbogen für Kinder und Jugendliche (einschl. Manual)	Feststellung des fachbereichsübergreifenden, komplexen Hilfebedarfs durch die kooperierenden Fachbereiche	2 17
Ein	Einladung zur Fallkonferenz	Formular zur Einladung für die Fallkonferenz	1
P	Protokollformblatt der Fallkonferenz	Der prozessverantwortliche Fachdienst führt ein Ergebnisprotokoll	2

Einschätzungsbogen

Dr. Ursula Mohn-Kästle

Am Einschätzungsbogen für den fachbereichsübergreifenden Hilfebedarf hat sich exemplarisch immer wieder die Kooperationsproblematik zwischen den verschiedenen Fachbereichen aus wechselnden Gründen festgemacht. Um so

erfreulicher ist es, dass letztendlich ein gemeinsam getragener und von allen Fachbereichen gewollter Dokumentations- und Einschätzungsbogen entstanden ist.

Der Einschätzungsbogen besteht aus der im Arbeitsalltag praktikablen Kurzversion zur Dokumentation des fachbereichsübergreifenden Hilfebedarfs und einer ausführlicheren Version auf der Rückseite als Leitfaden und Erinnerungsstütze zur Besprechung in der gemeinsamen Fallkonferenz.

Eine detaillierte Beschreibung der Items befindet sich im Manual (siehe Anhang 4) zum Einschätzungsbogen.

Zur Struktur

Entsprechend dem Projektauftrag liegt dem Einschätzungsbogen die Grundstruktur des biopsychosozialen Modells der ICF, der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO zugrunde. Gleichzeitig stellt die ICF die disziplinübergreifende gemeinsame Sprache für die drei Fachbereiche dar. Auf der Basis der ICF wurden in gemeinsamer Zusammenarbeit der drei beteiligten Fachdisziplinen zunächst die Hauptbereiche der Beschreibung festgelegt. Anschließend wurden die für den jeweiligen Bereich relevanten Kapitel und Items ausgewählt und im Verlauf des Projektes immer wieder verändert bzw. an die Zielsetzung des Modellprojekts angepasst.

Zu Beginn des Projektes waren die Items der ICF für unsere Bedürfnisse zu wenig ausdifferenziert, was zu erheblicher Einschränkung der Akzeptanz im Team führte. Eine schlagartige Verbesserung für die Funktion als disziplinübergreifende Sprache brachte im letzten Jahr die Kinderversion der ICF, die allerdings bisher nur in der englischsprachigen Version zu Verfügung steht. Die ständige Weiterentwicklung der ICF lässt hier weitere Fortschritte erwarten.

Bei der Übertragung des Modells haben wir uns zum einen orientiert an der Lebenssituation der jungen Menschen unserer Zielgruppe und zum anderen an den Erfordernissen der drei Fachbereiche (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schule und Jugendhilfe) für die Feststellung des fachbereichsübergreifenden Hilfebedarfs.

Im Einschätzungsbogen sind die drei Hauptbereiche schwerpunktmäßig den verschiedenen Fachbereichen zugeordnet, gleichwohl soll, soweit möglich, der gesamte Bogen von jedem Fachbereich ausgefüllt werden. Die fachspezifische Diagnostik und Befunderhebung wird in diesem Bogen in einer einheitlichen Struktur und Sprache dokumentiert und gleichwertig präsentiert.

Zum Aufbau im Einzelnen

Der erste Hauptbereich „*Mentale Funktionen und körperliche Entwicklungsvoraussetzungen*“ ist schwerpunktmäßig dem Fachbereich Kinder- und

Jugendpsychiatrie zugeordnet und bildet vor allem Aspekte der grundlegenden und speziellen Störungen mentaler Funktionen ab. Schwerwiegende körperliche Störungen mit Teilhabeeinschränkung wurden zusätzlich mit aufgenommen.

Der zweite Hauptbereich: „Aktivität und Teilhabe“ bezieht sich schwerpunktmäßig auf den Lebensbereich „Schule/ Bildungssystem“.

Er gliedert sich in zwei Abschnitte:

Bildung und Erziehung „ und „Soziale Beziehungen und Anforderungen“ Der Abschnitt „*Bildung und Erziehung*“ erfasst die Probleme im Schulleistungsbereich und die Teilhabefähigkeit des jungen Menschen an Bildungsangeboten.

Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008

Im Abschnitt *„Soziale Beziehungen und Anforderungen“* haben wir die nach unserer Einschätzung für die Teilhabefähigkeit von Kindern und Jugendlichen entscheidenden Kapitel der ICF zusammengefasst. Interpersonelle Aktivitäten, Umgang mit Aufgaben und Anforderungen, sowie Teilhabe am sozialen Leben außerhalb der Familie. Diese Aspekte wurden der Lebenswelt Schule zugeordnet wegen der überragenden Bedeutung als Voraussetzung für das Lernen in Schulklassen; sie sind aber für alle Fachbereiche wichtig. Im dritten Hauptbereich: „Kontextfaktoren“ haben wir für die Erfassung der physischen und emotionalen Unterstützung und der Einstellung im häuslichen Bereich die Items der Risiko- und Schutzbewertung sowie der Prognose aus dem Berlin-einheitlichen Kinderschutzbogen eingefügt. Hiermit versuchen wir der Bedeutung familiärer Umweltfaktoren für die Entwicklung von personenbezogenen Faktoren im Kindes- und Jugendalter besonders Rechnung zu tragen.

Es sind Items zur Interaktion zwischen der Bezugsperson und dem Kind, der Grundversorgung, der materiellen Lage, zu Risiken der familialen Situation, der persönlichen Situation der Eltern, einschließlich Erkrankungen und Beeinträchtigung der Erziehungskompetenz sowie zur Kooperationsfähigkeit und Veränderungsbereitschaft.

Auch die weiteren Abschnitte der Kontextfaktoren, nämlich die Abschnitte *„Emotionale Unterstützung im weiteren sozialen Umfeld“* und *„Angebote und Leistungen von Diensten und Systemen“* werden so weit möglich von allen Fachbereichen eingeschätzt.

Zur Anwendung des Bogens

Jeder beteiligte Fachbereich füllt den Einschätzungsbogen so vollständig wie möglich aus. Dafür wird nach Erhebung der eigenen fachspezifischen Diagnostik die Problemstärke der Auffälligkeiten für die einzelnen Kapitel der Hauptbereiche global als Gesamteindruck eingeschätzt.

Bei den Kontextfaktoren werden zusätzlich auch die vorhandenen Ressourcen eingeschätzt.

Für die Einschätzung bedienen wir uns folgender Einschätzungsskala.

Problemstärken / Ressourcen in Prozent:

0 = nicht vorhanden (0-5%)

1 = leicht ausgeprägt (5-25%)

2 = mäßig ausgeprägt (25-50%)

3 = erheblich ausgeprägt (50-75%)

4 = voll ausgeprägt (75-100%)

Die Quantifizierung mag auf den ersten Blick problematisch erscheinen, hatte im Projekt auch erhebliche Widerstände zu überwinden, verbessert aber letztendlich die Gesamtbeurteilung der Problemlage. Eine Ausdifferenzierung der globalen Einschätzung erfolgt in jedem Fall in der Besprechung der Fallkonferenz.

Im Rahmen des Modellprojektes wurde das Vorliegen eines fachbereichsübergreifenden Hilfebedarfs mit dem Erfordernis der verbindlichen Kooperation folgendermaßen definiert:

Ein fachbereichsübergreifender Hilfebedarf liegt vor, wenn Kinder und Jugendliche in mindestens zwei Hauptbereichen mäßig ausgeprägte (2) Auffälligkeiten zeigen

oder in einem von zwei betroffenen Hauptbereichen die Ausprägung als erheblich (3) eingeschätzt wird.

Zusätzlich müssen abgestimmte oder gleichzeitige Hilfeansätze verschiedener Professionen/ Institutionen erforderlich sein.

Zum Nutzen des Einschätzungsbogens

Die Stärke und den Nutzen dieses Einschätzungsbogens macht die gemeinsame, gleichwertige, fachbereichsübergreifende Darstellung vorhandener Ressourcen und Problemfaktoren in den verschiedenen Lebensbereichen aus.

Die Komplexität der Problemlagen und des Hilfebedarfs unter Einbezug der Ressourcen der Kinder und Jugendlichen unserer Zielgruppe wird aufgefächert, der fachbereichsübergreifende Hilfebedarf wird deutlich gemacht und als Voraussetzung für die verbindliche Kooperation dokumentiert. Aus dem „Ich sehe etwas, was Du nicht siehst“ der drei fachbereichsspezifischen Sichtweisen entwickelt sich eine gemeinsame ganzheitliche Sichtweise, die mehr als die Summe der Teile darstellt und die sich der Notwendigkeit und des Wertes der fachbereichsübergreifenden Kooperation auf Augenhöhe für die Zielgruppe bewusst ist.

Auf dieser Grundlage kann im Rahmen der Fallkonferenz das gemeinsame Fallverständnis und ein fachbereichsübergreifendes abgestimmtes Hilfskonzept entwickelt werden. Die wünschenswerte Weiterentwicklung des Einschätzungsbogens als Instrument für Verlaufsdokumentation oder Evaluation von Hilfen wird neuen Projekten vorbehalten bleiben.

Ablaufschema

Hannelore Grauel-von Strünck

Die Prozessbeschreibung auf den nächsten Seiten mit Hilfe der Techniken aus dem Qualitätsmanagement zeigen die Verbindlichkeiten in der Kooperation auf und geben Orientierung.

Es wird der Ablauf und die Organisation im Fall eines fachbereichsübergreifenden komplexen Hilfebedarf dargestellt und die Verantwortlichkeiten festgelegt.

Prozessbeschreibung

Feststellung eines fachbereichsübergreifenden komplexen Hilfebedarfs

Einleitung

Komplexe Hilfebedarfe von Kindern und Jugendlichen setzen multiprofessionelles Handeln mehrerer Fachrichtungen und Fachstellen voraus, um im Dialog einen wirksamen Hilfeprozess zu initiieren und das Zusammenwirken abzustimmen.

Zielgruppe (s.o.)

Kinder und Jugendliche mit seelischen Störungen und deren Eltern, die in mindestens zwei bedeutenden Lebensbereichen Auffälligkeiten zeigen, die ihre Teilhabefähigkeit am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigen oder bedrohen.

Ziele

- Die beteiligten Fachstellen entwickeln gemeinsam Vorschläge zu umsetzbaren Hilfen.

Kinder und Jugendliche mit fachbereichsübergreifendem, komplexen Hilfebedarf und deren Eltern erhalten zeitnah eine adäquate und verbindlich abgestimmte Hilfe.

Geltungsbereich

Diese Prozessbeschreibung gilt für alle teilnehmenden Dienststellen zur Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule, wie im Kooperationsvertrag beschrieben.

Verantwortungen/ Zuständigkeiten

Siehe Prozessbeschreibung Ablauf

Schnittstellen

Fallkonferenz, Leistungserbringung

Begriffe/ Abkürzungen

Fall M	= Fallmelder/in
FallZust	= Fallzuständiger
PrV	= Prozessverantwortliche/r
FB	= Fachbereich
V	= Verantwortung

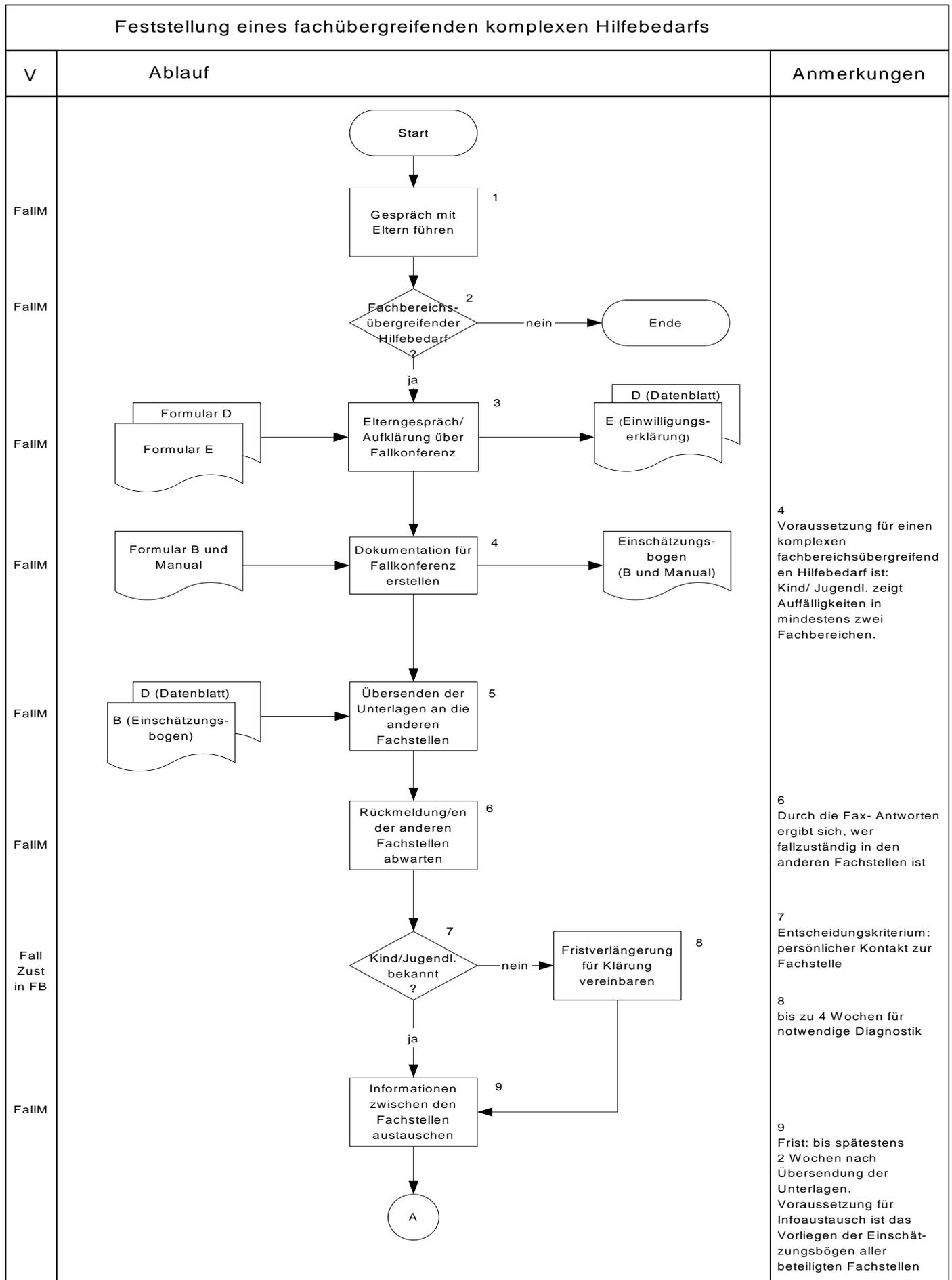
Mitgeltende Unterlagen

Kooperationsvertrag	
Inhaltsverzeichnis der Dokumente	= Dokumentenmatrix
Datenblatt	= Formular D
Einwilligungserklärung	= Formular E
Einschätzungsbogen	= Formular B und Manual
Einladung zur Fallkonferenz	= Formular Ein
Protokollvordruck Fallkonferenz	= Formular P

Prozessbeschreibung

Siehe nächste Seite

Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008



Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008

Feststellung eines fachübergreifenden komplexen Hilfebedarfs - Pilotfälle -		
V	Ablauf	Anmerkungen
FallM		<p>10 Termin wird zwischen den beteiligten Fachstellen abgesprochen. (Empfehlung für Planung: Fallkonferenzen finden möglichst Montags 14:30 - 17:30 Uhr, jeweils ungerade Wochen statt)</p>
FallM		<p>11 Sofern die Klinik beteiligt ist, findet die Fallkonferenz in der Klinik statt</p>
FallM		
Fall Zust		<p>15 Die Leistungserbringung erfolgt durch den in der Fallkonferenz festgelegten Fachbereich Z.B. Jugendamt macht Hilfeplanung und setzt Hilfe um. Fachdiagnostische Dienste sind an der Hilfeplanung beteiligt.</p>
PrV		<p>16 Abfrage kann schriftlich oder telefonisch erfolgen</p>
PrV		<p>18 Die Evaluation erfolgt durch das Netzwerk der beteiligten Fachbereiche (wird noch entwickelt)</p>

Beschreibung der Fallkonferenz

Obwohl alle Fachleute sicher eine Vorstellung davon haben, wie eine Fallkonferenz abzulaufen hat und natürlich auch die entsprechende Kompetenz besitzen, eine Fallkonferenz zu moderieren, erschien es uns hilfreich, auch hier mit Methoden des Qualitätsmanagements die Fallkonferenz zu beschreiben. Zum einen legt dies verabredete Standards fest und unterstützt die Moderation, den Überblick zu behalten, vor allem dann, wenn es mal ein bisschen lebhafter in den fachlichen Diskussionen zugeht und die Personensorgeberechtigten teilnehmen, die eine besondere Wertschätzung durch die Fachleute in der Fallkonferenz erhalten sollen.

Durchführung einer Fallkonferenz

Ziele Ein gemeinsames Fallverständnis zwischen den beteiligten Fachstellen ist hergestellt. Die/der Prozessverantwortliche ist am Ende der Konferenz benannt Die Rollen innerhalb des Hilfesystems sind verhandelt und geklärt Die Aufgaben für die Umsetzung der Maßnahmen sind verteilt Alle Vereinbarungen sind dokumentiert		Indikator/ Messziffer Gemeinsamer Konferenzbeschluss zum Hilfebedarf Die Ziele 2-4 sind am Ende der Fallkonferenz mit Ja oder nein zu beantworten		Messmittel Protokoll	
Zeitphase/ Arbeitsschritt	Qualität Merkmale	Qualitätsstandards	Dokumente	V	M
Vorbereitung der Fallkonferenz (Planung)	Atmosphäre Zeit Arbeitsmittel Informationsstand sicherstellen	Geeigneten Raum belegen Mindestens 60 Minuten einplanen Medien zur Visualisierung organisieren Instrumente liegen allen Teilnehmenden per Fax vor FallZust erstellt Zusammenfassung der ihm bekannten Diagnostik/ Ergebnisse Alle Beteiligten werden über Einschätzungen und Empfehlungen sowie aktuelle Entwicklungen telefonisch vorinformiert Klärung der Elternbeteiligung ist erfolgt Absprache zur Moderation und Protokollführung ist erfolgt	Raumbelegungsplan Genogramm Datenblatt D/ Einschätzungsbogen B/ Einladung/Ein	Fall Zust	
Fallkonferenz Phase – Eröffnung	Begrüßung Orientierung vermitteln	persönlich vorstellen Ablauf / Gestaltung der Konferenz absprechen Mitglieder der Fallkonferenz unterschreiben Anwesenheitsliste Moderation und die Protokollführung erfolgt durch eine Fachkraft, wie abgesprochen	Einladung/Ein Protokoll-Bogen	Modération Protokollant	Alle Beteiligten

Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008

<p>Fallkonferenz 2.Phase Fallvorstellung</p>	<p>Kenntnisstand</p> <p>Infoaustausch Offene Diskussion</p> <p>Personensorgeberechtigte (PSB) u. junger Mensch sind anwesend</p> <p>Hypothesenbildung - Gemeinsames Fallverständnis</p>	<p>Abfrage nach Vorliegen der Instrumente und Dokumente Kopien für den Notfall bereithalten Zusammenstellung der Diagnostik ausgeben</p> <p>Aktuelle Ereignisse berücksichtigen Ressourcen und Hauptprobleme benennen Ziele des jungen Menschen und PSB benennen Kurze Darstellung des Hilfebedarfs aus Sicht jeder Fachstelle, der PSB und des jungen Menschen Ambivalenzen und Veränderungs-bereitschaft benennen</p> <p>Gemeinsames Ergebnis zum Hilfebedarf festlegen Prognostische Einschätzung des Hilfeverlaufs abfragen Ggf. Ziele modifizieren</p>	<p>Datenblatt/ Einschätzungs-bogen/Gutachten/ etc. Evtl. Genogramm</p>	<p>Moderation und Fall Zust</p>	<p>Alle eingeladenen Fachdienste</p>
<p>Fallkonferenz 3.Phase – Absprachen treffen/ Konsensbildung</p>	<p>Verbindlichkeit schaffen</p> <p>PSB und junger Mensch nicht anwesend</p> <p>Dokumentation</p>	<p>Gemeinsames Vorgehen abstimmen Maßnahmen zum Hilfebedarf festlegen Prozessverantwortung festlegen oder weitergeben Persönliche und zeitliche Ergebnispräsentation für PSB und junger Mensch festlegen</p> <p>Verteilung der Aufgaben schriftlich festlegen Aufgaben terminieren Protokollaufzeichnung wird zeitnah versenden</p>	<p>Protokoll vordruck</p>	<p>Fall Zust</p> <p>Fall Zust</p> <p>Prozessverantwortung.</p>	<p>Prozessverantwortung</p> <p>Fall Zust.</p>
<p>Fallkonferenz 4. Phase – Abschluss</p>	<p>Überprüfung</p> <p>Abschluss</p>	<p>Nachfrage zur Entwicklung des Verlaufs terminieren</p> <p>Überprüfung der Maßnahmen terminieren</p>		<p>Pro</p>	<p>Fall Zust</p>

Begriffsklärung

In der Bearbeitung des Arbeitspaketes Pilotfälle tauchten immer wieder Fragen auf zu einzelnen Begriffen, die in den Ressorts benutzt werden. Für einige gibt es hier eine Erklärung:

Hilfekonferenz: Eine Konferenz mit folgenden Teilnehmern/innen:

Antragsteller einer Hilfe und Fachleute aus den Ressorts, die mit den Antragstellern in irgendeiner Form schon zusammengearbeitet haben.

Einberufen werden kann die Hilfekonferenz von allen Fachleuten der unterschiedlichen Ressorts, die die Einberufung für den weiteren Hilfeverlauf als sinnvoll erachten.

Die **Hilfekonferenz** ist immer Teil der Hilfeplanung in der Jugendhilfe und für das Zustandekommen einer Hilfe und Unterzeichnung durch die Auftraggeber/innen eines Hilfeplans unabdingbar!

Helferkonferenz: Eine Konferenz mit folgenden Teilnehmern/innen:

Fachleute aus den verschiedenen Ressorts **ohne Beteiligung** der Antragsteller einer Hilfe.

Einberufen werden kann die Helferkonferenz von allen Fachleuten der unterschiedlichen Ressorts, die die Einberufung für den weiteren Hilfeverlauf als sinnvoll erachten.

Schulhilfekonferenz: „Die Schulhilfekonferenz ist in der Sonderpädagogikverordnung (SopädVO), §31.4 geregelt. Sie dient der Abstimmung der sonderpädagogischen Förderung mit außerschulischen Hilfen, speziell beim Förderschwerpunkt „emotionale und soziale Entwicklung„. Die Einladung erfolgt durch die Schulleitung.

Eingeladen werden Lehrkräfte, die Erziehungsberechtigten, Sonderpädagogen, Schulpsychologen oder der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst, soweit sie in der Diagnostik oder Beratung beteiligt sind. Vertreter des Jugendamtes sind vor allem dann zu beteiligen, wenn Probleme im Kinderschutz bestehen oder Hilfen zur Erziehung nach §27 oder Eingliederungshilfen nach §35a SGB VIII erforderlich sind.,,

Fallkonferenz: Dies ist durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der unterschiedlichen Fachgebiete im Modellprojekt ein „neu“ konzipierter Begriff, um sich von den anderen Begriffen abzuheben. Dies ist sinnvoll, um zu verdeutlichen, dass es sich **immer** um einen fachbereichsübergreifenden Hilfebedarf handelt.

Gemeinsames Fallverständnis

Die Fallkonferenz ist der Ort, wo durch die Fachleute der verschiedenen Ressorts ein gemeinsames Fallverständnis erarbeitet werden soll. Dies geschieht, indem die unterschiedlichen diagnostischen Ergebnisse und Einschätzungen in ihrer Komplexität aufgefächert und zur Kenntnis genommen werden. Dabei wird offensichtlich, dass es **keine Hierarchie** in den diagnostischen Feldern gibt! Es geht um den kollegialen fachlichen Austausch und die daraus folgende gemeinsam abgestimmte Vorgehensweise in jeder involvierten Fachstelle. Auch bei unterschiedlicher Sichtweise muss es eine Einigung für das weitere Vorgehen geben. Die Aufgabenteilung wird protokolliert und ist für alle Beteiligten verbindlich.

Prozessverantwortung

Der Prozessverantwortliche hat die Aufgabe im Einverständnis mit den Personensorgeberechtigten (Beziehung!), im Einverständnis mit den Personensorgeberechtigten (Beziehung!) den Prozess der Hilfen und der Entwicklung des Hilfeverlaufs in allen Lebensbereichen und in den verschiedenen Phasen der Hilfe zu beobachten, zu begleiten und zu evaluieren. Gleichzeitig wird durch die Fachkraft mit Prozessverantwortung neben der Verbindung zu den „Betroffenen“, die Verbindung zwischen den beteiligten Fachstellen gehalten. Sie organisiert den Informationsaustausch zwischen den beteiligten Fachbereichen und bei Bedarf die Einberufung einer Fallfolgekonferenz. Die Prozessverantwortung kann wechseln und zwar von der Fachkraft, die Erstmelder ist und zur ersten Fallkonferenz einlädt, zu einer Fachkraft eines anderen Ressorts. Die Wahl, auf wen die Prozessverantwortung übergehen soll und welche Aufgaben damit verbunden sind, erfolgt in der Fallkonferenz. Ausschlaggebend ist die Akzeptanz und der Bedarf der Familie.

Durchführung und Erfahrungen

In der Erprobung der ersten Fallkonferenzen zeigte sich vor allem die Wichtigkeit der Moderation. Eine gute Moderation ordnete den Verlauf der Fallkonferenz, achtete auf die Zeit und führte immer wieder den Stand der Diskussion zusammen. Dies erleichtert im Übrigen auch die Protokollführung.

In den ersten Fallkonferenzen wurden durchaus auch noch die Dinge sichtbar, die bisher die Kooperationen zwischen den beteiligten Diensten behinderte. Doch durch ständige Reflexion und die daraus entstandene Nachbesserung wurde die Fallkonferenz zu einem handhabbaren Instrument.

Durch die Auffächerung der Komplexität der Lebenssituation der betroffenen Kinder und Familien wurden häufig die ambivalenten Bestrebungen in der Familie angesichts der weitreichenden Implikationen der häufig stark in das Familienleben eingreifenden Hilfen (familienersetzende Hilfsangebote) zum Thema. Der explizite professionelle Umgang mit diesen Ambivalenzen stärkte das Vertrauen bei den Betroffenen und verminderte die Missverständnisse (und Schuldzuschreibungen) im Helferkreis.

Über die Elternbeteiligung in der Fallkonferenz wurde sehr viel diskutiert und auch immer wieder nachgebessert. Grundsätzlich wurde die Teilnahme der Personensorgeberechtigten begrüßt und mehr noch als wichtig erachtet. Doch zeigte es sich in manchen Fällen als nicht durchführbar, aufgrund der Problemlage und manche Eltern wollten nicht teilnehmen. Daraus ergab sich die Verabredung, dass sich die Fachleute der beteiligten Dienste vorab über die Einladung der Personensorgeberechtigten von Fall zu Fall verständigen werden.

Die jetzt vorliegende Version der Fallkonferenz und die entwickelten Instrumente wurden von den Modellprojektmitgliedern als hilfreich eingeschätzt.

EVALUATION

2.2.2.2. Wissenschaftlich begründete Schlaglichter auf das Gelingen des Kooperationsprozesses

Prof. Dr. Manfred Zaumseil

Innerhalb des Kooperationsprojekts ergab sich die Möglichkeit, im Rahmen von 5 Diplomarbeiten des Studiengangs Psychologie der FU einige Aspekte der Kooperation wissenschaftlich zu untersuchen. Ich war der Betreuer dieser Arbeiten und möchte kurz in die Ergebnis-Präsentation dieser Untersuchungen einleiten. Der Anspruch, im Rahmen dieser Qualifikationsarbeiten eine wissenschaftliche Evaluation des Projekts zu leisten, wäre bei weitem zu hoch.

Mit einer solchen Evaluationsforschung würde man die Wirksamkeit, Effizienz, Zielerreichung sozialer Programme / Maßnahmen in komplexen Umwelten mit quantitativen und/oder qualitativen Forschungsmethoden überprüfen. Dies konnte *nicht geleistet werden*.

Zusätzlich sollen die Ergebnisse von Projektevaluationen auch Entscheidungs- und Planungshilfen liefern, und Evaluation soll erwünschte gesellschaftliche und organisationsinterne Veränderungen und Lernprozesse anregen, dokumentieren und begleiten. Zur Verwirklichung dieser Ziele können die Diplomarbeiten Anregungen geben.

Innerhalb der Evaluationsforschung gibt es zwei unterschiedliche Ansätze die einander nicht ausschließen: Man spricht von der summativen ergebnisbezogenen Evaluation, in der quantitativ etwa anhand von Indikatoren angezielter Veränderung (z. B. vorher im Vergleich zu nachher) gemessen wird. Ein solcher Ansatz wurde nicht verfolgt.

Hiervon wird die prozessbegleitende formative Evaluation unterschieden. Dabei geht es z. B. um die Analyse der subjektiven Theorien, Diskurse und Praktiken der Beteiligten und Adressaten der evaluierten Maßnahmen. Bei einigen Ansätzen – dem responsiven Vorgehen - erwartet man, dass sich die Veränderungsprozesse im Projekt durch die Einbeziehung von Zwischenergebnissen im Sinne einer Optimierung vollziehen. Eine solche Idee wurde in den Arbeiten ansatzweise verfolgt.

Die Themen der einzelnen Untersuchungen entstanden in der Diskussion mit den unterschiedlichen Akteuren und Initiatoren des Projekts. Virginia Großpietsch hat die Modellbewertung aus der Sicht der Betroffenen – speziell die Wahrnehmung der Kooperation durch die Mütter analysiert. Cathleen Gottbehüt rekonstruierte das Kooperationsverständnis aus der Perspektive der Mitarbeiter der drei Institutionen. Drei weitere Arbeiten beschäftigten sich mit den Umsetzungsmitteln bzw. Instrumenten. Susann Weidhaas analysierte die Bedeutung der Fallkonferenz an Hand von Interviews und teilnehmender Beobachtung, Christian Drews untersuchte aus verschiedenen Perspektiven den Einschätzungsbogen² und Maxim Tenenbaum die Rolle der Prozessverantwortlichen im Kooperationsprozess.

² Eine Zusammenfassung der Ergebnisse von Drews wurde dem Abschlussbericht leider nicht zur Verfügung gestellt.

Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008

Als Datenquellen wurden bei diesen Untersuchungen Interviews mit den Beteiligten benutzt, es wurden im Planungs- und Projektumsetzungsprozess entstandene

Dokumente und teilnehmende Beobachtungen im Kooperationsprozess verwandt. Die Ergebnisse wurden zu einschlägigen Untersuchungen über die Verbesserung der Kooperation vor allem im Kinder- und Jugendbereich und zu allgemeinen sozialpsychologischen Theorien über die Bedingungen von Kooperation in Beziehung gesetzt.

Auf diese Weise sind m. E. weiterführende und wissenschaftlich begründete Schlaglichter auf den Kooperationsprozess entstanden, die einer Weiterentwicklung der Praxis dienen und Kooperationshindernisse beschreiben und benennen.

2.2.2.3. Interinstitutionäre Kooperation aus Sicht der Klienten

Virginia Großpietsch

Wie erleben die Mütter betroffener Kinder und Jugendlicher die Hilfen des neuen Modellprojektes „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ für Kinder und Jugendliche mit einem fachbereichsübergreifenden, komplexen Hilfebedarf in der Region Südwest, Berlin“?

Hintergrund: Das Konzept des Einbezugs von Nutzern in Projekte der psychosozialen Versorgungsevaluation gewinnt im fachlichen Diskurs an Bedeutung. Den Rahmen dieser Studie bildet das Modellprojekt „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule für Kinder und Jugendliche mit einem fachbereichsübergreifenden, komplexen Hilfebedarf in der Region Südwest Berlin“. Unter der Fragestellung: „Wie erleben die Mütter betroffener Kinder und Jugendlicher die Hilfen des neuen Modells?“ erfolgte retrospektiv, gegebenenfalls parallel zum laufenden Projekt eine qualitative Nutzerbefragung – als eine von fünf Perspektiven einer Evaluation zur Qualitätssicherung der Arbeit oben genannter Institutionen.

Methode: Der Forschungsfrage entsprechende Daten wurden anhand von fünf problemzentrierten Interviews (Witzel, 2000) mit den Betroffenen erhoben und mit der Methode der Globalauswertung (Legewie, 1994) und der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967) ausgewertet.

Ergebnis/Diskussion: Sechs subjektive Bewertungskategorien relativieren das globale Ergebnis der positiven Nutzerzufriedenheit. Das nach der Grounded Theory herausgearbeitete Phänomen „Einbezug der Betroffenen“ und sein Beziehungsnetz wird anhand der Kategorien „Entscheidungsgewalt“ und „Belastung“ schematisch dargestellt. Aufgrund ihrer Belastung und ihrer reflektierten Einschätzung der eigenen Einflussmöglichkeiten, welche auch den Mangel an Information impliziert, der in Studien zum Einbezug von Nutzern häufig geschildert wird, tendieren die Betroffenen zur vorübergehenden Abgabe ihrer Entscheidungsgewalt an die Professionellen. Dabei unterliegt das Bestehen auf die eigene Entscheidungsgewalt dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung und deren Abgabe dem Bedürfnis nach Entlastung. Dennoch wird das Bild einer Scheinentcheidungsgewalt der Klienten von allen Beteiligten gewahrt– auch im Hinblick auf eine vertrauensvolle Beziehung im Sinne zwischenmenschlicher Passung, welche für das Kooperationsgeschehen relevant ist. Die Resultate werden unter anderem mit Konzepten wie Partizipation Empowerment, Theorien psychischer Belastung und Entscheidungsmodellen verknüpft, denen zum Teil ein ergebnisspezifisches Erklärungspotenzial immanent ist. Die projektinternen Leitlinien zeigen Ansätze des Shared Decision Making (SDM), sind praktisch jedoch schwer umzusetzen. Diese Kooperation zwischen Professionellen und Laien wird auch anhand der Konzepte des SDM, Informed

Consent und Informed Choice diskutiert mit dem Ergebnis, dass zu großen Teilen ein eher paternalistischer Interaktionsstil vorherrscht. Die eruierten Resultate machen auf wichtige Aspekte bezüglich des Einbezugs von Betroffenen aufmerksam, deren Bearbeitung für eine Weiterentwicklung des Projekts dienlich ist. Im Hinblick auf die Bewertung des Modellprojektes aus Sicht der Klienten können die präsentierten Ergebnisse praktische Verwertung finden.

Modellbewertung aus Sicht der betroffenen Eltern

Als globales Ergebnis lässt sich eine durchweg positive Nutzerzufriedenheit verzeichnen, begleitet von einem Gefühl der Dankbarkeit den Helfern gegenüber. Laut den Müttern hat eine deutliche Verbesserung stattgefunden, dies betrifft vor allem die entlastenden Zeiteinsparungen. Von den Eltern wurde eine schnelle Hilfeleistung und Entscheidungsfindung konstatiert, was diese als große Erleichterung empfanden. Unter anderem war dieses zügige Handeln dadurch bedingt, dass sich nunmehr *alle an einem Tisch* trafen, es gab nur noch eine einzige Anlaufstelle (Tagungsraum im St. Joseph Krankenhaus) für alle Beteiligten als Ort für

Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008

regelmäßige Hilfeforenzen. Dieses Vorgehen ermöglichte Terminerleichterungen bzw. -einsparungen, die seitens der Eltern positiv ins Gewicht fallen.

„es läuft einfach schneller, man muss nicht jedem immer wieder erklären, wo das Problem des Kindes liegt, weil sie sind ja alle da.“ (Z. 878-879)

„da musst ich nicht viel rennen, musst ich nicht viel betteln, ah ich musste nicht, Gott weiß hundert Stellen durchklappern, bis es wat klappte, ja, is' ja so.“ (Z. 1106-1108)

Den Eltern ist wichtig, dass auf diese Weise keine Informationen verloren gehen, sie verzeichnen ein positives Gefühl des Vorankommens durch Verpflichtung, eine Art Bringpflicht der Mitarbeiter wird wahrgenommen. Diese empfundene Verbindlichkeit wird extrem positiv bewertet.

„Dann wären ja Informationen auch verloren gegangen. Ich glaube nicht, wenn die nicht alle an einen(m) Tisch gewesen wären, dass das dann so funktioniert hätte. (...) wie alle an einem Tisch, wo die sich das sofort notiert haben und wussten, in sagen wir mal 4 Wochen ist die nächste Hilfeforenzen, da müssen wir da was bringen (eine) Lösung bringen“. (Z. 315-319)

Was die Kommunikation bzw. den Informationsaustausch anbelangt, waren die Mütter ebenfalls sehr zufrieden.

„Sie hat mich immer gefragt, ob ich das auch verstehe, weil ja auch Fachbegriffe auch dort gesagt wurden“ (Z. 1617-1618)

„keiner war irgendwie schlecht gelaunt oder man hat 'ne blöde Bemerkung also gar nichts, man wurde, konnte fragen jeden Tag, also det war wirklich okay“. (Z. 65-67)

Weiterer Klärungsbedarf bleibt in Bezug auf die Frage nach der Teilnahme der Eltern an der Hilfeforenzen bestehen, wobei es nicht nur um die Frage geht, welche Eltern beteiligt werden könnten, sondern ob überhaupt betroffene Eltern an den Hilfeforenzen teilnehmen sollten. Dieser Punkt wurde von den Müttern sehr unterschiedlich bewertet – von unbedingtem Teilnahmebedürfnis bis hin zu völliger Ablehnung der Teilnahme. Diesbezüglich ist sicherlich individueller Umgang der Mitarbeiter mit den Betroffenen indiziert.

Zusammenfassend hat sich gezeigt, dass erfahrene Eltern reflektierte Ratschläge zur Verbesserung geben können – ihre Hinweise sollten von den Mitarbeitern aufgegriffen werden. So wird persönliches Engagement der Helfer in Form von Anrufen, interessierten Nachfragen nach Befinden und Stand der Dinge und ausführlichen Erklärungen als fürsorglich empfunden und deutlich positiv bewertet.

2.2.2.4. Die Fallkonferenz – eine Verabredung zur Kooperation

Susann Weidhaas

Über die Bedeutung von Anerkennung in der Kooperationsbeziehung zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Forschungsfrage:

Inwieweit trägt die Fallkonferenz zur Verbesserung der Kooperation bei?

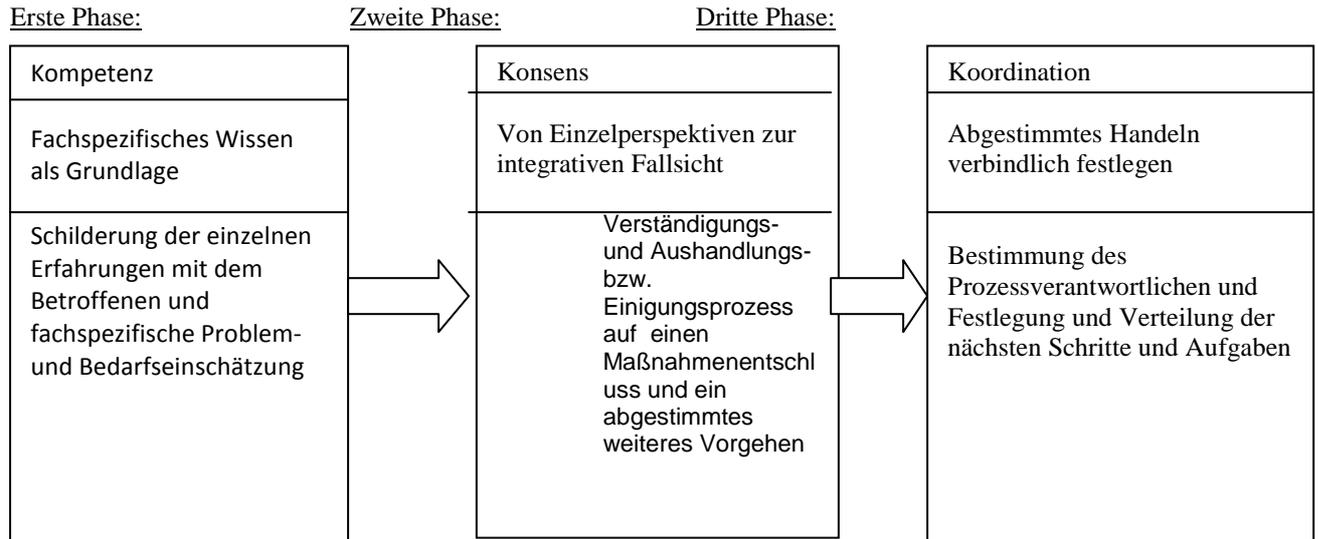
Hierbei stand die Herstellung einer gemeinsamen Fallsicht als zentrales Ziel der Fallkonferenz im Vordergrund.

Das nähere Forschungsinteresse galt hierbei dem Verständnis, das die Befragten von einer gemeinsamen Fallsicht haben und welche Bedeutung sie dieser wie auch der Fallkonferenz für die Zusammenarbeit mit anderen Fachdiensten beimessen.

Ergebnisse aus den Beobachtungsdaten:

Die Beobachtungen können in einem Drei- Phasen- Modell zusammengefasst werden, was die inhaltliche Struktur und den Ablauf beschreibt.

Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008



Zu Beginn schildern alle Beteiligten ihre Fallkenntnisse und Sicht auf den Betroffenen und schätzen den Bedarf ein – hier findet ein fachübergreifender Informationsaustausch statt bzw. ein Zusammentragen der Kenntnisse statt (im Sinne einer ganzheitlichen Fallsicht).

In einem zweiten Schritt werden die verschiedenen Meinungen verhandelt mit dem Ziel einer Maßnahmenentscheidung – hier geht es um die Herstellung einer gemeinsamen Fallsicht oder allgemeiner formuliert, hier wird ein Konsens gebildet (welche Einflüsse hier eine Rolle spielten, wurde deutlicher in den Interviews).

Zum Abschluss werden nächste Schritte vereinbart, Zuständige festgelegt und der Prozessverantwortliche bestimmt – hier wird Verbindlichkeit gestiftet und Zusammenarbeit verabredet

Fazit:

Dieses Ergebnis kann als Bestätigung hinsichtlich der Funktionen gesehen werden, die der Fallkonferenz zugeschrieben werden und in den Leitlinien benannt sind, v.a. wenn es um eine möglichst umfassende Fallsicht, fachbereichsübergreifender Austausch und Konsensbildung hinsichtlich des weiteren Vorgehens geht.

Die Fallkonferenzen können als Ort betrachtet werden, an dem eine Begegnung der verschiedenen Fachbereiche und damit ein fachübergreifender Austausch stattfindet.

Von den Befragten wurde dies als positiver Schritt in die richtige Richtung betrachtet und gutgeheißen.

Ergebnisse aus den Interviewdaten:

Insbesondere zwischen den Fachbereichen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde die Bedeutung wechselseitiger Anerkennung hinsichtlich der eigenen Fachlichkeit und Leistung für eine gemeinsame Zusammenarbeit thematisiert.

Seitens der Jugendhilfe wurde v.a. der Wunsch nach stärkerer Berücksichtigung der sozialpädagogischen Herangehensweise (sozialräumliche Orientierung, systemische Betrachtungsweise) in der fachbereichsübergreifenden Zusammenarbeit mit dem kinder- und jugendpsychiatrischen Fachbereich betont. Seitens der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachrichtung, insbesondere seitens der Klinik, wird der Wunsch nach Anerkennung bzgl. der bisher erbrachten Behandlungsleistung angesprochen. Die Aufrechterhaltung des erzielten

Behandlungserfolges (Stabilisierung des Betroffenen) stellt ein wesentliches Kooperationsziel dar.

Der Eindruck von Willkürentscheidungen und mangelnder Berücksichtigung der fachärztlichen Meinung und der zur Verfügung stehenden Kompetenz im Rahmen der Maßnahmenentscheidung seitens der Jugendhilfe werden als Konflikt erlebt und erschweren zum einen die fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit mit diesem Fachbereich, bilden aber auch die Motive für die Kooperation mit diesem Fachbereich.

Das Konflikterleben seitens der Jugendhilfe geht vor allem aus dem Eindruck mangelnder Einbeziehung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie bei der Maßnahmenformulierung gegenüber dem Betroffenen bzw. dessen Eltern hervor. Die hiermit verbundene Vorprägung der Eltern hinsichtlich der weiteren Behandlungsmaßnahme wird als Behinderung des Zugangs der Jugendhilfe zum Betroffenen und dessen Umfeld nach sozialpädagogischen Gesichtspunkten wahrgenommen und kritisiert.

Die Verantwortung seitens der Jugendhilfe für eine KJHG- Maßnahme und deren Finanzierung durch diese Institution stehen hierbei im Vordergrund, womit vorgreifendes Verhalten und Handeln des kinder- und jugendpsychiatrischen Fachbereichs als „Grenzüberschreitung“ wahrgenommen wird.

Fazit:

Die Aushandlung der verschiedenen professions- und institutionsbedingten Interessen erfordert die Berücksichtigung und Anerkennung der Handlungsmöglichkeiten aber auch –zwänge und setzt die Kenntnis dieser voraus. Die Fallkonferenzen bieten einen Rahmen, in dem sich die verschiedenen Fachbereiche in direktem Kontakt begegnen, Fall- und Fachkenntnisse zusammengetragen und ausgetauscht und unterschiedliche Interesse und Meinungen miteinander ausgehandelt werden können. Eine Nutzung des Synergieeffektes wird auf diese Weise möglich, trägt zu gegenseitiger fachlicher Bereicherung im Sinne einer ganzheitlichen und integrativen Fallsicht bei und ermöglicht durch direkte und spontane gegenseitige Bezugnahme eine Konkretisierung weiterer Schritte im Hilfeprozess und eine verbindliche Festlegung des weiteren fallbezogenen Vorgehens. Hinsichtlich des Konfliktpotentials ist die Schaffung von Reflexionsmöglichkeiten eventuell unter Einbeziehung eines Mediators anzustreben, da die Fallkonferenz diesbezüglich keinen bzw. nicht den geeigneten Raum bietet.

2.2.2.5. Prozessverantwortliche im Modellprojekt: Arbeitsweise, Rolle und Sinn und Zweck für das Projekt

Maxim Tenenbaum

Der Einsatz eines Prozessverantwortlichen (PV) ist in dem Ablaufplan der Fallkonferenz verankert und soll der aufgestellten Forderung der Senatsverwaltung nach einem Case Manager gerecht werden. Dieser soll dazu beitragen, die angebotenen Hilfen „wie aus einer Hand“ zu bieten.

Ein Prozessverantwortlicher ist jedoch (noch) nicht mit einem Case Manager gleichzusetzen, obwohl die Rolle des PV im Sinne des Case Managers konzipiert wurde, was durch Befragungen der „Stakeholder“ bestätigt wurde.

Die vollständige Implementierung der Methode des „Case Management“ bedarf einer Umstellung der Fall- und Systemsteuerung innerhalb der Kooperation. D. h., es muss sowohl die direkte Arbeit mit dem Nutzer, als auch die Netzwerkarbeit mit den relevanten Diensten und Einrichtungen nach dem Case-Management-Verfahren umgestellt werden. Andernfalls handelt es sich um andere Anwendungsformen von Case Management, die an das Konzept zwar anlehnen, aber nicht den Kern des Verfahrens erfassen (Löcherbach, 2007).

Im Rahmen des Modellprojekts waren weder Aufgaben eines Prozessverantwortlichen formuliert worden, noch waren wegweisende Richtlinien für die Arbeitsweise des PV vorhanden. Die Arbeitsweise der „Macher“, also der Träger der Prozessverantwortung, sind deshalb als „intuitiv“ zu bezeichnen, denn jeder führte die Aufgabe so aus, wie er sie verstand.

Es wurden zunächst Interviews mit „Stakeholdern“ geführt, also an dem Projekt beteiligten Fachleuten, die die Funktion des PV nicht ausführten und einen Blick „von oben“ auf die Fragestellung bewahren. Als nächster Schritt wurden mehrere „Macher“ befragt, die die Realität der Praxis schilderten. Aus den Aussagen beider Gruppen und deren Gegenüberstellung zog ich meine Ergebnisse.

Die Vorstellungen der befragten Stakeholder lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Der Prozessverantwortliche soll sowohl koordinierende Rolle übernehmen als auch eine Beziehung zu den Betroffenen/Angehörigen aufbauen und ein Ansprechpartner für sie sein.

In puncto Abgabe/Übergabe der Prozessverantwortung vertraten die Stakeholder keine einheitliche Meinung. (Übergaben sollen stattfinden vs. Möglichst ein PV auf Dauer)

Prozessverantwortung muss nicht immer beim Jugendamt liegen; dies ist aber oft unumgänglich.

Ein PV darf nur mit seiner Zustimmung als solcher eingesetzt werden. Es sollte überlegt werden, welche Person sich dafür am besten eignet, um einen möglichst übergabefreien Ablauf zu gewährleisten.

Die Auswertung der Daten der Macher- Interviews ergab, dass die Vorstellungen der Stakeholder so bei den Machern nicht ankamen.

Fast alle befragten Prozessverantwortlichen verstanden ihre Aufgabe in erster Linie als eine koordinierende und organisatorische. Es gab zwar Kontakt zu den Betroffenen, aber nur auf das Nötigste reduziert. Dies lässt leider nicht von einer vollständigen Implementierung des Case-Management-Konzeptes in die Rolle des Prozessverantwortlichen sprechen.

Keiner von den befragten Prozessverantwortlichen wurde auf irgendeine Weise in seine Rolle und Funktionen eingeweiht. Die Festlegung bzw. Übergabe passierte i.d.R. schnell in einer Fallkonferenz. Vor allem die externen PVs (nicht -Teammitglieder) hatten somit keine Möglichkeit, sich vorab über ihre Funktionen in dieser Rolle zu informieren, und sie konnten sich auch nicht entscheiden, ob sie Prozessverantwortliche werden möchten oder nicht.

Als Folge wurde die Arbeit eher intuitiv ausgeführt. Jeder erfüllte seine Aufgaben so, wie er sie selbst verstanden hatte.

Die Auswahl eines Professionellen und die Vergabe der Prozessverantwortung passierte i.d.R. anhand des Kriteriums „Nähe zu dem Betroffenen“. Bei der Festsetzung einer Kinder- oder Jugendhilfemaßnahme ging die Prozessverantwortung automatisch an das Jugendamt. Die von den Stakeholdern genannten weiteren Kriterien (wie z.B. „Kenntnis der Situation und Überblick“, „Kenntnis der Diagnosen“, „Bereitschaft und Möglichkeit der Beibehaltung der Prozessverantwortung über einen längeren Zeitraum“, „Guter Draht‘ zu dem Betroffenen/den Angehörigen“) waren bei der Auswahl nicht ausschlaggebend.

Die Mehrzahl der eingesetzten Prozessverantwortlichen waren Mitarbeiterinnen aus den Jugendämtern. Obwohl positiv betont, wurde die Möglichkeit der Festsetzung der Professionellen aus anderen Fachbereichen als PV sehr sporadisch genutzt.

Zusammengefasst soll gesagt werden, dass die Erarbeitung eines einheitlichen Bildes von Funktionen und Rollen des Prozessverantwortlichen im Team notwendig ist. Die Tatsache, dass keine klaren Vorgaben für die Arbeitsweise der PVs vorhanden sind, erklärt die Abhängigkeit der Durchführung vom persönlichen Engagement des jeweiligen Prozessverantwortlichen.

Die nicht vorhandene Beziehungsarbeit mit den Betroffenen/Angehörigen lässt darauf schließen, dass der Versuch, das Konzept des Prozessverantwortlichen durchzusetzen – soweit dieses mit dem Case Management gleichzusetzen ist – gescheitert ist.

Handlungsempfehlungen:

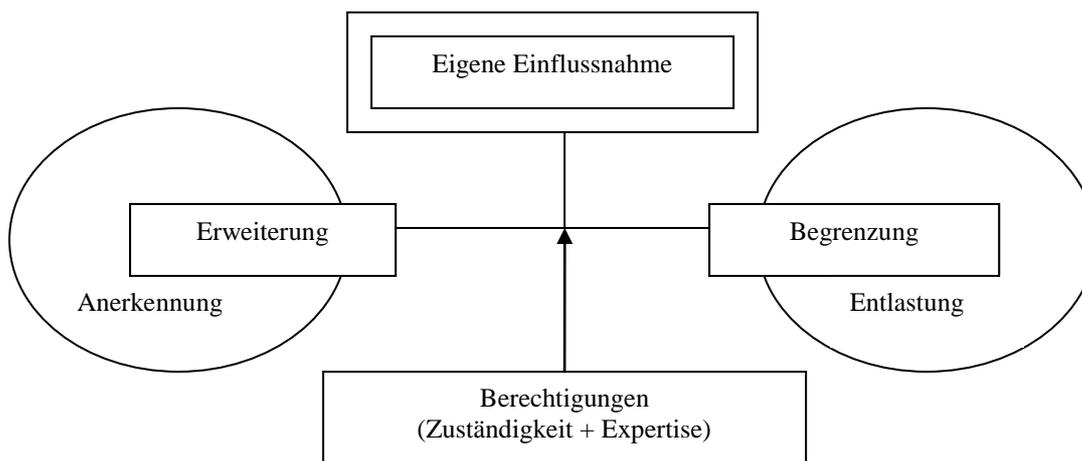
- Kommunikation im Team zu dem Thema anregen und ermöglichen.
- Aufgaben und Funktionen des Prozessverantwortlichen erarbeiten.
- Einen einheitlichen Ablaufplan für die Arbeit des PV erarbeiten.
- Kriterien für die Auswahl eines Prozessverantwortlichen erarbeiten.
- Zeitliche, ökonomische und ressourcenbezogene Aspekte berücksichtigen.
- In erster Linie die externen PVs in das Konzept einweihen und mit dem Leitfaden bekannt machen.
- Bei der Festsetzung: Auf die Eignung und die Bereitschaft des Ausführenden achten.

Die Idee der Prozessverantwortung ist dennoch eindeutig positiv zu bewerten. Alle Befragten waren sich einig, dass ein Prozessverantwortlicher (Case Manager) in einem komplexen Vorgang unumgänglich ist. Es soll betont werden, dass alle befragten Prozessverantwortlichen sich mit dieser Rolle identifizierten, wenngleich diese von allen unterschiedlich verstanden wurde. Es ist sichtbar geworden, dass die organisatorischen und inhaltlichen Komponenten der Aufgaben verfolgt und erfolgreich erledigt wurden.

2.2.2.6. Die Kooperationsverständnisse der beteiligten Akteure – Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse

Cathleen Gottbehüt

In meiner Untersuchung bin ich folgender Frage nachgegangen: Welche Vorstellungen bzw. Verständnisse haben die kooperierenden Personen der am Modellprojekt beteiligten Institutionen über die konkrete Ausgestaltung der Kooperation? Dahinter standen Überlegungen wie: Meinen alle dasselbe wenn sie von Kooperation sprechen? Inwieweit bestehen eventuell Vorstellungen, die sich schlecht miteinander vereinbaren lassen? Neben der Beobachtung und Dokumentation der Projektteamsitzungen und Fallkonferenzen wurden zur Beantwortung dieser Frage Interviews mit Professionellen aus allen am Fall beteiligten Institutionen und möglichst auch jeweils allen Professionen aus den Institutionen geführt. Das heißt konkret, dass Ärzt/innen, Psycholog/innen, Sozialarbeiter/innen und Lehrer/innen aus Klinik, Klinikschule, Jugendamt, Schule, Kinder- und Jugendpsychiatrischem Dienst und Förderzentrum interviewt wurden.



Das zentrale Thema der eigenen Einflussnahme und seine Beziehungen

Im abgebildeten Schema sind die zentralen Ergebnisse zusammenfassend dargestellt. In allen Schilderungen von den Vorstellungen gelingender Kooperation geht es darum, Einfluss zu nehmen auf die Hilfeplanung. Einerseits möchten die Akteure die eigene Einflussnahme erweitern, was einem Bedürfnis nach Anerkennung unterliegt – dem Wunsch, dass eigene Empfehlungen und somit Kompetenzen anerkannt werden. Andererseits möchten sie sich vor Überforderung schützen und suchen Entlastung in diesem fordernden Bereich der Hilfe für „Fälle mit komplexem Hilfebedarf“. Somit besteht gleichzeitig ein Bedürfnis nach Begrenzung der eigenen Einflussnahme und Fernhalten von Dingen, für die man sich nicht zuständig oder fachlich kompetent fühlt. Die Argumentationsgrundlage für diese Bestrebungen in beide Richtungen bilden die Berechtigungen: (formale) Zuständigkeit und Expertise. Der Konflikt in der interinstitutionellen Kooperation beginnt an der Stelle, wo beabsichtigte Einflussnahme aufgrund wahrgenommener eigener Kompetenzen von anderen nicht akzeptiert wird. Dies resultiert in einer Kränkung und in einem Kampf um Anerkennung (der Kompetenzen). Von allen an der Kooperation beteiligten Institutionen gehen Bemühungen aus in beide Richtungen – Erweiterung und Begrenzung der eigenen Einflussnahme –, die selbst gleichzeitig nebeneinander bestehen können. Die skizzierten Bedürfnisse und Argumentationen lassen sich bei allen finden. Nichtsdestotrotz gibt es bestimmte Akzentuierungen, weshalb nachfolgend die Sichtweisen der einzelnen Institutionen dargestellt werden.³ Zunächst ist zu nennen, dass sich der Konflikt um Einflussnahme am deutlichsten zwischen den Fachbereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe zeigt – insbesondere zwischen den Institutionen Klinik und Jugendamt. Dies soll jeweils ein Zitat vonseiten der Klinik und vonseiten des Jugendamtes verdeutlichen:

„Hier ist immer so dieses Problem: Wer bestimmt die Hilfe dann auch, wer ist eigentlich der Bestimmer?“ (Klinik)

„Ich möchte keinen Machtkampf haben, ich bin nicht überzeugt von dem, was er vorschlägt, ich bin aber verantwortlich dafür. Das ist ein bisschen das Dilemma, dass ich am Ende immer die Verantwortung habe und nur um es ihm recht zu machen, das geht mir zu weit.“ (Jugendamt)

Die Klinik befindet sich in einem Kampf nach Anerkennung ihres fallbezogenen Fachwissens durch größere Entscheidungsteilhabe – vor allem gegenüber dem Jugendamt, da die Klinik aufgrund des meist mehrwöchigen stationären Aufenthaltes des Kindes viele fallbezogene Informationen für sich beansprucht. Das Jugendamt befindet sich in einem schwierigen Drahtseilakt zwischen der Einbeziehung anderer Fachbereiche, was für eine ganzheitliche Hilfeplanung notwendig ist, und dem Kampf nach Anerkennung seiner Kompetenzen – zunächst seiner Zuständigkeit aber auch seiner sozialpädagogischen Expertise. Die Schule kämpft in erster Linie nach Einbeziehung – überhaupt eine Stimme in der Hilfeplanung zu bekommen –, welche sowohl die Anerkennung ihrer Expertise ausdrücken als auch ihrem Überforderungserleben Abhilfe leisten würde.

Die Ergebnisse können an dieser Stelle nur in äußerst komprimierter Form dargestellt werden. Was jedoch am meisten interessiert ist die Frage: Was heißt das nun für die Praxis der interinstitutionellen Kooperation?

³ Diese Darstellungsweise wurde gewählt, da sich herausgestellt hat, dass sich die Standpunkte der Mitarbeiter derselben Institution stärker ähneln als die derselben Berufsgruppe in verschiedenen Institutionen.

Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008

Diesbezüglich möchte ich abschließend einige Anregungen geben: Zum einen sollen die Rückmeldung dieser Ergebnisse und insbesondere das dargestellte Schema helfen, Konflikte besser zu verstehen und zu thematisieren. Zum anderen soll angemerkt werden, dass bei der Anerkennungsproblematik die unterschiedlichen Handlungslogiken der Fachbereiche eine wesentliche Rolle spielen (unterschiedliche Krankheitsmodelle, Interventionsansätze etc.). Sie sind jedoch notwendig für eine ganzheitliche Versorgung der Adressaten. Daher sollte neben der Klärung des gemeinsamen Anliegens ein Austausch über das jeweils Unterschiedliche stattfinden, den je eigenen Handlungslogiken und Arbeitsweisen, um den Beitrag jedes Einzelnen für das Ziel der Kooperation zu verdeutlichen und wertschätzen zu lernen. Dieser Verständigungs- und Reflektionsprozess über Ziele, Erwartungen, Möglichkeiten und Grenzen ist notwendiger Teil einer Kooperation. Das bedeutet, dass er als Teil der Arbeit anerkannt werden muss. Ebenso können auf diese Weise strukturelle Missstände oder Inkompatibilitäten zwischen den Institutionen aufgedeckt werden. Dieser Prozess benötigt Zeit und Ressourcen.

2.2.3. Fort- und Weiterbildung

Rosmarie Weise

Allgemeine Bemerkungen

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule stehen in der Modellregion Südwest vor der Herausforderung, eine neue Kooperations- und Kommunikationskultur zu entwickeln und herauszubilden. Da in den drei Praxisfeldern mit den gleichen Kindern und Jugendlichen und deren Problemkonstellationen gearbeitet wird, die Arbeitsfelder sich aber deutlich unterscheiden, können gemeinsame Fort- und Weiterbildungen, gegenseitige Beratung und Qualifikation dazu beitragen, die einzelnen fachlichen Sichtweisen und das jeweilige Problemverständnis zu erweitern und zu ergänzen. Das betrifft z.B. die jeweils zugrunde liegenden Handlungskonzepte und Professionen, die Arbeitsformen und Methoden, die Rechtsgrundlagen sowie die entsprechenden Finanzierungsmodalitäten.

Die im Rahmen der Modellprojektarbeit durchgeführte Recherchen in den beteiligten Bezirken und deren Ergebnisse zeugen davon, dass gemeinsame Fort- und Weiterbildungen wichtige Bausteine zur Neuausrichtung von Kooperation und Kommunikation zwischen Fachbereichen werden müssen, um neben einer formalen Regelung (z. B. Kooperationsvertrag) eine gemeinsame Sprache, Basis und Vertrauen sowie Toleranz entwickeln zu können. Hierbei spielt die Evaluation zur Erfassung und Bewertung von Prozessen, Maßnahmen und Ergebnissen eine entscheidende Rolle.

Nachfolgend werden die im Rahmen des Modellprojektes durchgeführten Fortbildungsaktivitäten dargestellt.

Gemeinsame Fortbildungen ab 2004

Auszug aus der Kooperationsvereinbarung – Punkt 7

„Die Kooperationspartner verpflichten sich, dafür Sorge zu tragen, dass gemeinsame Fort- und Weiterbildungsprogramme durch die einschlägigen Fortbildungsstätten angeboten und durch die Mitarbeiter/-innen wahrgenommen werden.

Der gegenseitige fachliche Austausch erfolgt durch wechselseitige Hospitationen.“

Eine Voraussetzung für eine wirkungsvolle Zusammenarbeit ist das gegenseitige Kennenlernen der Handelnden aus den beteiligten Versorgungsfeldern. Hierzu fand in 2004 ein mehrtägiges Projektmanagementtraining statt mit dem Ziel, eine Projektgruppe aus den Fachbereichen Gesundheit, Jugend und Schule der Modellregion zu bilden, einen ersten Projektstrukturplan zu entwerfen und verschiedene Arbeitspakete inhaltlich und verantwortlich festzulegen. Diese Arbeitsphase kann als erfolgreicher Auftakt des Modellprojektes gewertet werden.

Die Tätigkeiten in den einzelnen Arbeitspaketen und die begleitenden Reformen im ÖGD – und Jugendhilfebereich erforderten in 2005 mehrere thematische Fortbildungsmaßnahmen, wie z.B. zur - Sozialraumorientierung in der Jugendhilfe,

AV – Hilfeplanung und zur Anwendung des Instrumentes ICF⁴

für die gemeinsame Einschätzung auftretender Probleme von Kindern und Jugendlichen. Als professionsneutrale, standardisierte Sprache sollte eine adaptierte Form in Gestalt eines „Einschätzungsbogen“ als Verständigungsgrundlage zwischen den Fachdisziplinen dienen, die Zuordnung zur Zielgruppe (Kinder und Jugendliche mit einem fachbereichsübergreifenden komplexen Hilfebedarf) und die gemeinsame Planung von adäquaten Maßnahmen erleichtern. Hierzu gab es im Modellprojekt die größten Verständigungsprobleme und Hindernisse, die zur Verzögerung bei der Entwicklung und Erprobung des Einschätzungsbogens im Rahmen der verbindlichen Hilfeplanung führten. Die Wirksamkeit dieses Instruments wurde im Rahmen der Evaluation beurteilt.

Mittels einer Fragebogenaktion in 2006 wurden ausgewählte Führungskräfte und Mitarbeiter/innen aus den drei Fachbereichen Gesundheit, Jugend und Schule der Modellregion zur Ermittlung des gemeinsamen und spezifischen Fortbildungsbedarfes befragt. Eine Fülle von unterschiedlichen Wünschen und Erwartungen an gemeinsame Veranstaltungen innerhalb der Projektzeit und auch für die Zeit danach wurden zurückgemeldet. Die Angaben wurden im Projektteam ausgewertet und die Initiativen innerhalb der Projektzeit auf zwei Vorhaben begrenzt: Durchführung einer Informationsveranstaltung in der Versorgungsregion (Erläuterung des Modellprojektes und Zwischenergebnisse) und einer Berlinweiten Fachtagung zum Abschluss des Projektes (Präsentation der Ergebnisse und Übertragung auf die anderen KJPP -Versorgungsregionen). Darüber hinaus wird eine Reihe von Vorschlägen zu gemeinsamen fach- und fachübergreifenden Themen (z. B. Verläufe und Prognose von psychischen Krankheiten und Störungen, Handlungslogik, Denkmuster, Erklärungsmodelle und

⁴ International Classification of Functioning, Disability and Health“ (WHO 2001)

Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008

Perspektiven von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Organisations- und Ablaufstrukturen, Netzwerke Jugendhilfe / KJPP, etc.) die Grundlage für weiterführende Fortbildungsmaßnahmen bilden.

Grundsätzlich besteht bei den Akteuren der Modellregion die Bereitschaft, sich gegenseitig in und mit seinen Arbeitsfeldern, Methoden, Grenzen und Zwängen besser kennen zu lernen, um die Arbeit des Anderen zu verstehen. Zentral besteht nach wie vor der Wunsch nach mehr Transparenz der Handlungen und Entscheidungen, insbesondere im Prozess der Hilfeplanung.

Um die Ziele des Modellprojektes zu erreichen, war die Durchführung eines ganztägigen „Projektreviews“ im Dezember 2005 erforderlich. Neben einer Bestandsaufnahme (Analyse der Projektarbeit) wurden auch Teamprobleme (Integration der Neuen) erörtert sowie Maßnahmen und Regeln zur weiteren Zusammenarbeit festgelegt. Hierzu gehört auch der nachfolgende Einsatz von zwei Supervisoren zur Begleitung der Projektteamsitzungen und der Untersuchung der Pilotfälle sowie der Einsatz einer Projektassistentin und einer Moderatorin für die monatlichen Projektteamsitzungen. Dieser Tag trug im Wesentlichen zur Standortbestimmung, zur Klärung und Lösung von Konflikten und zur Bewusstmachung von gegenseitigen Erwartungen und Wünschen bei. Er war zugleich ein Baustein im Prozess der Entwicklung von gegenseitiger Akzeptanz und Anerkennung.

Am 29.11.2006 fand zwischen den Akteuren aus den drei Handlungsfeldern eine gemeinsame Informationsveranstaltung im „Haus der Jugend“ in Steglitz statt, in deren Rahmen die Ziele, Aufgaben, Zwischenergebnisse sowie auch die nächsten Arbeitsschritte des Projektes präsentiert worden sind. Darüber hinaus bestand die Gelegenheit, die vorgestellten neuen und verbindlichen Instrumente zur Zusammenarbeit kennen zu lernen und anhand konkreter Fälle gemeinsam zu erproben. Überaus positiv war die Resonanz der Fachleute aus der Region Südwest zur geleisteten umfangreichen und phasenweise auch sehr schwierigen Arbeit des Projektteams. Insgesamt wurde konstatiert, dass das Modellprojekt auf dem richtigen Weg ist. Die kritischen Anmerkungen und Hinweise zu Inhalten und Handhabung der Instrumente wurden aufgenommen, im Rahmen der Pilotphase weiterentwickelt und zum Abschluss gebracht.

Mit einer Berlinweiten Fachtagung am 23.01.2008 im Rathaus Schöneberg wurde das Modellprojekt beendet. Die hohe Beteiligung von Entscheidungsträgern und Praktikern aus den drei Handlungsfeldern, die durchweg positiv bewerteten Ergebnisse und Empfehlungen sowie die intensiven fachlichen Gespräche zwischendurch haben deutlich gezeigt, dass ein verbindliches und abgestimmtes interdisziplinäres Handeln für dringend notwendig erachtet wird. Verlässliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit kann trotz personeller und finanzieller Einschränkungen erreicht werden. Alle Beteiligten müssen dafür genügend Interesse, Zeit und entsprechendes Engagement einbringen, um die bisherigen Strukturen auf den Prüfstand zu bringen und die Kommunikation zwischen den verschiedenen Professionen zu überdenken.

Sämtliche Veröffentlichungen rund um das Modellprojekt und besonders zur den einzelnen Fachveranstaltungen sind im Internet unter folgendem Link zu finden: www.berlin.de/ba-tempelhof-schoeneberg/organisationseinheit/gesundheit/pl_psych_koor2.html

Die Ergebnisse dieser dreijährigen modellhaften Zusammenarbeit werden die Grundlage für die Gestaltung von zukünftigen Kooperationsbeziehungen in allen Berliner Bezirken bilden. Eine Übertragung der wissenschaftlich untersuchten Instrumente zur Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. der Problemlösungskompetenz im Rahmen verbindlicher und gemeinsamer Hilfeplanung über die Fallebene hinaus wird als wesentliches Projektziel gewertet. Die präsentierten Empfehlungen sollen nicht generalisiert werden, sondern sie ermöglichen als „Nährboden“ die Erarbeitung und Umsetzung von Lösungskonzepten und verbindlichen Vereinbarungen in den jeweils anderen KJPP – Versorgungsregionen in Berlin. Die Entwicklung von vernetzter und verbindlicher Kooperation und Kommunikation unabhängig von strukturellen Voraussetzungen auch unter Beachtung der sozialräumlichen Bedarfslage ist das Berlinweite Ziel.

Der Bedarf an gemeinsamen Fortbildungen, d. h. die Definition der Themen, die für die miteinander kooperierenden unterschiedlichen Berufsgruppen interessant und wichtig sind, werden in der Region Südwest im Rahmen der nachfolgenden Netzwerkarbeit entwickelt. Ziel ist, auch in den anderen Bezirken/Regionen den Fortbildungsbedarf zu ermitteln und zusammenzuführen, um eine Berlinweite Planung und Umsetzung von gemeinsamen Fortbildungen zu initiieren. Die im Text dargestellten Fortbildungsaktivitäten wurden mit großer Unterstützung (personelle und finanzielle Ressourcen) von den drei beteiligten Fortbildungsinstituten Verwaltungsakademie/Institut für Verwaltungsmanagement, LISUM Berlin -Brandenburg, Sozialpädagogisches Fortbildungsinstitut Berlin – Brandenburg ermöglicht.

2.3. Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit

2.3.1. Ergebnisse/Erfahrungen des Projektteams

Kerstin Schicke

- Die Arbeit im Modellprojekt hat gezeigt, dass für eine gelingende interinstitutionelle Kooperation gegenseitige Akzeptanz und Anerkennung die Grundvoraussetzungen sind, um eine vertrauensvolle Arbeitsbasis aufzubauen und zu halten. Das Wissen über den/die anderen, seine/ihre fachliche Arbeitsweise, Handlungsmöglichkeiten, aber auch Handlungszwänge und institutionelle Grenzen sind dabei für die Anerkennung und Wertschätzung, aber auch für die gemeinsame Lösung von Konflikten unbedingt erforderlich.
- Kooperation ist eine Strategie, in der viel Potenzial steckt, wenn geeignete Rahmenbedingungen und flexible Strukturen geschaffen werden, wozu auch die zur Verfügung stehenden Arbeitskapazitäten gehören.
- Kooperation muss auch ständig reflektiert werden, ob sie noch dem gemeinsamen Ziel dient, ob sie in dem Kontext weiter bestehen soll oder in einer anderen Form.
- Der Kooperationsprozess kann erleichtert und die Beziehungen der Beteiligten intensiviert werden, wenn gemeinsame Aktivitäten, wie z. B. gemeinsame fachbereichsübergreifende Fortbildungen, Informationsveranstaltungen zu spezifischen Themen und auch gemeinsame Erlebnisse in der Freizeit durchgeführt werden.
- Feststehende Verbindlichkeiten, wie z. B. regelmäßige Fallanalysen / Fallkonferenzen, ein Ort des Treffens etc. sind notwendig, auf die sich alle involvierten Fachstellen einigen müssen. Klare Strukturen, Beschreibungen mit Methoden aus dem Qualitätsmanagement sind hilfreich. Außerdem gilt es grundsätzliche „Spielregeln“ zu vereinbaren und einzuhalten, damit die Diagnostik und die fachbereichsspezifischen Vorstellungen aus dem medizinischen, psychologischen und sozialpädagogischen und schulischen Bereich auf Augenhöhe ausgetauscht werden, Zunächst erfordern die gemeinsamen Aushandlungsprozesse ein Mehr an Einsatz bzw. Arbeitskapazitäten. Hat sich die verabredete Vorgehensweise zwischen den Fachstellen etabliert, geht vieles effektiver und schneller und führt mit Sicherheit sogar zu einer Arbeitsentlastung.
- Eine vertrauensvolle Einbeziehung der Hilfesuchenden (Betroffenen) ist Vorbedingung für den gegenseitigen Informationsaustausch und Voraussetzung für den Erfolg der Hilfemaßnahmen zum Wohl des Kindes oder Jugendlichen.
- Es ist sinnvoll, in den jeweiligen Jugendämtern eine Verabredung zu erarbeiten, wie die fachbereichsübergreifenden Fallkonferenzen in die Hilfeplanstruktur im Rahmen der Berliner Sozialraumorientierung– Kiezteams/Ortsteilteams/Fallteams etc.- eingebettet werden.
- Kooperation zwischen den verschiedenen Fachbereichen ist ein fortwährender Prozess, der stets weiter entwickelt und von allen Beteiligten gepflegt werden muss. Bleibt man hier zwischen den einzelnen Fachstellen nicht wachsam, schläft er ein und es muss wieder von vorne begonnen werden.
- Fallkonferenzen wurden als Ort betrachtet, an dem eine Begegnung der verschiedenen Fachbereiche und damit ein fachübergreifender Austausch stattfinden kann.
- Aufgaben und Funktionen des Prozessverantwortlichen müssen erarbeitet werden unter Berücksichtigung eines einheitlichen Ablaufplanes für die Arbeit des PV. Kriterien für die Auswahl eines Prozessverantwortlichen müssen gemeinsam erarbeitet werden.
- Verständigungs- und Reflektionsprozess über Ziele, Erwartungen, Möglichkeiten und Grenzen der beteiligten Institutionen sind notwendiger Teil einer Kooperation. Das bedeutet, dass er als Teil der Arbeit anerkannt werden muss. Ebenso können auf diese Weise strukturelle Missstände oder Inkompatibilitäten zwischen den Institutionen aufgedeckt werden. Dieser Prozess benötigt Zeit und Ressourcen.
- Eine täglich komplexer erscheinende Welt stellt an jeden Einzelnen komplexere Anforderungen, die im Hinblick auf ein physisches und psychisches Gleichgewicht bewältigt werden sollen.
- Komplexe Störungen erfordern komplexe Hilfen, die sich in einem fachbereichsübergreifenden Hilfebedarf darstellen.
- Dabei sind insbesondere Effizienz und Transparenz auf der Basis einer verbindlichen Kooperationsstruktur für eine erfolgsorientierte Hilfe von hoher Bedeutung.

2.3.2. Handlungsempfehlungen des Projektteams

Basierend auf Ergebnissen und Erfahrungen der beteiligten Institutionen wurden folgende Handlungsempfehlungen erarbeitet:

- **Transfer und Multiplikation von lokalen Abläufen und Strukturen der kooperierenden Institutionen durch Errichtung von (über)- bezirklichen Netzwerken**
- **Erarbeitung einer verbindlichen Kooperationsvereinbarung, mit Festlegung von Kooperationspartnern, Zielgruppen, Verfahren, Strukturen, Laufzeiten, Verantwortungsbereichen, Fristenregelung von Abläufen und Verfahren zur Ergebniskontrolle.**
- **Einrichtung von koordinierenden Instanzen in den beteiligten kooperierenden Institutionen (Bereich Gesundheit, Bereich Jugend, Bereich Schule)**
- **Bereitstellung angemessener finanzieller, personeller und struktureller Ressourcen für eine effiziente Kooperationsstruktur**
- **Etablierung und Umsetzung verbindlicher Kooperationsstrukturen in der Versorgungsregion und Entwicklung effektiver Instrumente zur Zusammenarbeit zwischen den kooperierenden Institutionen (Gesundheit, Jugend, Schule)**
- **Festlegung eines Fallführenden und eines Prozessverantwortlichen mit Definition des Aufgaben- und Verantwortungsbereiches**
- **Festschreibung von kontinuierlichen langfristigen Kooperationsbezügen durch mindestens jährliche Fallfolgekonzernenzen bzw. schriftliche Rückmeldung des Prozessverantwortlichen an alle beteiligten Fachbereiche, um die Nachbetreuung für die Zielgruppe zu sichern und Qualität und Effektivität der Hilfekonzepte zu überprüfen**
- **Intensiver Einbezug der Betroffenen, Angehörigen / Vertreter/innen des sozialen Umfeldes. (z.B. Familie, Peers)**
- **Integration der Fallkonferenz in bereits bestehende Beratungsgremien der kooperierenden Institutionen hinsichtlich einer höheren Effektivität (Helferkonferenz, Schulhilfekonzernenz, Hilfeplanung etc.)**
- **Entwicklung von verbindlichen Standards für Überleitungen (z.B. in Krisen; bei Einrichtungswechsel)**
- **Gegenseitige Einbindung in die regionale Bedarfsplanung (Gesundheit, Jugendhilfe, Schule)**
- **Kontinuierliche fachbereichsübergreifende Fort – und Weiterbildung zwischen den kooperierenden Institutionen für eine kontinuierliche Erhöhung der fachlichen Transparenz**

2.3.3. Einzelne Stellungnahmen Projektteammitglieder zu Ergebnissen und Handlungsempfehlungen:

Klaus Seifried; Schulpsychologisches Beratungszentrum ;Tempelhof – Schöneberg

„Schulen und Eltern wenden sich an Schulpsychologinnen und Schulpsychologen, um Lern- oder Verhaltensprobleme von Schülern zu bewältigen. Diese Probleme sind in den letzten Jahren immer komplexer geworden.“

Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008

In den meisten Fällen besteht ein fachbereichsübergreifender Hilfebedarf. Problemlösungen sind dann nur möglich, wenn Schule und Familie eng zusammenarbeiten, wenn die pädagogischen Bemühungen der Eltern und Lehrer durch Jugendhilfeangebote, psychotherapeutische oder kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen ergänzt werden.

Hierbei ist es besonders wichtig, durch eine enge Kooperation der beteiligten Institutionen und Fachdienste die Maßnahmen gemeinsam abzusprechen und aufeinander abzustimmen“.

Dr. Hans Willner, St. – Joseph – Krankenhaus; Tempelhof – Schöneberg,

„Die Vorteile der Kooperationsvereinbarung und der Handlungsempfehlungen liegen in der Verbindlichkeit und in den konkreten Absprachen. Vor allem die gemeinsame Fallverantwortung und der mehrdimensionale Einschätzungsbogen nach ICF ist etwas Neues.

Positive Erfahrungen aus dem Kooperationsprojekt sind für mich auch die persönlichen Kontakte, die entstanden sind und die die konkrete Zusammenarbeit erleichtern.

Um die Ergebnisse des Modellprojektes in der alltäglichen Praxis mit Leben zu erfüllen, ist die Beteiligung und die Mitarbeit der Kolleginnen und Kollegen in den einzelnen Bereichen und Institutionen notwendig. Kooperation muss attraktiv sein, weil sie die Arbeit erleichtert und Hilfen für die Betroffenen verbessert.

Kooperation darf nicht die Arbeit erschweren und neue bürokratische Hürden aufbauen. Die Bildung von multiprofessionellen Beratungszentren wäre ein wichtiger Schritt“.

Beate Borstel, St – Joseph – Krankenhaus; Tempelhof – Schöneberg,

“ Notwendig erscheinen nach meiner Ansicht,
- verbindliche Strukturen
- bedarfsangepasste Formblätter
- verbindlicher Zeitrahmen für die Fallkonferenz
- systematisches überprüfen, ob alle beteiligten Institutionen einbezogen wurden

Notwendige strukturelle Veränderungen für die Umsetzung sind nach meiner Ansicht,
- die Entscheidungen über die Hilfe muss in oder nach den Fallkonferenzen rückgemeldet werden, begründet und transparent für die Beteiligten gemacht werden
- Beteiligung der Sorgeberechtigten, wann immer es möglich ist
- zeitnahe Umsetzung von Hilfen
- regelmäßiger Austausch schwieriger Fälle direkt mit den beteiligten Personen wie früher in der AG Südwest (einmal monatlich direkt und aktuell; 3 mal im Jahr mit Entscheidungsträgern der Institutionen “
- klare Schnittstellen (feste Ansprechpartner z.B.) zwischen den beteiligten Institutionen
- fest definierte Übergangslösungen in den verschiedenen Fachbereichen, um (weitere) Destabilisierung der Kinder – oder Jugendlichen zu vermeiden

Dr. med. Ursula Mohn-Kästle, Kinder-und Jugendpsychiatrischer Dienst; Tempelhof –Schöneberg

Die Sprache und Systematik der ICF hat sich als hervorragend geeignet erwiesen, um eine mehrdimensionale Diagnostik und Grundlagen für die Entwicklung eines gemeinsamen Hilfskonzepts darzustellen. Die Auffächerung von Ressourcen und Barrieren in allen verschiedenen Lebensbereiche und der Einbezug der Veränderungsmotivation des betroffenen jungen Menschen und seiner Eltern ist dabei besonders hilfreich.

Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008

Die offene Darstellung der ambivalenten Bestrebungen bei Klienten und (ihrer Spiegelung) im Helferkreis ist ein qualitativer Fortschritt für Fallsicht und Hilfeplanung.

„ Die Verbindlichkeit der Teilnahme des Vertreters des zuständigen Förderzentrums/ der Schulpsychologie an der Fallkonferenz und damit verbunden die verbindliche Aussage zur Schullaufbahn und den individuellen schulischen Unterstützungs- und Integrationsmöglichkeiten des betroffenen jungen Menschen verbessert die Effektivität enorm, da sie die Grundlage für die gemeinsame Entwicklung des fachbereichsübergreifenden Hilfekonzepts zur (Wieder) Herstellung der Teilhabefähigkeit bildet.

Es sollte der Versuch gemacht werden, die Fallkonferenzen in die Hilfeplanung des Jugendamtes so einzufügen, dass Mehr- und Doppelarbeit vermieden werden kann und Synergieeffekte genutzt werden können. „

Fallfolgekonferenzen mit allen verschiedenen Fachbereichen sollten in jährlichen Abständen eingeplant werden. Nur so kann dem komplexen und meist langfristigen Hilfebedarf der Zielgruppe Rechnung getragen und ein nachhaltiges Hilfekonzept entwickelt werden..

Kerstin Schicke, “Schule in der Klinik“; Tempelhof – Schöneberg

„ Diese Empfehlungen sollten es ermöglichen, schulische Maßnahmen und Ressourcen passgerechter und erfolgsorientierter mit den Hilfen durch JUG und KJP zu verbinden und so einen möglichen Abbruch der Schullaufbahn zu vermeiden, der in der Regel hoch finanzierte Leistungen zu Folge hat.

- Schulgesetzliche Verankerung und Präzisierung im Schulgesetz hinsichtlich des Auftrages der Klinikschule innerhalb der KJP und im Umgang mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen

- Schulspezifische Ausschreibung in Bezug auf den sonderpädagogischen Auftrag der Klinikschule

- Übertragbare und verbindliche Kooperationsstrukturen zwischen Klinikschule und Schulaufsicht, Koordination und sonderpädagogischen Förderzentren

- Schulische Nachsorge und Rehabilitation im Anschluss an die Behandlung in der KJP

Gregor Geitel, Sonderpädagogisches Förderzentrum; Steglitz – Zehlendorf ,

„ Folgende Bedingungen für eine verbindliche Kooperation halten wir für notwendig:

- feste Ansprechpartner bei den verschiedenen Diensten, die sich mit der Zeit kennen und dadurch schneller annähern können*
- es muss ein Vertrauensverhältnis entstehen, das dazu beitragen könnte, dass Legitimierungen und Rechtfertigungen reduziert werden können*

Handlungsempfehlungen:

- bessere Vernetzung von Förderzentren und Schulpsychologischem Dienst, sowohl fachlich als auch örtlich*
- Ausbau der Koordinierungsstellen*
- Verbesserte Kooperation zwischen Grundschul- und Oberschulbereich*
- Höhere Freistellungskontingente für Lehrer, die für die Kooperation zuständig sind „*

Hannelore Grauel - von Strünck, „Psychosoziale Dienste“, Jugendamt Steglitz – Zehlendorf,

„ An der Kooperation ist das Zusammenführen der Fachlichkeit aus allen Diensten von großem Vorteil und nutzt dem Bürger, der Bürgerin. In besonders schwierigen Fällen gibt es die Möglichkeit, Menschen mit großen Ambivalenzen, zu einer Entscheidung zu verhelfen, indem die Fachleute abgesprochene

unterschiedliche Rollen einnehmen.

Die Handlungsanweisungen werden mit der Zeit die Arbeitsabläufe verkürzen, da diese klar formuliert sind.“

Dr. Katharina Winkelmann, Schulpsychologisches Beratungszentrum Steglitz – Zehlendorf,

„Ein großer Vorteil der Kooperation und damit der Verwendung einer einheitlichen Sprache (Einschätzungsbogen auf der Grundlage der ICF und des Kinderschutzbogens) verhilft zu einer interdisziplinären und ganzheitlichen Betrachtung der Probleme von Kindern und Jugendlichen. Das gemeinsame Vorgehen ermöglicht eine leichtere und schnellere Verständigung der verschiedenen Fachdisziplinen und eine größere Transparenz sowie eine bessere Koordinierung der Maßnahmen.

Ein weiterer Vorteil ist in der kontinuierlichen Aktualisierung der Entwicklung und Veränderung der Problemlage und der Effektivität der ausgewählten Maßnahmen zu sehen.

Ganz wesentlich ist die gemeinsame Fallkonferenz, in der die ambivalenten Einstellungen und Wünsche der Familien/Kinder und Jugendlichen offen dargelegt werden, ebenso wie die Bereitschaft zur Mitarbeit und Veränderung, beides im Hinblick auf eine gemeinsame Zielrichtung. Festlegung zielnaher Maßnahmen durch die jeweiligen Institutionen ermöglicht ein schnelleres Eingreifen und Umsetzen möglicher Hilfen.“

3. Anhang

3.1. Anlage 1 – Mitglieder des Lenkungsausschusses (Stand: 23.01.2008)

Heinrich Beuscher	Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz - II B - Oranienstraße 106, 10969 Berlin	9028 (928) 2937	9028 2056	heinrich.beuscher@sengsv.verwalt-berlin.de
Ute Feuer	Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung - I A 1 - Beuthstraße 6, 10117 Berlin	9026 (926) 5834	9026 6515	Ute.feuer@senbwf.verwalt-berlin.de
Dieter Hapel	Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg Stadtrat für Schule, Bildung und Kultur 10820 Berlin	7560 (9917) 3500	7560 3502	hapel@ba-temp.verwalt-berlin.de
Dr. Sibyll Klotz	Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg Stadträtin für Gesundheit und Soziales 10820 Berlin	7560 (9917) 7250	7560 7256	sklotz@ba-ts.verwalt-berlin.de
Barbara Loth	Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf Stadträtin für Wirtschaft, Gesundheit und Verkehr 12154 Berlin	90299 (9299) 3900/3600	90299 (9299) 3385	Barbara.loth@stegl-zehl.verwalt-berlin.de
Martin Minten	St. Joseph-Krankenhaus Kaufmännischer. Direktor Bäumerplan 24, 12101 Berlin	7882 2266	7882 2775	Kaufm.Dir@sjk.de
Christa Neumann-Kieslich	Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung - SenBJS II E 4 - Beuthstraße 6, 10117 Berlin	9026 (926) 6422	9026 6003	christa.neumann-kieslich@SenBwf.verwalt-berlin.de
Anke Otto	Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf Stadträtin für Jugend, Schule und Umwelt 12154 Berlin	90299 (9299) 4300/4301	90299 (9299) 4545	Anke.otto@stegl-zehl.verwalt-berlin.de
Ute Schönherr	Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung - III D - Beuthstraße 6, 10117 Berlin	9026 (926) 5580	9026 5037	Ute.schoenherr@senbwf.verwalt-berlin.de
Angelika Schöttler	Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg Stadträtin für Familie, Jugend, Sport und Quartiersmanagement 10820 Berlin	7560 (9917) 2330	7560 2116	Schoettler@ba-temp.verwalt-berlin.de

3.2. Anlage 2 – Mitglieder des Beirates (Stand: 23.01.2008)

Ilka Biermann	BA Steglitz-Zehlendorf Abt. Jugend, Schule und Umwelt Jugendamtsdirektorin BHH Schloßstr. 80, 12154 Berlin	90299 (9299) 1610	90299 (9299) 3374	leitung-jugendamt@stegl-zehl.verwalt-berlin.de
Wolfgang Mohns	BA Tempelhof-Schöneberg Abt. Jugend, Schule und Sport Jugendamtsdirektor Breslauer Platz, 12159 Berlin	7560 (9917) 2778	7560 (9917) 2116	mailto:jugendamtsleitung@ba-ts.verwalt-berlin.de
Dr. Andreas Beyer	BA Steglitz-Zehlendorf, Abt. Wirtschaft, Gesundheit und Verkehr Leiter LuV Ges BHH, Schloßstr. 80, 12154 Berlin	90299 (9299) 3620	90299 - 3792,	gesundheitsamt@stegl-zehl.verwalt-berlin.de
Dr. Brigitte Hoppe-Graf	BA Tempelhof-Schöneberg Abt. Gesundheit und Soziales Leiterin LuV Ges Erfurter Str. 8, 10825 Berlin	7560 (9917) 6230	7560 (9917) 7847	Dr.HoppeGesLtg@ba-temp.verwalt-berlin.de
Sabine von Borczyskowski	Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Außenstelle Steglitz-Zehlendorf Sen BJS 06 II E 2.1 Schulaufsicht: Grundschulen, Sonderschulen; Schulpsychologie Kirchstr. 1, 14163 Berlin	90299 (9299) 7305	90299 (9299) 6359	sabine.vonborczyskowski@senbwf.verwalt-berlin.de
Doris Wissel	Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Außenstelle Tempelhof-Schöneberg Sen BJS 07 II E 2.2 Schulaufsicht: Grundschulen, Sonderschulen; Schulpsychologie J.-F.-Kennedy-Platz, 10820 Berlin	7560 (9917) 6593	7560 (9917) 6337	doris.wissel@senbwf.verwalt-berlin.de
Jürgen Beinker	Vertreter AG 78 HzE, Bezirk Steglitz-Zehlendorf c/o Sozialarbeit und Segeln e.V. Berlepschstr. 42, 14165 Berlin	80197813 (0171- 53146629	80197810	j-beinker@gmx.de
Claus- Peter Rosemeier	Vertreter AG 78; Bezirk Tempelhof-Schöneberg Pestalozzi-Fröbel-Haus; therapeutische Wohngruppe Koralle Barbarossastr.64, 10781 Berlin	21730257	21730272	twg.koralle@pfh-berlin.de

3.3. Anlage 3 - Mitglieder des Projektteams (Stand: 23.01.2008)

Name	Adresse	☎	Fax	E-Mail-Adresse
Beate Borstel	St. Joseph-Krankenhaus Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Bäumerplan 24, 12101 Berlin	7882 2846	7882 2930	Sozialdienst.KJP@sjk.de
Werner Freese	Bezirksamt Tempelhof Schöneberg Leitung der Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit: Tempelhofer Damm 165, 10820 Berlin	7560 (9917) 4780	7560 (9917) 8748	Werner.Freese@ba-ts.verwalt-berlin.de
Hannelore Grauel-von Strünck	Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf Psychosoziale Dienste Jug 3000 Königin-Luise-Str. 88, 14195 Berlin	90299 (9299) 8401	90299 (9299) 8414	grauel-h@stegl-zehl.verwalt-berlin.de
Michael Holz	Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf „Gesundheit 21“ -Psychiatriekoordination- Königin-Luise-Straße 96, 14195 Berlin.	90299 (9299) 3685	90299 (9299) 1220	holz-m@stegl-zehl.verwalt-berlin.de
Gregor Geitel	Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Paul-Braune-Schule 06-S 04 Sonderpädagogisches Förderzentrum Steglitz Dessauer Str. 49-55 , 12249 Berlin	90299 (9299) 2513	90299 (9299) 2602	FoeZ-Steglitz@web.de
Beate Junghänel	Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Ges 5400 Königstr.36, 14163 Berlin	90299 (9299) 5842	90299 (9299) 6466.	kjpd@stegl-zehl.verwalt-berlin.de
Ulrich Hesse	Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg JugFam L 1 DG: Breslauer Platz, 10820 Berlin	7560 (9917) 3557	7560 (9917) 3535	Hesse@ba-ts.verwalt-berlin.de
Kerstin Schicke	St. Joseph-Krankenhaus Kinder- und Jugendpsychiatrie „Schule in der Klinik“ Bäumerplan 24, 12101 Berlin	7882 4128 450566592 (Charité)	7882 2930 450566593 (Charité)	Schule.idc@charite.de
Dr. Ursula Mohn-Kästle	Bezirksamt Tempelhof Schöneberg Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Ges 6701 DG: Erfurter Str. 8, 10820 Berlin	7560 (9917) 6890	7560 (9917) 7847	mohn-kaestle@ba-temp.verwalt-berlin.de

Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008

Klaus Seifried	Schulpsychologisches Beratungszentrum Tempelhof-Schöneberg Sen BWF 07 II EP Ebersstr. 9, 10827 Berlin	7560 (9917) 4374	7560 (9917) 6590	Schulpsychologie_Thf-Schbg@t-online.de
Dr. Katharina Winkelmann	Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Schulpsychologisches Beratungszentrum Steglitz-Zehlendorf Sen BWF 06 II EP 12 Dessauer Str. 49-55, 12249 Berlin	90299 (9299) 2572	90299 (9299) 2602	schulpsy-stezeh@web.de
Rosmarie Weise	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz I B 11 Oranienstr. 106, 10969 Berlin	9028 (928)2717	9028 (928) 2089	Rosmarie.Weise@senguv.berlin.de
Maria Zarnack	Senatsverwaltung Bildung, Wissenschaft und Forschung Beuthstr. 6-8 10117 Berlin	9026 (926) 5614	9026 (926) 5037	maria.zarnack@senbwf.verwalt-berlin.de
Gabriele Blank	Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Schulleiterin (Region 07 S 02) Elisabeth-Rotten-Schule Machonstr. 54, 12105 Berlin	7560 (9917) 7460	7560 (9917) 7460	elisabeth-rotten-schule@web.de
Signe Adam	Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg Abt. Gesundheit und Soziales, GesPL6 Projektassistenz	7560 (9917) 6519	7560 (9917) 8748	signe.adam@ba-ts.verwalt-berlin.de
Dr.Hans Willner	St. Joseph- Krankenhaus Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ;Bäumerplan 24 ; 12101 Berlin	7882 2871 2036 Sekr..	7882 2930	Hans.Willner@sjk.de

3.4. Anlage 4 - Instrumente

Daten des Kindes

Nach meiner Einschätzung besteht für folgendes Kind/ Jugendlichen fachbereichsübergreifender komplexer Hilfebedarf im Sinne der Kooperationsvereinbarung (Anlage: Einschätzungsbogen).
Die Schweigepflichtsentbindung liegt vor, bitte nehmen Sie mit uns unverzüglich telefonischen Kontakt auf bzw. spätestens in zwei Wochen schriftlich.

(Name) (Vorname) (geb.) w m

Anschrift Tel

Sorgeberechtigt
Familiensituation: _____

Anlass der Hilfesuche: _____

Beteiligte Institution	Ansprechpartner/ Tel	Fax	Bisherige Hilfen/Maßnahmen Zeitraum
Regionaler Sozial- Dienst (RSD)			
Erziehungs- und Familienberatung			
Klassenlehrer/In Schule; Klasse; Kita/Hort			
Schulpsychologisches Beratungszentrum			
Sonderpädagogisches Förderzentrum			
Klinikschnle			
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie			
Kinder- und Jugend- psychiatrischer Dienst			
Niedergelassene Ärzte und Therapeuten			
Andere			

Einwilligungserklärung zur Vorstellung in der Fallkonferenz und Entbindung von der Schweigepflicht

Ich wurde darüber informiert, dass bezüglich

meines Sohnes / meiner Tochter
geb.

eine Besprechung in der Fallkonferenz vorgesehen ist, um dort über die sinnvollen und notwendigen Hilfen zu beraten. Ich erkläre hierzu mein Einverständnis und entbinde alle beteiligten Stellen von ihrer Schweigepflicht. Dieses betrifft ausdrücklich auch die dem Jugendamt zum Zwecke persönlicher und erzieherischer Hilfen anvertrauten Daten (siehe § 65 SGB VIII) sowie ggfls. auch die gesundheitsbezogenen Daten.

An der Fallkonferenz werden Vertreter der nachstehend angekreuzten Institutionen teilnehmen:

- Jugendamt Herr/Frau.
- Schule / Klasse / Klassenlehrer Herr/Frau
Kita / Name der Erzieherin
- Schulpsychologisches Beratungszentrum Herr/Frau.:
- Sonderpädagogisches Förderzentrum Herr/Frau
- Schule in der Charité (Klinikschule), Filiale St. Joseph-Krankenhaus Herr/Frau.:
- St. Joseph-Krankenhaus, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Herr/Frau
- KJPD. Herr/Frau
- Niedergelassene Ärzte und Therapeuten Herr/Frau
- Andere Herr/Frau

Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass ich diese Einwilligungserklärung verweigern kann oder bestimmte Daten (z.B. die unter dem besonderen Vertrauensschutz des § 65 SGB VIII stehenden Daten) von der Weitergabe auszunehmen kann ohne die Leistungsgewährung zu gefährden.

Berlin, den

Unterschrift:

Einladung zur Fallkonferenz

(Blatt 1 des Protokolls)

Datum:

Sehr geehrte Damen,
sehr geehrte Herren,

hiermit laden wir Sie zu einer gemeinsamen Fallkonferenz ein.

Die Fallkonferenz für das Kind/den Jugendlichen
wird (Name, Vorname)

am _____ um _____ Uhr im Raum

in der _____ stattfinden.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Einladende Institution

Mitglieder der Fallkonferenz	Vertreten durch:	Unterschrift:
Vorsitzende/r (i.d.R. Fallverantwortlicher)		
Erziehungsberechtigte		
Erziehungsberechtigte		
Vertreter JUG		
Vertreter/in der zuständigen Schule		
Vertreter des schulpsychologischen Beratungszentrums		
Vertreter Förderzentrum/		
Vertreter Klinikschule		
Vertreter SJK (Klinik)		
Vertreter KJPD		
Niedergelassene Ärzte; Therapeuten		
Andere		

Protokoll der Fallkonferenz

Datum:	Prozeßverantwortung:
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Ort:

Ist-Zustand

Wichtigste Probleme:	Wichtigste Ressourcen:
----------------------	------------------------

Hilfebedarf und Ziele (ggf. auch Prognosen) aus der Sicht von

junger Mensch:
Erziehungsberechtigte/r:
Jugendhilfe:
Gesundheit:
Schule:

Gemeinsames Fallverständnis

Vorgehen/ Aufgabenverteilung zur Umsetzung des festgestellten fachbereichsübergreifenden Hilfebedarfs

Wer?	Macht was?	Bis wann?	Ergebnisüberprüfung innerhalb...?
Erziehungsberechtigte/r: Name:			
Jugendhilfe: Name:			
Gesundheit: Name:			
<i>Klinik:</i> Name:			
<i>Schule:</i> Name:			

Prozessverantwortung ab:

Einschätzungsbogen

Name

Vorname

geb. am

Bezirk

Bearbeiter/in

Datum

Jug

Klinik

KJPD

Schul-Psych

SonderPäd

Andere

Fachbereichsübergreifender Hilfebedarf liegt vor, wenn in zwei Hauptbereichen die Beeinträchtigung als mäßig (2) oder in einem von zwei Hauptbereichen als erheblich (3) eingeschätzt wird.

Ausprägung in Prozent:

0 = nicht vorhanden (0-5%); 1 = leicht (5-25%); 2 = mäßig (25-50%); 3= erheblich (50-75%); 4 =voll (75-100%)

Problemstärke

Mentale Funktionen/körperliche Entwicklungsvoraussetzungen						0	1	2	3	4
Mentale Funktionen										
Körperliche Beeinträchtigung und Behinderung										
Aktivität und Teilhabe										
Bildung und Erziehung										
Lernen und Wissensanwendung										
Teilhabe an Bildungsangeboten										
Soziale Beziehungen / Anforderungen										
Beziehungen mit Menschen										
Umgang mit Anforderungen, täglicher Routine und Stress										
Beteiligung an der Gemeinschaft und am sozialen Leben										
Ressourcen		Kontextfaktoren				Barrieren				
0	1	2	3	4						
					Physische und emotionale Unterstützung im häuslichen Bereich					
					Risikofaktoren in der Familie					
					Behandlungsvoraussetzungen / Prognosen					
					Emotionale Unterstützung im weiteren sozialen Umfeld					
					Angebote und Leistungen von Diensten und Systemen					
Problemfokus:										

Mentale Funktionen / körperliche Entwicklungsvoraussetzungen

Grundlegende Mentale Funktionen
Reziproke soziale Fähigkeit; Persönlichkeit; Energie und Antrieb
Spezielle mentale Funktionen
Aufmerksamkeit; Emotionen; Denken
Intelligenz
Körperliche Beeinträchtigung und Behinderung
Aktivität und Teilhabe
Bildung und Erziehung
Lernen und Wissensanwendung
Aufmerksamkeit; Lesen/Schreiben; Rechnen
Teilhabe an den Bildungsangeboten in
Familie; Kindertagesstätte; Schule; weiterführender Ausbildungsbereich
Soziale Beziehungen und Anforderungen
Beziehungen mit Menschen
Grundlegende Beziehungsfähigkeit: Respekt; Toleranz; Regelakzeptanz; Soziale Fähigkeit
Spezifische Beziehungen: Familie; Peers; Lehrer/Innen; wichtige Menschen
Umgang mit Anforderungen täglicher Routine und Stress
Beteiligung an der Gemeinschaft und am sozialen Leben
Kontextfaktoren
Physische und emotionale Unterstützung im häuslichen Bereich
Grundversorgung; Interaktion zwischen Bezugspersonen und Kind/Jugendlichen
Risikofaktoren in der Familie
Materielle Situation; familiäre Situation; Eingeschränkte Belastbarkeit/Erziehungs- Kompetenz der Bezugspersonen; häufiger Wechsel des Lebensmittelpunktes
Behandlungsvoraussetzungen / Prognosen
Veränderungsbereitschaft und Kooperationsfähigkeit der Bezugspersonen; Veränderungsbereitschaft und Kooperationsfähigkeit des jungen Menschen
Emotionale Unterstützung im weiteren sozialen Umfeld
Peers; Lehrer/Innen; wichtige Menschen
Angebote und Leistungen von Diensten und Systemen
Sozialamt/Arbeitsamt; Dienste: Jugendamt; Gesundheitswesen; Bildung und Ausbildung

MANUAL ZUM EINSCHÄTZUNGSBOGEN

für die Feststellung eines
komplexen, fachbereichsübergreifenden Hilfebedarfs

für Kinder- und Jugendliche
aus der Region Süd-West

Dr. Katharina Winkelmann & Dr. Ursula Mohn-Kästle

Vorbemerkung	S.2
Aufbau und Anwendung des Einschätzungsbogens	S.3
Zur Vorgehensweise	S.4
Gliederung des Einschätzungsbogens	S. 5
Mentale Funktionen / Körperliche Entwicklungsvoraussetzung	S.6
Aktivität und Teilhabe: Bildung und Erziehung	S.7
Aktivität und Teilhabe: Soziale Beziehungen und Anforderungen	S.8
Kontextfaktoren	S.9
Kontextfaktoren im häuslichen Bereich	S.10
Kontextfaktoren im weiteren sozialen Umfeld	S.14
Anhang	S.16

VORBEMERKUNG zum EINSCHÄTZUNGSBOGEN

Mit Hilfe des hier vorgestellten Einschätzungsbogens hat jeder Fachbereich die Möglichkeit, in knapper und übersichtlicher Form seine **Einschätzung über das Vorliegen eines fachbereichsübergreifenden Hilfebedarfs für Kinder und junge Menschen** zu dokumentieren, um somit eine **gemeinsame Fallsicht** zu ermöglichen.

Dem Auftrag des Modellprojekts entsprechend, basiert der Einschätzungsbogen auf der Systematik der **ICF** (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) der WHO und den Richtlinien der systematischen Risiko- und Schutzbewertung des **Stuttgarter Kinderschutzbogens**. Er gewährleistet so die disziplinübergreifende Sprache für die drei Fachbereiche Kinder und Jugendpsychiatrie, Schule und Jugendhilfe.

Auf der Basis der ICF wurden in gemeinsamer Zusammenarbeit der drei beteiligten Fachdisziplinen zunächst die Hauptbereiche der Beschreibung festgelegt. Anschließend wurden die für den jeweiligen Bereich relevanten Kapitel und Items ausgewählt und gegebenenfalls an die Zielsetzung des Modellprojekts angepasst. Ebenso wurde mit der Auswahl der Items für die Beschreibung der Kontext- und Umweltfaktoren verfahren. Speziell für die Beschreibung der Kontextfaktoren im häuslichen Bereich dient der **Berlineinheitlichen Kinderschutzbogen als Vorlage**. Im Land Berlin wurde inzwischen der „**Berlineinheitliche Kinderschutzbogen**“ eingeführt

Der Einschätzungsbogen dient zur **Einschätzung der Problemstärke** im Hinblick auf die **Beeinträchtigung von Gesundheit, Aktivitäten, Leistungen und Teilhabe** eines betroffenen Kindes- oder jungen Menschen auf dem Hintergrund der vorhandenen Ressourcen, Unterstützungsmöglichkeiten und Barrieren in der Umwelt des jungen Menschen.

Der Einschätzungsbogen ist **kein diagnostisches Instrument**, sondern er fasst die Ergebnisse der fachbereichsspezifischen Erhebungen zusammen und stellt sie in ihrer **Komplexität gleichwertig** nebeneinander. Er ermöglicht damit ein **gemeinsames Fallverständnis** und bildet die **Grundlage für die Entwicklung eines fachbereichsübergreifenden Hilfskonzepts**.

AUFBAU und ANWENDUNG des EINSCHÄTZUNGSBOGENS

Der Aufbau des Einschätzungsbogens orientiert sich an den **Lebenswelten des jungen Menschen** und den Erfordernissen in den drei Fachbereichen (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schule und Jugendhilfe).

Prinzipiell gilt, dass dieser Einschätzungsbogen in allen Fachbereichen möglichst vollständig ausgefüllt werden soll.

Der **erste Hauptbereich**: „*Mentale Funktionen und körperliche Entwicklungsvoraussetzungen*“ bildet vor allem **Aspekte der Störungen mentaler Gesundheit** ab und kann schwerpunktmäßig dem Fachbereich **Kinder- und Jugendpsychiatrie** zugeordnet werden.

Der **zweite Hauptbereich**: „**Aktivität und Teilhabe**“ gliedert sich in zwei Abschnitte: „Bildung und Erziehung“ und „Soziale Beziehungen und Anforderungen“. Mit dem zweiten Hauptbereich der „Aktivität und Teilhabe“ wird überwiegend der **Lebensbereich Schule** angesprochen.

Im Abschnitt „*Bildung und Erziehung*“ werden die Beeinträchtigungen im Schulleistungsbereich und die Teilhabefähigkeit des jungen Menschen an Bildungsangeboten erfasst.

Im Abschnitt „*Soziale Beziehungen und Anforderungen*“ wurden die nach unserer Einschätzung für die Teilhabefähigkeit von Kindern und Jugendlichen entscheidenden Kapitel der ICF eingefügt. Sie wurden deshalb der Lebenswelt **Schule** zugeordnet, sie sind aber für alle Fachbereiche von zentraler Bedeutung.

Im **dritten Hauptbereich**: „**Kontextfaktoren**“ wird in den ersten drei Abschnitten für die physische und emotionale Unterstützung im häuslichen Bereich die Risiko- und Schutzbewertung sowie die Prognose des Kinderschutzbogens übernommen, die in den sozialpädagogischen Diensten der **Jugendhilfe** in Berlin mittlerweile gebräuchlich ist. (siehe: zur Vorgehensweise).

Die „Kontextfaktoren im weiteren Umfeld“ mit den Kapiteln „Emotionale Unterstützung im weiteren sozialen Umfeld“ und „Angebote und Leistungen von Diensten und Systemen“ werden so weit möglich von allen Fachbereichen eingeschätzt.

Zur Vorgehensweise

Nach Erhebung der fachbereichsspezifischen Diagnostik erfolgt eine globale **Einschätzung der Problemstärke** für die einzelnen Kapitel der Abschnitte innerhalb der Bereiche I und II („Mentale Funktionen und Körperliche Beeinträchtigung“, „Aktivität und Teilhabe“) unter Verwendung folgender Bewertungsskala

Ausprägung in Prozent:

0 = nicht vorhanden (0-5%); 1 = leicht ausgeprägt (5-25%);

2 = mäßig ausgeprägt (25-50%); 3 = erheblich ausgeprägt (50-75%);

4 = voll ausgeprägt (75-100%).

Die Problemstärke eines Kapitels ergibt sich jeweils aus dem Gesamteindruck und nicht aus der Quersumme der einzelnen Items.

Für den Bereich der Kontextfaktoren erfolgt die Einschätzung nach Ressourcen und Barrieren. Die Bewertung der einzelnen Abschnitte aus dem Stuttgarter Kinderschutzbogen (jetzt: Berlineinheitlicher Kinderschutzbogen) werden in die o.a. Skalierung folgendermaßen übersetzt:

Eine Bewertung 1 des Kinderschutzbogens entspricht einer leichten (1=5-25%) bis mäßigen (25-50%) Ausprägung des vorliegenden Einschätzungsbogens, der Wert 2 des Kinderschutzbogens entspricht einer Ausprägungsstärke von erheblich (3=50-75%) bis voll ausgeprägt (4=75-100%).

Ein fachbereichsübergreifender Hilfebedarf liegt vor, wenn Kinder und Jugendliche in mindestens zwei **Hauptbereichen** mäßig (2) ausgeprägte Auffälligkeiten zeigen oder in einem von zwei betroffenen Hauptbereichen die Ausprägung als erheblich (3) eingeschätzt wird.

Das Manual

Das **Manual** enthält jeweils eine **kurze Beschreibung ausgewählter Items**, die im Einzelfall ergänzt werden können. Ausführlichere Informationen zu den einzelnen Items können in der ICF-CY⁵; bzw. dem Berlineinheitlichen Kinderschutzbogen⁶ (Orientierungskatalog, Ankerbeispiele) nachgelesen werden.

Im Anhang befindet sich eine Darstellung wie und welche Kapitel der ICF im Einschätzungsbogen repräsentiert sind.

GLIEDERUNG des EINSCHÄTZUNGSBOGENS

KÖRPERFUNKTIONEN (KÖRPERSTRUKTUR)

I MENTALE FUNKTIONEN / körperliche ENTWICKLUNGSVORAUSSETZUNGEN

MENTALE FUNKTIONEN

Grundlegende Mentale Funktionen

Spezielle mentale Funktionen

KÖRPERLICHE BEEINTRÄCHTIGUNG und BEHINDERUNG

II AKTIVITÄT und TEILHABE

BILDUNG UND ERZIEHUNG

Lernen und Wissensanwendung

Teilhabe an Bildungsangeboten

SOZIALE BEZIEHUNGEN und ANFORDERUNGEN

Beziehungen mit Menschen

Umgang mit Anforderungen täglicher Routinen und Stress

Beteiligung an der Gemeinschaft und am sozialen Leben

III KONTEXTFAKTOREN

KONTEXTFAKTOREN IM HÄUSLICHEN BEREICH

Physische und emotionale Unterstützung im häuslichen Bereich

Risikofaktoren in der Familie

Behandlungsvoraussetzungen / Prognose

KONTEXTFAKTOREN IM WEITEREN UMFELD

Emotionale Unterstützung im weiteren sozialen Umfeld

Angebote und Leistungen von Diensten und Systemen

Mentale Funktionen / körperliche Entwicklungsvoraussetzungen

Mentale Funktionen

Grundlegende mentale Funktionen

grundlegende psychosoziale Funktionen; z.B. wechselseitige soziale Fähigkeit

⁵ International Classification of Functioning, Disability and Health“ (WHO 2001) www.icf-cy.de

⁶ Berlineinheitlicher Kinderschutzbogen (Orientierungskatalog mit Ankerbeispielen; AG Berliner Kinderschutz)

grundlegende intrapersonale Funktionen; z.B. Persönlichkeitsaspekte
Energie und Antrieb; z.B. Impulskontrolle, Motivation, Sucht, Appetit

Spezielle mentale Funktionen

Aufmerksamkeitsfunktionen; z.B. Daueraufmerksamkeit, Wechsel der Aufmerksamkeit, geteilte Aufmerksamkeit, Konzentration und Ablenkbarkeit

Emotionen; z.B. emotionale Schwingungsfähigkeit, Situationsangemessenheit der Emotionen, Emotionsregulation

Wahrnehmung (visuell, auditiv, taktil etc.)

Gedächtnis; z.B. Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis

Denkfunktionen (inhaltlich); z.B. Denkstörungen, Wahngedanken, Zwangsgedanken, Ideenflüchtigkeit

Intelligenz

KÖRPERLICHE BEEINTRÄCHTIGUNG und BEHINDERUNG

Es werden nur körperliche Beeinträchtigungen und Behinderungen angegeben, die wesentlich an der Teilhabe einschränkung beteiligt sind; z.B. Sprachstörungen, Schwerhörigkeit, körperliche Behinderung etc.

Aktivität und Teilhabe

Der Bereich Aktivität und Teilhabe befasst sich mit der Leistungs- und Teilhabefähigkeit an Bildung und Erziehung, der Fähigkeit, soziale Beziehungen aufzunehmen und entsprechenden Anforderungen gerecht zu werden.

Bildung und Erziehung

Ausführung von Aufgaben und Handlungen, die für die Teilhabe an Erziehungs- und Bildungsangeboten erforderlich sind.

Lernen und Wissensanwendung

Aufmerksamkeit fokussieren; z.B. sich absichtsvoll auf einen bestimmten Reiz konzentrieren und ablenkende Geräusche filtern zu können

Lesen lernen; Fähigkeit entwickeln, Geschriebenes flüssig und richtig zu lesen, wie Zeichen und Buchstaben zu erkennen, Wörter in richtiger Betonung äußern und ihre Bedeutung zu verstehen

Schreiben lernen; Fähigkeit entwickeln, Symbole zu produzieren, die der Darstellung von Lauten und Wörtern dienen, um Bedeutungen zu vermitteln, wie richtig buchstabieren und die Grammatik korrekt zu verwenden

Rechnen lernen; Fähigkeit entwickeln, mit Zahlen umzugehen sowie einfache und komplexe mathematische Operationen auszuführen, wie mathematische Zeichen für Addition und Subtraktion benutzen sowie die richtige mathematische Operation auf ein Problem anwenden

Probleme lösen; Fähigkeit, Probleme zu identifizieren und zu analysieren, Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln

Teilhabe an Bildungsangeboten in bedeutsamen Lebensbereichen

Fähigkeit des jungen Menschen, Aufgaben und Handlungen, die für die Beteiligung an Erziehung/Bildung erforderlich sind, auszuführen.

Familiäres Bildungsangebot: Fähigkeit des Kindes, zu Hause oder in einem anderen nicht-institutionellen Rahmen zu lernen, z.B. handwerkliche und andere Fertigkeiten von den Eltern oder Familienmitgliedern lernen, oder Privatunterricht erhalten

Teilhabe an einem vorschulischen Bildungsangebot;

Teilhabe an der regulären Schulbildung; regelmäßige Teilnahme an allen schulbezogenen Pflichten und Rechten; Möglichkeiten alle Lehrgangsstoffe, -inhalte und andere curriculare Anforderungen der Programme der Regelschulen zusammen mit anderen Schülern zu erlernen, Anweisungen der Lehrer zu befolgen, die zugewiesenen Aufgaben und Projekte zu organisieren, abzuschließen und zu anderen Stufen der Bildung fortzuschreiten

Weiterführender Ausbildungsbereich; Teilhabe an Angeboten, einen Schulabschluss nachzuholen, einen betrieblichen oder überbetrieblichen Ausbildungsplatz zu erlangen bzw. in einer beschützten Werkstatt aufgenommen zu werden.

Soziale Beziehungen und Anforderung

Beziehungen mit Menschen:

Dieser Bereich befasst sich mit der Ausführung von Handlungen und Aufgaben, die für die elementaren und komplexen Interaktionen mit Menschen (Fremden, Freunden, Verwandten, Familienmitgliedern etc.) in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise erforderlich sind.

Grundlegende Beziehungsfähigkeit:

Respekt, Wärme, Wertschätzung und Toleranz entgegenbringen können; Kritikfähigkeit in Beziehungen; erforderliche Nähe und Distanz einhalten können. (emotionale Regulation)

Beziehungen eingehen und beenden können (Freunde finden und behalten); bei Interaktionen nach sozialen Regeln interagieren und sozialen Abstand wahren zu können (Verhaltensregulation; Regelakzeptanz)

Spezifische Beziehungsfähigkeit:

Familienbeziehungen; Beziehungen zu Verwandten aufbauen und aufrecht erhalten, wie mit Mitgliedern der Kernfamilie, des erweiterten Familienkreises, der Pflege- und angenommenen Familie sowie der Stieffamilie.

“Peer” Beziehungen; informelle soziale Beziehungen; mit anderen Kontakte aufnehmen, wie bei gelegentlichen Beziehungen mit Leuten, die in derselben Gemeinschaft leben, oder mit Schülern, Spielkameraden oder mit Menschen ähnlichen Hintergrunds.

Umgang mit Autoritäten (Lehrer/Innen); spezielle

Beziehungen in formellen Rahmen aufnehmen und aufrechterhalten, wie mit Erziehern, Lehrern, und anderen Autoritätspersonen.

Umgang mit für das Kind/den jungen Menschen wichtigen Personen;

Umgang mit Anforderungen täglicher Routine und Stress:

Einfache oder komplexe Handlungen ausführen können; z.B. Organisation von Aufgaben, Schritte der Durchführung festlegen, Aufgaben abschließen bzw. durchhalten können.

Tägliche Routine; Planung und Durchführung der alltäglichen Abläufe und Pflichten (Zeitplanung, Tagesplanung)

Umgang mit Stress; Fähigkeit, bei Stress, Krisensituationen und anderen Belastungen Aufgaben regelhaft, verantwortlich, zielorientiert und kontrolliert zu handhaben (Zeitlimit; Prüfungsdruck; große Kindergruppen)

Beteiligung an der Gemeinschaft und am sozialen Leben:

Sich an allen Formen des gemeinschaftlichen sozialen Lebens in der Gemeinschaft und in der Freizeit beteiligen zu können (Spiel- und Freizeit, Vereine, Religionsgemeinschaften etc.)

Kontextfaktoren

Da die Kontextfaktoren der ICF für Kinder und Jugendliche von der WHO, -noch nicht genügend ausdefiniert sind, haben wir die häuslichen Umweltfaktoren aus Kap. 1, 3, und 4 der ICF zusammen mit den personenbezogenen Faktoren als bestimmende Faktoren im häuslichen Lebensbereich zusammengefasst und unter Verwendung der systematischen Risiko- und Schutzbewertung aus dem Berlineinheitlichen Kinderschutzbogen, der die wesentlichen Gefährdungslagen und Ressourcen auch für Kinder und Jugendliche mit seelischen Störungen erfasst, definiert.

Bei allen Kontextfaktoren wird nach **Ressourcen** = Förderfaktoren auf der einen Seite und **Barrieren** = Problemfaktoren auf der anderen Seite unterschieden.

In den jeweiligen Abschnitten werden die gleichzeitig bestehenden Ressourcen und Barrieren dokumentiert, da ein Kind in guten materiellen Bedingungen leben (Grundversorgung), aber emotional stark vernachlässigt sein kann (Interaktion Eltern/Kind).

Auch bei der Bewertung der Kontextfaktoren gilt, dass eine Gesamteinschätzung der Ressourcen bzw. der Barrieren vorgenommen wird, die sich nicht aus der Summierung oder Quersummenbildung der einzelnen Items ergibt.

KONTEXTFAKTOREN im häuslichen BEREICH

Physische und emotionale Unterstützung im häuslichen Bereich

Grundversorgung

Sicherung der Grundversorgung	Ressource	Barriere	Gesamteinschätzung
Ernährung			
Schlafplatz			
Kleidung			
Körperpflege			
Beaufsichtigung des Kindes und Schutz vor Unfallgefahren, Schutz vor Gewalt			
Sicherung der medizinischen Versorgung			
Betreuung des Kindes			

Interaktion zwischen den Bezugspersonen und dem Kind

Interaktion zwischen den Bezugspersonen und dem Kind	Ressource	Barriere	Gesamteinschätzung
Aufmerksamkeit/Körperkontakt/ Blickkontakt/Zuwendung für das Kind			
Angemessenheit der Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse			
Feinfühligkeit gegenüber emotionalen Bedürfnissen des Kindes			
Grenzen setzen und führen des Kindes			
Verbale Anregungen/ Spielmöglichkeiten für das Kind			
Angemessenheit von Anforderungen / Erwartungen an das Kind			
Strukturierter Tagesablauf/ Zuverlässigkeit gegenüber dem Kind			
Auseinandersetzung der Eltern um das Kind			

Interaktion zwischen den Bezugspersonen und dem jungen Menschen

Interaktion zwischen den Bezugspersonen und dem jungen Menschen	Ressource	Barriere	Gesamteinschätzung
Bindung zur / zum Jugendlichen (Nähe und Distanz)			
Wahrnehmen der jugendlichen Bedürfnisse			
Isolation des Kindes / Verbot sozialer Kontakte			
Ignorieren des / der Jugendlichen, kein Interesse daran was der / die Jugendliche tut und sagt			
Zuverlässigkeit bei gemeinsamen Absprachen, Versprechen, Zeitplanung			

Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe
und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008

Strukturierter Tagesablauf / Eltern bzw. andere Betreuungspersonen achten darauf, dass die Jugendschutzbestimmungen grundsätzlich eingehalten werden			
Gewalt gegen den / die Jugendliche/n, mangelnde Impulskontrolle			
Auseinandersetzung der Eltern um das Kind			
Aufmerksamkeit und Zuwendung von Mutter, Vater, weiterer Bezugsperson			
schwierig empfundenes Kind			
alters- und geschlechtsabhängiger Körperkontakt			
Umgangston, positive Äußerung über den / die Jugendliche/n, fehlen von verbaler Stimulation / Kommunikation			
Überforderung/ Unterforderung des / der Jugendlichen			
Einschränkung des Bewegungsraumes / Einsperren / Hausarrest			
Keine Angebote zur sinnvollen Freizeitgestaltung			
Grenzen setzen und führen des Kindes			

Risikofaktoren in der Familie

Wirtschaftliche und soziale Lage (Materielle Situation)

Finanzielle/ materielle Situation	+	-	Gesamteinschätzung	
			Barriere	Ressource
Ausreichende Einkommenssituation				
Schulden				
Arbeitslosigkeit				
Ausreichende Wohnverhältnisse				

Familiale Situation

Familiale Situation	+	-	Gesamteinschätzung	
			Barriere	Ressource
Gewalt zwischen den Eltern				
Mehr als 2 Kinder unter 5 Jahren				
Instabile bzw. konfliktbelastete Partnerschaft				
Kulturell bedingte Konflikte (z. B. durch binationale Beziehung, Migration,...)				

Eingeschränkte Belastbarkeit / Erziehungskompetenz der Bezugspersonen

Persönl. Situation Hauptbezugsperson Persönl. Situation sekundäre Bezugsperson	+	-	Gesamteinschätzung	
			Barriere	Ressource

Eigene Erfahrungen von Deprivation, Misshandlung oder sex. Missbrauch				
---	--	--	--	--

Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe
und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008

Sucht oder schwere psychische Erkrankung				
Deutlich eingeschränkte Belastbarkeit bzw. Bewältigungsfähigkeit				
Grobe und unangemessene Strenge im Erziehungs-verhalten				
Ausgeprägte Hilflosigkeit, Wechselhaftigkeit oder Überforderung in der Erziehung				

Kontinuität / häufiger Wechsel des Lebensmittelpunktes

Kontinuität / Wechsel des Lebensmittelpunktes	+	-	Gesamteinschätzung	
			Barriere	Ressource
Wechsel des Lebensmittelpunktes mit Beziehungsabbrüchen (z. B. durch mehrfache Fremdunterbringung).				

Dieses Item wurde durch die Arbeitsgruppe zusätzlich eingeführt.

Behandlungsvoraussetzungen für den Hilfeverlauf / Prognose

Veränderungsbereitschaft der Bezugspersonen

Prognose zur Veränderungsbereitschaft	+	-	Gesamteinschätzung	
			Ressource	Barriere
Kriterien der Veränderungsbereitschaft:				
Zufriedenheit der Eltern mit der gegenwärtigen Situation ?				
Selbstvertrauen und realistische Hoffnung auf Veränderung ?				
Subjektive Normen, die die Hilfeannahme erschweren?				
Haltungen gegenüber belegbaren Kindeswohlgefährdungen ?				
Geschichte der Inanspruchnahme und Wirkung von Hilfe ?				
Fähigkeit von Hilfe zu profitieren? (ist von der Fachkraft einzuschätzen)				

Kooperationsfähigkeit der Bezugspersonen

Kooperationsbereitschaft der Bezugspersonen	+	-	Gesamteinschätzung	
			Ressource	Barriere
Kooperationsbereitschaft der Mutter				
Kooperationsbereitschaft des Vaters				

Kooperationsfähigkeit und Veränderungsbereitschaft des jungen Menschen

Kooperationsbereitschaft des jungen Menschen	+	-	Gesamteinschätzung	
			Ressource	Barriere
Kooperationsfähigkeit und Veränderungsbereitschaft des jungen Menschen				

Dieses personenbezogene Item wurde durch die Arbeitsgruppe zusätzlich eingeführt.

Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008

KONTEXTFAKTOREN im weiteren sozialen UMFELD

Emotionale Unterstützung im weiteren sozialen Umfeld

Die emotionale Unterstützung von Peers und Autoritäten (Lehrer und Erzieher) werden gemeinsam mit deren Einstellungen unter der Bezeichnung emotionale Unterstützung in anderen Lebensbereichen eingeschätzt.

Peers

Peers, Freunde und Spielkameraden, die sich von der Schule, den Freizeiteinrichtungen oder Vereinen kennen und über Kommunikationssysteme (Telephon, Internet, E-Mail, andere Kontakte) bestimmte Eigenschaften, ethnische Zugehörigkeit oder gemeinsame Interesse teilen; sowie die Einstellung von Peers zu Personen des gesamten Umfeldes (z.B. Mobbing; Zugehörigkeit zu einer „Gang“)

Autoritäten/Lehrer und Erzieher

Personen mit Entscheidungsverantwortung für andere, die infolge ihrer sozialen, ökonomischen, kulturellen oder religiösen Rolle in der Gesellschaft sozial definierten Einfluss oder Befugnisse haben, wie Lehrer, Erzieher, Vertreter im Amt, Vormund etc.

Wichtige Menschen

Personen, die für ein Kind, einen jungen Menschen von besonderer Bedeutung sind

Angebote und Leistungen von Diensten und Systemen

Dieses Kapitel befasst sich mit Diensten, Leistungen, Programme und Tätigkeiten in verschiedenen Sektoren der Gesellschaft; z.B. Angebote des Jugendamtes, der freier Träger etc..

Dienste der sozialen Sicherheit (Sozialamt / Arbeitsamt)

Für die finanzielle Unterstützung von Menschen, welche aufgrund von Armut, körperlichen Gesundheitsproblemen oder einer Behinderung staatliche Unterstützung benötigen

Dienste der Jugendhilfe

Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Jugendhilfe und Eingliederungshilfe für Kinder- und Jugendliche.

Dienste des Gesundheitswesens

Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze zur Vorbeugung und Behandlung von Gesundheitsproblemen, zur medizinischen Rehabilitation und zur Förderung einer gesunden Lebensführung

Dienste der Bildung und Ausbildung

Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze für die Aneignung, Erhaltung und Vergrößerung von Wissen, Fachkenntnissen und beruflichen oder künstlerischen Fertigkeiten.

EINSCHÄTZUNGSBOGEN	Quelle
KÖRPERFUNKTIONEN/ KÖRPERSTRUKTUREN I MENTALE FUNKTIONEN / körperliche ENTWICKLUNGSVORAUSSETZUNGEN	ICF; Teil I
MENTALE FUNKTIONEN Grundlegende Mentale Funktionen Spezielle mentale Funktionen	Teil I Körperfunktionen Kapitel 1
KÖRPERLICHE BEEINTRÄCHTIGUNG und BEHINDERUNG	Teil I Körperfunktionen (außer Kap. 1) und Körperstrukturen Verschiedene Kapitel
II AKTIVITÄT und TEILHABE	Teil II Aktivitäten und Partizipation
BILDUNG UND ERZIEHUNG Lernen und Wissensanwendung Teilhabe an Bildungsangeboten	Teil II Aktivitäten und Partizipation Kapitel 1 Kapitel 8
SOZIALE BEZIEHUNGEN und ANFORDERUNGEN Beziehungen mit Menschen	Kapitel 7

Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe
und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008

Umgang mit Anforderungen, täglicher Routinen und Stress	Kapitel 2
Beteiligung an der Gemeinschaft und am sozialen Leben	Kapitel 9
III KONTEXTFAKTOREN	Stuttgarter Kinderschutzbogen ICF Teil III Umweltfaktoren
KONTEXTFAKTOREN IM HÄUSLICHEN BEREICH Physische und emotionale Unterstützung im häuslichen Bereich Risikofaktoren in der Familie (Kontinuität) Behandlungsvoraussetzungen / Prognose	Stuttgarter Kinderschutzbogen und ICF Teil III Kapitel 1, 3,4 (außerhalb der Systematik des Kinderschutzbogens) des jungen Menschen: außerhalb der Systematik des Kinderschutzbogens
KONTEXTFAKTOREN IM WEITEREN UMFELD	
Emotionale Unterstützung im weiteren sozialen Umfeld	ICF Teil III; Kapitel 3; 4
Angebote und Leistungen von Diensten und Systemen	ICF Teil III; Kapitel 5

3.5. Kooperationsvereinbarung

Stand: 15. Jan. 2008

Vereinbarung

**zur Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Jugendhilfe und Schule für Kinder und Jugendliche mit einem
fachbereichsübergreifenden komplexen Hilfebedarf in der Region
Südwest**

Präambel

Aus der Erkenntnis heraus, dass die Ressourcen und Hilfsangebote der Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule einzeln für sich nicht ausreichen, den komplexen Hilfebedarf im Einzelfall abzudecken, wird zur Entwicklung abgestimmter und bedarfsgerechter Hilfen für junge Menschen sowie deren Familien oder sonstige Personenberechtigte eine Kooperationsvereinbarung geschlossen.

Die unterschiedlichen Aufträge und gesetzlichen Grundlagen (siehe - Anlage 1 -) der Kooperationspartner garantieren deren eigenständige Arbeitsweisen, ihre anerkannten Methoden, Konzepte und fachlichen Handlungskompetenzen.

Diese Kooperationsvereinbarung berührt nicht die notwendige Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten und Therapeuten sowie den freien Trägern der Jugendhilfe. Alle Beteiligten sichern deren regelhafte Einbeziehung in den Hilfeprozess zu.

Kooperationspartner:

- **Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf***
Abteilungen Wirtschaft, Gesundheit und Verkehr sowie Jugend, Schule und Umwelt,
- **Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg***
Abteilungen Familie, Jugend, Sport und Quartiersmanagement, Gesundheit und Soziales sowie Schule, Bildung und Kultur
- **Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung***
mit den Außenstellen Steglitz-Zehlendorf und Tempelhof-Schöneberg
- **St. Joseph-Krankenhaus**
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie; Psychosomatik und Psychotherapie

* Beteiligte Dienststellen siehe - Anlage 2 -.

1. Ziel der Vereinbarung

Ziel der Vereinbarung ist die Gestaltung der Kooperation der obigen drei Bereiche für Kinder und Jugendliche mit einem fachbereichsübergreifenden komplexen Hilfebedarf.

Die Kooperation soll zeitnahe und auf den individuellen Bedarf der jungen Menschen zugeschnittene Hilfen ermöglichen.

Übergeordnetes Ziel ist hierbei die Förderung der Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu gemeinschaftsfähigen und eigenverantwortlichen Persönlichkeiten, ihre Teilhabe an der Gesellschaft und die Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern. Die Vereinbarung bietet den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der beteiligten Institutionen eine verbindliche Arbeitsgrundlage, welche Anlass, Inhalt und Umfang der

Zusammenarbeit bei der Behandlung, Betreuung und Begleitung von schwierigen Einzelfällen festlegt.

2. Zielgruppe

Die Zielgruppe umfasst Kinder und Jugendliche, die in den bedeutenden Lebensbereichen Familie und Schule sowie seelischen Gesundheit Auffälligkeiten zeigen, die ihre Teilhabefähigkeit am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigen oder ernsthaft bedrohen. Die Auffälligkeiten müssen in mindestens zwei der Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe oder Schule vorliegen. Die Störungsbilder erfordern multidisziplinäre Diagnostik und Interventionen in den beteiligten Fachbereichen .

3. Verantwortungsbereiche

Alle drei Bereiche haben unterschiedliche Aufträge und gesetzliche Grundlagen. Sie arbeiten eigenständig und verfügen über jeweils anerkannte Methoden, Konzepte und Handlungskompetenzen, mit denen sie gemeinsam das Ziel der Entwicklung des jungen Menschen zu einer gemeinschaftsfähigen und eigenverantwortlichen Persönlichkeit verfolgen.

Basis der Kooperation ist die Anerkennung der eigenständigen, fachlichen Kompetenz der Kooperationspartner, der jeweils besonderen Verantwortlichkeiten und der professionellen Verfahrensweisen. Die Verpflichtung zur Kooperation, zu einem abgestimmten Handeln zwischen den Hilfesystemen und zu einer gemeinsamen Prozessverantwortung ergibt sich aus dem komplexen Hilfebedarf der Kinder und Jugendlichen. Die frühzeitige Einbindung der Kooperationspartner hilft, die Übergänge zwischen Klinik, Schule oder Jugendhilfemaßnahmen zeitgerecht zu gestalten, Integrationsprozesse zu verbessern und erlaubt es auch, eine Ergebnisprüfung nach gemeinsam vereinbarten Kriterien vorzunehmen.

Der multiprofessionelle fachliche Dialog während des Hilfeprozesses ermöglicht eine schnelle und wirksame Ausrichtung auf die erforderliche und notwendige Unterstützung für Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen.

Das unmittelbare Zusammenwirken der Fachbereiche trägt zur Verkürzung von Planungen und Hilfeverläufen bei.

4. Ansprechpartner

Jeder Kooperationspartner garantiert eine Erreichbarkeit während seiner regulären Dienstzeiten.

Innerhalb einer Woche wird zu der meldenden Stelle persönlicher oder telefonischer Kontakt aufgenommen.

Die genaue Auflistung der Kontaktstellen entnehmen Sie bitte der - Anlage 3 -.

5. Verfahren

Das gemeinsame Gremium zum Austausch über den komplexen Hilfebedarf ist eine Fallkonferenz.

An ihr nehmen obligatorisch die betroffenen Kooperationspartner teil und bei Bedarf die Personensorgeberechtigten, das Kind und der/die Jugendliche sowie gegebenenfalls weitere Beteiligte.

Zweck und Ziel der Fallkonferenz sind:

- Die formelle Einbeziehung der betroffenen Fachbereiche in den weiteren Prozess.
- Die Klärung der Prozessverantwortung und die Erarbeitung verbindlicher Vereinbarungen gelten als Empfehlung über die weiterführenden Arbeitsschritte zwischen den Beteiligten.
- Das Zusammenführen aller wichtigen Informationen und die Einleitung geeigneter Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen nach dem SGB V, SGB VIII, SGB IX, SGB XII und dem Schulgesetz.

5.1. Verfahrensschritte und zeitlicher Ablauf

Vermutet oder erkennt einer der Fachdienste einen komplexen Hilfebedarf, der eine fachbereichsübergreifende Abstimmung erforderlich macht, beruft er eine Fallkonferenz mit den erforderlichen Kooperationspartnern ein.

Die Fallkonferenz spricht eine Empfehlung aus. Die Verantwortung für die Hilfeplanung verbleibt bei Jugendhilfemaßnahmen beim/bei der fallzuständigen Mitarbeiter/in des Jugendamtes. Der einberufende Fachdienst holt für die Kooperation eine schriftliche Schweigepflichtentbindung der Personensorgeberechtigten ein, nimmt Kontakt mit den Mitarbeitern der zuständigen Fachbereiche auf. Dem einberufenden Fachdienst ist zugesichert, dass für die in den Bereichen bereits bekannten Kinder und Jugendlichen innerhalb von 3 Wochen die Fallkonferenz stattfindet. Sollte der junge Mensch den anderen Bereichen nicht bekannt sein, erfolgt eine Einberufung der Fallkonferenz spätestens innerhalb von 4 Wochen. In der Zwischenzeit werden in den anderen Fachbereichen eigene Abklärungen verbindlich durchgeführt.

Wenn ausschließlich aus den Bereichen Gesundheit und Schule die Hilfe erfolgen soll, wird die Verantwortung für den Fall von einem dieser Bereiche sichergestellt.

Die Verantwortung für die Hilfeplanung im Rahmen des SGB VIII liegt beim Jugendamt.

In der Fallkonferenz soll eine Klärung der Verantwortlichkeiten, eine Erarbeitung inhaltlich und zeitlich verbindlicher Vereinbarungen zwischen den Beteiligten über die weiterführenden Arbeitsschritte erzielt werden.

Nehmen die Personensorgeberechtigten nicht an der Fallkonferenz teil, werden sie in geeigneter Form über das Ergebnis informiert.

Eine erneute Einberufung einer Fallkonferenz erfolgt, wenn die empfohlenen Hilfen nicht umgesetzt werden können oder die eingeleiteten Hilfemaßnahmen nicht wirksam sind. Die Überprüfung der Wirksamkeit der Hilfen erfolgt innerhalb von 3-6 Monaten durch den fallverantwortlichen Kooperationspartner.

Der Fallverantwortliche informiert alle am Fall Beteiligten schriftlich über die eingeleiteten Hilfen und den weiteren Verlauf.

5.2. Sonderregelungen bei Aufnahmen in die Klinik

Bei Aufnahmen in die Klinik ohne vorheriges Tätigwerden des RSD (regionalen sozialpädagogischen Dienstes oder der Behindertenhilfe) erfolgt die unverzügliche Einbeziehung des RSD, wenn seitens der Klinik ein Kinderschutzfall festgestellt/vermutet wird.

Vermutet die Klinik im Rahmen der Diagnose und Behandlung einen Jugendhilfebedarf, so nimmt sie frühestmöglich - spätestens 2 Wochen nach der Aufnahme - Kontakt zum Jugendamt auf und verweist die Personensorgeberechtigten an das Jugendamt.

Bei Aufnahmen in der Klinik **mit vorheriger Beteiligung des RSD** werden der Klinik bei Vorliegen einer Schweigepflichtentbindung vom RSD möglichst umfassende Informationen über das Kind, die Familie und das sonstige soziale Umfeld zur Verfügung gestellt.

Bei einem sich abzeichnenden Regelungsbedarf bezüglich des weiteren Schulbesuchs ist die Schule in der Klinik verpflichtet, innerhalb von 14 Tagen Kontakt zum Heimatbezirk aufzunehmen, um Fragen der zukünftigen Beschulung zu klären.

5.3. Kinderschutz

Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung gelten insbesondere die rechtlichen Bestimmungen des § 8a SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz, Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung). Die diesbezüglichen Datenschutzbestimmungen sind zu beachten.

6. Informations- und Dokumentationssysteme

Im Interesse eines gemeinsamen Fallverständnisses wird von allen Beteiligten ein Einschätzungsbogen nach vorgegebenem Muster (in Anlehnung an die Systematik der ICF, der Sozialraumorientierung der Jugendhilfe des Landes Berlin sowie des Berlineinheitlichen Kinderschutzbogens) als Leitfaden zur Dokumentation des fachbereichsübergreifenden Hilfebedarfs erstellt.

6.1. Informationsblatt für die Betroffenen (Eltern u.a.)

Die Kooperationspartner entwickeln und verwenden ein Informationsblatt für die Betroffenen, das die Zusammenarbeit zwischen den Kooperationspartnern beschreibt. Dieses Formblatt weist explizit auf die erforderliche Schweigepflichtsentbindung hin und ermöglicht, dass die Personensorgeberechtigten durch ihre Unterschrift ihr Einverständnis zu diesem Informationsaustausch erteilen.

7. Gemeinsame Fort- und Weiterbildung

Die Kooperationspartner verpflichten sich dafür Sorge zu tragen, dass gemeinsame Fort- und Weiterbildungsprogramme durch die einschlägigen Fortbildungsstätten angeboten und durch die Mitarbeiter/-innen wahrgenommen werden.

Der gegenseitige fachliche Austausch erfolgt durch wechselseitige Hospitationen.

8. Regionales Netzwerk

Die Kooperation wird von einem Kooperationsgremium begleitet, welches mindestens dreimal jährlich tagt. Jeder Kooperationspartner entsendet aus seinen Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule eine/n Vertreter/in mit Entscheidungsbefugnis in dieses Gremium. Zusätzlich kommt je ein Vertreter aus dem Kreis der freien Träger der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sowie der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater und –therapeuten.

Oberster Entscheidungsträger für die Kooperationsvereinbarung ist ein Lenkungsausschuss, bestehend aus den für die Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule zuständigen Stadträtinnen und Stadträten, den verantwortlichen Schulrätinnen und Schulräten und einer/einem Klinikvertreter/in. Der Lenkungsausschuss tagt nach Bedarf, mindestens jedoch spätestens vier Monate vor Abschluss des jeweiligen Vereinbarungszeitraumes.

Näheres regelt eine Geschäftsordnung.

9. Vereinbarungszeitraum

Die Kooperationsvereinbarung wird bis zum 31. 12.2009 geschlossen. Sie verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn Sie nicht vorher von einem Beteiligten mit einer Frist von 3 Monaten gekündigt wird.

Sabine von Borczyskowski
Senatsverwaltung für Bildung,
Wissenschaft
und Forschung

Außenstelle Steglitz-Zehlendorf
- SenBWF 06 II E 2.1 -

Dieter Hapel
Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg
Stadtrat für Schule, Bildung und
Kultur

Helmut Schmidt
Senatsverwaltung für Bildung,
Wissenschaft und Forschung
Außenstelle
Tempelhof-Schöneberg

SenBWF 07 II E 1 -

Dr. Sibyll Klotz
Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg
Stadträtin für Gesundheit und
Soziales

Martin Minten

St. Joseph-Krankenhaus-
Krankenhausdirektorium

Anke Otto

Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf
Stadträtin für Jugend, Schule und
Umwelt

Angelika Schöttler

Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg
Stadträtin für Familie, Jugend, Sport und
Quartiersmanagement

Barbara Loth

Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf
Stadträtin für Wirtschaft,
Gesundheit und Verkehr

- Anlage 1 -

der Kooperationsvereinbarung der Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule für Kinder und Jugendliche mit einem fachbereichsübergreifenden komplexen Hilfebedarf in der Region Südwest

- Gesetzliche Rahmenbedingungen der Kooperationspartner -

Die Kooperationspartner arbeiten auf der Grundlage der nachfolgenden gesetzlichen Rahmenbedingungen:

Schule

SchulGesetz für das Land Berlin vom 26.01.2004

Grundschul – Verordnung vom 19.01.2005

Sekundarstufe I – Verordnung vom 19.01.2005

Verordnung über die Sonderpädagogische Förderung vom 19.01.2005

AV Schulpsychologie

sowie die daraus folgenden Ausführungsvorschriften,

Rundschreiben und Einzelanweisungen der zuständigen Dienstbehörde

Rundschreiben 1/2006

Jugendamt

- SGB VIII / KICK

- AG KJHG

- SGB XII

- AV-Hilfeplanung

- Regelungen zur Methodik der Sozialraumorientierung

- sowie die daraus folgenden Ausführungsvorschriften,

Rundschreiben und Einzelanweisungen der zuständigen Dienstbehörde

- BGB

- Rundschreiben 1/2006

Gesundheit

- Gesetz für psychisch Kranke
- Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG)
- SGB V
- SGB IX
- SGB XII
- Landeskrankenhausgesetz

sowie die daraus folgenden Ausführungsvorschriften, Rundschreiben und Einzelanweisungen der zuständigen Dienstbehörde

- Anlage 2 -

der Kooperationsvereinbarung der Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule für Kinder und Jugendliche mit einem fachbereichsübergreifenden komplexen Hilfebedarf in der Region Südwest

- Beteiligte Dienststellen -

Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf

Bereich Jugend

Jugendamt

Kirchstr. 1/3, 14163 Berlin

Bereich Gesundheit

Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle

Königstr. 36, 14163 Berlin

Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg

Bereich Jugend

Jugendamt

Breslauer Platz, 12159 Berlin

Postanschrift: 10820 Berlin

Bereich Gesundheit

Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle

Erfurter Str.8, 10820 Berlin

St. Joseph-Krankenhaus

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Bäumerplan 24, 12101 Berlin

Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung

Sonderpädagogisches Förderzentrum Steglitz

Paul-Braune-Schule 06-S 04

Dessauer Str. 49-55, 12249 Berlin

Schulpsychologisches Beratungszentrum Steglitz-Zehlendorf

Dessauer Str. 49-55, 12249 Berlin

Schulpsychologisches Beratungszentrum Tempelhof-Schöneberg

Ebersstr. 9a, 10827 Berlin

Sonderpädagogisches Förderzentrum Elisabeth-Rotten-Schule

Machonstr. 54, 12105 Berlin

Schule in der Charité (Klinikschule) - Filiale St. Joseph-Krankenhaus

Bäumerplan 24,

- Anlage 3 -

zur Kooperationsvereinbarung der Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule für Kinder und Jugendliche mit einem fachbereichsübergreifenden komplexen Hilfebedarf in der Region Südwest

- Kontaktstellen -

Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf

Bereich Jugend

Jugendamt

Regionalteam A

Am Fichtenberg 25, 12154 Berlin

Geschäftsstelle Tel: 90299 1635 / Fax: 90299 1674

Tagesdienst Tel: 90299 3578

Regionalteam B

Beethovenstr. 36-38, 12247 Berlin

Geschäftsstelle Tel: 90299 3552 / Fax: 90299 4369

Tagesdienst Tel: 90299 1725

Regionalteam C

Kirchstr.1-2, 14163 Berlin

Geschäftsstelle Tel: 90299 5434/Fax:-6266

Tagesdienst Tel: 90299 8068

Regionalteam D

Hohenzollernstr.11, 14109 Berlin

Geschäftsstelle Tel: 90299 8360/Fax:-6125

Tagesdienst Tel: 90299 8362

Erziehungs- und Familienberatung

Königin-Luise-Str. 88, 14195 Berlin

Geschäftsstelle Tel: 90299 8410/8418 / Fax: 90299 8414

Bereich Gesundheit

Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle

Königstr.36, 14163 Berlin

Tel. 90299 5842

Fax 90299 6466

4. Literaturhinweise

Aichberger, F. (Hrsg.) u.a. (2009). Sozialgesetzbuch, Loseblattsammlung. Beck Juristischer Verlag.

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (2007). Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit, vorgestellt am 30. März 2007.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2000). Bericht über das Bundesmodellprojekt Magdeburg. In: *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 124*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Fegert, J. M. & Schrapper, S. (2002). Handbuch der Kinder- und Jugendhilfe. Juventa Verlag Weinheim und München.

Fegert, J. M. (1994). Was ist seelische Behinderung? Votum Verlag Münster.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. New York: Aldine.

Gottbehüt, C. (2007). „Wer ist eigentlich der Bestimmer?“ Eine Untersuchung der Kooperationsverständnisse der Beteiligten am Modellprojekt zur Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule in Berlin Südwest. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Freie Universität Berlin.

Berg, D. & Seifried, K. & Winkelmann, K. (2000). Verhaltensauffälligkeiten bei Berliner Grundschulern. In Chr. Hanckel, B. Jötten, K. Seifried (Hrsg.). *Schule zwischen Realität und Vision (S. 301-311)*. Bonn: Deutscher Psychologenverlag GmbH

Kavemann, B. & Kreyssig, U. (2006). Handbuch Kinder und häusliche Gewalt. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kleinow, R. (2005). Kostenträgerrechnung und ICF-basierte Fallgruppierung in der Frührehabilitation. wvb Wissenschaftlicher Verlag Berlin. 1. Auflage

Kunkel, P.-C. & Binschus, W. (Hrsg.) (2006). Sozialgesetzbuch VIII. Kinder- und Jugendhilfe. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden. 3. Auflage.

Legewie, H. (1994). Globalauswertung von Dokumenten. In A. Böhm, A. Mengel & T. Muhr (Hrsg.). *Texte verstehen. Methoden, Konzepte, Werkzeuge (S. 177-182)*. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz.

Lenz, A. (2005). Kinder psychisch kranker Eltern. Verlag Hogrefe Göttingen.

Löcherbach, P. (2007). Fallmanagement - der Weg ist das Ziel? *Forum OLW – arbeitsmarktpolitisches Magazin für Ost Westfalen Lippe*, 6. S. 2-3.

<http://cms.uk-koeln.de/live/case-management/content/e59/e74/LcherbachCMinDeutschland.pdf>

Löcherbach, P. (2007). Generelle Aspekte zum Case Management. In C. Ehlers, H. Kleve & M. Müller (Hrsg.). *Case Management als Brücke: Arbeitsfelder und Organisationsformen*. Schriftenreihe der ASFH-Berlin: Schibri- Verlag.

Rentsch, H. P. & P. O. Bucher (2005). ICF in der Rehabilitation. Schulz-Kirchner-Verlag Idstein

Robert-Koch-Institut (2007). Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGS. (Kinder und Jugendliche 0 – 17 Jahre)

Schrapper, S. (2004). Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Juventa Verlag Weinheim und München

Schröer, W. & Struck, N. & Wolff, M. (2004). Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie, Interdisziplinäre Kooperation. Juventa Verlag Weinheim und München

Abschlussbericht des Modellprojekts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Südwest. 2005- 2008

Seifried, K. (2007) Schulpsychologie – Kooperationspartner und Vernetzung. In Fleischer, Grewe, Jötten, Seifried, Sieland (Hrsg.). *Handbuch Schulpsychologie*, 8.6, S. 360 ff. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport (2002). *Sozialraumorientierung in der Berliner Jugendhilfe. Ein Positionspapier zur Diskussion*. Verfügbar über:
<http://www.berlin.de/sen/jugend/jugendpolitik/sozialraumorientierung/> [Zugriff: 01.03.2007].

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport (2005). *Ausführungsvorschriften für den Prozess der Planung und Durchführung von Hilfe zur Erziehung und Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche und Hilfe für junge Volljährige (AV-Hilfeplanung)*. Verfügbar über:
<http://www.berlin.de/sen/jugend/rechtsvorschriften/index.html> [Zugriff: 01.03.2007].

Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung (2003). *Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung Empfehlungen zur Umsetzung nach § 8 a SGB VIII*. Verfügbar über:
http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-jugend/kinder_und_jugendschutz/schutzauftrag_bei_kindeswohlgefaehrdung.pdf. [Zugriff: 01.03.2007].

Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung (2004). *Schulgesetz für das Land Berlin*. Verfügbar über: <http://www.berlin.de/sen/bildung/rechtsvorschriften/index.html> [Zugriff: 01.12.08].

SENATSWERWALTUNG FÜR BILDUNG, WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG
(2008). *ABSCHLUSSBERICHT ZUM PROJEKT SOZIALRAUMORIENTIERUNG IN DER BERLINER JUGENDHILFE (PROJEKT SRO)*. VERFÜGBAR ÜBER
[HTTP://WWW.BERLIN.DE/SEN/JUGEND/JUGENDPOLITIK/SOZIALRAUMORIENTIERUNG/](http://www.berlin.de/sen/jugend/jugendpolitik/sozialraumorientierung/) [ZUGRIFF: 01.12.2008].

Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung. *Leitfaden zum Berliner Kinderschutzbogen*. Verfügbar über: <http://sfbb.berlin-brandenburg.de/sixcms/detail.php/bb2.c.499348.de>