

Kooperation

von

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule



Impressum:

Herausgeber: Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und
Verbraucherschutz
Oranienstraße 106
10969 Berlin

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport
Beuthstraße 6-8
10117 Berlin

Redaktion: Rosmarie Weise
☎ 030 / 9028 2717
E-Mail: Rosmarie.Weise@SenGSV.Verwalt-Berlin.de

Anita Hartung
☎ 030 / 9026 5268
E-Mail: Anita.Hartung@SenBJS.Verwalt-Berlin.de

Monika Wessel
☎ 030 / 9026 5842
E-Mail: Monika.Wessel@SenBJS.Verwalt-Berlin.de

Stand: 30. April 2003

Gemeinsames 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.

Dabei sind diejenigen jungen Menschen, deren Hilfebedarf gleichzeitig in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, in der Schule und bei den Beratungs- und Betreuungsangeboten der Jugendhilfe evident wird, gewiss nur eine kleine Zielgruppe. Sie gelten jedoch als die „Schwierigsten“, sie kosten viel Zeit, Kraft und Nerven und leiden zumeist selbst sehr an sich und ihren Beeinträchtigungen.

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

Die vorliegende Handreichung soll mit ihren Leitlinien und Empfehlungen zur Verbesserung der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule beitragen. Die Lösungsansätze und Instrumente basieren auf dem Rat und der breiten Beteiligung von Experten aus allen beteiligten Disziplinen und Fachdiensten. Diese Handreichung will den Verantwortlichen in den Bezirken Möglichkeiten zu strukturellen Veränderungen in der verbindlichen Zusammenarbeit aufzeigen. 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.

Und sie will vor allem eins: bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Impulse zum aktiven Mitgestalten der gemeinsamen Fallarbeit auslösen.

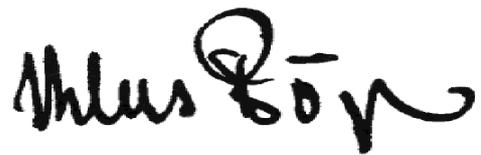
Ein Kind mit einem „komplexen“ Hilfebedarf benötigt gerade keine komplexen Zuständigkeiten, keine „hilflosen Helfer“, die erleichtert sind, wenn ein anderer Fachbereich die Zuständigkeit übernimmt. Vielmehr müssen alle notwendigen Hilfen so auf die besondere, die individuelle Lebenssituation zugeschnitten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

Eine ganzheitliche und gemeinsame Fallverantwortung und abgestimmtes zeitgleiches Handeln in den Hilfesystemen sind eine wichtige Investition in die Zukunft dieser jungen Menschen. Dem damit verbundenen anfänglichen Aufwand folgt eine erhebliche Entlastung der Beteiligten und ein gezielter und effektiver Einsatz der knappen Hilferessourcen.

Wir sind zuversichtlich, dass ein erfolgreiches gemeinsames Handeln dieser drei Tätigkeitsfelder im Interesse der gemeinsamen „schwierigen“ Klientel auch Wirkung im alltäglichen Umgang miteinander entfaltet und so auch die Kooperationsbeziehungen aller, die mit den Kindern und Jugendlichen unserer Stadt befasst sind, optimiert.



Dr. Heidi Knake – Werner
Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz



Klaus Böger
Senator für Bildung, Jugend und Sport

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

1 Einleitung	6
2 Ressortübergreifende Arbeitsgruppe	9
3 Ergebnisse der Expertengespräche	12
4 Leitlinien zur Gestaltung der Zusammenarbeit	23
5 Empfehlungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit	39
6 Literaturverzeichnis	46
7 Anhang	47

1 Einleitung

Problem und Ausgangslage

Gemeinsame Verantwortung für Kinder, Jugendliche und junge Heranwachsende

*Gemeinsame
Verantwortung*

Aus der gemeinsamen Verantwortung der Fachgebiete **Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Jugendhilfe** und **Schule** für hilfsbedürftige junge Menschen und ihre Familien ergibt sich die Notwendigkeit intensiver Zusammenarbeit, da diese Bereiche für die Entwicklung und Schaffung von bedarfsgerechten Angeboten Sorge zu tragen haben.

*Abgrenzungsprobleme/
Überschneidungen*

Seit dem Inkrafttreten des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII - KJHG) wird zunehmend von Überschneidungen in den Tätigkeitsbereichen dieser Fachdisziplinen und den damit verbundenen Abgrenzungsproblemen berichtet. Kommunikationsstörungen und nicht ausreichende Kooperationen zwischen Institutionen und Handelnden sowie auch konkurrierende Einrichtungs- bzw. Trägerinteressen würden noch immer den Zugang der Betroffenen zu adäquaten Hilfeangeboten erschweren.

*Gemeinsames
Positionspapier*

Bereits 1990 war das von einer gemeinsamen Facharbeitsgruppe vorgelegte und beschlossene „Gemeinsamen Positionspapier der Jugendministerkonferenz und Gesundheitsministerkonferenz“ eine wesentliche Orientierungshilfe für die Gestaltung einer engeren Kooperation und Kommunikation zwischen den beiden Fachbereichen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

*Gesetzliche
Verankerung
(§ 35a SGB VIII)*

Mit der Erweiterung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes um den § 35a – „Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“ – wurde die Notwendigkeit zur Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch gesetzlich verankert. Wenn gleichzeitig Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen nach § 35a erforderlich sind, soll bei der Aufstellung und Änderung des Hilfeplanes sowie bei der Durchführung der Hilfe gemäß § 36 Abs. 3 SGB VIII auch ein Arzt, der über besondere Erfahrung in der Hilfe für Behinderte verfügt, mitwirken.

* Die Verwendung der männlichen und weiblichen Wortformen wurden aus Gründen der Lesbarkeit nicht konsequent eingehalten. Gleichwohl sind, wenn nicht anders ausgewiesen, stets die männliche und weibliche Form gemeint.

Besondere Problemlagen – besondere Einzelfälle

Zielgruppe

Dieser gesetzlich festgeschriebene Auftrag zur gemeinsamen Problembewältigung muss insbesondere für die in der Fachliteratur und Umgangssprache als „auffällig geworden“, „krank“, „schwer erziehbar“, „verhaltensgestört“, „verrückt“ bzw. „schwierig“ bezeichneten Kinder und Jugendlichen gelten, bei denen nicht nur pädagogische Probleme, sondern auch psychische oder psychosoziale Ursachen für „schwieriges“ Verhalten anzunehmen sind. Diese Kinder und Jugendlichen werden noch zu häufig zwischen den beteiligten Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe hin- und hergereicht, mit den Folgen, dass sie Beziehungsabbrüche statt kontinuierlicher Betreuung erleben oder phasenweise sogar gänzlich ohne sozialpädagogische oder therapeutische Anbindung bleiben.

Unterschiedliche Arbeitsfelder und Verantwortungsbereiche der Kooperationspartner – gemeinsames Ziel

Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

In der Versorgungspraxis treffen für diese Zielgruppe die eingangs benannten drei Arbeitsfelder (KJPP, JH, Schule) aufeinander, die sich in ihren jeweiligen Handlungsaufträgen, sowie in ihren Konzepten, Strukturen und Kompetenzen z.T. erheblich unterscheiden.

„So leistet das medizinische Fachgebiet der **Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** (KJPP) einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der Entfaltung bei jungen Menschen, die von seelischer Krankheit betroffen und von seelischer Behinderung bedroht sind. Das Aufgabengebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasst die Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von psychischen, psychosomatischen und neurologischen Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden.“¹

Kinder- und Jugendhilfe

„Im Selbstverständnis der **Kinder- und Jugendhilfe** (KJH) steht der Prozess individueller Entwicklung und Bildung des Einzelnen im Vordergrund. Die Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe tragen – zusammen mit anderen Institutionen – die öffentliche Verantwortung für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. Sie fördert auf Wunsch und Antrag der Eltern Kinder und Jugendliche durch ihre direkte personen- und einzelfallbezogene Arbeit bei der Erfüllung ihrer Entwicklungsaufgaben und bei der Bewältigung ihrer Lebensprobleme. Darüber hinaus leistet sie

¹ Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e.V. - Leitbild 2001

einen Beitrag zur Schaffung positiver Lebensbedingungen für alle Kinder und Jugendlichen und für ihre Familien.“²

Bildungswesen

Ein weiterer wesentlicher Kooperationspartner ist der Bildungsbereich, insbesondere bei Leistungsdefiziten und schweren Verhaltensauffälligkeiten in der **Schule**, die oft in den Lebenswelten der Betroffenen begründet sind und zu Schulverweigerung, Ausgrenzung und Schulabbrüchen etc. führen können. Auch bei der Beschulung in einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik ist eine enge Zusammenarbeit von KJPP, KJH und Schule unabdingbar.

Überschreitung der Systemgrenzen

Angesichts der Komplexität von problemverursachenden Faktoren bei Gesundheitsstörungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Heranwachsenden wird es bei besonderen Einzelfällen immer wieder notwendig sein, die Grenzen der Versorgungssysteme zu überschreiten. Für eine effektive Versorgungsplanung ist es daher notwendig, die Grundlagen für ein gutes regionales Kooperationsklima zu schaffen und auch zu sichern.

Aufgabenstellung: Verbesserung der Kooperation und Koordination

*Aktuelles Thema:
Regionale Kooperation*

Trotz einer Vielzahl von positiven Entwicklungen in den letzten Jahren (z.B. Auf- und Ausbau von bedarfsgerechten regionalen Kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsstrukturen im Rahmen des Psychiatrieentwicklungsprogramms des Landes Berlin, Standardisierung und Ausdifferenzierung von Hilfeformen nach SGB VIII sowie einer gemeinsamen Handreichung zum Thema „Schuldistanz“ von Jugendhilfe und Schule) besteht weiterer Handlungsbedarf in Bezug auf eine verbesserte klientenbezogene regionale Zusammenarbeit, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf und in akuten Krisen- und Notsituationen.

Bildung einer Arbeitsgruppe

Um diese Mängel im Land Berlin zu beheben, wurde eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe gegründet mit der Zielstellung, auf der Basis einer gemeinsamen Problemanalyse - Handlungsempfehlungen und Umsetzungsstrategien zur Verbesserung der Kooperation in den Berliner Bezirken zu erarbeiten. Nachfolgend werden die einzelnen Arbeitsphasen und Ergebnisse dieses Prozesses skizziert.

² Elfter Kinder- und Jugendbericht 2002

2 Ressortübergreifende Arbeitsgruppe

Bildung, Arbeitsplanung und Ziele

Ausgangssituation

Krankenhausplan 1999

Die Fortschreibung des Krankenhausplanes 1999 und der damit verbundene veränderte Zuschnitt von sechs neu definierten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsregionen wurde in den Sitzungen des Landespsychiatriebeirates zum Anlass genommen, das Schwerpunktthema der Verbesserung der Kooperation zwischen den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Jugendhilfe und Schule in diesen Regionen wieder aufzugreifen und neu zu diskutieren. Als Fazit dieser hausinternen Diskussionen war der Beschluss gefasst worden, dazu eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe zu gründen.

Ressortübergreifende Arbeitsgruppe

In Federführung des Landesbeauftragten für Psychiatrie wurde im September 2000 diese „ressortübergreifende Arbeitsgruppe“ aus Vertretern/innen der damaligen Senatverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen (jetzt: Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz), der Senatverwaltung für Schule, Jugend und Sport (jetzt: Bildung, Jugend und Sport) und den entsprechenden Landesämtern (Gesundheit, Jugend, Schule) sowie dem Landesarzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie gebildet.

(s. Anhang: Anlage 1).

Die eingangs skizzierten Konfliktfelder waren Ansatzpunkte für die inhaltliche Schwerpunktsetzung und für die daraus abgeleiteten Arbeitsschritte dieser ressortübergreifenden Fachgruppe.

Arbeitsplanung und Ziele

*Arbeitsschritte
und
Ziele*

- **Durchführung und Auswertung von Erhebungen/ Gesprächen in den Bezirken/Versorgungsregionen – gemeinsame Problemanalyse**
- **Definition des Überschneidungsbereiches und der gemeinsamen Zielgruppe**
- **Konkretisierung der Problembereiche durch Expertenanhörungen**
- **Erarbeitung von gemeinsamen Leitlinien und Empfehlungen zur verbindlichen Zusammenarbeit in den Bezirken /Regionen**

Die politischen Leitungen beider Senatsverwaltungen haben für die Umsetzung des Arbeitsvorhabens grundsätzlich Zustimmung und Unterstützung zugesichert. Die Stadträte der Bereiche Gesundheit, Jugend und Schule aller Bezirke sind über das Vorhaben der Facharbeitsgruppe unterrichtet und um Unterstützung gebeten worden.

Um die Hindernisse und Schwierigkeiten einer gelingenden Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Jugendhilfe und Schule zu analysieren, wurden jeweils separat die Fachdienste der Bezirke sowie die klinisch-stationären Einrichtungen im Vorfeld um ihre Meinungen in Form einer schriftlichen Stellungnahme gebeten. Dabei stand die Bewertung der aktuellen Arbeitsformen in den Bezirken, die Benennung von Defiziten in der Versorgung und die Erfahrungen bei der Gestaltung einer bereits gelungenen Zusammenarbeit im Mittelpunkt der Fragestellungen.

Als Ergebnis der Auswertung dieser regionalen fachlichen Meinungen waren fünf zu bearbeitende Themenkomplexe benannt worden:

*Analyse der
Kooperations-
hindernisse*

Themenkomplexe:

- 1. Verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche – Definition der Zielgruppe**
- 2. Pflichtversorgung**
- 3. Kooperationsstrukturen im Bezirk/in der Region**
- 4. Daten und Erhebungen**
- 5. Suchterkrankungen**

Expertenkommission - Expertengespräche

Um die analysierten Problembereiche weiter zu konkretisieren, wurde im August 2001 ein fester Kreis von Fachleuten in Form einer „Expertenkommission“ berufen. Die Mitglieder dieser Expertenkommission repräsentierten die wesentlichen Arbeitsfelder an der Nahtstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Jugendhilfe und Schule.

(s. Anhang: Anlage 2)

Im Anschluss an die Konstituierung der Expertenkommission erfolgte eine schriftliche Befragung der Experten auf der Grundlage eines von der Arbeitsgruppe entwickelten Fragenkataloges

(s. Anhang: Anlage 4).

Die Ergebnisse der Auswertungen der Stellungnahmen aus den

Expertenkommission

*schriftliche
Expertenbefragungen*

Bezirken sowie der Statements der Experten bildeten die Ausgangsbasis für die inhaltliche Strukturierung der im Anschluss daran durchgeführten Expertenanhörungen.

Expertengespräche

Ein zentrales Anliegen der im Zeitraum von Juni 2001 bis September 2002 durchgeführten Expertenrunden war es, weitere vertiefende Hinweise und Einschätzungen aus dem praktischen Versorgungsgeschehen zu erhalten, um möglichst konkrete Handlungsempfehlungen für alle im Hilfeplanungsprozess Verantwortlichen und Agierenden im Land Berlin zu entwickeln.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der einzelnen Expertenrunden kurz und zusammenfassend dargestellt werden.

3 Ergebnisse der Expertengespräche

Themenkomplex I – Definition der Zielgruppe

Definition der Zielgruppe

Kinder und Jugendliche mit komplexem fachübergreifendem Hilfebedarf

Nach Einschätzung der beteiligten Fachleute werden Kooperationsdefizite im psychosozialen Versorgungsbereich verstärkt bei Kindern und Jugendlichen verzeichnet, die in der Fachliteratur oft als besonders „schwierige“ junge Menschen oder als „schwierige Fälle“ beschrieben werden (s. Einleitung).

Zielgruppe

Die folgende Definition wurde erarbeitet, um die Zielgruppe an der Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Jugendhilfe und Schule zu beschreiben und ihren komplexen Hilfebedarf zu kennzeichnen:

Kinder und Jugendliche mit einem fachbereichsübergreifenden Hilfebedarf

Kinder und Jugendliche sind betroffen:

- *wenn sie über pädagogische Krisen hinaus in weiteren Bereichen Auffälligkeiten zeigen, die multiprofessionelle Perspektiven erfordern.*
- *wenn die Auffälligkeiten zur Notwendigkeit von Untersuchungen im Bereich des Sozialverhaltens, der Leistungsfähigkeit und der psychischen Störungen führen.*

Der Hilfebedarf ist fachbereichsübergreifend:

- *wenn mehr als einer der Bereiche Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schule nach fachlicher Einschätzung in Untersuchungen und/oder Hilfekonzeptionen einzubeziehen sind.*

Ein komplexer Hilfebedarf liegt vor:

- *wenn die multiprofessionelle Analyse der Störung ergibt, dass verschiedene Hilfeansätze gleichzeitig oder in einem abgestuften Hilfekonzept notwendig sein werden.*
- *wenn Hilfeansätze unterschiedlicher Professionen zum Einsatz kommen sollen, um den Hilfeerfolg und die Stabilisierung des Erfolges zu sichern.*
- *wenn eine Abstimmung über die Einsatzform und den Einsatzzeitpunkt der unterschiedlichen Hilfearten unabdingbare Voraussetzung für den erfolgreichen Verlauf der Hilfe ist.*

Das Hauptaugenmerk bei der Versorgung dieser Problempopulation ist auf die Sicherstellung einer am Einzelfall orientierten verbindlichen Kooperation zwischen den involvierten Hilfesystemen im Sinne einer ganzheitlichen Fallverantwortung über das eigene begrenzte Leistungssegment hinaus zu richten.

Die Übersicht 1 (s. *Anhang – Anlage 5*) zeigt die kooperierenden Hilfesysteme mit ihren einzelnen Versorgungsbausteinen und die gesetzlichen Grundlagen für die entsprechenden Leistungsangebote.

Themenkomplex II - Pflichtversorgung

*Elternrecht und
Elternpflicht*

Die Erziehung der Kinder und Jugendlichen ist das natürliche Recht und zugleich oberste Pflicht der Eltern. Sie bleiben grundsätzlich Inhaber der elterlichen Sorge, sofern von einem Gericht nichts anderes bestimmt ist.

Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) versteht sich als Teil eines ganzheitlich orientierten Versorgungssystems, das ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen und Dienste zur psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und jungen Volljährigen umfasst.

(Versorgungsbausteine - s. Psychiatrie-Bericht Teil 2)

Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken stellen als Teil des Versorgungsnetzes die vollstationäre und teilstationäre Versorgung (Diagnostik, Beratung, Behandlung) in sechs definierten Pflichtversorgungsregionen sicher.

(s. Fortschreibung des Krankenhausplanes von 1999)

*regionalisierte
Pflichtversorgung*

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in einer Klinik sollte in der Regel so kurz wie möglich und nach Ausschöpfung aller anderen ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, wie z.B. in Institutsambulanzen, durch niedergelassene Fachärzte und Therapeuten, in Anspruch genommen werden, um dem betroffenen Kind die Lebens- und die Erziehungskontinuität zu erhalten, die durch seine Erkrankung bedroht ist.

*Zusammenarbeit
mit Jugendhilfe
und Schule*

Um die kontinuierliche Begleitung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf bereits während eines stationären Aufenthaltes zu organisieren, ist die rechtzeitige Einbindung von Jugendhilfe und Schule unerlässlich.

*Rehabilitation
und
Integration*

Sind im Anschluss an eine ambulante oder stationäre Krankenbehandlung im Rahmen des SGB V durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie Eingliederungshilfen für von seelischer Behinderung bedrohte oder für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche notwendig, ist die Jugendhilfe gemäß § 35 a SGB VIII, aber ggf. auch als Rehabilitationsträger nach SGB IX, zuständig. Die Einleitung und Koordination von Maßnahmen der Eingliederungshilfe müssen – um den Behandlungserfolg zu sichern und die Rehabilitation und soziale Reintegration der betroffenen Kinder und Jugendlichen nicht zu gefährden – auf der Grundlage von verbindlich geregelten Absprachen zwischen den Fachbereichen erfolgen.

Kinder- und Jugendhilfe

Die Jugendhilfe hat die Aufgabe, Eltern in ihrem Erziehungsauftrag zu unterstützen und Kindern und Jugendlichen in akuten Not- und Krisensituationen schnelle Hilfe anzubieten. Ansprechpartner sind die örtlichen Jugendämter. Sind Hilfen zur Erziehung notwendig, haben die Personensorgeberechtigten einen Rechtsanspruch, eine geeignete Hilfe zu bekommen. Bei der Entscheidung, welche Hilfe wann und unter welchen Bedingungen zum Einsatz kommt, sind die Eltern in einem rechtlich geregelten Verfahren beteiligt.

*Eigeninitiative
und
Freiwilligkeit*

Die Interessen und Bedürfnisse der Betroffenen sind deshalb immer wesentliche Einflussgrößen bei der Ausrichtung der Hilfe. Dies fördert die Akzeptanz der Hilfe, die Mitwirkungsbereitschaft und damit die Erfolgsaussichten der Hilfe.

Zentrales Ziel ist es, die Eigeninitiative zu stützen und zum tragenden Element der Hilfe werden zu lassen. Damit sollen die Selbsthilfekräfte der Familie gefördert und/oder entwickelt werden. Es geht daher vorrangig um eine generelle Stärkung des familiären Erziehungssystems und nicht um die Übernahme von Ausfallbürgschaften in Teilbereichen oder gar um dessen Ersatz.

Freie Träger

Die Jugendhilfe bedient sich für die Erbringung von Fachleistungen im Wesentlichen der Angebote Freier Träger, deren fachliche Qualität und Ausstattung laufend überprüft werden. Diese verpflichten sich im Zuge der Hilfeplanung zur Aufnahme und Betreuung. Das Jugendamt prüft den weiteren Bedarf und die Eignung der Hilfe und übernimmt die Steuerungsaufgaben.

Der Beginn, der Ablauf und Fortgang bzw. der mögliche Abbruch der Hilfe ist abhängig von der Entscheidung der Familie, aber auch von der Aufnahmebereitschaft der Leistungsträger.

Eine Analogie zur Pflichtversorgung in der Psychiatrie ist nicht gegeben.

Schule

Alle Kinder und Jugendlichen haben ein Recht auf schulische Bildung und Erziehung.

Schulpflicht

Sie unterliegen der Schulpflicht. Die Schule unterliegt der Verpflichtung alle Kinder und Jugendlichen zu unterrichten. Eine vorzeitige „Ausschulung“ auf Grund von „Unbeschulbarkeit“ ist vom Gesetz her nicht vorgesehen.

Sonderpädagogische Förderung

Bei Leistungsversagen durch Beeinträchtigungen zum Beispiel der sozialen und emotionalen Entwicklung und/oder des Lernens hat die Schule durch die Einleitung besonderer Fördermaßnahmen zu reagieren.

Kinder und Jugendliche, die sich in einer Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie befinden, erhalten während dieser Zeit Unterricht. Für kranke Schüler kann auch Hausunterricht stattfinden. Geregelt sind diese Maßnahmen in der Verordnung über die sonderpädagogische Förderung.

Mit Beginn der Schulpflicht sind die Jugendhilfe und Schule für dieselben Kinder und Jugendlichen zuständig. Es besteht heute mehr denn je ein breiter Konsens über die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit insbesondere von diesen beiden Fachbereichen.

Themenkomplex III - Kooperationsstrukturen

Fallbezogene
Kooperation

Die Anforderungen an eine „fallbezogene Kooperation“ wurde bereits im gemeinsamen Positionspapier der Jugend- und Gesundheitsministerkonferenz verankert:

„Um eine kontinuierliche Begleitung und Behandlung erkrankter Kinder und Jugendlicher ... zu gewährleisten, sollten Kinder- und Jugendpsychiater mit den Einrichtungen der Jugendhilfe und anderen Diensten kooperieren oder in sie integriert sein.

Gemeinsames
Positionspapier
der
Gesundheitsminister /
Jugendminister

Die Inanspruchnahme der fachlichen Kompetenz der Jugendpsychiatrie kann für die Jugendhilfe eine entlastende Funktion haben. Wie jugendpsychiatrisches Handeln nicht ohne Einbeziehung psychosozialer Behandlungskonzepte denkbar ist, so ist die Jugendhilfe bei der Abklärung von seelischen Krankheiten auf die fachliche Zusammenarbeit mit der Jugendpsychiatrie angewiesen.

Im Interesse der Kinder und Jugendlichen ist es daher geboten, Kooperation und Zuweisung zu den verschiedenen Institutionen sensibel zu gestalten und zu entwickeln.

Das Leistungsspektrum der miteinander zusammenarbeitenden Dienste muss wechselseitig bekannt sein. Die Dienste müssen sich untereinander problemlos erreichen können. Dies geschieht nur durch regelmäßigen, fachlichen sich gegenseitig respektierenden Austausch“.³

Gemeinsame Sicht
auf die
Zielgruppe

Eine gemeinsame Sicht von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule auf die definierte Zielgruppe und deren Bedarfslage ist die Voraussetzung für die Gestaltung von effektiven und qualitätsgerechten Hilfemaßnahmen. Jedoch scheitert eine effektive Zusammenarbeit insbesondere in Krisen- und Notfällen noch häufig an der Ausgangssituation, die durch ein zersplittertes System an Zuständigkeiten, unterschiedlichen Handlungsaufträgen und der unterschiedlichen Selbstverständnisse gekennzeichnet ist.

Des Weiteren gehört dazu auch, dass kaum eine Fachkraft der Hilfesysteme gegenwärtig langfristig für einen Betroffenen zuständig ist und den jungen Menschen auf dem Weg durch die Hilfesysteme begleitet.

Im neuen Schulreformgesetz wird die Eigenverantwortung der Schulen gestärkt. Insbesondere über die Entwicklung von Schulprogrammen wird eine Vernetzung mit dem schulischen Umfeld

³ Gemeinsames Positionspapier der Jugend- und Gesundheitsministerkonferenz 1990

und mit den Beratungs- und Hilfediensten nichtschulischer Einrichtungen angestrebt.

Fallmanagement

Die Analyse von Hilfeverläufen, Kooperationsproblemen und Hindernissen sowie auch von gelingender Kooperation zeigt, wie zwingend notwendig sich die „Fallführung aus einer Hand“ mit entsprechender Festlegung der Federführung (Fallmanager), Zeitschiene und Kooperationspartner erweist. Den komplizierten „Einzelfall“ zu verstehen, die „richtige“ Hilfe zu planen und die daraus resultierenden Aufgaben zu bewältigen, erfordert eine qualifizierte mehrdimensionale Fallarbeit.

Folgende Voraussetzungen und Prinzipien sind für eine gelingende Kooperation von entscheidender Bedeutung:

Voraussetzungen zur Kooperation

- gemeinsame Planungsverantwortung
- gemeinsame Versorgungsverantwortung (Regionen)
- gemeinsame Ressourcenverantwortung
- gemeinsame räumliche Unterbringung
- gemeinsame fachliche Qualifizierung
- gemeinsame Ergebnisbewertung
- gemeinsame Informations- und Dokumentationssysteme

- Verpflichtung (Verträge)
- Verbindlichkeit (Verfahrensstandards)
- Verantwortung (Leitung, Federführung, Ergebnis)
- Beteiligung (frühzeitig)
- Bereitschaft (Motivation)
- Gegenseitige Akzeptanz und Achtung
- Fähigkeit (Qualifikation)
- Klarheit bei Zuständigkeiten, Strukturen, Kompetenzen, Möglichkeiten und Grenzen
- Transparenz von Zuständigkeiten und Entscheidungsprozessen
- Fachliche Autonomie

Bei der (Weiter)Entwicklung von verbindlichen und effektiven Kooperations-, Planungs- und Informationsstrukturen zwischen den Nahtstellen KJPP/JH/Schule sollte auch den Besonderheiten des jeweiligen Bezirkes Raum gegeben werden.

Themenkomplex IV – Daten und Erhebungen

Datenerfassung

Datensammlungen Gegenwärtig werden in den an der Hilfeplanung beteiligten bezirklichen Fachdiensten der Bereiche Gesundheit, Jugendhilfe und Schule und in den beteiligten Institutionen (z.B. Klinik) eine Vielzahl von Daten zu unterschiedlichsten Zwecken erfasst. In den Gesprächen mit den Experten aus dem Versorgungsgeschehen wurde deutlich, dass eine kritische Hinterfragung der bisher erfassten vielschichtigen Datensammlungen in den Diensten der Bezirke notwendig wird.

Basisdaten Für die einzelfallbezogene Kooperation und Koordination von Hilfen werden grundlegende „Daten“ benötigt, auf deren Basis ein frühest möglicher Informationsaustausch zwischen den beteiligten Fachdiensten erfolgen kann und wo gemeinsam erörterte Hilfemöglichkeiten so früh wie möglich festgelegt werden können. Dabei muss geklärt werden, welche Informationen die involvierten Hilfesysteme fallbezogen benötigen, um parallele und unkoordinierte Hilfen insbesondere bei komplexen Problemlagen zu vermeiden und wer den Datenbestand regelmäßig pflegt.

klientenbezogene Basisdaten-dokumentation Unabhängig von der nicht kongruenten technischen Ausstattung (EDV) in den Bezirken wurden/werden unterschiedliche Klientenverwaltungsprogramme für die Fachdienste (EFB, KJPD) entwickelt und z.T. auch schon angewandt. Eine einheitliche klientenbezogene Basisdokumentation, der Wunsch vieler bezirklicher Fachdienste, fehlt bisher.

Datenaustausch – Hindernisse

Datenschutzgesetz Um Ursachen auffälligen Verhaltens sowie von seelischen Störungen von Kindern und Jugendlichen zu verstehen, sind Beteiligte im Hilfeplanungsprozess auf Hintergrundinformationen angewiesen. Der Zugriff auf die den Fachkräften der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule anvertrauten Daten sowie die gegenseitige Weitergabe dieser Informationen wird mit datenschutzrechtlichen Regelungen erheblich eingeschränkt bzw. verhindert.

Ausnahme-Regelungen Die Bestimmungen zum Datenschutz lassen aber auch Ausnahme - Regelungen zu, die bei der Entwicklung von Standards für einen qualifizierten Informationsaustausch zwischen den Fachdiensten genutzt werden sollten.

Der Sorgerechtsinhaber ist allerdings verpflichtet, der Schule gewisse personenbezogene Daten mitzuteilen.

(s. Schulgesetz: § 5a)

Motivationsarbeit

In jedem Fall muss mit dem Personensorgeberechtigten oder dem Jugendlichen, der selbst beim Jugendamt um Hilfe gebeten hat, geklärt werden, welche Daten über das Kind oder den Jugendlichen, dessen Biografie und die Familie weitergegeben werden können. Für den gemeinsamen Planungsprozess ist es daher erforderlich, die Eltern bzw. den „Selbstmelder“ um Mithilfe zu bitten bzw. zur Mitarbeit zu motivieren, um einen Datentransfer zwischen den Fachdiensten zu ermöglichen.

*Datenaustausch
Klinik/Jugendhilfe/
Schule*

Das betrifft insbesondere auch den Datenaustausch zwischen Klinik, Jugendhilfe und Schule. Mit Einverständnis der Eltern können bei Bedarf Informationen aus der Klinik auch an die Jugendhilfe und Schule (Fallkonferenz) weitergegeben werden.

In den Empfehlungen der Klinik an die Jugendhilfe zu entsprechenden Hilfemaßnahmen sollte auch die Beschreibung der bestehenden Schwierigkeiten des Klienten enthalten sein. Dabei ist im Sinne gegenseitiger fachlicher Akzeptanz anzustreben, dass die Prognosen und Empfehlungen vom jeweiligen Kooperationspartner respektiert werden.

Themenkomplex V – Suchterkrankungen

Allgemeine Bemerkungen

Ziel Aus aktuellem Anlass fand zu diesem Themenkomplex eine gesonderte Expertenanhörung statt, mit einem anders personell zusammengesetzten Kreis von Fachleuten.

KJP – Jugendhilfe - Suchthilfe Vorrangiges Ziel dieses Fachgespräches war die Verbesserung der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugend- und Suchthilfesystem mit Blick auf die gemeinsame Zielgruppe der minderjährigen Drogenabhängigen.

Die akute Entgiftung und Behandlung von minderjährigen Drogenabhängigen mit zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen (sog. Doppeldiagnosen) ist eine reguläre Aufgabe der Kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen im Rahmen ihrer Pflichtversorgung. Als problematisch hatte sich aufgrund der verkürzten Verweildauern, bedingt durch die eingeschränkten Kostenübernahmen für die Entgiftungsbehandlung, die weitere Motivationsbehandlung bis zur Entwöhnungstherapie gestaltet.

Für die drogenmissbrauchenden und -abhängigen Kinder und Jugendlichen ist die Schaffung einer „Auszeit“ durch stationäre Entgiftung und nachfolgender Motivationsarbeit für eine anschließende Entwöhnungsbehandlung von großer Bedeutung, um den Kreislauf der Abhängigkeit zu durchbrechen und neue Lebensperspektiven zu entwickeln.

Um im Land Berlin jedem jungen Menschen, der entgiftet werden will bzw. soll, die entsprechende Versorgung (Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung) sicher zu stellen, wurden geeignete Lösungsvarianten diskutiert.

Lösungsschritte

- Lösungsschritte*
- Die Etablierung eines überregionales Entgiftungsangebotes für eine kleine Klientenanzahl an einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (s. Fortschreibung des Krankenhausplanes).
 - Die Motivationsarbeit wird in Kooperation mit der Jugendhilfe bereits während der Entgiftungsbehandlung begonnen und
 - wird nach Abschluss der stationären medizinischen Behandlung im Rahmen der Jugendhilfe und in enger Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie fortgesetzt.

- Die umgehende Einbeziehung der Jugendämter zur Einleitung der Hilfeplanung ist dringend erforderlich.

Stand der Realisierung des Gesamtkonzeptes

Die Erarbeitung des gemeinsamen Konzeptes zur Einrichtung des geplanten Kooperationsmodells zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/Jugendhilfe/Suchthilfe wird nach Verabschiedung der Fortschreibung des Krankenhausplanes 1999 durch den Senat erfolgen (*Veröffentlichung voraussichtlich 2003*).

4 Leitlinien und Standards zur fachübergreifenden Zusammenarbeit

Kurzfassung

Grundsatz

MACHBARKEIT

Leitlinien zur Kooperation geben Hinweise für die Förderung praktischer Zusammenarbeit. Sie regen an, motivieren und müssen umsetzbar sein. Ihre Umsetzung fördert Arbeitsbeziehungen kreativ und belastet sie nicht durch zusätzliche Regeln.

Leitlinie 1

BETEILIGUNG

Eine neue Kooperationskultur führt zu einer effizienteren Nutzung der Ressourcen der Hilfesysteme, einem effektiveren Einsatz der vorhandenen Mittel und einer nachhaltigeren Wirkung der Hilfen.

Leitlinie 2

VERBINDLICHKEIT

Durch eine verbindliche und vertraglich vereinbarte Kooperation zwischen den Hilfesystemen kann der komplexe Hilfebedarf im Einzelfall bedarfsgerecht und erfolgversprechend erfüllt werden.

Leitlinie 3

KOMMUNIKATION

Gemeinschaftliches Vorgehen der Hilfesysteme unterstützt die Mitwirkungsbereitschaft und -fähigkeit der Eltern und Jugendlichen und damit auch die Möglichkeit zum Datenaustausch.

Leitlinie 4

VERSTÄNDIGUNG

Wechselseitige Information und Verständigung über Erklärungsmuster und Handlungsempfehlungen ermöglichen gemeinsames Fallverstehen und individuelle Problemlösungen.

Leitlinie 5

GEMEINSAMER FALL

Ganzheitliche und gemeinsame Fallverantwortung und abgestimmtes zeitgleiches Handeln in den Hilfesystemen sind die Voraussetzung für eine lösungsorientierte Hilfeplanung und gelingende Hilfeplanentscheidung.

Grundsatz

ABSTIMMUNG

Die zwischen den Versorgungssystemen abgestimmte Hilfe und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und Familien verbessert die Möglichkeiten der Prozessbegleitung, führt zu zeitgerechten Hilfeprozessen, trägt so besser den Notwendigkeiten der Entwicklungsförderung Rechnung und lässt sich in den bestehenden Zeitrahmen von Schulangeboten und Bildungsförderung einpassen.

Leitlinien zur Gestaltung der Zusammenarbeit

Grundsatz

MACHBARKEIT

Leitlinien zur Kooperation geben Hinweise für die Förderung praktischer Zusammenarbeit. Sie regen an, motivieren und müssen umsetzbar sein. Ihre Umsetzung fördert Arbeitsbeziehungen kreativ und belastet sie nicht durch zusätzliche Regeln.

Die Formulierung von Leitlinien zur Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule soll die Identifikation mit den Zielen und Formen gemeinsamen Handelns fördern, Orientierung geben und den Impuls zum Mitmachen auslösen. Die Zielformulierungen sollen die Mitarbeiter aus allen drei Bereichen ansprechen. Sie machen deutlich, dass die Umsetzung in den beteiligten Arbeitsbereichen unzweifelhaft möglich ist und gleichzeitig Ausblicke auf die Möglichkeiten für erfolgreicheres Handeln im Sinne der Klientel geben.

Jeder, der in dieses Kooperationsfeld einsteigt, soll die Entwicklung von Arbeitsbeziehungen zu Kolleginnen aus den anderen Fachgebieten anstreben, weil sie auch als Bereicherung im eigenen Fachbereich erlebt werden können. Die Anstrengungen für das Zusammenwirken mit anderen Fachkolleginnen müssen sich durch die Erhöhung der eigenen Wirksamkeit und andere positive Effekte fruchtbarer Arbeitsbeziehungen rechtfertigen.

Leitlinie 1

BETEILIGUNG

Eine neue Kooperationskultur führt zu einer effizienteren Nutzung der Ressourcen der Hilfesysteme, einem effektiveren Einsatz der vorhandenen Mittel und einer nachhaltigeren Wirkung der Hilfen.

Der gesonderte Zugang der Eltern bzw. Kinder und Jugendlichen zu einer Hilfe über die drei Hilfesysteme ist schwer steuerbar. Die Systeme sind so angelegt, dass ein freier Zugang zum Hilfeangebot gewollt ist, ohne dass ggf. notwendige spezifische Hilfeformen oder Ergänzungen, die andere Systeme betreffen, bereits geklärt wären.

Es bleibt auch weiterhin möglich, dass Auffälligkeiten zuerst in der Schule wahrgenommen werden und der Schulpsychologische Dienst mit einem Fall befasst wird, vielleicht auch der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst erste Schritte einleitet, oder dass ein niedergelassener Arzt zur Abklärung einer Krankheitsentwicklung eine Einweisung in eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung veranlasst.

In jedem „Eingangstor“ sind die professionellen Fachkräfte gefordert, den komplexen Hilfebedarf (im Sinne der o.g. Definition) zu erkennen und ein baldiges zeitgleiches, gemeinsam abgestimmtes Handeln der Hilfesysteme zu ermöglichen.

Eine umgehende Beteiligung der anderen Fachbereiche erfasst alle notwendigen professionellen Perspektiven und bringt unmittelbare Vorteile für das Fallverstehen, die Abstimmung der Indikationsentscheidungen und den Fallverlauf.

Die gemeinsame Falldefinition öffnet den Blick für ein ganzheitliches Verständnis der Lebenssituation des Kindes/Jugendlichen und seiner Familie.

Ein gemeinsames Fallverständnis entsteht über die Anerkennung und Wertschätzung der unterschiedlichen Fachkompetenz und nutzt sie für eine optimierte Gestaltung des Behandlungs- und Betreuungsverlaufes.

Gemeinsame Planung und gemeinsames Vorgehen führt zu gemeinsamer Fallverantwortung. Ein frühzeitiger Informationsaustausch ermöglicht es, Doppelarbeit zu vermeiden, eigene diagnostische und beratende Tätigkeiten zum richtigen Zeitpunkt einzusetzen und auf das jeweils notwendige Maß zu begrenzen.

Die gemeinsame Erörterung von Perspektiven und die Abstim-

mung von Handlungsnotwendigkeiten erweitert Lösungsansätze über das eigene System hinaus, minimiert Fehlplatzierungen, und reduziert Beziehungsabbrüche.

Gemeinsame Planung und gemeinsame Verantwortung stärken die Motivation und helfen, Gefühle des Scheiterns und der Hilflosigkeit bei allen Beteiligten zu vermeiden.

Ein gemeinsam entwickeltes Fallverstehen und eine gemeinsam getragene Falldefinition auf Seiten der professionellen Helfer befördern die Mitwirkungsbereitschaft der Familien und mindern die Tendenz zur Delegation von Verantwortung.

Wenn bei einem Fall, auf der Basis einer übereinstimmenden Indikationsstellung, die psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung, die Sicherung eines adäquaten Bildungsabschlusses und die Hilfe und Unterstützung der Eltern bei der Erziehung gleichzeitig und konzeptionell abgestimmt eingeleitet werden, erhöht das die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Integration der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Lösungsansätze und Instrumente

- Gemeinsame Fortbildungen (Kasuistik und Fallsupervision) aller in einer Region beteiligten Fachdienste/ Fachbereiche
- Verständigung über diagnostische Grundlagen und Dokumentation
- Gemeinsames Informationsblatt der Dienste für die Eltern
- Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe an die Kooperationsbeteiligten bei der ersten Anlaufstelle (und ggf. im weiteren Prozess)
- Gemeinsame Fallkonferenzen der drei Fachbereiche zur gemeinsamen Falldefinition
- Gemeinsame Entscheidung über Fallverantwortung, Verantwortungsbereiche und Verantwortungszeiträume
- Gemeinsame Beteiligung an der Hilfefunktion mit Eltern/Kindern/Jugendlichen (§ 36 SGB VIII)
- Gemeinsame Zielvereinbarung in der Hilfeplanung mit Festlegung von Teilzielen und Verantwortlichkeiten sowie Überprüfungszeiträumen und Evaluationskriterien

Leitlinie 2

VERBINDLICHKEIT

Durch eine verbindliche und vertraglich vereinbarte Kooperation zwischen den Hilfesystemen kann der komplexe Hilfebedarf im Einzelfall bedarfsgerecht und erfolversprechend erfüllt werden.

Bereits in den Beschlüssen der Gesundheits- und Jugendministerkonferenz von 1991 wird eine engere Kooperation der beiden Systeme Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie gefordert. Angesichts der Komplexität problemverursachender Faktoren bei Gesundheitsstörungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist es notwendig, die Grenzen der Systeme zu überschreiten und verbindliche Formen für übergreifende Behandlungs- und Betreuungsansätze zu entwickeln.

Ein weiterer wesentlicher Kooperationspartner für Kinder und Jugendliche mit komplexen Hilfebedarf (s.o. Definition) ist der Bildungsbereich. Bei Leistungsdefiziten in der Schule, verbunden mit massiven Verhaltensauffälligkeiten, Schulverweigerung, Ausgrenzung und Schulabbrüchen und insbesondere bei der Frage von Weiterbeschulung nach der stationären Behandlung von psychischen Erkrankungen ist im zuständigen Bezirk eine enge Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule unabdingbar.

Die Beteiligung von verschiedenen Fachbereichen bei der Behandlung, Betreuung und Begleitung von schwierigen Einzelfällen ist am besten erfolgreich zu koordinieren, wenn Regeln und Formen der Zusammenarbeit verbindlich vereinbart werden.

Für komplexe Problemlagen, die Einsatzformen aus verschiedenen Fachbereichen erforderlich machen, ist nicht nur die Erklärung und verbindliche Regelung von Kooperationsverfahren notwendig, sondern auch die Sicherung der Organisation des Zusammenwirkens durch ein „Fallmanagement“.

Das Fallmanagement muss in die Lage versetzt werden über verabredete Abstimmungsformen fachliche Einschätzungen und Erfordernisse so in einen abgestimmten Prozess zu überführen, dass eine rechtzeitige und zeitgerechte Beteiligung der Professionen erfolgt.

Für eine gelingende Zusammenarbeit ist es wichtig, dass die jeweiligen Rollen und Kompetenzen der beteiligten „Helfer“ geklärt sind und die Angebote, Möglichkeiten und Grenzen des jeweils anderen Kooperationspartners definiert und realistisch einge-

schätzt werden. Die Beteiligten im Hilfeplanungsprozess erweitern damit die Kenntnisse über das jeweils andere System und können Notwendigkeit, Art und Zeitpunkt des Einsatzes im Verlauf einer Hilfe besser einschätzen und vereinbaren.

Verbindliche Vereinbarungen über die Regeln der Zusammenarbeit ermöglichen die Entwicklung von Verfahrenssicherheit über die Fachbereichsgrenzen hinaus.

Die Entwicklung von Verfahrensvereinbarungen und Kommunikationsformen ist als Prozess der persönlichen und fachlichen Vertrauensbildung zu verstehen, der korrigierbar bleiben muss. Es geht nicht um starre „gesetzliche Regelungen“, sondern um veränderbare Formen und Inhalte im Sinne besserer und effektiverer Versorgung der Klientel. Die Entscheidungen zur Regelung der Zusammenarbeit und des Zusammenwirkens unterschiedlicher Professionen haben das Ziel, in den vorgegebenen Rahmenbedingungen ressourcenschonend beste Versorgung und höchste Wirksamkeit zu erreichen.

Lösungsansätze und Instrumente

- Abschluss einer ressortübergreifenden vertraglichen Kooperationsverpflichtung der Fachdienste, in der die Festlegung der gemeinsamen Zielgruppe erfolgt, die Form der Bearbeitung der Aufgabenstellung verabredet wird, verbindliche Abläufe festgelegt werden und die gemeinsame Analyse nach Fallabschluss vereinbart wird
- Vertragliche Angleichung der Vereinbarungen mit den Kliniken
- Bestimmung eines Fallmanagers als verbindlicher Ansprechpartner für Klienten/Angehörige/ Kooperationspartner, der die Begleitung eines „Falles“ bis zur Umsetzung der Hilfeplanung mit einem klaren Aufgabenspektrum und definierter Verantwortlichkeit übernimmt. Dies kann auch auf die Erreichung von Teilzielen der Hilfeplanung beschränkt sein
- Entwicklung von fachlichen Abstimmungsformen zur Festlegung von Form und Zeitpunkt des Einsatzes der einzelnen Hilfesysteme
- Bestimmung von Ort und Beteiligung am Hilfeplanungsprozess zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Hilfeverlaufes, auch für die Bestimmung von Teilzielen, auf der Grundlage unterschiedlicher rechtlicher Grundlagen

Leitlinie 3

KOMMUNIKATION

Gemeinschaftliches Vorgehen der Hilfesysteme unterstützt die Mitwirkungsbereitschaft und -fähigkeit der Eltern und Jugendlichen und damit auch die Möglichkeit zum Datenaustausch.

Prinzipien

Eltern und Jugendliche in Grenzfallsituationen, die komplexe Hilfe erfordern, benötigen einen Unterstützungsraum,

- der ihnen Klarheit und Übersichtlichkeit bietet,
- der Hoffnung auf erreichbare Ziele vermittelt,
- der einen realistischen Weg und Zeitrahmen zu diesen Zielen aufzeigt,
- der ihnen in emotional höchst angespannter, labiler und kritischer (Übergangs-) Zeit die Erfahrung vermittelt, als Personen ernst genommen zu sein,
- der das jeweils angemessene Fachwissen bereit stellt,
- der Spielräume dafür bietet, für zumeist sehr individuelle Problemsituationen inhaltlich Sinnvolles zu entwickeln,
- der integrierend ist und damit häufigen Spaltungsprozessen entgegenwirkt,
- der eine Ebene von gegenseitigem Vertrauen entstehen lässt,
- der verloren gegangene Autonomie der Hilfesuchenden sich schrittweise wieder etablieren lässt,
- der es ermöglicht, die gesetzlichen und verwaltungstechnischen Vorgaben für die erforderlichen Hilfen optimal zu nutzen.

Das heißt für den Rahmen, in dem Unterstützung angeboten wird:

Die Form verlässlicher und flexibler auf den Einzelfall abgestimmter fachübergreifender Kooperation bedingt wesentlich mit, welche Entwicklungs- und Veränderungsräume für Klienten angeregt und entwickelt werden können.

Gegenseitige und für alle Beteiligten offene Abstimmungen und fließende Informationen sowie am Problem entwickelte Verfahrensweisen fördern Vertrauen und Mitwirkungsbereitschaft – einschließlich des notwendigen Datenaustausches - nicht nur bei den betroffenen Eltern und Jugendlichen, sondern auch bei den beteiligten und eingebundenen Professionellen.

Ein Vorgehen, in dem sich die Kompetenzen der am Beratungs- und Entscheidungsprozess Beteiligten in sinnvoller Form ergänzen, schützt auch die emotionalen Kräfte eines jeden Einzelnen vor Überlastung und vermindert das in diesem Feld immanent bestehende Erleben von Hilflosigkeit und Überforderung.

Lösungsansätze und Instrumente

- Entwicklung eines Informationsblattes, das die Eltern über das Verfahren und die Ziele der fachbereichsübergreifenden Zusammenarbeit der Dienste aufklärt
- Unterstützung durch kollegiale und fachliche Supervision
- Sensibilisierung für systemische, entwicklungspsychologische und traumatherapeutische Sichtweisen und Konzepte durch Fortbildungsangebote
- Entwicklung einer Basisdokumentation, die alle entscheidungsrelevanten Daten für eine gemeinsame Fallkonferenz enthält

Leitlinie 4

VERSTÄNDIGUNG

Wechselseitige Information und Verständigung über Erklärungsmuster und Handlungsempfehlungen ermöglichen gemeinsames Fallverstehen und individuelle Problemlösungen

Für die Bestimmung der Berührungsflächen und Leistungsfähigkeit der einzelnen Fachressorts bietet die jeweilige gesetzliche Zielgruppendefinition und, soweit vorhanden, die Beschreibung der jeweiligen Instrumente zur Hilfeplanung, Behandlung und Betreuung eine gute Ausgangsbasis.

Um zu einem gemeinsamen Fallverständnis kommen zu können, müssen die Gemeinsamkeiten von Erklärungsmustern aus den einzelnen Fachgebieten so diskutiert werden, dass in einer gemeinsamen Fallplanung der geeignete, notwendige und zeitgerechte Einsatz der unterschiedlichen Leistungen und Maßnahmen fachlich plausibel planbar wird. Das Verständnis der Diagnosemuster und der Fachsprache der anderen Fachbereiche gelingt am besten durch die vertiefte Kenntnis der teilweise unterschiedlichen Sichtweisen auf die Person, das soziale Umfeld und die unterschiedlichen Ansätze zur Einflussnahme.

Beste Bedingungen für ein gemeinsames Fallverstehen und die effiziente Suche nach individuellen Problemlösungen ergeben sich aus einer übereinstimmenden Beurteilung der Lage des Falles und abgestimmten Zielvorstellungen, die sich von den Aspekten der Relevanz für die Zielgruppe und der Erfolgsorientierung leiten lassen.

Eine Orientierungshilfe zur Begründung und Planung von Behandlungs- und Betreuungsnotwendigkeit stellt das Schema der ICD 10 (International Classification of Diseases) und das Krankheitsfolgenmodell der ICIDH⁴ / ICF⁵ für die Einordnung von Störungsbildern dar, welche besonders bei der Zielgruppe der Jugendlichen mit fachbereichsübergreifenden Hilfebedarf Bedeutung erlangt.

Bei psychischen Störungen im Bereich des Kindes- und Jugendalters umfassen die Klassifikationssysteme neben der Dimension der klinisch-psychiatrischen Diagnose das Vorliegen oder Fehlen umschriebener Entwicklungsstörungen (z.B. der Sprache, schulischer Fertigkeiten wie Lesen und Rechnen oder der motorischen

⁴ ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

⁵ ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health

Funktionen), das Intelligenzniveau wie auch die körperliche Symptomatik. Weitere Dimensionen erfassen wesentliche zusätzliche Informationen, die sowohl für die Entstehung der Störung als auch für die Abschätzung aktueller Belastungsfaktoren und die Möglichkeit der Integration des Kindes / Jugendlichen in seine jeweilige Umgebung von Bedeutung sind.

Aus den Erklärungsansätzen im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung lassen sich wesentliche Empfehlungen für die wechselseitige Information zwischen Kinder – und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule ableiten, zumal sie das derzeit umfassendste Kategoriensystem für die Erfassung von regelwidrigen Zuständen darstellen. Sie sind eng mit den Handlungsempfehlungen im Rahmen individueller, komplexer und interdisziplinär ausgerichteter medizinischer, sozialpädagogischer aber auch schulischer Rehabilitations-, Teilhabe- und Unterstützungsleistungen verknüpft.

Aus dieser Perspektive ist der frühestmögliche Einbezug von Hilfen zur Erziehung - bei Störungsbildern in der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen mit einem fachübergreifenden, komplexen Hilfebedarf, die über rein pädagogische Krisen hinausweisen - eine unabdingbare Voraussetzung. Dies gilt umgekehrt auch für anders gelagerte hilfeauslösende Situationen in Schule oder Jugendhilfe in Bezug auf den sofortigen Einbezug der jeweils anderen Hilfesysteme für eine fachgerechte weitsichtige Fallplanung.

Lösungsansätze und Instrumente

- Erarbeitung eines Schemas (Begutachtung bzw. Bewertung) zur Indikation für komplexe Hilfeleistungen für eine treffsichere Falldefinition unter Beachtung der zur Verfügung stehenden Instrumente
- Regelmäßige Abstimmung im Rahmen von Fallberatung zur Sicherung zielführender und rechtzeitiger Begutachtung
- Verständigung über bestimmende Größen im Hilfeplan (z.B. Gutachten) auf einer gemeinsamen Datenbasis (im Rahmen von Formulardatensätzen)
- Verständigung über ein Gutachtenschema (siehe Vorschlag)

- Das Gutachten sollte folgende Angaben enthalten:
 - Art und Schwere der Beeinträchtigung
 - Zuordnung zum Personenkreis
 - Aktuelle Situation
 - hilfebedarfsrelevante Verlaufsdokumentation
 - Auswirkungen der Beeinträchtigung
 - Indikationsstellung und Empfehlungen
 - Zielsetzung, Art, Umfang, Dauer und voraussichtliche Kosten der empfohlenen Maßnahmen
- Das Gutachten soll auch dem Kostenträger einen Hinweis geben, ob die Voraussetzungen für die Übernahme der beantragten Leistung durch einen anderen Leistungsträger vorliegen
- Eine Begutachtungsanleitung für die fachdiagnostischen Dienste standardisiert die Bearbeitung
- Der Allgemeine Sozialpädagogische Dienst des Jugendamtes bearbeitet den Fall in Form einer Verfügung zum Hilfeplan nach § 36 KJHG mit Entscheidungsvarianten
- Alle Datensätze sind zeitnah elektronisch austauschbar und aufeinander abgestimmt

Leitlinie 5

GEMEINSAMER FALL

Ganzheitliche und gemeinsame Fallverantwortung und abgestimmtes zeitgleiches Handeln in den Hilfesystemen sind die Voraussetzung für eine lösungsorientierte Hilfeplanung und gelingende Hilfeplanentscheidung.

Wenn der komplexe Hilfebedarf eines Kindes Leistungen mehrerer Fachdisziplinen erforderlich macht, werden meist unterschiedliche Hilfen zeitlich nacheinander oder sogar gleichzeitig notwendig. Damit kommen verschiedene gesetzliche Grundlagen und mehrere Zuständigkeiten zum Tragen und es werden mehrere Helfer an einem Fall beteiligt sein.

Ein Kind mit einem komplexen Hilfebedarf benötigt keine komplexen Zuständigkeiten. Vielmehr müssen alle notwendigen Hilfen so auf seine besondere individuelle Lebenssituation zugeschnitten sein, dass sie "wie aus einer Hand" erscheinen.

Die auf den Einzelfall bezogene Kooperation zwischen den verschiedenen Hilfesystemen nimmt in der Hilfeplankonferenz ihren Anfang. Durch die zeitgleiche Einbeziehung aller beteiligten Fachressorts in die Hilfeplanung und -entscheidung können isolierte Hilfestrategien und das damit häufig verbundene nur additive Vorgehen bei der Planung und Durchführung von Hilfen vermieden werden. Die gebündelte fachspezifische Kompetenz fördert das ganzheitliche Fallverstehen, unterstützt die Konkretisierung gemeinsam abgestimmter, erreichbarer Ziele und qualifiziert so die Hilfeplanung. Damit wird der Hilfeplanprozess konzentriert verkürzt und die Effektivität und Effizienz der Hilfemaßnahmen erhöht.

Die sachliche Zuständigkeit der Fachdienste und ihre Entscheidungsspielräume bleiben im gemeinsam gestalteten Hilfeplanprozess unberührt. Ihr Beitrag ist als fachspezifischer Beitrag und als Teilverantwortung für das gemeinsam definierte Ziel zu verstehen.

Die gemeinsame Fallverantwortung sichert die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Hilfesystemen auch über den begrenzten eigenen Leistungsbereich hinaus, solange es der Einzelfall erfordert. So zielt z.B. die kinder-psychiatrische Behandlung von vornherein darauf ab, nach zeitlich befristeter Abklärung und Behandlung der psychischen Erkrankung oder Störung, das Kind mit Unterstützung der Eltern oder anderer Hilfesysteme wieder in sein soziales Umfeld zu integrieren. Dies ist nur erfolgreich und zeitgerecht möglich, wenn während der Behandlung die Kooperation mit

dem zuständigen Jugendamt beständig fortgeführt wird. Die weiterbestehende Verantwortung der beteiligten Hilfesysteme fördert die fachgerechten Übergänge von Hilfen und schützt vor Abbrüchen.

Ein solches Vorgehen wirkt durch seine rechtzeitige Planung und Vorbereitung von veränderten Hilfestellungen auch präventiv.

Die Einbeziehung des betroffenen jungen Menschen und seiner Familie von Anfang an in die kooperative Hilfeplanung ist wichtige Voraussetzung für die Fähigkeit und Bereitschaft zur Mitarbeit. Sie fördert die Akzeptanz der Hilfestellung und damit die Erfolgsaussichten auf der Grundlage der Entscheidungs- und Selbstbestimmungskompetenz der Familie.

In Krisenfällen, bei denen eine sofortige Betreuungsentscheidung als notwendig angesehen wird, stehen in den betroffenen Systemen der Gesundheitsversorgung und der Jugendhilfe rund um die Uhr verantwortliche Stellen zur Verfügung, die erste Schritte zur Bewältigung krisenhafter Entwicklungen umsetzen können. Solche Sofortmaßnahmen tragen als Teil des Prozesses Erkenntnisse zur Feststellung des tatsächlichen längerfristigen Hilfebedarfes bei, ersetzen aber keinesfalls die weiter notwendige Bündelung fachspezifischer Kompetenz und die Entwicklung eines gemeinsamen ganzheitlichen Fallverstehens.

Den im Rahmen der klinischen Pflichtversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie immer erreichbaren Anlaufstellen steht in der Jugendhilfe seit geraumer Zeit die Repräsentanz der bezirklichen Jugendämter in Gestalt der Not- und Krisendienste (Kinder- und Jugendnotdienst) und für Mädchenspezifische Problemlagen der Mädchennotdienst mit zwei Anlaufstellen, als Ansprechpartner rund um die Uhr gegenüber.

Lösungsansätze und Instrumente

- Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung zwischen den Fachdiensten über die Zusammenarbeit bei Vorliegen eines komplexen fachbereichsübergreifenden Hilfebedarfs
- Abklärung der Verantwortungs- und Kompetenzbereiche zwischen den Kooperationspartnern (Leistungsfähigkeit und Grenzen)
- Entwicklung eines Leitfadens zur Bestimmung des komplexen Hilfebedarfs
- Festlegung, welcher Dienst den Fall /das Fallmanagement übernimmt (Erstkontakt oder Problemschwerpunkt)
- Festlegung der Aufgaben des Fallmanagers:
 - Ansprechpartner /Bezugsperson für die Familie

- Vorbereitung und Moderation der gemeinsamen Hilfeplankonferenzen (Weitergabe der entscheidungsrelevanten Informationen an die beteiligten Dienste)
- Begleitung des Falls bis zum Ende der Hilfeplanung
- Entwicklung einer Basisdokumentation, die alle entscheidungsrelevanten Daten für die gemeinsame Hilfeplankonferenz enthält (einheitliche Datenerhebung!)
- Entwicklung von gemeinsamen Indikationskriterien

Grundsatz

ABSTIMMUNG

Die zwischen den Versorgungssystemen abgestimmte Hilfe und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und Familien verbessert die Möglichkeiten der Prozessbegleitung, führt zu zeitgerechten Hilfeprozessen, trägt so besser den Notwendigkeiten der Entwicklungsförderung Rechnung und lässt sich in den bestehenden Zeitrahmen von Schulangeboten und Bildungsförderung einpassen.

Eine Hilfe, deren Ziel und Verlauf als Ergebnis einer fachlichen Abstimmung geplant wird, bindet die Beteiligten in gemeinsamer Verantwortung den Prozess zu beobachten und erlaubt auch Ergebnisprüfungen nach vereinbarten Kriterien.

Wenn der fachliche Dialog im Verlauf der Hilfe aufrecht erhalten bleibt, ist bei Abweichungen von Entwicklungszielen eine schnelle und wirksame Neuausrichtung der Unterstützung möglich.

Das Zusammenwirken der Bereiche in einer Weise, die sich ergänzen, ersparen ständige Auseinandersetzungen zwischen den Systemen über Diagnosen, Prognosen, Instrumente und das wechselseitige Eintreten in den Hilfeprozess. Damit können nicht nur die Planungen, sondern auch die Hilfeverläufe selbst insofern verkürzt werden, dass nicht unangemessene Zeitbudgets für diese Auseinandersetzungen die Hilfeverläufe ohne fachliche Notwendigkeit verlängern.

Zeitgerechtes Handeln heißt, dass die konzentrierte Begleitung der Hilfeprozesse schnelles Erkennen, schnelleres Handeln und die zügige Umsetzung von notwendigen Entscheidungen ermöglicht.

Die frühzeitige Einbeziehung der Kooperationspartner hilft Übergänge zu gestalten und damit Integrationsprozesse zu verbessern. Bildungs- und Ausbildungsförderung haben damit gute Voraussetzungen, zeitgerecht in den Hilfeprozess einzutreten. Durch diese gemeinsame Prozessbegleitung sind Hilfen im Übergang besser möglich als bei getrennten Planungen innerhalb der einzelnen Systeme.

5 Empfehlungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit

Kooperationsvereinbarung

Für eine Kooperation mit hoher Verbindlichkeit stehen eine Reihe von erprobten Formen, Modellen und Instrumenten zur Verfügung. Als Basis dienen festgelegte Strukturen, Regeln und Vereinbarungen.

Die im Land Berlin auf den unterschiedlichsten Ebenen etablierten Instrumente der Zusammenarbeit haben sich in der Praxis bewährt und können als Fundament für die Weiterentwicklung von verbindlichen und effektiveren Kooperationsinstrumenten dienen.

Für die Übernahme einer Verpflichtung zur Zusammenarbeit wird die Erarbeitung einer Kooperationsvereinbarung zwischen Jugendamt, Gesundheitsamt und Schulaufsicht empfohlen. Die betroffenen Fachdienste Kinder- und jugendpsychiatrischer Dienst, Schulpsychologischer Dienst und Erziehungs- und Familienberatungsstelle sollen gemeinsam mit dem Jugendamt und der pflichtversorgenden Klinik die Vereinbarung entwickeln.

In der Kooperationsvereinbarung werden folgende Bereiche verbindlich geregelt:

▶ Ziel der Vereinbarung	Zielgruppe, Verfahren, Strukturen
▶ Laufzeit	
▶ Kooperationspartner	
▶ Verantwortungsbereiche	Leistungsfähigkeiten, Leistungsgrenzen
▶ Regelung von Abläufen und Fristen	in vereinbarten Verfahren und Strukturen, insbesondere Fallkonferenzen
▶ Konkrete örtliche, personelle Regelungen und zeitlicher Rahmen	Vertretung, Ansprechpartner, Fallmoderator
▶ Verfahren zur Ergebniskontrolle	Teilziele, Fallabschluss

Die Entwicklung von dauerhaften und verlässlichen Strukturen, Verfahren und Arbeitsweisen im Rahmen der Zusammenarbeit ist die Voraussetzung für eine gelingende Kooperation. Dabei müssen zwischen den Kooperationspartnern klare Absprachen getroffen werden, welche Einrichtung und welcher Mitarbeiter für welche Aufgabe zuständig ist und wann dieser für den Fall zur Verfügung stehen soll.

Es wird empfohlen, die entsprechenden Vereinbarungen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsregion untereinander abzustimmen, damit die Klinikmitarbeiter/innen nicht unterschiedlichen Anforderungen an die Abläufe unterworfen werden.

Die Fachdienste sowie die Klinik einer Versorgungsregion sollten sich außerdem über ein gemeinsames Ziel-Wirkungs-Controlling der gemeinsam bearbeiteten Fälle verständigen.

Es empfiehlt sich, auf der Basis der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII gemeinsam festzulegen,

- ▶ welche festgelegten Ziele/Teilziele,
- ▶ anhand weniger Indikatoren messbar gemacht werden können und
- ▶ welche Wirkungen erwartet werden.

Ein Auswertungsgespräch aller am Hilfeprozess Beteiligten (d.h. auch des ggf. zwischenzeitlich beauftragten freien Trägers) hilft, Schwachstellen in der Zusammenarbeit aufzuspüren, die eigenen Prognosen zu überprüfen, die wirksamsten Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Förderung des Kindes zu diskutieren und so aus den konkreten Fällen für die Zukunft zu lernen.

Eine kontinuierliche Zusammenarbeit, die zu einem besseren Verständnis der Fachdisziplinen führt, wird sich für alle Beteiligten auch in finanzieller Hinsicht lohnen. Kosteneinsparungen, Arbeitserleichterungen und eine höhere Qualität der Hilfeleistungen können die Folge sein.

Fallmoderation

Als zentrales Instrument zur Fallführung dient die Funktion des Fallmoderators. Der Fallmoderator/die Fallmoderatorin trägt die Verantwortung für die organisatorische Umsetzung der Hilfeplanentscheidung im Rahmen der Kooperationsabsprachen. Er ist unmittelbarer Ansprechpartner für Klienten, Angehörige und Kooperationspartner und begleitet „seinen“ Fall mindestens bis zum Ende der Hilfeplanung (sog. Hilfeplanung aus einer Hand) ggf. auch bis zur Erreichung von vereinbarten Teilzielen.

Die einvernehmliche Entscheidung für einen Fallmoderator in der Hilfeplankonferenz kann die gesetzlich weiter bestehende zuständige Hilfeplanverantwortung des Jugendamtmitarbeiters von der organisatorischen Umsetzung der Hilfeplanentscheidung mit der Koordination der Hilfeschritte personell trennen. Es wird in vielen Fällen fachlich sinnvoll und organisatorisch naheliegend sein, dass die Moderation der Umsetzung der Hilfeplanung von einem/r Fachmitarbeiter / Fachmitarbeiterin aus dem Bereich übernommen wird, in dem (möglicherweise auch für einen bestimmbaren Zeitraum, bis zur Erreichung eines Teilzieles) die zentrale Unterstützung geleistet wird.

Fallkonferenz

Die einzelfallbezogene Kooperation bei Fällen mit komplexem Hilfebedarf wird auf Mitarbeiterebene durch die Fallkonferenz sichergestellt. Die Vorbereitung und Einberufung der ersten Fallkonferenz erfolgt durch den Dienst, der einen komplexen Hilfebedarf festgestellt hat oder vermutet. In der Fallkonferenz wird der Fallmoderator bestimmt. Es ist sinnvoll, dass die Festlegung der Fallmoderation nach dem Problemschwerpunkt erfolgt. Ein Wechsel bei Schwerpunktveränderung (Klinik, Schule, Heim) unter Beachtung der Beziehung zur Familie ist möglich. Die in der Fallkonferenz getroffenen Entscheidungen bilden die Grundlage der gemeinsam getragenen Hilfeplanung und sind verbindlich.

In diesem Zusammenhang ist von besonderer Bedeutung, die betroffenen Kinder, Jugendliche, junge Heranwachsende sowie deren Bezugspersonen in die Entscheidungen einzubeziehen, die ihr weiteres Leben betreffen.

Die Rolle der Eltern/Erziehungsberechtigten hat nach aller Erfahrung eine erhebliche Bedeutung nicht nur für die nachhaltige Wirkung einer Hilfe in der weiteren Entwicklung des Kindes/Jugendlichen, sondern auch für das Zusammenwirken der Professionellen während der Hilfeplanung und –durchführung. Sie sind nicht nur gesetzlich normiert Beteiligte des Prozesses und verantwortlich für das Wohlergehen ihrer Kinder, sondern ihre aktive Mitwirkung, ihre Akzeptanz der vorgeschlagenen Hilfeformen ist unverzichtbar für ein Gelingen jeglicher Hilfe. Ihren – häufig von Lebenserfahrungen geprägten – Tendenzen, professionelle Helfer für sich zu vereinnahmen und schmerzliche Konsequenzen für die eigene Lebensführung zu vermeiden, gilt es, durch größtmögliche Transparenz und Übereinstimmung der Fachkräfte entgegenzuwirken.

Zusammenarbeit in Krisen- und Notfällen

Für Situationen, in denen außerhalb normaler Dienstzeiten wegen krisenhafter Zuspitzungen Fallentscheidungen zu Betreuung oder Unterbringung sofort getroffen werden müssen, können Psychiatrie und Jugendhilfe mit ihren Krisenanlaufmöglichkeiten abgestimmte Vorentscheidungen treffen.

Die Notdienste der Jugendhilfe (Kinder- und Jugendnotdienst) handeln in der Zeit von 18.00 Uhr bis 8.00 Uhr autorisiert als Jugendämter, die Mädchennotdienste als eigenständige Anlaufstellen, stellen regionale Unterbringung sicher und informieren das zuständige Jugendamt zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Jeder Bezirk hat für den Fall einer notwendigen Unterbringungsentscheidung außerhalb der eigenen Dienstzeit den Notdiensten einen regionalen Träger seines Vertrauens benannt, für den der Notdienst eine Belegungsentscheidung treffen kann.

Eigene Plätze halten die Notdienste nur noch in geringstem Maße für Ausnahmefälle vor, bei denen der persönliche Kontakt sofort stabilisiert werden muss oder bei denen eine weitere Unterbringung absehbar nicht notwendig sein wird.

Die im Krisenmanagement getroffenen Entscheidungen sollen keine isolierten Hilfsstrategien fördern und nicht den gemeinsamen Prozess der Fallplanung ersetzen.

Der reguläre Hilfeplanprozess muss sobald als möglich abgeschlossen werden, um die fachspezifische Kompetenz zu bündeln und gemeinsam längerfristige Ziele festzulegen. Es stehen also jederzeit verantwortliche Mitarbeiter und Hilfemöglichkeiten zur Verfügung. Nach dem Übergangszeitraum kann im regulären Verfahren neu geordnet werden und die Abstimmung der Professionen erfolgen.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Entwicklung und Herausbildung einer neuen Kooperationskultur – frühzeitige, gleichberechtigte Beteiligung der Hilfesysteme – setzt eine inhaltliche Verständigung zwischen den Fachleuten verschiedener Professionen in einem Bezirk/einer Region voraus. Da zum großen Teil mit den gleichen Kindern und Jugendlichen und deren Problemkonstellationen gearbeitet wird, können gemeinsame Fort- und Weiterbildungen und gegenseitige Beratung und Qualifikation dazu beitragen, die einzelnen fachlichen Sichtweisen und das jeweilige Problemverständnis zu erweitern und zu ergänzen. Ein gemeinsames Verständnis über Problemdefinitionen und Problemverursachung kann auf diesem Weg entstehen.

Empfohlen werden daher

- ▶ die Durchführung gemeinsam geplanter Fort- und Weiterbildungen (Kasuistik und Fallsupervision) aller in einer Region beteiligten Fachdienste/Fachbereiche,
- ▶ Entwicklung einer gemeinsamen Kommunikationsgrundlage zur fachlichen Verständigung über diagnostische Grundlagen und Dokumentation (s. Leitlinie 4),
- ▶ wechselseitige Hospitationen der Mitarbeiter in den Praxisfeldern des jeweils anderen Kooperationspartners,
- ▶ Veranstaltung von gemeinsamen Tagungen zu spezifischen Themen als Forum des Erfahrungsaustausches, der Informationsvermittlung und der Kontaktknüpfung.

Standards für einen qualifizierten Informationsaustausch

Um das abgestimmte gemeinsame Vorgehen auch gegenüber der Klientel zu verdeutlichen und Datenschutzprobleme zu mindern, wird empfohlen,

- ▶ ein gemeinsames **Informationsblatt** im Bezirk für die Eltern zu entwickeln,
- ▶ bei der ersten Anlaufstelle (und ggf. im weiteren Prozess) eine **Einverständniserklärung** zur Informationsweitergabe an die Kooperationsbeteiligten einzuholen,
- ▶ die Eltern/Bezugspersonen und Kinder/Jugendlichen im gesamten Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsprozess immer wieder darauf hinzuweisen, dass die Fachkräfte in ihrem Interesse eng zusammenarbeiten.

Gemeinsame Informations- und Dokumentationssysteme

Für ein gemeinsames Fallverständnis ist es hilfreich, wenn für Behandlungs-, Betreuungs- und Interventionsprogramme ein einheitliches Muster der Beschreibung von Störungen vorliegt. Damit werden Ergebnisse vorangegangener Bemühungen der Überweiser leichter auf die Ziele und Instrumente des nachfolgenden Hilfesystems übertragbar.

Ein solches gemeinsam verwendbares Kommunikationsschema für die Festlegung von Bereichen und Zielen der Behandlung und Betreuung bietet das neben der bekannten ICD entwickelte Internationale Klassifikationssystem der Krankheitsfolgen (ICIDH/ICF), das drei Ebenen unterscheidet:

1. auf der Organebene:
die **Schädigungen** (*Impairments*)
2. auf der Ebene der betroffenen Person:
die **Fähigkeitsstörungen** (*Disabilities*)
3. in Form von sozialökonomischen Auswirkungen:
die **Beeinträchtigungen** (*Handicaps*).

Bei der Zielgruppe, bei der absehbar ist, dass gemeinsame Anstrengungen verschiedener Systeme notwendig sein werden, um dem Hilfebedarf gerecht zu werden und um die notwendigen Ziele zu erreichen, sollten sich bereits im Hilfeplan die Diagnostik und Überlegungen zur Indikation auf dieses Strukturmodell beziehen, um gemeinsame Ansätze unter unterschiedlichen Voraussetzungen aber gleicher Zielstellung planen zu können.

Deshalb wird empfohlen das 3-Ebenenmodell der ICDH/ICF für die Einschätzung des Hilfebedarfs und dessen Zielsetzung zugrunde zu legen. Damit sind Voraussetzungen für einen effektiven Einbezug des angemessenen und übergreifenden Fachwissens gelegt, dass eine integrierte multiprofessionelle Begutachtung und Entscheidung im Rahmen einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen dem Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienst und den fachdiagnostischen Diensten des Gesundheits- und Jugendamtes und der Schulaufsicht fördert.

In das integrierte Formulargutachten im Rahmen des Hilfeplans nach § 36 KJHG sollte die schlüssige Darlegung der Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und daraus folgenden Beeinträchtigungen des Kindes / Jugendlichen einbezogen werden damit auf diesem Hintergrund entsprechende Zielvorstellungen und Hilfemaßnahmen vorgeschlagen und zielbezogen überprüft werden können.

Weitere Anregungen und Hinweise:

- ◆ **Bildung gemeinsamer regionaler Arbeitskreise zur kontinuierlichen und themenbezogenen Zusammenarbeit**
- ◆ **Entwicklung von Standards für Übergaben (z.B. in Krisen und bei Einrichtungswechsel)**
- ◆ **Gegenseitige Einbindung in die regionale Angebots- und Bedarfsplanung - Ausbau und Weiterentwicklung von ambulanten Hilfen (z.B. zur Krisenintervention)**
- ◆ **Bildung eines regionalen Hilfeverbundes – Vernetzung der Dienste, Einrichtungen und Leistungsträger in einer Region**

6 Literaturverzeichnis

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e.V. – Leitbild 2001, <http://www.bkjpp.de/leitbildbag.htm>

Beschluss der Konferenz der Jugendminister und –senatoren der Länder am 20./21. Juni 1991, Gemeinsames Positionspapier der Jugendministerkonferenz und Gesundheitsministerkonferenz

Deutscher Bundestag, Drucksache 14/8181 vom 4.02.2002, Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland - Elfter Kinder- und Jugendbericht –

Dilling,H. / Mombour,W. / Schmidt,M.H. (Hg): Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien, Verlag H.Huber, 2000

Fegert, Jörg M: Was ist seelische Behinderung?, Anspruchsgrundlage und kooperative Umsetzung von Hilfen nach § 35a KJHG, Votum Verlag GmbH 1994

Köttgen, Charlotte: Aus dem Rahmen fallen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung und Psychiatrie, Bonn 1990

Matthesius, Rolf-Gerd / Jochbein,Kurt-Alphons / Barolin, Gerhard S., Heinz, Christoph: ICIDH – Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (Teil 1 und 2), World Health Organisation Geneva, Ulstein Mosby GmbH & Co.KG, Berlin/Wiesbaden 1995

Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen; Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit in Kooperation mit der Universität - Koblenz (Hg.): Krisenintervention und Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz, Koblenz 2001

Schraper, Christian: Was tun mit den „Schwierigen“? Erklärungs- und Handlungsansätze der Kinder- und Jugendhilfe im Umgang mit „schwierigen Kindern und Jugendlichen, überarbeitete Fassung des Referates auf der Fachtagung im Kreis Boken am 5.4.2001, AFET, 2001

Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 124: Bericht über das Bundesmodellprojekt Magdeburg, Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG Baden-Baden 2000

Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Landesjugendamt: Dokumentation der Fachtagung Übergänge statt Abbrüche, Probleme der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe, 28.11.1999

Senatsverwaltung für Gesundheit, Psychiatrie-Bericht Berlin, 2. Teil – Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung, Berlin 1995

Steinhausen, Hans-Christoph: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Urban & Fischer, München/Jena 2002

7 Anhang

Zusammensetzung der ressortübergreifenden Arbeitsgruppe

Institution

Mitarbeiterin / Mitarbeiter

**Senatsverwaltung für Gesundheit,
Soziales und Verbraucherschutz**

Rosmarie Weise

☎ 030 / 9028 2717

E-Mail: Rosmarie.Weise@SenGSV.Verwalt-Berlin.de

**Landesamt für
Gesundheit und Soziales**

Brigitte Law

☎ 030 / 9028 1334

E-Mail: Brigitte.Law@LaGeSo.Verwalt-Berlin.de

**Landesarzt für
Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Harro Naumann

☎ 030 / 9029 19213

Fax 030 / 8970 2249

**Senatsverwaltung für
Bildung, Jugend und Sport**

Ute Schönherr

☎ 030 / 9026 5580

E-Mail: Ute.Schoenherr@SenBJS.Verwalt-Berlin.de

Eckard Seidel

(ausgeschieden: 12/2002)

Monika Wessel

☎ 030 / 9026 5842

E-Mail: Monika.Wessel@SenBJS.Verwalt-Berlin.de

Landesjugendamt

Sven Nachmann

☎ 030/ 9026 5533

E-Mail: Sven.Nachmann@SenBJS.Verwalt-Berlin.de

Anita Hartung

☎ 030 / 9026 5268

E-Mail: Anita.Hartung@SenBJS.Verwalt-Berlin.de

Zusammensetzung der Expertenkommission

Institution

Klinikum Hellersdorf
Ein Haus der Vivantes Netzwerk für
Gesundheit GmbH
Abt. für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Myslowitzer Straße 45
12621 Berlin

Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abt. für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Herzbergstr. 79
10356 Berlin

Humboldt-Klinikum
Ein Haus der Vivantes Netzwerk für
Gesundheit GmbH
Abt. für Psychiatrie, Neurologie und
Psychotherapie des Kindes- und
Jugendalters
Am Nordgraben 2
13509 Berlin

Bezirksamt Spandau
Abt. Soziales und Gesundheit
Plan- und Leitstelle
Psychiatriekoordination
Staakener Str. 79

Bezirksamt Reinickendorf
LuV Ges 400
Teichstraße 65
13407 Berlin

Bezirksamt Lichtenberg von Berlin
Abt. Jugend und Gesundheit
Fachbereich Psychosoziale Dienste
Straußberger Str. 5
10360 Berlin

Bezirksamt Lichtenberg
Abt. Jugend und Gesundheit
Fachbereich Familienunterstützende Hilfen
Magdalenenstr. 19
10360 Berlin

Expertin / Experte

Frau Dr. Hübler
Chefärztin
Abt. für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Frau Dr. Körner – Köbele
Chefärztin
Abt. für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Frau Keller
Ltd. Sozialarbeiterin
Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie

Herr Dr. Lund
Leiter der Plan- und Leitstelle
Psychiatriekoordinator

Herr Dr. Häfele
Leiter des LuV's Gesundheit und
des Kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes

Herr Zeddies
Leiter des Fachbereiches Psychosoziale Dienste

Frau Grüttner
Stellv. Leiterin des Fachbereiches
Familienunterstützende Hilfen

Bezirksamt Spandau
Abt. Jugend und Familie
Fachbereich Familienunterstützende Hilfen
Carl-Schurz-Str. 2-6
13578 Berlin

Frau Loh
Leiterin des Fachbereiches
Familienunterstützende Hilfen

Schulpsychologisches Beratungszentrum
Badstr. 10
13357 Berlin

Herr Sorg
Leiter des
Schulpsychologischen Beratungszentrums

Der Steg e.V.
Teichstraße 65
13407 Berlin

Herr Keim
Geschäftsführer

Evangelisches Jugend- und Fürsorgewerk
Königsberger Str. 28 a
12207 Berlin

Herr Wulff
Leiter der Abteilung Jugendhilfe

Relevante Gesetze

AG - KJHG	Gesetz zur Ausführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes vom 9. Mai 1995 (GVBl. S. 300) in der Fassung der Bekanntmachung der Neufassung vom 27. April 2001 (GVBl. S. 134)
AV ZustJug	Ausführungsvorschrift über Zuständigkeiten der Jugendämter auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendhilfe (AV-Zuständigkeit Kinder- und Jugendhilfe – AV ZustJug), vom 15.10.1999, zuletzt geändert durch Verwaltungsvorschrift vom 20.11.2001
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2.1.2002 (BGBl. I S.42, ber. S. 2909) zuletzt geändert durch Gesetz vom 24.8.2002 (BGBl. I S. 3412)
BDG – BInDSG	Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten in der Berliner Verwaltung (BDG – BInDSG) in der Fassung vom 17. Dezember 1990 (GVBl 1991, S. 16, 54), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. Juli 1995 (GVBl. 1995, S. 404)
BSHG	Bundessozialhilfegesetz (BSHG) vom 30. Juni 1961, in der Fassung der Bekanntmachung vom 23.03.1994 (BGBl. I S. 646) mit Änderungen, Kleine Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 33. Auflage
Datenschutzgesetz (BInDSG)	Berliner Datenschutzgesetz – BInDSG – vom 30.07.2001, GVBl. Vom 4. August 2001, S. 305; in Kraft getreten 5. August 2001
Gesundheitsdienst - Gesetz - GDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst – Gesetz - GDG) vom 4.8.1994, GVBl. 1994, S.329; zuletzt geändert am 3.04.2001, GVBl. S. 1145
JGG	Jugendgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 11.12.1974 (BGBl.I.S.3427), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19.12.2000 (BGBl.I.S.1756) m.W.v. 23.12.2000
LKG	Landeskrankenhausgesetz (LKG) in der Fassung vom 1. März 2001 (GVBl vom 5. Mai 2001, S.110)
Psych - KG	Gesetz für psychisch Kranke vom 8.März 1985, geändert durch Gesetz zur Ausführung des Betreuungsgesetzes und zur Anpassung des Landesrecht vom 17.März 1994 (GVBl. 1994, S.86)

Schulgesetz	Schulgesetz für das Land Berlin in der Fassung vom 20. August 1980 (GVBl. S. 2103), zuletzt geändert durch Artikel XLII des Gesetzes vom 16. Juli 2001 (GVBl. S. 260) Referentenentwurf eines neuen Schulgesetzes – Stand: Dezember 2002
SGB V	Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626)
SGB VIII	Sozialgesetzbuch – Achtes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe vom 26. Juni 1990 (BGBl. I S. 1163), in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. März 1996 (BGBl. I S. 477), zuletzt geändert am 29. Mai 1998 durch das zweite Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) und anderer Gesetze (BGBl. I S.1)
SGB IX	Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046, 1047, zuletzt geändert durch Artikel 4a des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4621)
VO - Sonderpädagogik	Verordnung über die sonderpädagogische Förderung (VO-Sonderpädagogik) vom 13. Juli 2000

Fragenkatalog zur Vorbereitung der Expertenanhörungen

Themenkomplexe

I. Verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche

1. Bitte beschreiben Sie die Verhaltensprobleme der Kinder und Jugendlichen, die Sie im letzten Jahr als fehlplaciert in der Klinik/in der Jugendhilfe empfunden haben. Und danach:
 - Welche Art der Betreuung wäre aus Ihrer medizinischen/pädagogischen Sicht für diese Klienten adäquat gewesen?
 - Welche Hindernisse für eine adäquate Unterbringung und Betreuung gab es in diesen Fällen?
 - Welche Probleme der Zusammenarbeit zwischen Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe sind aufgetreten?
 - Von wem und zu welchem Zeitpunkt wurde die Klinik in Anspruch genommen/das Jugendamt eingeschaltet?
2. Gibt es aus Ihrer Sicht objektive Hindernisse (Elternrecht, Kostenfragen, Rechtsgrundlage) für eine adäquate Weiterbetreuung von Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Jugendhilfe?
3. Ist die psychotherapeutische Versorgung zu Lasten der Krankenkasse oder im Rahmen der Jugendhilfe sowie die Betreuung im Rahmen anderer Hilfen zur Erziehung für die beschriebene Klientel ausreichend?
4. Erfolgen Leistungen der Hilfe zur Erziehung/Eingliederungshilfe im Rahmen der Jugendhilfe, die nicht bedarfsgerecht sind, so dass erneut Krankenhausbehandlung erforderlich wird (Drehtüreffekt)?
5. Gibt es Hilfeformen, die sich besonders bewährt haben?
6. Werden solche Kinder und Jugendliche mit Verhaltensproblemen adäquat in der Schule gefördert? Wenn nein, welche zusätzliche Förderung/Hilfe ist aus Ihrer Sicht nötig, damit diese Kinder in ihrer Regelschule verbleiben oder reintegriert werden können?

II. Pflichtversorgung

1. Gibt es außer der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung sowie dem KJPD weitere Einrichtungen, die sich zur Aufnahme bzw. Betreuung psychisch kranker oder gefährdeter junger Menschen verpflichteten?
2. Wo sehen Sie die Grenzen der „Beschulungspflicht“ in der Schule?
3. Gibt es Probleme, besonders schwierige Kinder und Jugendliche mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten rechtzeitig aus der Krankenhausbehandlung zu entlassen, weil keine aufnahmeverpflichteten Einrichtungen der Jugendhilfe unmittelbar vom Sozialdienst in Anspruch genommen werden können?

4. Zu welchem Zeitpunkt im Behandlungsverlauf rät die Klinik den Eltern, sich an das Jugendamt zu wenden bzw. teilt sie selbst dem Jugendamt mit, dass eine weiterführende stationäre Betreuung erforderlich erscheint?
5. Wie viel Zeit braucht das Jugendamt, um im Rahmen seiner Hilfeplanung eine weiterführende Hilfe zur Erziehung/Eingliederungshilfe für diese jungen Menschen zu entscheiden und zu organisieren?
6. Inwieweit bezieht die Hilfeplanentscheidung des Jugendamtes vorhergehende Maßnahmen, erkennbar notwendige parallele Förderung und Anschlussmaßnahmen ein?
7. Für welche Zielgruppen sollte es wegen ihrer spezifischen Betreuungsbedürfnisse (oder ihrer kleinen absoluten Zahl) aus Ihrer Sicht überregionale Betreuungsangebote geben und welche?

III. Kooperationsstrukturen im Bezirk/in der Region

A - Strukturelle Ebene:

1. Welche Verfahrensabsprachen gibt es in Ihrem Bezirk zwischen den Planungsverantwortlichen Jugend/Gesundheit/Schule zur gemeinsamen (z.B. regionalen / sozialräumlichen) Problemanalyse und Abstimmung der jeweiligen bezirklichen Strukturplanungen?
2. Welche allgemeinen Verfahrensstandards halten Sie für notwendig?
3. Wie und zwischen wem werden Maßnahmen zur Überwindung gemeinsam erkannter Defizite in der Präventions- und Versorgungsstruktur beraten und abgestimmt?
4. Gibt es (und zwischen wem) eine überbezirkliche Zusammenarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgungsregion zur gemeinsamen Erkennung und Überwindung von Defiziten in der Versorgung bestimmter Zielgruppen?
5. Gibt es verbindliche Vereinbarungen zwischen den Akteuren aus Jugend/Gesundheit/Schule, die Verantwortung und Leistungen transparent machen und die fallbezogene Abstimmung fördern?
6. Gibt es eine konkrete Zusammenarbeit zwischen Jugend/Gesundheit/Schule sowie den jeweiligen freien Trägern und Klinikvertretern in der PSAG, in Arbeitsgemeinschaften nach § 78 SGB VIII, im Jugendhilfeausschuss, in anderen Gremien (welchen?)?
7. Wie wird die Aufgabenstellung, Personalausstattung, Organisation und Zuordnung der Fachdienste in bezirklicher Zuständigkeit (KJPD, EFB, Schulpsychologischer Dienst und ASD) beurteilt? Was müsste sich ändern, um die Kooperation zu verbessern?

B - Fallbezogene Ebene:

1. Wie werden die vorhandenen Instrumente der Zusammenarbeit genutzt?
 - Förderausschüsse
 - Hilfeplankonferenzen
 - Fallkonferenzen zur Steuerung von adäquaten Hilfen in schwierigen Fällen
 - Berliner Vermittlungszentrale "Zwischen Baum und Borke"

2. Welche konkreten Hindernisse zur fallbezogenen Zusammenarbeit gibt es?
3. Welche erfolgreichen Verfahren zur Zusammenarbeit im Einzelfall gibt es in Ihrem Bezirk/Ihrer Region? Welche Verfahrensstandards halten Sie für wünschenswert?
4. Wie viel Zeit braucht das Jugendamt, um im Rahmen seiner Hilfeplanung eine weiterführende Hilfe zur Erziehung/Eingliederungshilfe für diese jungen Menschen zu entscheiden und zu organisieren?
5. Inwieweit bezieht die Hilfeplanentscheidung des Jugendamtes vorhergehende Maßnahmen, erkennbar notwendige parallele Förderung und Anschlussmaßnahmen ein?
6. Was sollte das Jugendamt in seiner Verantwortung für die Hilfeplanung (z.B. Form und Zeitpunkt der Einbeziehung anderer Fachleute) verändern?
7. Welche gemeinsam interessierenden Themenstellungen sollten in berufsgruppenübergreifenden bezirksbezogenen Fortbildungsveranstaltungen bearbeitet werden?
8. Halten Sie eine gemeinsame Fallsupervision für die Fachkräfte verschiedener Professionen für denkbar und hilfreich, um die Fachkompetenz und Sichtweise der jeweils anderen Profession besser zu verstehen?

IV. Daten und Erhebungen

1. Welche Daten werden in Ihrem Bereich (auf welcher Grundlage) erfasst bzw. erhoben und wie und von wem wird mit ihnen gearbeitet?
2. Welche Daten über Kinder und Jugendliche sowie Familien benötigen Sie
 - für die Planung und fachpolitische Bewertung?
 - für die praktische Arbeit im Einzelfall?
 - für die Finanzierung?
3. Welche Zugriffsmöglichkeiten haben Sie auf die Daten anderer Bereiche im Bezirksamt und auf Landesebene, welche hätten Sie gern?
4. Welche Hindernisse beim Austausch personenbezogener Daten sind für Sie problematisch?

Abkürzungsverzeichnis

EFB	<i>Erziehungs- und Familienberatungsstelle</i>
ICD	<i>International Classification of Diseases</i> <i>(Internationale Klassifikation psychiatrischer Störungen)</i>
ICF	<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i> <i>(Internationale Klassifikation der Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Gesundheit)</i>
ICIDH	<i>International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps</i> <i>(Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen)</i>
JH	<i>Jugendhilfe</i>
KJH	<i>Kinder- und Jugendhilfe</i>
KJHG	<i>Kinder- und Jugendhilfegesetz</i>
KJP	<i>Kinder- und Jugendpsychiatrie</i>
KJPD	<i>Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst</i>
KJPP	<i>Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i>
SGB	<i>Sozialgesetzbuch</i>

