



**KINDER-  
& JUGEND-  
HILFE**

**KINDER-  
& JUGEND-  
PSYCHIATRIE**

**Leitfaden zur Zusammenarbeit:**  
Kinder- und Jugendhilfe mit  
Kinder- und Jugendpsychiatrie  
in Mecklenburg-Vorpommern

**Herausgeber**

Ministerium für Arbeit,  
Gleichstellung und Soziales  
Mecklenburg-Vorpommern  
Werderstraße 124 • 19055 Schwerin  
Tel.: 0385 588-0  
Fax: 0385 588 9099  
E-Mail: [poststelle@sm.mv-regierung.de](mailto:poststelle@sm.mv-regierung.de)  
[www.sozial-mv.de](http://www.sozial-mv.de)

**Satz & Druck**

Druckhaus Panzig, Greifswald

**Wahlkampfverbot**

Diese Broschüre wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlkampfveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

# **Leitfaden zur Zusammenarbeit:**

Kinder- und Jugendhilfe mit  
Kinder- und Jugendpsychiatrie  
in Mecklenburg-Vorpommern



## Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

Kinder sollen gesund aufwachsen. Dieses Ziel besitzt in meiner Arbeit Vorrang. Kinder brauchen für eine gesunde Entwicklung ein positives und ihnen zugewandtes Lebensumfeld. Das gilt zuerst für die Familie, aber ebenso für die Kindertagesförderung und die Schule.

Deshalb wollen wir mit dem Landesaktionsplan für Gesundheitsförderung und Prävention durch gemeinsame Zielstellungen und gemeinsames Handeln vieler Partner Gesundheitsförderung als Selbstverständlichkeit in die Lebenswelten der Menschen integrieren. Dabei geht es besonders um die frühe Förderung von Eigenaktivität, um die Stärkung des Selbstwertgefühls und Konfliktfähigkeit – das sind wichtige Schutzfaktoren für ein Aufwachsen in Gesundheit!



Wenn Probleme nicht erfolgreich bewältigt werden, besteht nicht nur die Gefahr der Entwicklung einer psychischen Erkrankung. Aufgrund des engen Zusammenhangs zwischen psychischen, körperlichen und sozialen Prozessen können in der Folge auch körperliche Erkrankungen entstehen und chronifizieren.

Trotz aller Bemühungen, derartige Entwicklungen zu vermeiden, sinkt die Zahl von Kindern und Jugendlichen mit einer psychischen Erkrankung nicht. Je früher ihnen geholfen werden kann, umso besser sind die Aussichten, den Lebensweg in ein erfülltes, erfolgreiches Erwachsenenalter zu lenken. Dazu müssen die bestehenden Hilfesysteme eng miteinander kooperieren.

Der vorliegende Leitfaden verbindet die Kinder- und Jugendhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die über große Schnittflächen verfügen. Er stellt das Ergebnis einer Arbeitsgruppe dar, in die alle Akteure dieses Arbeitsfeldes integriert waren. Dieses Ergebnis soll umgesetzt werden und parallel dazu erfolgt eine Diskussion zur Weiterentwicklung. Dazu werde ich eine „Kooperationskonferenz“ einrichten. In dieses multiprofessionell besetzte Gremium auf Landesebene werden Vertreterinnen und Vertreter aus der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Landesarbeitsgemeinschaft der Psychiatriekoordinatoren sowie aus Lehre und Forschung einbezogen.

Ihre

A handwritten signature in black ink that reads 'Manuela Schwesig' in a cursive script.

Manuela Schwesig  
Ministerin für Arbeit, Gleichstellung und Soziales  
Mecklenburg-Vorpommern



## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>2 Leitprinzipien der Kooperation</b>	<b>9</b>
<b>3 Beschreibung der Systeme</b>	<b>10</b>
3.1 Kinder- und Jugendhilfe	10
3.1.1 Einführung in die Kinder- und Jugendhilfe	10
3.1.2 Prozessgestaltung	10
3.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie	13
<b>4 Ausgestaltung der Kooperationen</b>	<b>16</b>
4.1 Fallbezogene Kooperation	16
4.1.1 Erstkontakt im System der Kinder- und Jugendhilfe	16
4.1.2 Erstkontakt im System der Kinder- und Jugendpsychiatrie	17
4.1.3 Krise	18
4.1.3.1 Krise innerhalb einer Jugendhilfeeinrichtung	18
4.1.3.2 Krise während der psychiatrischen Behandlung in der Klinik	19
4.1.3.3 Familiäre Krise	20
4.1.4 Geschlossene Unterbringung in der KJPP	21
4.1.4.1 Gesetzliche Grundlagen	21
4.1.4.2 Gegenwärtige Situation	22
4.1.4.3 Diskussion	22
4.2 Fallunabhängige Kooperation	22
<b>5 Qualität der Kooperation</b>	<b>24</b>
<b>Anlagen</b>	<b>25</b>





## 1 Einleitung

Das vom Bundesministerium für Gesundheit mit der Erstellung eines Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) beauftragte Robert Koch-Institut hat im Rahmen einer 2003 bis 2006 durchgeführten Erhebung ermittelt, dass bei rund 22 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten vorliegen. Einschlägige epidemiologische Studien weisen einen Behandlungsbedarf bei 7 Prozent der Kinder und 20 Prozent der Jugendlichen aus. Praktiker der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehen von einer Zunahme klinisch relevanter Störungsbilder aus. Vom Krankheitsspektrum her betrifft dies vor allem Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Depressionen, Essstörungen und Aufmerksamkeitsdefizite (ADHS). Diese Einschätzung wird auch durch entsprechende Fallzahlsteigerungen unterlegt (Zuwachs von 2000 bis 2006 über 150 Prozent).

1.200 Menschen, die jünger als 25 Jahre sind, nehmen sich in jedem Jahr das Leben. Zudem sind jährlich ca. 30.000 Suizidversuche bei jungen Menschen zu verzeichnen. Um den Tod junger Menschen aufgrund einer ausweglos erscheinenden Situation entgegenzuwirken, müssen alle Akteure im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammenwirken.

Das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern unterstützt die Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) bei der Installierung eines durch die WHO initiierten Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro) ([www.suizidpraevention-deutschland.de](http://www.suizidpraevention-deutschland.de)) u. a. durch die Mitarbeit in der bundesweiten Arbeitsgruppe „Kinder und Jugendliche“.

Ein weiterer Kernbereich der Zusammenarbeit ist der Kinderschutz bei körperlicher, seelischer und sexueller Kindesmisshandlung. Man geht auf der Grundlage wenig belastbarer Datenquellen von Gewalterfahrungen in der Kindheit in Höhe von 11,8 Prozent bei den Männern und 9,9 Prozent bei den Frauen aus. Sexuelle Misshandlungen werden von 2,8 Prozent der Männer und 8,6 Prozent der Frauen berichtet. (Herrmann et al. 2010, noch unveröffentlichte Leitlinien der DGKJ).

Eine Studie, die die Ergebnisse des KiGGS vertieft (BELLA-Studie, [www.bella-studie.de](http://www.bella-studie.de)), zeigt, dass es für die Identifikation von Risikogruppen nicht nur von Bedeutung ist, die bekannten Risikofaktoren für die psychische und subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu betrachten. Vielmehr müssen auch die vorhandenen personellen, familiären und sozialen Ressourcen einbezogen werden. Hier finden sich Ansatzpunkte für eine wirksame Gestaltung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Förderung von Kindern und Jugendlichen in Bezug auf ihre psychische Gesundheit kann nur als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden. Die zentralen Verpflichtungen gezielter Gesundheitsförderung sind im Gesundheitswesen verankert, müssen aber in Zukunft weit

stärker auch im Kontext der für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen relevanten Systeme, insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe, wirksam gemacht werden.

Die Bundesregierung stellte ihren 13. Kinder- und Jugendbericht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Köln, 2009) in dieser Legislaturperiode aufgrund der aktuellen Handlungsanforderungen unter das Motto „Prävention und Gesundheitsförderung“ ([www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)). Der 13. Kinder- und Jugendbericht unterstreicht: „Es mangelt nicht an guten Konzepten zur Prävention und Gesundheitsförderung. Allerdings sind die Angebote nicht ausreichend koordiniert.“

Auf der Landesebene wurde aus der Praxis wiederholt signalisiert, dass in der Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie Optimierungsbedarf besteht. Daraufhin berief das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Vertreter/innen folgender Gremien und Institutionen in eine Arbeitsgruppe (AG):

- Örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe (Jugendämter),
- LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in M-V e. V.,
- Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken,
- Verband der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater / innen,
- Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer,
- Landesarbeitsgemeinschaft der Psychiatriekoordinatoren,
- Landesarbeitsgruppe der Sozialpsychiatrischen Dienste,
- Kommunale Spitzenverbände: Städte- und Gemeindetag und Landkreistag M-V,
- Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V / Abt. Jugend und Familie / Landesjugendamt,
- Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales.

In der AG wurde festgestellt, dass sich die Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie regional unterschiedlich darstellt. Die Mitglieder der AG beschlossen, einen Leitfaden zu erarbeiten, um die Entwicklung der Kooperationsbeziehungen landesweit zu fördern. Ausgangsbasis hierfür war eine landes- und bundesweite Analyse der bestehenden Situation.

Das Ziel des Leitfadens besteht darin, die arbeitsfeldübergreifende Kooperation aller Beteiligten im Interesse von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Hilfebedarfen und in akuten Krisensituationen weiter zu qualifizieren, um die notwendige und geeignete Hilfe zu ermöglichen.

Dieser Leitfaden bietet eine Arbeitshilfe für Professionelle, die in der Praxis mit den Familien und ihren Kindern arbeiten, und auch für diejenigen, deren Aufgabe es ist, Kooperationsvereinbarungen zu entwickeln.

## Der Leitfaden

- informiert über die Handlungsgrundsätze und die rechtlichen Rahmenbedingungen beider Hilfesysteme,
- beschreibt die Zuständigkeiten und die Rolle der Fachkräfte für die Hilfeplanung und für den Fall, dass Kinder oder Jugendliche sich in einer Krise befinden,
- bietet eine Grundlage für die Vielfalt von regionalen und institutionsbezogenen Kooperationen in Mecklenburg-Vorpommern,
- empfiehlt Qualitätsstandards für die Kooperation zwischen den Institutionen.

## 2 Leitprinzipien der Kooperation

Bei jungen Menschen, deren Hilfebedarf sowohl in der Jugendhilfe als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gedeckt werden muss, ergibt sich die Notwendigkeit intensiver Zusammenarbeit beider Institutionen.

Die Zusammenarbeit der beiden Hilfesysteme orientiert sich dabei immer an der gemeinsamen Aufgabe, Entwicklungsprozesse bei Kindern und Jugendlichen befördernd zu begleiten.

Nachfolgende Leitlinien sind unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen einer Kooperation:

### **Gemeinsame Verantwortung**

Sind bei der Behandlung, Betreuung und Begleitung von Fällen mit komplexem Hilfebedarf verschiedene Hilfesysteme beteiligt, tragen alle Professionellen gemeinsam Verantwortung für die Aushandlung und Gestaltung möglichst optimaler Hilfeprozesse.

Kooperationen folgen der Zielvorstellung, durch Bündelung von Fachkompetenzen und Möglichkeiten der verschiedenen Systeme möglichst passgenaue Hilfen zu entwickeln. Damit können u. a. auch die Ressourcen der Hilfesysteme effizienter genutzt werden. Die erforderlichen Hilfen müssen auf die individuelle Lebenssituation zugeschnitten sein. Dazu sind gemeinsame Hilfeplanprozesse notwendig.

### **Anerkennung der fachlichen Autonomie und kollegialer Dialog**

Kooperation ist nur möglich, wenn die Kooperationspartner gleichermaßen ihr Fachwissen in die gemeinsame Hilfeplanung und Hilfedurchführung einbringen können. Voraussetzungen hierfür sind die gegenseitige Anerkennung der fachlichen Autonomie sowie der kollegiale Dialog bei gegenseitiger fachlicher Achtung.

Die gegenseitige fachliche Achtung erfordert die Bereitschaft, die Leistungs- und Zuständigkeitsgrenzen anzuerkennen und gleichzeitig den eigenen Handlungsspielraum zu bestimmen.

Zum kollegialen Dialog gehört vor allem Offenheit. Sowohl bei grundsätzlichen Fragestellungen als auch bei Problemlösungen im Einzelfall werden die fachlichen Erwägungen der Professionellen und die Überlegungen der Hilfesuchenden miteinander ausgetauscht.

### **Verbindliche Kooperation**

Verbindliche Kooperationen zwischen den Hilfesystemen können den komplexen Hilfebedarf im Einzelfall bedarfsgerechter und Erfolg versprechender erfüllen. Feste Ansprechpartner / innen in den jeweiligen

Institutionen ermöglichen kurze Wege bei Absprachen. Die daraus resultierende Arbeitserleichterung erhöht die Kooperationsbereitschaft der Fachkräfte.

Zudem ist es förderlich, wenn die Beteiligten sich bereits im Vorfeld darüber austauschen, wie Begriffe definiert werden und welches Fallverständnis zu Grunde liegt. Eigene Arbeitsmethoden müssen nicht nur transparent gestaltet sondern auch kommuniziert werden.

Um Verbindlichkeit herzustellen wäre ein unabhängiges, übergeordnetes Kontrollorgan hilfreich, welches aber zumindest für Einzelentscheidungen der Jugendhilfe nicht realisiert werden kann.

### **Verständigung und Abstimmung**

Die an der Kooperation beteiligten Professionellen müssen sich im Rahmen der Hilfeplanungsprozesse immer wieder zu ihrem Fallverständnis austauschen, um daraus möglichst eine gemeinsame Orientierung hinsichtlich der Gestaltung geeigneter HilfeSettings zu entwickeln.

Auswirkungen von Hilfen sind prozessbegleitend zu beobachten und, sofern nötig, zeitnah anzupassen bzw. es ist nachzusteuern.

Die Einrichtung eines Fallmanagements bei komplexen Problemlagen scheint sinnvoll.

### **Mitwirkung von Eltern, Kindern und Jugendlichen**

Eltern (Personensorgeberechtigte) sowie Kinder und Jugendliche sind entsprechend § 36 SGB VIII (Mitwirkung, Hilfeplan) an der Hilfeplanung zu beteiligen. Die Mitwirkung von Eltern sowie Kindern und Jugendlichen gelingt am ehesten, wenn alle Beteiligten zur Kooperation bereit sind, die Autonomie der jeweils anderen Beteiligten anerkannt und Regeln und notwendige Formen der Zusammenarbeit vereinbart werden.

Ein abgestimmtes und respektvolles Umgehen der Professionellen mit den Hilfesuchenden fördert das Vertrauen und unterstützt dadurch die Mitwirkungsbereitschaft und -fähigkeit der Eltern und Jugendlichen sowie die Möglichkeit des Datenaustausches bei Abgabe des Einverständnisses.

## 3 Beschreibung der Systeme

### 3.1 Kinder- und Jugendhilfe

#### 3.1.1 Einführung in die Kinder- und Jugendhilfe

Mit den Leistungen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (Achstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VIII) werden u. a. der Kinder- und Jugendhilfe Instrumentarien an die Hand gegeben, mit dem Ziel, Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien Hilfestellung zu geben und sie zu unterstützen. Richtschnur ist dabei der in § 1 Abs. 1 SGB VIII verankerte Grundsatz, dass jeder junge Mensch ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit hat.

Die grundlegende Aufgabe der Jugendhilfe wird in § 1 Abs. 3 SGB VIII beschrieben. Danach soll sie

- junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,
- Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,
- Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,
- dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.

Die Jugendhilfe ist gekennzeichnet durch eine Vielfalt von Trägern unterschiedlicher Wertorientierungen und eine Vielfalt von Methoden und Arbeitsformen. Leistungen der Jugendhilfe werden sowohl von Trägern der freien Jugendhilfe wie auch von Trägern der öffentlichen Jugendhilfe erbracht.

Leistungsverpflichtungen nach dem SGB VIII richten sich aber nur an die Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Örtlicher Träger der öffentlichen Jugendhilfe sind die Landkreise und kreisfreien Städte und in Mecklenburg-Vorpommern das Land als überörtlicher Träger der öffentlichen Jugendhilfe (ab 1. Juli 2012 der Kommunale Sozialverband M-V).

Zu den Trägern der freien Jugendhilfe zählen u. a. die Kirchen, die Wohlfahrtsverbände und ihre Mitgliedsorganisationen, die im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe tätig sind, die Jugendverbände sowie andere privat-gemeinnützige Träger, die auf gemeinnütziger Basis Dienste und Leistungen anbieten. Träger der freien Jugendhilfe können auch privat-gewerbliche Träger (auf Gewinnerzielung ausgerichtet) sein. Träger der freien Jugendhilfe haben ein eigenständiges Betätigungsrecht, das lediglich durch ihre selbst bestimmte Zielsetzung (i. d. R. vereinsrechtliche Satzungsbestimmungen bzw. Kirchenrecht) begrenzt wird. Sie können auch als Träger der freien Jugendhilfe explizit anerkannt werden (vgl. § 75 SGB VIII). Diese Anerkennung ist jedoch nicht zwingende Voraussetzung, weder für eine

Förderung noch für das Erbringen von Leistungen in der Kinder- und Jugendhilfe. Demgemäß können auch privat-gewerbliche Anbieter als Träger Leistungen anbieten. Sie können jedoch wegen fehlender Gemeinnützigkeit nicht als Träger der freien Jugendhilfe anerkannt werden.

Zu den Kernaufgaben der Jugendämter als ausführende Organisationseinheiten bzw. Behörde der örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe zählen:

- sozialpädagogische Hilfen für Kinder, Jugendliche, Familien und junge Volljährige durch Information, Beratung und Vermittlung von Hilfen im Sozialraum,
- Krisenintervention,
- Gewährung und Begleitung ambulanter, teilstationärer und stationärer Hilfen zur Erziehung,
- Durchführung von Hilfeplangesprächen, Hilfeplanung sowie daraus resultierende Folgeaufgaben,
- Wahrnehmung eines „Wächteramtes“ bei Gefährdung des Wohles von Kindern und Jugendlichen durch Inobhutnahme (§ 42 SGB VIII) oder anderen Maßnahmen der Jugendhilfe,
- Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a SGB VIII,
- Gewährung von Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35 a SGB VIII,
- allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie u. a. durch Beratung bei Trennung und Scheidung,
- Mitwirkung im Verfahren vor dem Familien- und Vormundschaftsgericht,
- Zusammenarbeit mit anderen Dienststellen und Institutionen der Jugend- und Sozialarbeit sowie mit Einrichtungen und Diensten anderer Systeme im Kontext der Sozialraumorientierung,
- Wahrnehmung der örtlichen Jugendhilfeplanung.

Die Leistungen der Jugendhilfe werden in der Regel durch die Träger der freien Jugendhilfe in der Funktion eines beauftragten Leistungserbringers erbracht.

#### 3.1.2 Prozessgestaltung

##### Wunsch- und Wahlrecht

Die Leistungsberechtigten haben das Recht, zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger zu wählen und Wünsche hinsichtlich der Gestaltung der Hilfe zu äußern. Sie sind auf dieses Recht hinzuweisen. Den Wünschen soll entsprochen werden, soweit dies nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist. Das dem sog. Wunsch- und Wahlrecht implizierte partizipative Element prägt die Jugendhilfe und dient dazu, passgenaue Hilfen zu vermitteln und die Kräfte im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe zu stärken. Die Hilfen sind am individuellen Bedarf des Einzelfalles auszurichten und müssen bedarfsgerecht, geeignet und notwendig sein.

## Standards und Qualitätskriterien

Die Standards und Grundlagen von Jugendhilfeleistungen können in nachfolgenden Qualitätskriterien zusammengefasst werden:

- die Gewährleistung der Trägervielfalt,
- die Gewährleistung der Vielfalt von Inhalten, Methoden und Arbeitsformen,
- die Stärkung der verschiedenen Formen von Selbsthilfe (siehe auch § 4 SGB VIII),
- die Berücksichtigung besonderer sozialer und kultureller Bedürfnisse und Eigenarten junger Menschen und ihrer Familien,
- die Förderung der Gleichberechtigung von Jungen und Mädchen und der Abbau von Benachteiligungen (§ 9 SGB VIII),
- der Erhalt der Kontakte zur Herkunftsfamilie und zum sozialen Umfeld (§ 80 SGB VIII),
- die Sicherstellung der ständigen Qualifizierung der Fachkräfte durch Fortbildung und Praxisberatung (§ 72 SGB VIII),
- das Wunsch- und Wahlrecht (§ 5 SGB VIII),
- die Beteiligung der Kinder und Jugendlichen an allen sie betreffenden Entscheidungen (§ 8 SGB VIII),
- das Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte bei der Wahl und Gestaltung längerfristiger Hilfen zur Erziehung (Hilfeplanverfahren - § 36 SGB VIII).

Die Gestaltung der Leistungen der Jugendhilfe orientiert sich auch an den Strukturmaximen, die im 8. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung benannt sind. Diese sind:

- Prävention,
- Dezentralisierung / Regionalisierung,
- Alltagsorientierung als Situationsbezogenheit, Zugänglichkeit im Alltag und Ganzheitlichkeit,
- Integration und Normalisierung,
- Partizipation (siehe 8. Kinder- und Jugendbericht S. 85 ff.).

## Leistungen der Jugendhilfe

Der Leistungskatalog der Jugendhilfe ist vielfältig (vgl. §§ 2 und 3 SGB VIII). Wesentlicher Teil der Hilfen für die im Rahmen der Jugendhilfe gemeinsam zu unterstützenden Kinder- und Jugendlichen und deren Familien sind die Leistungen im Bereich der Hilfen zur Erziehung (§§ 27 ff. SGB VIII). Diese gliedern sich in:

### **Familienunterstützende Hilfen, wie z. B.**

- Erziehungsberatung (§ 28 SGB VIII)
- sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31 SGB VIII)
- soziale Gruppenarbeit (§ 29 SGB VIII)
- Erziehungsbeistand / Betreuungshelfer (§ 30 SGB VIII)

### **Familienergänzende und (als Ausnahme) -ersetzende Hilfen, wie z. B.**

- gemeinsame Wohnformen für Väter, Mütter und Kinder (§ 19 SGB VIII)
- Erziehung in einer Tagesgruppe (§ 32 SGB VIII)
- Vollzeitpflege (§ 33 SGB VIII)
- Heimerziehung und sonstige betreute Wohnformen (§ 34 SGB VIII)
- Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35 SGB VIII)

### **Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche**

Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII) können sowohl familienersetzend wie auch familienergänzend sein.

### **Hilfen für junge Volljährige**

Hilfen für junge Volljährige (in der Regel bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres) können im Rahmen der vorgenannten Hilfearten ausgeführt werden. Sie dienen der Persönlichkeitsentwicklung und der Verselbständigung im Sinne einer selbst gestalteten Lebensführung.

### **Rechtsanspruch auf Hilfe zur Erziehung nach § 27 SGB VIII**

Im Rahmen der Hilfen zur Erziehung hat ein Personensorgeberechtigter (Eltern oder Vormund) einen im § 27 SGB VIII normierten, subjektiv einklagbaren Rechtsanspruch auf Hilfe, wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die zu gewährende Hilfe in Art und Umfang geeignet und notwendig ist. Art und Umfang richten sich nach den Erfordernissen des Einzelfalls; die Hilfe ist unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes zu gewähren.

Somit orientieren sich die Erziehungshilfen in der Ausgestaltung und ihrer Methodik an den individuellen Bedarfen von Kindern und Jugendlichen und ihren Personensorgeberechtigten. Gewährt wird Hilfe zur Erziehung nach § 27 ff. SGB VIII, insbesondere nach Maßgabe der Hilfearten wie sie in §§ 28 bis 35 SGB VIII definiert sind. Hierbei handelt es sich lediglich um eine Auflistung von Hilfearten, die sich im Laufe der letzten Jahrzehnte herausgebildet haben. Auch andere, darüber hinausreichende und frei gestaltbare Hilfearten, die das Gesetz nicht ausdrücklich benennt, sind möglich.

## Das Hilfeplanverfahren nach § 36 SGB VIII als Steuerungsinstrument

Das der Hilfestellung zugrunde liegende Steuerungsverfahren ist die Hilfeplanung. Dieses Verfahren, das unter Federführung des Jugendamtes durchzuführen ist, weist gleichzeitig die Qualität sichernde wie auch entwickelnde Elemente auf. Hilfeplanung ist als systematischer Aushandlungsprozess zu verstehen, an dessen Ende eine möglichst umfassende Problemlösung steht. In diesem Prozess werden die Ursachen von Schwierigkeiten ebenso beleuchtet wie Hilfe- bzw. Unterstützungsarrangements. Auf dem Weg zur Problemlösung werden jeweils geeignete Teilziele vereinbart. Die Geeignetheit der gewährten Hilfen wird in gemeinsamen Hilfeplankonferenzen systematisch evaluiert. Hieraus kann sich auch eine gemeinsam verantwortete Korrektur ergeben. Alle Beteiligten am Hilfeplanprozess tragen hierfür gemeinsam die Verantwortung. Das Hilfeplanverfahren wird insoweit auch handlungs- und nicht defizitorientiert gestaltet.

Das Hilfeplanverfahren ist in der Regel bei allen zu gewährenden Hilfen zur Erziehung, bei Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche und bei Hilfen für junge Volljährige zwingend vorgeschrieben (vgl. auch § 36 SGB VIII). In dessen Rahmen wird neben dem individuellen erzieherischen Bedarf auch Art und Umfang der notwendigen Hilfe gemeinsam mit den Betroffenen (Personensorgeberechtigte als Anspruchsberechtigte, Kind bzw. Jugendlicher als Leistungsberechtigte, junge Volljährige als Anspruchs- wie Leistungsberechtigte), dem Leistungserbringer (z. B. Einrichtungsleiter, Erzieher etc.) und ggf. mit sonstigen, für die Aus- und Durchführung der Hilfe notwendigen Beteiligten (soz. Dienste, Ärzte, Schule) vereinbart und schriftlich niedergelegt. Die Hilfepläne sind in regelmäßigen Abständen zu evaluieren bzw. fortzuschreiben (siehe unten).

### Ergebnisqualität

Hilfen zur Erziehung sind i. d. R. erfolgreich, wenn es gelingt,

- die Hilfeplanung unter Berücksichtigung der in den §§ 5, 8, 36 SGB VIII festgelegten Grundsätzen nach sozialpädagogischen Kriterien und interdisziplinär auch im Zusammenwirken von entsprechenden Fachkräften zu gestalten,
- spezifische Angebote, einschließlich therapeutischer Leistungen – jeweils einzelfallbezogen – zu entwickeln, durchzuführen und diese immer wieder neuen Gegebenheiten anzupassen und
- die Hilfeempfänger zu befähigen, unter Einbeziehung ihres sozialen Umfelds ein Leben als integrierte Mitglieder der Gesellschaft zu gestalten bzw. sie hierzu zu ermutigen.

## Vereinbarungen über Leistungsangebote, Entgelte und Qualitätsentwicklung nach § 78a ff. SGB VIII

Hinzuweisen ist, dass das örtliche Jugendamt zuständig ist, Vereinbarungen über Leistungsangebote, Entgelte und Qualitätsentwicklungsvereinbarungen nach §§ 78a ff. SGB VIII mit Trägern von Einrichtungen und Diensten abzuschließen. Hierbei werden

- Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungsangebote in Form einer Leistungsbeschreibung erfasst,
- differenzierte Entgelte für diese Leistungsangebote einschl. für betriebsbedingte Investitionen in einer Entgeltvereinbarung abgeschlossen und
- hinsichtlich der Grundsätze und Maßstäbe für die Bewertung der Qualität der Leistungsangebote sowie über entsprechende geeignete Maßnahmen zu deren Gewährleistung eine Qualitätsentwicklungsvereinbarung abgeschlossen.

## Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII

Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf entsprechende Hilfe, wenn

- ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und
- daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne des Sozialgesetzbuches sind Kinder und Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach § 35a Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VIII hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

- eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder
- eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, einzuholen.

Die Stellungnahme ist auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen. Dabei ist darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht.



Die Hilfe soll nicht von der Person oder dem Dienst oder der Einrichtung, der die Person angehört, die die Stellungnahme angibt, erbracht werden.

Die Hilfe wird entsprechend § 35a Abs. 2 SGB VIII nach dem Bedarf im Einzelfall

- in ambulanter Form,
- in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
- durch geeignete Pflegepersonen und
- in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen betreuten Wohnformen geleistet.

Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmungen des Personenkreises sowie die Art der Leistungen richten sich nach § 53 Abs. 3 und 4 Satz 1, den §§ 54, 56 und 57 SGB XII, soweit diese Bestimmungen auch auf seelische behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohten Personen Anwendung finden (§ 35a Abs. 3 SGB VIII).

Ist gleichzeitig mit der Eingliederungshilfe eine Hilfe zur Erziehung zu leisten, so sollen Einrichtungen, Dienste und Personen in Anspruch genommen werden, die geeignet sind, sowohl Eingliederungshilfe durchzuführen als auch den erzieherischen Bedarf zu decken. Sind heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind, in Tageseinrichtungen für Kinder zu gewähren und lässt der Hilfebedarf es zu, so sollen Einrichtungen in Anspruch genommen werden, in denen behinderte und nicht behinderte Kinder gemeinsam betreut werden (§ 35a Abs. 4 SGB VIII).

Maßnahmen nach § 35a SGB VIII bzw. auch ggf. nach § 41 SGB VIII setzen neben einer drohenden oder bereits vorhandenen seelischen Behinderung zusätzlich voraus, dass eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 35a Abs. 1 SGB VIII).

Sowohl die Entscheidung über Art und Ausgestaltung der Hilfe nach § 35a SGB VIII bzw. § 41 SGB VIII i. V. m. § 35a SGB VIII als auch die Federführung des Hilfeplanverfahrens einschließlich der Steuerungsverantwortung (§§ 36 und 36a SGB VIII) liegt ausschließlich in der Verantwortung des Jugendamtes. Die Erstellung eines Hilfeplanes nach § 36 SGB VIII ist in der Regel unverzichtbar, nur bei kurzfristig anzulegenden Hilfen kann hierauf verzichtet werden.

Das Jugendamt hat zu entscheiden, welche Informationen, Berichte und Gutachten angesichts der bereits vorliegenden Informationen noch einzuholen sind, um im Einzelfall eine abschließende Beurteilung erstellen zu können.

Auch bei einer Hilfe nach § 35a SGB VIII soll darauf hingewirkt werden, dass die Pflegepersonen oder die in der Einrichtung für die Erziehung verantwortlichen Personen mit den Personensorgeberechtigten (aber auch nichtsorgeberechtigten Eltern) zum Wohl des Kindes oder des Jugendlichen zusammenarbeiten. Die Beratung und Unterstützung

sollen die Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie im Hinblick auf die Entwicklung eine Rückkehr des Kindes oder des Jugendlichen ermöglichen. Bis dahin soll über begleitende Beratung und Unterstützung der Familien darauf hingewirkt werden, dass die Beziehung des Kindes oder Jugendlichen zur Herkunftsfamilie gefördert wird.

Ist eine nachhaltige Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie nicht erreichbar, so soll mit den beteiligten Personen eine andere dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen förderliche und auf Dauer angelegte Lebensperspektive erarbeitet werden (§ 37 Abs. 1 SGB VIII).

### **Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII**

Inobhutnahme gem. § 42 SGB VIII ist eine auf befristete Zeit angelegte Maßnahme, der zwar auch ein Hilfecharakter innewohnt, die jedoch auf Grund hoheitlich normierten Befugnisse und Gebote nicht zu den auf Antrag zu gewährenden Leistungen wie z. B. der Hilfe zur Erziehung zählt.

Diese Maßnahme

- greift in verfassungsrechtlich garantierte Rechte Dritter (Kind, Eltern) ein,
- ist eine vorübergehende Maßnahme zur Abwendung einer unmittelbaren Gefahr für das Wohl des betroffenen Kindes / Jugendlichen,
- ist mit besonderen Unterstützungs- / Beratungs- / Aufklärungs- und Informationspflichten gegenüber dem betroffenen Kind / Jugendlichen und den Eltern bzw. Personensorgeberechtigten verbunden und
- erfordert bei Widersprechen der Personensorgeberechtigten, das unverzügliche Einschalten des Familiengerichts, um eine Entscheidung über weitere erforderliche Maßnahmen herbeizuführen.

## **3.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter haben teils schwerwiegende Konsequenzen für das individuelle Wohlbefinden, die alltägliche und soziale Funktionsfähigkeit der Betroffenen und können zu zahlreichen Benachteiligungen bei der gesellschaftlichen Teilhabe führen. Viele der assoziierten Probleme gehen mit starken Belastungen für das Umfeld – Eltern, Geschwister und Lehrer – einher. Insbesondere externalisierende Probleme (dissoziales und deviantes Verhalten) wurden im Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS) bei 7.102 Mädchen und 7.376 Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren erfasst. Symptome für Verhaltensauffälligkeiten wurden im Elternurteil mit 14,8 Prozent auffälligen und 16,0 Prozent als grenzwertig eingeschätzten Kindern und Jugendlichen berichtet. Jungen überwiegen deutlich (Hölling et al. 2007, Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz Band 50: 784-793).

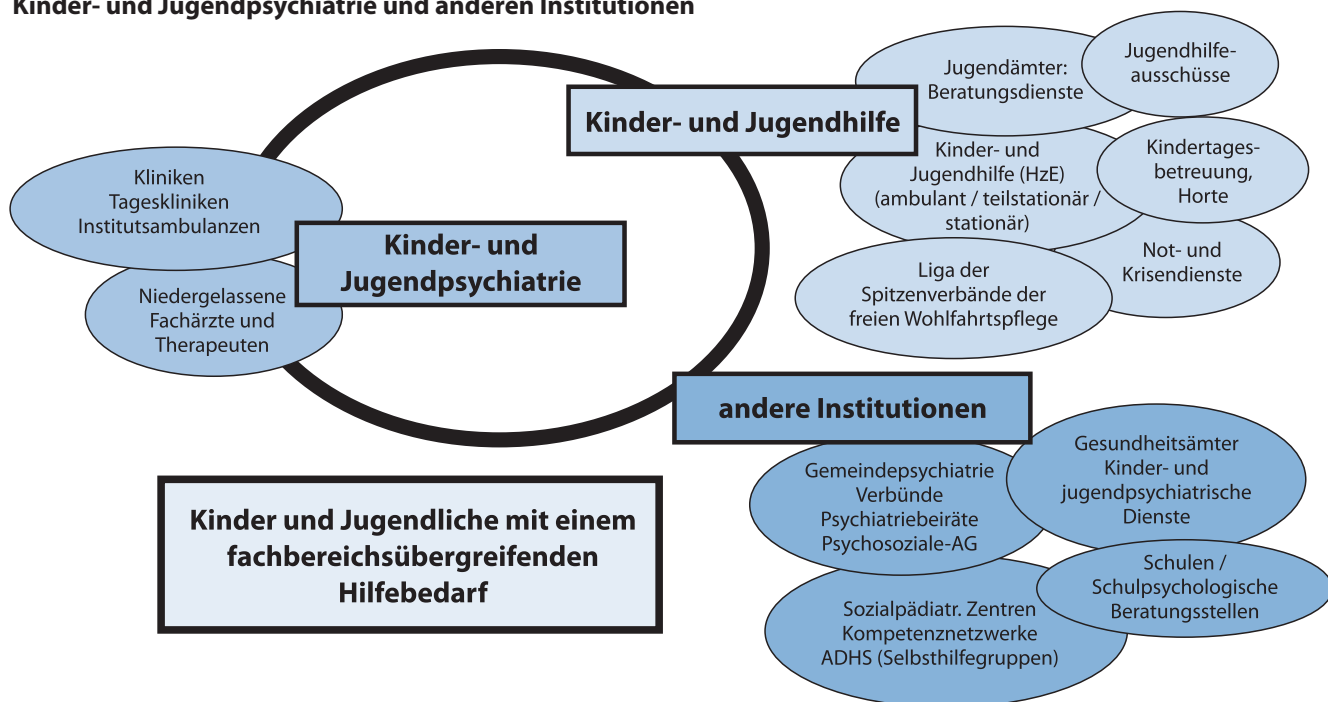
Belastende Lebensumstände bei gleichzeitig schwachen individuellen Schutzfaktoren führen vermehrt zu sozialen und emotionalen Störungen des Kindes, beeinträchtigen seine schulische Lernfähigkeit und die Entwicklung seiner Persönlichkeit. Für die Zunahme von Verhaltensproblemen und anderen psychischen Störungen werden gesellschaftliche, politische und biosoziale Faktoren als ursächlich diskutiert, insbesondere für das Adoleszentenalter die Pluralität und Wertevielfalt von Peergroups, politische Ziellosigkeit, unkontrollierter Medienkonsum, Gewalterfahrungen, Bereicherungsstreben, biologische Akzeleration, Funktions- und Strukturwandel von Familie und Schule, Armut und massiver Leistungs- und Individuationsdruck. Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen stellen die Schnittmenge zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe dar. Die Eingliederungshilfe für von einer Teilhabebeeinträchtigung betroffene oder bedrohte Kinder und Jugendliche ist sowohl in der Diagnostik als auch in der Umsetzung eine interdisziplinäre Aufgabe.

Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapeuten und andere Institutionen oder Professionelle müssen in diesem Aufgabenfeld zusammenarbeiten.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein medizinisches Fachgebiet, das sich mit der Diagnostik, Therapie und Prävention von psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden befasst. Sie bietet vielfältige ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote zur Erkennung, Behandlung und Vorbeugung von seelischen Krankheiten und Störungen, die die Entwicklungsprozesse eines Kindes oder Jugendlichen gefährden. Dabei arbeitet sie dem Entwicklungsaspekt der Kinder und Jugendlichen geschuldet mit vielfältigsten Kooperationspartnern aus medizinischen Nachbardisziplinen und anderen Institutionen zusammen, worunter die Jugendhilfe zu den engsten und bedeutendsten zählt. (siehe Abb. 1)

Abb. 1 Vernetzung der KJPP

**Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und anderen Institutionen**



Die ambulante Versorgung erfolgt durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sowie Institutsambulanzen.

Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten versorgen seelisch erkrankte Kinder und Jugendliche. Die Fachärztinnen und Fachärzte arbeiten sowohl medizinisch, medikamentös als auch gegebenenfalls psychotherapeutisch und / oder sozialpsychiatrisch. Kinder-

und Jugendlichenpsychotherapeuten bieten auf der Grundlage eines psychologischen oder pädagogischen Studiums mit entsprechender psychotherapeutischer Zusatzausbildung ausschließlich psychotherapeutische Behandlung an.

Im Bereich der ambulanten Pflege gibt es die Möglichkeit einer psychiatrischen Krankenpflege. Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater können gemäß § 132a Abs. 2 SGB V ambulante psychiatrische Krankenpflege ergänzend zu einer psychiatrischen Behandlung verordnen.



Die Institutsambulanzen der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken übernehmen dort, wo es keine adäquaten alternativen ambulanten Versorgungsstrukturen gibt, im Rahmen des Sicherstellungsauftrages die ambulante Versorgung sowie die Vor- und / oder Nachsorge der Krankenhausbehandlung. In diesen Ambulanzen werden Kinder und Jugendliche mit in der Regel komplexen Störungen und seelischen Problemen diagnostiziert und behandelt sowie deren Eltern beraten.

Adressen und Telefonnummern befinden sich in

- den Gelben Seiten und
- im Psychiatriewegweiser M-V des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales .

Jede kinder- und jugendpsychiatrische Klinik ist grundsätzlich für ihren vom Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern vorgegebenen

Sektor primärer Ansprechpartner und aufnahmeverpflichtet, auch für Unterbringungen nach dem PsychKG M-V und dem BGB, sofern die Voraussetzungen insbesondere gemäß §§ 11, 12, 39 SGB V vorliegen.

- Auch in Fällen, in denen akut keine vollstationären Kapazitäten zur Verfügung stehen, hat sich die für die Sektorversorgung zuständige Klinik im Sinne des CaseManagements um die Akutversorgung zu kümmern.
- Im Falle nicht verfügbarer Kapazitäten wird eine Unterbringung von Jugendlichen in der Allgemeinpsychiatrie nicht immer zu vermeiden sein. In diesem Fall sagt die KJPP umgehend eine konsiliarische Beratung und eine möglichst zeitnahe Übernahme der oder des Jugendlichen zu.
- Bei geplanten Behandlungen gilt unabhängig von der Notfallpflichtversorgung die freie Arzt- und Krankenhauswahl.

## 4 Ausgestaltung der Kooperationen

### 4.1 Fallbezogene Kooperation

Fallabhängige Kooperation entsprechend der Leitlinien dieser Empfehlung muss sich über den gesamten Hilfeprozess für die Kinder, Jugendlichen und ihre Familien an dem sich verändernden Bedarf der Betroffenen orientieren, dem gemeinsam formulierten Ziel dienen und hinsichtlich Aufwand und zu erwartendem Nutzen verhältnismäßig sein. Wie sich die Verantwortlichkeit für die Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in unterschiedlichen Konstellationen darstellt, ist der Anlage 11 zu entnehmen.

Für die Betroffenen muss es einen verantwortlichen Ansprechpartner geben, der die Hilfen koordiniert, deren Nützlichkeit und Angemessenheit im Verlauf überprüft und über das gesamte Verfahren Transparenz für alle Beteiligten über die getroffenen Entscheidungen herstellt.

Unabhängig davon bleibt die Verantwortung für Inhalt und Form der Hilfeangebote bei den jeweiligen Hilfeleistenden des durchführenden Systems.

Im Folgenden werden vier mögliche Situationskategorien beschrieben, die fallbezogen zu einer Kooperationsnotwendigkeit der Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie führen.

#### 4.1.1 Erstkontakt im System der Kinder- und Jugendhilfe

Kinder oder Jugendliche erhalten aufgrund eines Antrages auf Hilfe zur Erziehung der Personensorgeberechtigten Leistungen nach dem SGB VIII.

Im Verlauf der Hilfen wird festgestellt, dass das Kind / der / die Jugendliche eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und / oder Therapie benötigt.

Die Verantwortung für die Gestaltung der Kooperation liegt bei der Kinder- und Jugendhilfe.

Die fallführenden Fachkräfte der zuständigen Jugendämter besprechen mit den Personensorgeberechtigten die Notwendigkeit der Inanspruchnahme einer kinder- und jugendpsychiatrischen Leistung, indem sie die abzuklärende Symptomatik / Problemlage und den Auftrag an die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit dem Betroffenen und den Personensorgeberechtigten gemeinsam definieren und die Anmeldung bei einem ambulant tätigen Kinder- und Jugendpsychiater oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut der Region mit ihnen vorbereiten (Anlage 1 Anmeldebogen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Für den Erstkontakt mit der KJPP stellen die Mitarbeiter der Kinder- und Jugendhilfe mit den Betroffenen ein Informationsblatt (Anlage 2 Übergabeblatt von Kinder- und Jugendhilfe für die KJPP) zusammen und unterstützen die Personensorgeberechtigten in der Bereitstellung vorhandener Vorbefunde (Geburtsbericht, U-Heft, Hausarzt, Zeugnisse, Schul- / Kitabericht, schulpsychologischer Dienst usw.). Sie benennen einen fallverantwortlichen Mitarbeiter aus dem System der Kinder- und Jugendhilfe, der für die Mitarbeiter der KJPP als Ansprechpartner zur Verfügung steht, für den von den Personensorgeberechtigten und Betroffenen eine Schweigepflichtsentbindung schriftlich vorgelegt wird (Anlage 3 Schweigepflichtsentbindung).

Nach dem Erstkontakt erhalten die Personensorgeberechtigten und der festgelegte Verantwortliche der Kinder- und Jugendhilfe eine schriftliche Information über das Ergebnis und die daraus folgenden Maßnahmen innerhalb der KJPP (Anlage 4 Kurzbefund über das Ergebnis der Erstvorstellung in der KJPP).

Daraus wird sich ergeben, wann mit einem Abschluss der Diagnostik und einer gegebenenfalls daraus folgenden Empfehlung zur Therapie zu rechnen ist. Der verantwortliche Mitarbeiter der Kinder- und Jugendhilfe erhält bei Einverständnis der Betroffenen und Personensorgeberechtigten die Gelegenheit, am Diagnostikauswertungsgespräch in der KJPP teilzunehmen. Die KJPP erstellt danach einen Bericht über die sich aus der Diagnostik ergebenden, für eine Planung der Kinder- und Jugendhilfemaßnahme relevanten Ergebnisse (Anlage 5 Kurzbefund über das Ergebnis der Diagnostik).

Solange das Kind / der / die Jugendliche parallel zur laufenden kinder- und jugendpsychiatrischen / -psychotherapeutischen Behandlung weiterhin eine Hilfe nach SGB VIII erhält, werden die Behandelnden kontinuierlich über den Verlauf der Hilfen informiert und der Verantwortliche der Kinder- und Jugendhilfe stellt jeweils vor den geplanten Hilfeplangesprächen (in der Regel halbjährlich) einen Kontakt zur KJPP her, um den Verlauf zu besprechen und gegebenenfalls den Behandelnden zum Hilfeplangespräch einzuladen. Die Protokolle der Hilfeplangespräche erhalten die Behandelnden der KJPP in Kopie bei Einverständnis der Betroffenen und Personensorgeberechtigten (Anlage 6a Protokoll Helferplankonferenz in der KJPP).

Über einen Behandlungsabbruch informieren die Mitarbeiter der KJPP den Fallverantwortlichen der Kinder- und Jugendhilfe umgehend.

Am Ende einer KJPP-Behandlung erhält der verantwortliche Mitarbeiter der Kinder- und Jugendhilfe einen Abschlussbericht (Anlage 7 Kurzbefund Therapieende KJPP).

#### 4.1.2 Erstkontakt im System der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kinder oder Jugendliche erhalten eine kinder- und jugendpsychiatrische / -psychotherapeutische Behandlung nach SGB V. Im Verlauf der Diagnostik oder Therapie stellt sich heraus, dass eine Maßnahme nach SGB VIII erforderlich sein könnte.

Die Verantwortung für die Gestaltung der Kooperation liegt bei der KJPP.

Die Behandelnden besprechen mit den Betroffenen und Personensorgeberechtigten die Empfehlung zur Inanspruchnahme einer Jugendhilfemaßnahme, indem sie die Problemlage beschreiben und die Gründe erläutern, warum sie die Inanspruchnahme von Hilfen nach dem SGB VIII empfehlen. Auf Wunsch unterstützen sie die Kontaktabahnung zum zuständigen Jugendamt (Anlage 8 Anmeldebogen für die Kinder- und Jugendhilfe).

Entsprechend den Erfahrungen in der Zusammenarbeit der Vertragspartner zum sozialraumorientierten Ansatz und der grundsätzlich familiensystemischen Herangehensweise von Kinder- und Jugendhilfe werden Hilfesettings / Helferkonferenzen, die während eines oder im Anschluss an einen klinischen Aufenthalt erforderlich sind, in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Klinik und dem regionalen Träger der Kinder- und Jugendhilfe unter Verantwortung des Jugendamtes so konzipiert, dass sie sowohl eine geeignete als auch eine notwendige Hilfe darstellen.

Die Vereinbarung über die Art der Hilfeleistung und den Träger der Hilfeleistung für den Patienten bzw. seinen Sorgeberechtigten erfolgt grundsätzlich über den Entscheidungsträger Kinder- und Jugendhilfe, wobei die Vorschläge und Empfehlungen von den Mitarbeitern der Klinik an das Jugendamt (welche Hilfeform aus therapeutischer Sicht erforderlich wird) zu berücksichtigen sind. Bei Dissensen ist eine Lösung in gemeinsamen Helferkonferenzen anzustreben. Die Erstinformation über Entscheidungen der Hilfeleistung an den Klienten bzw. Sorgeberechtigten erfolgt über das Jugendamt.

Für den Erstkontakt mit dem zuständigen Jugendhilfemitarbeiter stellen die Mitarbeiter der KJPP die nötigen Informationen zur Verfügung (Anlage 5 und Anlage 7). Sie benennen einen fallverantwortlichen Mitarbeiter der KJPP, der als Ansprechpartner für die Mitarbeiter der Kinder- und Jugendhilfe zur Verfügung steht und für den eine Schweigepflichtentbindung schriftlich vorgelegt wird (Anlage 3).

Nach dem Erstkontakt in der Kinder- und Jugendhilfe erhält der Fallverantwortliche der KJPP eine schriftliche Information über das Ergebnis und die daraus folgenden Maßnahmen der Jugendhilfe (Anlage 9 Kurzbefragung über das Ergebnis der Erstvorstellung in der Kinder- und Jugendhilfe).

Daraus wird sich ergeben, welchen weiteren Informationsbedarf die Mitarbeiter des Jugendamtes haben und wann mit einem ersten Ergebnis / Hilfeplanung zu rechnen ist. Der verantwortliche Mitarbeiter der KJPP erhält bei Einverständnis der Betroffenen und Personensorgeberechtigten die Gelegenheit, am Hilfeplangespräch / Fachteam teilzunehmen und erhält das Protokoll des Hilfeplangesprächs. Falls die Mitarbeiter der Jugendhilfe den Empfehlungen der Behandelnden zur Inanspruchnahme von Hilfen nach SGB VIII nicht folgen können, sollte diese Entscheidung begründet werden.

Solange das Kind / der / die Jugendliche parallel zur laufenden kinder- und jugendpsychiatrischen / -psychotherapeutischen Behandlung eine Hilfe nach SGB VIII erhält, werden die Behandelnden kontinuierlich über den Verlauf der Hilfen informiert und der Verantwortliche der Kinder- und Jugendhilfe stellt jeweils vor den geplanten Hilfeplangesprächen (in der Regel halbjährlich) einen Kontakt zur KJPP her, um den Verlauf zu besprechen und den Behandelnden zum Hilfeplangespräch einzuladen. Bei Einverständnis der Betroffenen und Personensorgeberechtigten erhalten die Behandelnden der KJPP die Protokolle der Hilfeplangespräche in Kopie (Anlage 6a und Anlage 6b).

Über eine ungeplante Beendigung / Änderung der Jugendhilfemaßnahmen informieren die Mitarbeiter der Kinder- und Jugendhilfe den Fallverantwortlichen der KJPP umgehend.

Am Ende einer KJPP-Behandlung erhält der verantwortliche Mitarbeiter der Kinder- und Jugendhilfe bei Einverständnis der Betroffenen und Personensorgeberechtigten einen Abschlussbericht (Anlage 7).

#### **Vorbereitung der Entlassung aus einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (Anlage 10 Entlassungsplanung)**

*Zum Entlassungszeitpunkt ist jeder Fall, unabhängig von der Aufnahmemodalität, immer ein gemeinsamer Fall.*

#### **Vor der Entlassung**

Bei der Vorbereitung der Entlassung aus der Klinik ist folgendes zu berücksichtigen:

- Vorbereitung und Indikation einer evtl. Übergangs- und Wartephase zu Hause,
- Vorbereitung des anschließenden Schulbesuchs (unter Zuhilfenahme der pädagogischen Einschätzung der Schule für Kranke, ggf. auch Vermittlung in eine geeignete Schule und Schulform durch die Schule für Kranke unter Einbeziehung ggf. zuständiger Schulverwaltungsämter). Auch hier ist ggf. eine Übergangphase zu berücksichtigen. Die Ent-

lassungsvorbereitung im Hinblick auf ambulante Hilfen kann auf der Grundlage eines abgestimmten Hilfeplans flexibler erfolgen:

- etwa Kontaktaufnahme zur zuständigen **Sozialpädagogischen Familienhilfe, Erziehungsbeistand**, Leiter einer ambulanten Jugendhilfegruppe, Vermittlung eines Kontaktes oder mehrerer im Rahmen der Klinik, Informationsaustausch, gemeinsame Familiensitzungen.
- bei ambulanten Eingliederungshilfen zur Erleichterung des Übergangs im Rahmen des § 35a SGB VIII in Form von Fachleistungsstunden (vgl. KuKProjekt in Dortmund: [www.bkjpp.de/for301\\_kooperation-jugendhilfe.php5](http://www.bkjpp.de/for301_kooperation-jugendhilfe.php5)) ist deren Umfang frühzeitig medizinisch zu indizieren, durch ein gesondertes Attest nachzuweisen (§ 36 SGB VIII) und hinsichtlich der Erfolgskriterien quasi gutachterlich zu beschreiben.
- Anbahnung und Vermittlung therapeutischer Weiterbehandlung vor Ort erfolgt durch die Klinik. Die Klinik sollte eine Durchschrift des Protokolls zum Hilfeplanverfahren und ggf. der folgenden Hilfeplangespräche erhalten (zwingend, wenn durch die Klinik-Ambulanz weitere Behandlung erfolgt). Die Kinder- und Jugendhilfe darf nach Schweigepflichtsentbindung durch die Sorgeberechtigten eine Durchschrift des Entlassungsberichtes zur Verfügung gestellt bekommen.

#### 4.1.3 Krise

Unter einer Krise im Kontext dieses Handlungsleitfadens ist ein plötzlich auftretender Zustand eines Kindes / Jugendlichen zu verstehen, der unvorhersehbar innerhalb weniger Stunden eintritt, mit einer Gefährdung für die eigene Gesundheit und / oder die Gesundheit anderer Menschen einhergeht und mit den zur Verfügung stehenden Mitteln des jeweiligen Systems nicht allein zu lösen ist.

##### 4.1.3.1 Krise innerhalb einer Jugendhilfeeinrichtung

Kinder und Jugendliche, die innerhalb einer Jugendhilfeeinrichtung leben, haben in der Regel einen komplexen Hilfebedarf und sind vielfältigen psychosozialen Belastungen ausgesetzt. (siehe Ulmer Heimkinderstudie: [www.uniklinik-ulm.de](http://www.uniklinik-ulm.de), in der Suchfunktion den Begriff Heimkinderstudie eingeben). Vor diesem Hintergrund kann es aus verschiedensten Gründen zu krisenhaften Zuspitzungen innerhalb der Einrichtung kommen, in denen die / der Jugendliche sich den pädagogischen Interventionen entzieht, fremd- oder selbstdestruktives Verhalten zeigt oder psychisch dekomponiert.

Hierzu sind verschiedene Situationen denkbar:

- Das Kind / der Jugendliche ist bereits in kinder- und jugendpsychiatrischer / psychotherapeutischer

Behandlung und es besteht Vorstellungsbedarf aufgrund einer Krisensituation während der regulären Rahmenzeiten der behandelnden Einrichtung. Telefonisch ist abzustimmen, ob die Vorstellung noch am gleichen Tag erfolgt oder ob innerhalb der nächsten Tage ein Termin für ein Krisengespräch vereinbart wird (Anlage 1 und Anlage 3).

- Das Kind / der Jugendliche ist bereits in kinder- und jugendpsychiatrischer / psychotherapeutischer Behandlung und es besteht Vorstellungsbedarf aufgrund einer Krise außerhalb der regulären Rahmenzeiten der behandelnden Einrichtung. Für Patienten der psychiatrischen Institutsambulanzen kann die jeweilige Notfallnummer der Klinik für KJPP angerufen werden. Es wird ein Kontakt zum diensthabenden Arzt / zur diensthabenden Ärztin hergestellt. Mit Hilfe der Vorinformation aus der Ambulanzakte wird der diensthabende Arzt / die diensthabende Ärztin telefonisch mit der Einrichtung abstimmen, ob eine sofortige Vorstellung erfolgen muss oder ob ein Krisentermin am Folgetag ausreichend ist. Für Patienten von kassenärztlich tätigen Kinder und Jugendpsychiatern / -psychotherapeuten ist der kassenärztliche Notdienst bzw. der Notarzt zu rufen, der entscheidet, ob eine Akutvorstellung in der regional zuständigen Klinik für KJPP erfolgen muss oder am nächsten Arbeitstag der Behandelnde kontaktiert werden kann. Wenn eine sofortige Vorstellung in der Klinik für KJPP erfolgen muss, wird im Rahmen der Krisenintervention geklärt, ob eine Indikation für eine sofortige stationäre Aufnahme besteht. Zu dem Krisengespräch sollte der über die aktuelle Krisensituation auskunftsfähige Betreuer anwesend sein. Wesentlich sind Informationen, die über die Entwicklung der Krise (auch über mehrere Tage hinweg) Auskunft geben. Voraussetzung für die stationäre Aufnahme ist die verbindlich geklärte Zuständigkeit über den Lebensort des Kindes, an den es wieder entlassen wird (Anlage 1 und Anlage 3).
- Das Kind / der Jugendliche ist bisher nicht vorgestellt worden und es besteht Vorstellungsbedarf aufgrund einer Krise innerhalb der regulären Rahmenzeiten der niedergelassenen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und der psychiatrischen Institutsambulanzen. Unter Hinweis auf Art der Krise ist mit einer der regionalen ambulanten Behandlungseinrichtungen ein Krisenvorstellungstermin zu vereinbaren (Vorrang kassenärztlich tätige Kollegen vor PIA), (Anlage 1, Anlage 2, und Anlage 3).
- Das Kind / der Jugendliche ist bisher nicht in kinder- und jugendpsychiatrischer / psychotherapeutischer Behandlung und es besteht Vorstellungsbedarf aufgrund einer Krise außerhalb der regulären Rahmenzeiten der niedergelassenen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und der psychiatrischen Institutsambulanzen. In diesem Fall wendet sich die Jugendhilfeeinrichtung an den kassenärztlichen Notdienst

bzw. den Notarzt, der entscheidet, ob eine Akutvorstellung in der regional zuständigen Klinik für KJPP erfolgen muss und ggf. den Kontakt zum diensthabenden Arzt der KJPP herstellt und das weitere Vorgehen abstimmt (Anlage 1, Anlage 2, und Anlage 3).

- Rückkehr in die Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung nach der Krisenintervention in der Klinik:  
Die gemeinsamen Erkenntnisse aus der Krise und der Krisenbearbeitung bzw. der Therapie werden mit dem Kind bzw. Jugendlichen, seinen Eltern und der Kinder- und Jugendhilfe von der KJPP schriftlich festgehalten.
  - Der Arbeitsauftrag und die Ziele der Kinder- und Jugendhilfeleistung sind gemeinsam neu und konkret in einem Hilfeplangespräch definiert worden. Das Protokoll liegt vor.
  - Die Möglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe lauten allgemein formuliert:
    - basale Versorgung sicherstellen,
    - Schutzraum bieten,
    - Alltag strukturieren,
    - soziales Lernen begleiten,
    - Auseinandersetzung anbieten,
    - belastbare Beziehungen anbieten.
  - Bereits am Entlassungstag gibt es einen ärztlichen Kurzbrief der KJPP für die Kinder- und Jugendhilfe und evtl. für den weiter behandelnden Arzt.
  - Der ärztliche Abschlussbericht ist zeitnah nach Entlassung zu erstellen. Es wurde vorher gemeinsam besprochen, ob und in welchem Rahmen das Kind bzw. der Jugendliche den Bericht lesen kann. Diese Absprache steht auch im Abschlussbericht. Zwischen KJPP und Kinder- und Jugendhilfe sind weitere Beratungskontakte (Teilnahme von KJPP am Fallgespräch in der Kinder- und Jugendhilfe oder am nächsten Hilfeplangespräch, telefonische Kontakte,...) fest vereinbart und terminiert. Ein Ansprechpartner in der KJPP für die Kinder- und Jugendhilfe ist definiert worden.
  - Falls notwendig ist eine ambulante psychiatrische Nachsorge organisiert.
  - Der Übergang in die Schule ist von der KJPP und der Kinder- und Jugendhilfe soweit wie möglich gemeinsam vorbereitet. (Schule ist informiert und in die Entwicklung einbezogen, eine evtl. notwendige besondere Begleitung zur Schule ist organisiert).
  - Die Rolle / Aufgabe der Eltern bei der Rückkehr in die Jugendhilfeeinrichtung ist abgesprochen und organisiert.
  - Das Kind bzw. der Jugendliche hat Gelegenheit sich in der KJPP angemessen zu verabschieden.
  - Mindestens ein vertrauter Mitarbeiter der Kinder- und Jugendhilfe holt das Kind oder den Jugendlichen ab oder mindestens ein vertrauter Mitarbeiter der KJPP bringt das Kind bzw. den Jugendlichen zurück in die Kinder- und Jugendhilfe,

ggf. gemeinsam mit der / den Sorgeberechtigten.

- Das Zimmer ist in der JH-Einrichtung vorbereitet. Der Dienstplan ist so organisiert, dass für das Kind bzw. den Jugendlichen exklusive Zeit vorhanden ist. Die Kinder- bzw. Jugendlichengruppe ist auf die Rückkehr vorbereitet.
- Bei Akutaufnahmen, deren Grund beim Eintreffen in der Klinik bereits entfallen (entaktualisiert) ist, erfolgt nach Rücksprache die umgehende Rückführung in die Jugendhilfeeinrichtung durch deren Mitarbeiter (Anlage 7 und Anlage 10).

#### 4.1.3.2 Krise während der psychiatrischen Behandlung in der Klinik

Während einer stationären Therapie kann es zu einer Situation kommen, in der der Patient / die Patientin oder die Personensorgeberechtigten nicht mehr mit der Behandlung einverstanden sind und eine sofortige Entlassung gegen ärztlichen Rat wünschen. Kinder und Jugendliche zeigen das in der Regel durch Verweigerung der Mitarbeit und Durchbrechung aller Stationsregeln an. Im Regelfall kann diese Situation mit den Personensorgeberechtigten geklärt werden und die vorzeitige Entlassung wochentags in der Arbeitszeit der Kooperationspartner kurzfristig vorbereitet werden.

Krisenhaft wird die Situation, wenn der Patient / die Patientin wegzulaufen droht, aggressiv-destruktiv gegenüber Mitpatienten / innen und Personal agiert und / oder auf sofortiger Entlassung besteht. In diesem Fall muss es umgehend zu einem Krisengespräch in der Klinik unter Einbezug der Personensorgeberechtigten und ggf. ihrer Vertreter (z.B. Mitarbeiter der zuständigen Jugendämter) kommen, in dem geklärt werden muss, ob aufgrund bestehender Fremd- oder Eigengefährdung vor dem Hintergrund eines psychiatrischen Erkrankungsbildes eine Unterbringung des Patienten in der *Klinik für KJPP mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen gegen den Willen des Betroffenen* notwendig ist.

Wenn dies nach PsychKG M-V (Anlage 12) erforderlich ist, ist die behandelnde Klinik für die Durchführung aller dafür notwendigen Maßnahmen einschließlich Antragstellung verantwortlich und informiert unverzüglich die am Behandlungs- und Betreuungsprozess Beteiligten, ggf. auch das zuständige Jugendamt.

Wenn die Unterbringung nach § 1631b BGB (Anlage 13) erforderlich wird, müssen die Personensorgeberechtigten einen Antrag beim zuständigen Familiengericht stellen. Im Rahmen der dann erforderlichen Begutachtung informieren die Klinikmitarbeiter das zuständige Jugendamt über den Sachverhalt und die Verfahrensweisen. Die gerichtliche Genehmigung zur geschlossenen Unterbringung bezüglich einer Gutachtenerstellung impliziert keinen Behandlungsauftrag. *Wenn keine Behandlung gegen den Willen des Patienten / der Patientin erforderlich ist, muss die umgehende Entlassung realisiert werden.*



Hierzu sind verschiedene Situationen denkbar:

- **Die Patientin / der Patient kam vorher aus einer Jugendhilfeeinrichtung.** In diesem Falle sind die fallführenden Fachkräfte der örtlich zuständigen Jugendämter dafür zuständig, den Patienten / die Patientin sofort abzuholen und mit den behandelnden Therapeuten das weitere Vorgehen abzusprechen. Bei der Entlassung wird über den bisherigen Therapieverlauf informiert und bei Bedarf ein ambulanter Nachfolgetermin zur Klärung des weiteren Vorgehens vereinbart (Anlage 7, Anlage 10 und Anlage 11).
- **Der Patient erhält bereits eine ambulante Leistung der Kinder- und Jugendhilfe und eine Entlassung nach Hause ist möglich.** Die Therapeuten der Klinik informieren nach der Entlassung die zuständigen Mitarbeiter des Jugendamtes umgehend über die Entlassungsmodalitäten und weitere getroffenen Absprachen (Anlage 7 und Anlage 10).
- **Der Patient erhält bereits eine ambulante Leistung der Kinder- und Jugendhilfe und eine Entlassung nach Hause ist nicht möglich.** Bei Aufnahme des Patienten / der Patientin wird das Vorgehen für einen solchen Fall vorher besprochen und schriftlich fixiert (Anlage 7, Anlage 10 und Anlage 11).
- **Der Patient ist bisher in der Kinder- und Jugendhilfe unbekannt und eine Entlassung nach Hause ist nicht möglich.** Die Therapeuten der Klinik informieren den zuständigen Mitarbeiter des Jugendamtes umgehend über die Entlassungsnotwendigkeit und die Gründe, weswegen eine Entlassung aus ihrer Sicht nach Hause nicht möglich ist. Außerhalb der regulären Dienstzeiten des Jugendamtes ist ein Ansprechpartner über Notrufnummern benannt, der dann eine mögliche Vorgehensweise (z. B. KJND) vorschlägt und klärt, wer den Patienten / die Patientin aus der Klinik abholt. Am darauf folgenden regulären Arbeitstag stellen die Klinikmitarbeiter den Kontakt zum zuständigen Mitarbeiter des Jugendamtes her und gemeinsam wird das weitere Vorgehen beraten (Anlage 7 und Anlage 10).

#### 4.1.3.3 Familiäre Krise

Die Eltern / Familienmitglieder sind aufgrund ausgeprägter Symptomatik eines Kindes / Jugendlichen oder aufgrund eigener Dekompensation nicht in der Lage, ihren Sorgepflichten nachzukommen.

Wenn dieser Umstand den Mitarbeitern der Kinder- und Jugendhilfe primär bekannt wird und sie eine psychische Erkrankung des Kindes / Jugendlichen als Ursache der familiären Krise vermuten, veranlassen sie eine Akutvorstellung in einer Behandlungseinrichtung der KJPP. Das Vorgehen entspricht 4.1.3.1.

Wenn dieser Umstand im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen / -psychotherapeutischen Behandlung primär bekannt wird und die Ursache für die familiäre Krise nicht in der psychiatrischen Erkrankung des Kindes vermutet wird, dann informieren die Behandler umgehend das zuständige Jugendamt, das dann entsprechende Maßnahmen einleiten kann.

#### Kindeswohlgefährdung

Das Kindeswohl, ein zentraler Begriff im Kindschafts-, Familien- und Sozialrecht, ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der einzelfallbezogen unter Berücksichtigung des Kindeswillen zu interpretieren ist. In der Regel haben alle eine Meinung zu dem, was im Interesse eines Kindes oder Jugendlichen liegt, was ihnen gut tut. Doch diese Meinungen divergieren häufig zwischen einzelnen Professionen, den Eltern und nicht zuletzt den Kindern und Jugendlichen. Maywald formulierte 2005 eine gelungene Umschreibung, „Ein am Wohl des Kindes (best interest of the child) ausgerichtetes Handeln wäre demzufolge dasjenige, welches die an den Grundrechten und Grundbedürfnissen von Kindern orientierte, jeweils am wenigsten schädigende Handlungsalternative (least detrimental alternative) wählt.“ Ohne Zweifel ist bei einer Kindesmisshandlung von einer Kindeswohlgefährdung auszugehen.

**Kindesmisshandlung / Vernachlässigung / sexueller Mißbrauch:** Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin unterscheidet in ihren Leitlinien zwischen extrafamiliären Formen (Kinder- und Jugendliche als Kriegsteilnehmer, Kinderhandel inklusive Adoption, Kinderprostitution, Kinderpornographie, Mißbrauch durch Pädophile, Sexuelle Belästigung durch Nicht-Familienmitglieder, Exhibitionismus, Vergewaltigung und Tötung, Kindesentführung, Gewalt gegen Kinder in Institutionen und Vorenthalten von Erziehung, Bildung und gesundheitlicher Fürsorge) und intrafamiliären Formen wie körperliche Misshandlung, spezifischen Syndromen (battered child – Syndrom, shaking infant – Syndrom, Münchhausen – Syndrom by proxy (MSBP), nicht akzidentelle Vergiftungen), seelische Misshandlung, körperliche und seelische Vernachlässigung und nicht zuletzt sexuelle Misshandlung [[www.awmf.org/leitlinien/detail/II/071-003.htm](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/071-003.htm)]. Körperliche Misshandlung erfolgt mittels Schlägen, Stößen, Schütteln, Verbrennen, Stichen usw.

In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie werden definitorisch körperliche und emotionale Vernachlässigung, körperliche und emotionale Kindesmisshandlung inklusive des Sonderfalls des Münchhausen by proxy – Syndroms und sexueller Kindesmissbrauch unterschieden. Körperliche Kindesmisshandlung ist definiert als direkte Gewalteinwirkung auf das Kind durch Schlägen, Verbrennen, Verätzen, Schütteln, aber auch die Schädigung durch Intoxikation eines Kindes [[www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-034.htm](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-034.htm)].

Das MSBP ist eine Form der Kindesmisshandlung, bei der die Eltern bzw. Sorgeberechtigten über einen längeren Zeitraum Symptome oder Krankheiten ihres Kindes vortäuschen oder induzieren, was dem Kind zweifelsfrei Schaden zufügt, in-

dem es unnötige Krankenhausaufenthalte, eingreifende Untersuchungen und Leiden ertragen muss. Der oder die Sorgerechthabende, in der Regel die Mutter, erfindet Symptome / Krankheiten, dramatisiert den Krankheitsverlauf oder verfälscht Anamnesen. Alternativ dazu bzw. in Kombination zu genanntem werden aktiv Symptome (z. B. Apnoe, Diarrhoe, Erbrechen oder Fieber) erzeugt oder im weitesten Sinne toxische Substanzen appliziert – im schlimmsten Falle mit letalem Ausgang. Zusätzlich werden die Kinder durch bereitwillig erlaubte oder durch die Täterin geforderte invasive diagnostische oder therapeutische Eingriffe geschädigt. Dabei werden die Kenntnis der Ursachen bzw. eigene Anteile von der Täterin vehement bestritten.

In § 8a (Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung) des SGB VIII sind die Aufgaben und das Vorgehen des zuständigen Jugendamtes geregelt. Unter Abs. 4 ist die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Gesundheitshilfe, also auch der KJPP festgeschrieben. „Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.“

Bei vitaler Gefährdung ist eine sofortige stationäre Einweisung in ein Krankenhaus zu veranlassen.

#### 4.1.4 Geschlossene Unterbringung in der KJPP

##### 4.1.4.1 Gesetzliche Grundlagen

Eine geschlossene Unterbringung Minderjähriger ist sowohl strafrechtlich als auch zivilrechtlich und öffentlichrechtlich möglich.

Tab.1 Geschlossene Unterbringungsmöglichkeiten unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen

zivilrechtliche	öffentlich rechtliche
§ 70 FGG; § 1631b BGB, § 1906 Abs.1-3 BGB, § 42.3 SGB VIII (KJHG)	Unterbringungsgesetze der Länder, Psych-KG M-V

Im Folgenden wird die „geschlossene Unterbringung“ (GU) nach § 1631b BGB erläutert.

##### § 1631b BGB

**Neue Fassung vom 04.07.2008 BGBl. I S. 1188:** Eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, bedarf der Genehmigung des Familiengerichts. Die Unterbringung ist zulässig, wenn sie zum Wohl des Kindes, insbesondere zur Abwendung einer erheblichen Selbst- oder

*Fremdgefährdung erforderlich ist und der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch andere öffentliche Hilfen, begegnet werden kann. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Das Gericht hat die Genehmigung zurückzunehmen, wenn das Wohl des Kindes die Unterbringung nicht mehr erfordert.*

Es wird nunmehr klargestellt, dass die GU dem Wohle des Kindes dienen muss. Dabei sind der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und der Vorrang anderer öffentlicher Hilfen zu beachten.

Der Begriff „Wohl des Kindes“ findet sich auch in den Bestimmungen des § 1666 BGB sowie der §§ 8a und 27 ff. SGB VIII. Hierbei ist zu beachten, dass die Tatbestandsvoraussetzungen insb. bei Gefährdungsmomenten und deren Abschätzung in den einzelnen Vorschriften hinsichtlich möglicher Reaktionen unterschiedlich zu gewichten sind.

Es zählt zu den Tatbestandsvoraussetzungen der §§ 1666 Abs. 1 und 1631b BGB wie auch des § 8a SGB VIII, dass das Kindeswohl manifest gefährdet ist und

- dieser Gefährdung nur mit Hilfe einer familiengerichtlichen Entscheidung
  - durch Einschränkung des Sorgerechts (§ 1666 BGB)
  - oder einer auf Antrag der Personensorgeberechtigten zu genehmigenden GU (§ 1631b) oder
- das Gefährdungsrisiko dergestalt abzuschätzen ist, als entweder
  - geeignete Hilfen zur Überwindung der Gefährdung im Rahmen der §§ 27 ff. SGB VIII angeboten und auf Antrag der Personensorgeberechtigten realisiert werden können oder
  - eine Inobhutnahme (§ 42 SGB VIII) bzw.
  - eine Anrufung des Familiengerichts (§ 8a SGB VIII) zu erfolgen hat.

Festzustellen ist, dass inhaltlich bzw. situationsbezogen sich das „Wohl des Kindes“ als äußerst komplexe Begrifflichkeit darstellt. Des Weiteren, dass jegliches abstrakte nicht auf den Einzelfall bezogene symptomatische Kategorisieren einer „Kindeswohlgefährdung“ sich ausschließt. Vielmehr ist die betreffende Einzelperson (Kind / Jugendliche – auch bei Geschwisterkindern!) zu betrachten und es sind Symptome festzustellen und zu bewerten im Sinne des „Konkretisierens“ eines - juristisch ausgedrückt - „unbestimmten Rechtsbegriffs“. Gleichzeitig bedarf es auch unter sozialwissenschaftlichen Aspekten des Abwägens einzelner Bedingungen sowohl im Hinblick auf die konkrete Situation des Kindes und dessen familiären / sozialen Umfelds.

Die GU muss zur Abwendung einer (erheblichen) Eigen- und Fremdgefährdung notwendig sein. Diese kann, muss aber nicht psychiatrisch begründet sein. Erst ein extrem auffälliger psychopathologischer Befund mit verminderter Einsichts- und Steuerungsfähigkeit rechtfertigt einen Eingriff in die Grundrechte. Die GU ist verfassungsrecht-

lich eine „Freiheitsentziehung“ im Sinne des Art. 104 Abs. 2 Grundgesetz und bedarf deshalb der richterlichen Genehmigung. Durch § 1631b Satz 4 BGB ist sichergestellt, dass die Maßnahme nur solange genehmigt sein kann, wie sie auch – unter Anlegung strenger Maßstäbe – zwingend notwendig ist. Das Bundesverfassungsgericht hat mit Beschluss vom 14.06.2007 (1 BvR 338/07) klargestellt, dass nach § 1631b BGB nur der Personensorgeberechtigte den Antrag bei Gericht stellen kann, ein Kind in eine geschlossene Einrichtung zu verbringen oder es dort zu belassen. Die Inobhutnahme durch das Jugendamt steht dem nicht entgegen. Ein Unterbringungsbeschluss muss darüber hinaus klarstellen, ob die Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik oder in einer geeigneten Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe genehmigt wird.

Das Zepter des Handelns halten deshalb die Eltern bzw. Personensorgeberechtigten in der Hand, die einen entsprechenden Antrag auf geschlossene Unterbringung nach § 1631b BGB beim zuständigen Familiengericht (FG) zu stellen haben.

#### 4.1.4.2 Gegenwärtige Situation

Derzeit werden nur in der KJPP Möglichkeiten zur geschlossenen Unterbringung in M-V bereitgestellt. Die praktizierte und auch in Zukunft angestrebte GU in der KJPP betrifft psychiatrisch indizierte, kurzfristige Kriseninterventionen bzw. ein diagnostisches Clearing bei noch nicht im psychiatrischen Hilfesystem bekannten Patienten bzw. bei neu aufgetretenen Gesichtspunkten, die eine erneute Diagnostik medizinisch angeraten erscheinen lassen. Im Umkehrschluss heißt das, dass eine GU in der KJPP weder längerfristig (über 8 Wochen) noch alleinig aus sozialpädagogischer Indikation bzw. Delinquenz möglich ist.

In aller Regel erfolgt ein Kriseninterventionsgespräch mit dem Arzt vom Dienst, ggf. dem Hintergrunddienst sofort bei Eintreffen in der Klinik unter Hinzuziehung aller Beteiligten. Die gerichtliche Klärung einer evtl. notwendigen geschlossenen Unterbringung kann nach den Regularien der Gesetze auch kurzfristig später erfolgen.

#### 4.1.4.3 Diskussion

Die Anzahl der jährlich zu § 1631b BGB bundesweit getroffenen Entscheidungen stieg dramatisch von 6.016 Fällen 2006 auf 8.240 Fälle 2007 an (Statistisches Bundesamt, Fachserie 10 Reihe 2.2). Jeder dritte Fall wird in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen, mit steigender Tendenz der absoluten Zahlen. Insbesondere in den Bundesländern, wo keine geschlossenen Einrichtungen der Jugendhilfe existieren bzw. keine geschlossenen Plätze vorgehalten werden, darunter auch in Mecklenburg-Vorpommern, realisiert die GU alleinig die KJPP im Land. Eine Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie darf nur auf der Grundlage einer klaren Indikation stattfinden, Aufenthalte wegen des Fehlens geeigneterer Hilfeangebote müssen ausgeschlossen werden. Auf-

grund warnender und mahnender historischer Erfahrungen darf weder die Psychiatrie noch die Kinder- und Jugendhilfe wieder als Repressionsinstitution missbraucht werden.

Vor diesem Hintergrund gilt es einerseits zu prüfen, welche pädagogischen Settings im Rahmen des SGB VIII im Anschluss an eine GU in der KJPP im Einzelfall notwendig sind. Dabei sind Qualitätsstandards und Rahmenbedingungen für besonders schwierige Kinder und Jugendliche festzulegen, damit durch eine Kooperation (Verzahnung von Hilfen nach SGB VIII und psychiatrischen Angeboten) von Kinder- und Jugendhilfe und KJPP eine Hilfe zur Reduktion der Zielsymptome und der Bewahrung bzw. Wiederherstellung von Autonomie und förderndem Lebensraum / psychosozialen Umfeld erfolgen kann.

## 4.2 Fallunabhängige Kooperation

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

Ein wesentlicher Bestandteil der Kooperation ist dabei, die Autonomie des anderen zu wahren und nicht in seine Kompetenz „hinein zu entscheiden“. Dies geschieht im Bewusstsein bestehender gesetzlicher Vorschriften, struktureller Rahmenbedingungen und finanzieller Vorgaben. Als Basis einer gelingenden Kooperation dienen festgelegte Strukturen, Regeln und Vereinbarungen.

In dem folgenden Abschnitt wird die Struktur beschrieben, die für eine Förderung der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und den anderen Institutionen bereitgestellt werden sollte:

1. Die Kooperationskonferenz
2. Der regionale Arbeitskreis
3. Die Kooperationsvereinbarung
4. Die Fort- und Weiterbildung
5. Evaluation

### 1. Die Kooperationskonferenz

Die Kooperationskonferenz ist ein multiprofessionell besetztes Gremium auf Landesebene mit Vertretern und Vertreterinnen aus der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Landesarbeitsgemeinschaft der Psychiatriekoordinatoren sowie Vertretern und Vertreterinnen aus Lehre und Forschung. Das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales übernimmt die Koordination und Moderation der Kooperationskonferenz.

Die Kooperationskonferenz hat die Aufgabe, die Umsetzung des Leitfadens der Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu fördern und überregionale Maßnahmen für die Förderung der regionalen und institutionsbezogenen Kooperationen zu entwickeln und umzusetzen.



## 2. Der regionale Arbeitskreis

Im Land Mecklenburg-Vorpommern sollten sich fünf regionale Arbeitskreise bilden, deren Mitglieder sich aus Vertretern der einzelnen Kooperationspartner zusammensetzen (siehe Grafik Seite 14).

Die Arbeitskreise sollten sich in 5 Regionen bilden, die sich an die definierten Versorgungsregionen gemäß PsychKG M-V bzw. an die Aufnahmegebiete der psychiatrischen Krankenhäuser / Abteilungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (VR Stralsund, VR Ueckermünde, VR Waren / Röbel, VR Rostock, VR Schwerin / Wismar) orientieren.

Aufgabe der Arbeitskreise muss die fachliche Begleitung und die Umsetzung des Leitfadens zur Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie sein.

Unter Beachtung der regionalen Besonderheiten sollen Kooperationsschwerpunkte aufgegriffen und praxisnah diskutiert werden. Gegenseitiges Kennenlernen sowie ein regelmäßiger Austausch von Informationen geben die Möglichkeit, Erfahrungen zu besprechen, neue Ideen zu entwickeln oder den eigenen Blickwinkel zu erweitern.

Schwerpunkte können sein

- die Umsetzung der fachlich-inhaltlichen Diskussionsergebnisse in konkrete Instrumente (z. B. Checklisten, Ablaufpläne u. ä.),
- die Erprobung und Auswertung der Praxiserfahrungen und ggf. die Anpassung der Instrumente,
- die Vorbereitung, die Beratung und die Unterstützung bei der Entwicklung von konkreten Vereinbarungen zur Abstimmung von Planungsprozessen und zur Fortführung der Kooperation.

Darüber hinaus sind Vertreter/innen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater / innen u. a. an den im Psychiatrieplan des Landes M-V geforderten regelmäßigen Zusammenkünften der regionalen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, den Sitzungen des Psychiatriebeirates / Gemeindepsychiatrischen Verbundes zu beteiligen, um auf regionaler Ebene einen regelmäßigen Austausch herbeizuführen und darüber hinaus eine abgestimmte regionale Psychiatrieplanung zu gewährleisten.

## 3. Die Kooperationsvereinbarung

Verbindliche Vereinbarungen über die Regeln und die Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie ermöglichen die Entwicklung von Verfahrenssicherheit über die Fachbereichsgrenzen hinaus. Beachtet werden muss, dass eine abgeschlossene Vereinbarung bei Notwendigkeit korrigiert werden kann und muss. Die betreffenden Kooperationspartner schließen eine gemeinsame Vereinbarung ab (Muster siehe Anlage 14).

In der Kooperationsvereinbarung werden folgende Bereiche verbindlich geregelt:

- Rechtliche Handlungsgrundlagen der Kooperationsvereinbarung (Rechtsvorschriften, örtliche Ausführungsvorschriften, Hausanweisungen),
- Ziel der Kooperationsvereinbarung (Zielgruppe, Verfahren, Strukturen),
- Grundsätze der Zusammenarbeit (Kooperationspartner, namentliche Verantwortung, datenschutzrechtliche Bestimmungen),
- Formen der Zusammenarbeit (Regelungen von Abläufen und Fristen, konkrete örtliche und personelle Regelungen und Benennung des zeitlichen Rahmens, Verfahren zur Ergebniskontrolle, Vereinbarungen zur gemeinsamen Fort- und Weiterbildung sowie zur Fachberatung),
- Gültigkeit der Kooperationsvereinbarung.

## 4. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Fortbildung und Erfahrungsaustausch sind wichtige Bausteine für die Förderung der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und anderen Institutionen.

In enger Zusammenarbeit mit regionalen und überregionalen Fachkliniken, den Jugendämtern und den Leistungsanbietern der freien Kinder- und Jugendhilfe sind gemeinsame Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten und die Vernetzung in diesem Rahmen zu nutzen.

Anbieter von Aus- und Weiterbildungen, insbesondere die Fachkliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie leiten jährlich bzw. halbjährlich ihre Weiterbildungsprogramme an die zuständigen Psychiatriekoordinatoren weiter, die diese an die regionalen Arbeitskreise, an das zuständige Jugendamt, den Sozialleistungsträger, an die Leistungsanbieter der freien Jugendhilfe und an die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater / innen vermitteln.

## 5. Evaluation

Zur Gewährleistung der Fachlichkeit und der Wirksamkeit der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine Evaluation (wissenschaftliche Begleitung) der erreichten Ergebnisse notwendig.

Das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales ist für die Schaffung von Rahmenbedingungen für einheitliche Evaluationsprozesse in Mecklenburg-Vorpommern verantwortlich. Geklärt werden sollte, ob eine Selbst- oder eine Fremdevaluation angestrebt wird. Schwerpunkte bei einer Selbstevaluation sind zum einen die Erarbeitung von einheitlichen Instrumenten und zum anderen die regionale Schulung der Kooperationspartner. Bei einer Fremdevaluation liegt der Schwerpunkt bei der Eruiierung einer fachlich versierten Beratungsinstitution und der Bereitstellung von finanziellen Mitteln.

## 5 Qualität der Kooperation

Kooperation (Zusammenwirken) wird als Strategie definiert, die auf Zusammenarbeit und Austausch mit anderen basiert und zielgerichtet den (möglichen) eigenen Nutzen auf den Nutzen der Kooperationspartner abstimmt. Im Vordergrund stehen dabei aber immer das Kindeswohl bzw. die psychische und seelische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen.

Soll Kooperation in diesem Sinne stattfinden, so setzt das eine bestimmte Denkweise voraus. Das jeweils andere Konzept der Arbeit wird nicht als besser oder schlechter empfunden. Wird ein Wechsel eines Jugendlichen von einem in das andere System erforderlich, so ist das keine Aussage über die mögliche Unzulänglichkeit der Arbeit des Kooperationspartners, sondern der Versuch der Sicherung der Lebensperspektive des jungen Menschen im Rahmen seiner individuellen Möglichkeiten, mit Mitteln unterschiedlicher Systeme.

Im Sinne der *UN-Kinderrechtskonvention* (§ 24) haben alle Kinder ein Recht „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“. Insofern sind alle Maßnahmen an einer Inklusionsperspektive auszurichten, unter der Prämisse der größtmöglichen gesellschaftlichen Teilhabe und Solidarität.

Um das Ziel verbesserter Angebote und Strategien zur Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention für Kinder und Jugendliche erreichen zu können, sind Netzwerke aufgrund der Komplexität der Problemlagen unabdingbar. In diesen vernetzten Strukturen sind zielgenaue Handlungsstrategien bezogen auf den jeweiligen Sozialraum, die speziellen Problemkonstellationen und unter Berücksichtigung der Erfahrungen und Kompetenzen der beteiligten Systeme zu entwickeln, durchzuführen und zu evaluieren. Dafür die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen soll dieser Leitfaden einen Beitrag leisten.

Persönliche Kontakte sind darüber hinaus eine entscheidende Basis und häufig der Ausgangspunkt für dauerhafte Austauschprozesse. Die Kluft zwischen den Systemen ist teilweise noch sehr groß und scheint unter dem immensen Kostendruck auf beide Systeme (Gesundheit und soziale Sicherungssysteme) eher zuzunehmen. Sie wird bisher nur durch einzelne, engagierte und offene Personen überbrückt. Dabei wollen wir es nicht belassen.

Über die externe Kommunikation hinaus ist es für den Erfolg von Kooperationen notwendig, auch im eigenen System alle Beteiligten davon zu überzeugen, dass die Zusammenarbeit sinnvoll und lohnenswert ist. Nur wenn diese Überzeugungsarbeit gelingt, ist die Bereitschaft zu erwarten, die volle Kompetenz und Leistungskraft in eine Zusammenarbeit einzubringen und mit den Mitarbeitern

des Kooperationspartners gemeinsam den notwendigen Teamgeist zu entwickeln.

Konkrete Vereinbarungen wären vor allem bei neu entstehenden Kooperationen eine Hilfe, um mögliche Konflikte von vornherein auszuschließen und einen Interessenausgleich zu vereinbaren. Solche Verträge sind bisher nicht standardisiert, so dass die Erarbeitung neuer Vereinbarungen sehr zeit- und arbeitsintensiv ist und Projekte sogar schon an diesem Punkt scheitern können.

Zusammenarbeit braucht gemeinsame Interessen, die bei allen Partnern hinreichend stark ausgeprägt sind, um die Transaktionsbemühungen auf sich zu nehmen, und ein wechselseitiges Vertrauen, das stark genug ist, auch tatsächliche oder scheinbare Interessengegensätze zu überwinden.

Kontinuierliche und verbindliche Zusammenarbeit in Netzwerken schafft Vertrauen zwischen den Partnern. Netzwerke sind daher eine ausschlaggebende Basis für gemeinsame Problemlösungen. Sie setzen zusätzliche Impulse für Innovationen frei. Sich durch ein überzeugendes Leistungsangebot als attraktiver Kooperationspartner anzubieten, ist auch eine Motivation, das eigene Profil weiter zu schärfen.

Intention der Arbeitshilfe ist es, die bestehende Kooperation zwischen den Einrichtungen und Angeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und denen der öffentlichen und freien Jugendhilfe zu verbessern. Aussagen zur Qualität der erzielten Ergebnisse beziehen sich mithin auf die Bewertung der erfolgten Zusammenarbeit, nicht auf das Erreichen der im Behandlungsplan oder im Hilfeplan definierten Ziele für den einzelnen jungen Menschen.

Gleichwohl gehen wir von der Annahme aus, dass eine gelingende Zusammenarbeit sich immer auch positiv auf den Behandlungs- / Hilfeverlauf auswirken wird.

Die regelmäßige Überprüfung und Reflexion der Zusammenarbeit geht von der Prämisse aus, dass unter den beteiligten Kooperationspartnern ein vereinbartes Grundverständnis darüber vorliegt, wie eine positive Form der Kooperation aussieht. In den vorangegangenen Kapiteln wurde dazu explizit dargelegt, welche Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation als sinnvoll erachtet werden.

Die Kooperation der beteiligten Institutionen und Dienste soll in regelmäßigen Abständen überprüft und ausgewertet werden. Es ist zu empfehlen, diese Standortbestimmung einmal jährlich im Rahmen eines gemeinsamen Evaluationsworkshops aller Beteiligten vorzunehmen.

# Anlagen



# Anmeldebogen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Datum: .....

An die Praxis / Klinik / u. a.:

---



---



---

Angaben zum	Patienten:	Sorgeberechtigten:
Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Adresse:		
telefonische Erreichbarkeit:		
Krankenkasse:		

## Problembeschreibung:

Welche Symptome, seit wann und in welcher aktuellen Ausprägung?

	seit wann	weniger ----x-----sehr ausgeprägt
Ängste / sozialer Rückzug		
Depression		
Leistungseinbruch		
Wesensveränderung		
expansive Verhaltensauffälligkeiten		
Eigengefährdung		
Fremdgefährdung		

Wo traten die Probleme auf?

wie ausgeprägt?

Familie	<input type="checkbox"/>	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
Kita	<input type="checkbox"/>	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
Schule / Ausbildung	<input type="checkbox"/>	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
Freizeit	<input type="checkbox"/>	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
_____	<input type="checkbox"/>	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-

**Bisherige Behandlungsversuche:**

	Wann?	Wo?
Hausarzt	<input type="checkbox"/> _____	_____
Kinderarzt	<input type="checkbox"/> _____	_____
Psychotherapeut	<input type="checkbox"/> _____	_____
Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> _____	_____
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> _____	_____
Klinik	<input type="checkbox"/> _____	_____
Familienhilfe	<input type="checkbox"/> _____	_____
Tagesgruppe	<input type="checkbox"/> _____	_____
Stat. Jugendhilfe	<input type="checkbox"/> _____	_____
Frühförderung	<input type="checkbox"/> _____	_____
Schulpsychol. Dienst	<input type="checkbox"/> _____	_____
andere	<input type="checkbox"/> _____	_____

**Was soll durch eine Vorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erreicht werden?**

Diagnostik	<input type="checkbox"/>
Therapie	<input type="checkbox"/>
Fachberatung für das Hilfeplanverfahren (§ 35a SGB VIII)	<input type="checkbox"/>
Begutachtung nach § 35 SGB VIII	<input type="checkbox"/>
Fachberatung für kinderschutzrelevante Fragestellungen	<input type="checkbox"/>
anderes	<input type="checkbox"/>

**Wer soll über das Ergebnis der Erstvorstellung informiert werden?**

Name: \_\_\_\_\_

Institution: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Anmelder:**

Name: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Anmelder Sorgeberechtigte

# Übergabebblatt von Kinder- und Jugendhilfe für die KJPP

Datum: .....

## Kind / Jugendlicher:

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Adresse:

## Sorgeberechtigte:

Name:

Erreichbarkeit:

## Fallverantwortlicher Mitarbeiter der Kinder- und Jugendhilfe:

Name:

Erreichbarkeit:

## Hausarzt:

Name:

Erreichbarkeit:

## Aktuelle soziale Situation

derzeitige Hilfen über JA

derzeitige Wohnsituation  
(seit wann):

aktuelle Kontakte zu Eltern,  
Geschwistern (wie oft,  
Qualität):

andere wichtige  
Bezugspersonen:

## Krankenvorgeschichte:

Schwangerschaft:

- somatische  
Komplikationen:
- psychische Belastungen:
- Alkohol-/ Drogenkonsum:

Geburt:

- Ort: \_\_\_\_\_
- Zum Termin? \_\_\_\_\_
- Komplikationen: \_\_\_\_\_
- Geburtsgewicht, -länge: \_\_\_\_\_

- kindliche Entwicklung: \_\_\_\_\_
- Laufalter: \_\_\_\_\_
  - Sprachentwicklung: \_\_\_\_\_
  - Sauberkeit: \_\_\_\_\_

Impfrückstellungen /  
-mängel: \_\_\_\_\_

schwere Krankheiten,  
Operationen / Unfälle,  
Kuraufenthalte \_\_\_\_\_

bisherige KJP-Behandlung  
(siehe Anmeldebogen) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sozialanamnese:**

- Mutter:
- Name: \_\_\_\_\_
  - Alter: \_\_\_\_\_
  - Schulbildung: \_\_\_\_\_
  - Berufsausbildung: \_\_\_\_\_
  - Berufstätigkeit \_\_\_\_\_

- Vater:
- Name: \_\_\_\_\_
  - Alter: \_\_\_\_\_
  - Schulbildung: \_\_\_\_\_
  - Berufsausbildung: \_\_\_\_\_
  - Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_

Ersatzeltern: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geschwister  
(Alter, derzeitiger  
Aufenthalt): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



schwere / chronische  
Krankheiten der Eltern,  
Großeltern, Geschwister

---

---

Kita-Besuch  
(von - bis, Kitawechsel)

---

---

---

Störungen bei Kitabesuch  
(Kontaktstörungen  
hypermotorisches Verhalten,  
Aggressionen)  
Entwicklungsstörungen

---

---

---

---

---

Schullaufbahn:  
(Einschulung, Schulform,  
Schulwechsel,  
Klassenwiederholungen,  
Schulstörungen im Lernen  
und Verhalten, Schulängste)

---

---

---

---

---

---

derzeitige Schulform,  
Klassenstufe

---

---

---

bisherige Wohnsituationen  
(Umzüge, Heimaufenthalte):

---

---

---

---

bisherige Kontakte JA  
(welche Hilfen):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Anlagen:**

Gelbes U-Heft

Vorbefunde

Kitabericht

---

Schulbericht

---

Entwicklungsbericht Jugendhilfe

---

---



## Schweigepflichtsentbindung für die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Hiermit erkläre ich \_\_\_\_\_, als sorgeberechtigte Person  
für das Kind / den Jugendlichen \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_  
mein Einverständnis, dass folgende Mitarbeiter der Kinder- und Jugendhilfe

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

und folgende Mitarbeiter / Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie

\_\_\_\_\_

Kontakt aufnehmen und Berichte und Befunde austauschen dürfen.

Vor einer solchen Kontaktaufnahme werde ich als sorgeberechtigte Person informiert.  
Im Behandlungs- und Betreuungsverlauf werde ich durch

\_\_\_\_\_

über Behandlungsmaßnahmen und Betreuungsschritte in Kenntnis gesetzt und einbezogen.

Ich bin in der Regel für die o. g. Personen unter folgender Adresse / Tel.-Nr. zu erreichen:

\_\_\_\_\_

Ort / Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift  
Kind / Jugendlicher

\_\_\_\_\_

Unterschrift  
sorgeberechtigte Person



An:

Absender / Klinik

_____	_____
_____	_____
_____	_____

### Kurzbrief über das Ergebnis der Erstvorstellung in der KJPP

Patient/in: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sehr geehrte/r .....

o. g. Patient/in hat sich auf Ihre Anregung hin am ..... bei uns vorgestellt.

Wir stellten die **Verdachtsdiagnose nach ICD 10:**

Achse I: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Achse II: \_\_\_\_\_

Achse III: \_\_\_\_\_

Achse IV: \_\_\_\_\_

Achse V: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Achse VI: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

und beabsichtigen:

- ambulante Diagnostik
- teilstationäre Behandlung
- stationäre Behandlung
- Überweisung an: \_\_\_\_\_
- keine weiteren Maßnahmen, weil: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Für Rückfragen steht Ihnen ..... unter der Telefonnummer ..... bzw. E-Mail-Adresse ..... zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
*Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift*



An:

Absender / Klinik

_____	_____
_____	_____
_____	_____

### Kurzbrief über das Ergebnis der Diagnostik

Patient/in: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sehr geehrte/r .....

o. g. Patient/in wurde vom ..... bis ..... in unserer Klinik / Praxis diagnostiziert.

Wir stellen die **Diagnose nach ICD 10:**

Achse I: \_\_\_\_\_

Achse II: \_\_\_\_\_

Achse III: \_\_\_\_\_

Achse IV: \_\_\_\_\_

Achse V: \_\_\_\_\_

Achse VI: \_\_\_\_\_

### Medizinische Untersuchungsbefunde:

- körperlich: unauffällig ja  nein  .....
- neurologisch: unauffällig ja  nein  .....
- Labor: unauffällig ja  nein  .....
- EKG: unauffällig ja  nein  .....
- EEG: unauffällig ja  nein  .....
- ..... unauffällig ja  nein  .....
- ..... unauffällig ja  nein  .....

### Psychologische Diagnostik (Verfahren und Ergebnis):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Psychosoziale Leistungsfähigkeit:**

Funktionsfähigkeit im Alltag (Bewertung in Schulnoten):

Familie:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Schule, Ausbildung:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Freizeitgestaltung:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Beziehungsgestaltung:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Selbstständigkeit:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6							

**Therapie:**

allgemeine Ziele:

---

---

---

sind Medikamente notwendig:  ja  Indikation noch unklar  nein

wenn ja, welche:

welche Symptome sollen mit den Medikamenten behandelt werden:

welche Medikamente sind dafür geeignet:

welche anderen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen sollten angewendet werden:

	empfohlen	geplant	eingeleitet	Termin
ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ambulante KJP-Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
teilstationäre KJP-Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
stationäre KJP-Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Familientherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hilfen nach KJHG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Für Rückfragen steht Ihnen ..... unter der Telefonnummer ..... bzw. E-Mail-Adresse ..... zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## Protokoll Helferkonferenz in der KJPP

Datum: \_\_\_\_\_

Patient/in: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Teilnehmer:**

---



---



---

**Themen (TOP):**

1	
2	
3	
4	
5	
6	

Vereinbarungen:	Verantwortlicher:	Termin:

**Unterschriften:**

---



---



---



## Protokoll Helferkonferenz in der Kinder- und Jugendhilfe

Datum: \_\_\_\_\_

Patient/in: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

### Teilnehmer:

---

---

---

### Themen (TOP):

1	
2	
3	
4	
5	
6	

Vereinbarungen:	Verantwortlicher:	Termin:

Unterschriften:

---

---



An:

Absender / Klinik

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

### Kurzbrief Therapieende

Patient/in: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sehr geehrte/r .....

o. g. Patient/in befand sich vom ..... bis ..... in unserer Behandlung mit dem Ziel:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wir stellten die **Diagnose nach ICD 10:**

Achse I: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Achse II: \_\_\_\_\_

Achse III: \_\_\_\_\_

Achse IV: \_\_\_\_\_

Achse V: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Achse VI: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Durchgeführte Therapie:**       ambulant       teilstationär       stationär

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ergebnis der Behandlung:**

Symptome:     geheilt             gebessert             unverändert             verschlechtert

**Psychosoziale Leistungsfähigkeit:**

Funktionsfähigkeit im Alltag (Bewertung in Schulnoten):

Familie:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Schule, Ausbildung:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Freizeitgestaltung:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Beziehungsgestaltung:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Selbstständigkeit:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6							

**Entlassungsmedikation:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Empfohlene Maßnahmen zur Weiterbetreuung:**

medizinisch:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

psychosozial:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Für Rückfragen steht Ihnen ..... unter der Telefonnummer ..... bzw. E-Mail-Adresse ..... zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
*Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift*

# Anmeldebogen für die Kinder- und Jugendhilfe

Datum: .....

**An das Jugendamt:**

---



---



---

Angaben zum	Patienten:	Sorgeberechtigten:
Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Adresse:		
telefonische Erreichbarkeit:		

**Problembeschreibung:**

Welche Symptome, seit wann und in welcher aktuellen Ausprägung?

	seit wann	weniger ----x-----sehr ausgeprägt
Ängste / sozialer Rückzug		
Depression		
Leistungseinbruch		
Wesensveränderung		
expansive Verhaltensauffälligkeiten		
Eigengefährdung		
Fremdgefährdung		

Wo traten die Probleme auf?

wie ausgeprägt?

Familie	<input type="checkbox"/>	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
Kita	<input type="checkbox"/>	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
Schule / Ausbildung	<input type="checkbox"/>	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
Freizeit	<input type="checkbox"/>	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
	<input type="checkbox"/>	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-

**Bisherige Behandlungsversuche:**

	Wann?	Wo?
Hausarzt	<input type="checkbox"/> _____	_____
Kinderarzt	<input type="checkbox"/> _____	_____
Psychotherapeut	<input type="checkbox"/> _____	_____
Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> _____	_____
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> _____	_____
Klinik	<input type="checkbox"/> _____	_____
Familienhilfe	<input type="checkbox"/> _____	_____
Tagesgruppe	<input type="checkbox"/> _____	_____
Stat. Jugendhilfe	<input type="checkbox"/> _____	_____
Frühförderung	<input type="checkbox"/> _____	_____
Schulpsychol. Dienst	<input type="checkbox"/> _____	_____
andere	<input type="checkbox"/> _____	_____

**Was soll durch eine Vorstellung in der Kinder- und Jugendhilfe erreicht werden?**

- Unterstützung familiärer Integration
- Unterstützung der sozialen Entwicklung
- Unterstützung der emotionalen Entwicklung
- Unterstützung der Reintegration in Kita / Schule / Ausbildung
- Einleitung Hilfeplanverfahren nach § 35a SGB VIII
- Unterstützung der Therapie
- anderes: \_\_\_\_\_

**Wer soll über das Ergebnis der Erstvorstellung informiert werden?**

Name: \_\_\_\_\_

Institution: \_\_\_\_\_

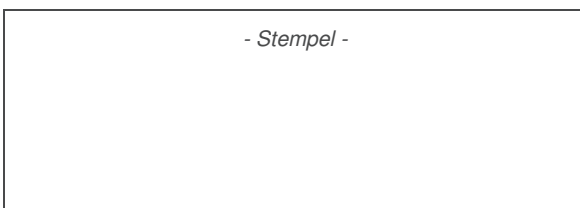
Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Anmelder:**

Name: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Unterschrift: \_\_\_\_\_

Anmelder Sorgeberechtigte



An:

Absender / Klinik

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## Kurzbrief über das Ergebnis der Erstvorstellung in der KJ-Hilfe

Kind / Jugendliche/r: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sehr geehrte/r .....

o. g. Kind / Jugendliche/r hat sich auf Ihre Anregung hin am ..... bei uns vorgestellt.

Der / die o. G. ist uns bereits bekannt, das Übergabeblatt (Anlage 2 zum Leitfaden Kooperation KJH / KJPP) wird anliegend mitgereicht.

Der / die o. g. ist uns noch nicht bekannt, wir beabsichtigen:

- Beratung
- Einleitung eines Hilfeplanverfahrens
- keine weiteren Maßnahmen, weil:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Für Rückfragen steht Ihnen ..... unter der Telefonnummer ..... bzw. E-Mail-Adresse ..... zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
*Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift*



## Entlassungsplanung (Beginn 4 Wochen vor planmäßiger Entlassung)

**Klinik:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Patient/in:** \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

**Fallverantwortlicher Therapeut / Arzt:** \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Verantw. Lehrer der Krankenhausschule:** \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**geplantes Entlassungsdatum:**

**Entlassungsmedikation:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mitgabe durch Klinik für ..... Tage

Mitgabe eines Rezeptes

Rezept muss nach Entlassung ausgefüllt werden von: \_\_\_\_\_

**Medizinische Weiterbehandlung erforderlich:**

nein /  ja

• wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

• Termin am: \_\_\_\_\_

**Kinder- und jugendpsychiatrische Weiterbehandlung erforderlich:**

nein /  ja

Was?

Wann?

Wo?

Was?	Wann?	Wo?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Kita / Schule:**

Kita-Besuch ab: \_\_\_\_\_

verantwortliche Kita-Erzieherin: \_\_\_\_\_

Übergabegespräch mit der Kita am: \_\_\_\_\_

Reintegrationsmaßnahmen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Rückkehr in die Heimatschule / -klasse bzw. in bereits feststehende  
 Schule / Klasse  nein /  ja

**wenn ja**, verantwortlicher Lehrer: \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
 Übergabegespräch am: \_\_\_\_\_  
 Schulbesuch ab: \_\_\_\_\_

Reintegrationsmaßnahmen:	nein	ja	verantwortlich
• gestufte Belastungssteigerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Nachhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Stützlehrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Förderstunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• sozialpädagogische Unterrichtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**wenn nein:**  
 Wer organisiert die Umschulung? \_\_\_\_\_  
 Welche Befunde arbeitet die Klinik zu? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Wer betreut Kind / Jugendlichen nach der  
 Entlassung in der regulären Schulzeit? \_\_\_\_\_

Ab wann ist Patient aus medizinischer Sicht schulfähig? \_\_\_\_\_  
 Krankschreibung wird mitgegeben bis \_\_\_\_\_  
 Krankschreibung durch Hausarzt erforderlich  nein /  ja

**Ausbildung:**  
 Patient kehrt in die Ausbildungsmaßnahme zurück  
 Ansprechpartner in der Ausbildung: \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
 Übergabegespräch erforderlich?  nein  ja Termin: \_\_\_\_\_

Patient hat keine Ausbildungsmaßnahme / Arbeit

Was ist zur Klärung erforderlich?

Verantwortlich:

Wann?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Jugendhilfe**

Patient benötigt nach Entlassung Jugendhilfemaßnahmen

nein /  ja

wenn ja, verantwortlicher Mitarbeiter des Jugendamtes:

\_\_\_\_\_

Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse:

\_\_\_\_\_

Helferkonferenz geplant:

nein /  ja

wenn ja, Organisation durch:

\_\_\_\_\_

Termin und Ort:

\_\_\_\_\_

Teilnehmer:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Maßnahmen:**

Welche?

empfohlen

geplant

realisiert

Beginn

verantwortl. Ansprechpartner

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

ausgehändigt an:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



Verantwortlichkeit für die Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in unterschiedlichen Konstellationen

1. Verantwortlichkeit für die Kooperation bei Vorliegen der Notwendigkeit der Einbeziehung der Kinder- und Jugendhilfe durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ausgangslage	Maßnahmen	Kinder- und Jugendhilfe	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Personensorgeberechtigte	Kooperation der KJPP mit der Jugendhilfe
von KJPP zu Jugendhilfe	(Aufnahme-) Gespräch, Diagnostik		Vorschlag zu einer Jugendhilfemaßnahme an PS	Ausübung des Sorgerechts	- ggf. vorherige Abstimmung der Möglichkeiten
	Kontakt zum JA		- auf Wunsch der PS Kontaktanbahnung zum JA		- Information des JA - verantwortlichen Mitarbeiter feststellen
Sonderfall	bei Kindeswohl-Gefährdung oder Verdacht auf		- Kontakt zum JA, Info an die PS		- Teilnahme an zeitnahe HPG, Zuarbeit durch gutachterliche Stellungnahme
im Sonderfall	Fachgespräche	- Beteiligung	- Durchführung des Fachgespräches		- Einbeziehung der Juhi ins Fachgespräch
	Hilfeplangespräche beim JA	- Einladung KJPP zum HPG - Protokoll des HPG an KJPP	Teilnahme an HPG		- fundierte Vorbereitung des und Teilnahme am HPG - Bereitstellung der notwendigen Informationen
	Entlassung nach Therapie ins Elternhaus	Vorbereitung mit den Eltern u. ggf. ambulanter Maßnahmen	- Vorbereitung mit den Eltern - rechtzeitige Abstimmung mit der Juhi		Information und Beratung der Jugendhilfe über Möglichkeiten und weitere Maßnahmen
	Entlassung nach Therapie in Juhi-Einrichtung	Vorbereitung mit den Eltern und der Einrichtung	zeitnahe Erstellung und Überlassung der Epikrise		- bei unmittelbarer Übernahme in Juhi strukturierte Übergabe durch kompetente Vertreter der KJPP
	Notentlassung aus Therapie	Übernahme in Notdienst	rechtzeitige Info an Juhi, Abstimmung		- kurzfristige Abstimmung zum Vorgehen
	Jugendhilfemaßnahme	- Information über den Verlauf an KJPP (bei Einverständnis der PS)	Beratung der Juhi Einrichtung, evtl. amb. Weiterbetreuung		- Beratung mit der Jugendhilfe über Rückführmodalitäten und Vorgehen

2. Verantwortlichkeit für die Kooperation bei Vorliegen der Notwendigkeit der Einbeziehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Kinder- und Jugendhilfe

Ausgangslage von Jugendhilfe zu KJPP	Maßnahmen	Kinder- und Jugendhilfe	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Personensorgeberechtigte	Kooperation der Jugendhilfe mit der KJPP
gilt auch für Krisen, dann beschleunigt	Diagnostik und/oder Therapie sind nötig	- Klärung mit den Eltern			- ggf. Einladung der KJPP
	Kontakt zur Psychiatrie	- Anmeldung in der KJPP durch die Eltern oder JA - Unterstützung der Eltern bei der Zusammenstellung vorhandener Vorbefunde	- schriftliche Information an Juhli nach vorher vereinbartem Zeitplan (bei Einverständnis der PS)		- Übergabe des Informationsblattes an die KJPP durch die Juhli - Kontaktperson der Juhli festlegen - Schweigepflichtsentscheidung vorlegen
	während der Therapie		- Vorbereitung mit den Eltern u. ggf. ambulanter Maßnahmen	Ausübung des Sorgerechts	- Teilnahme am Diagnostik- Auswertungsgespräch (bei Einverständnis der PS) - kontinuierliche Information - Beteiligung der KJPP am Hilfeplangespräch, Überlassung des Protokolls
	KJPP-Behandlungsende		- Therapiebericht - Vorbereitung der Entlassung - rechtzeitige Information an die Juhli über Behandlungsende/Abbruch sofort - Bericht an die Jugendhilfe		- Information über den Stand der Eingliederungsvorbereitungen/Juhli-Maßnahmen an die KJPP
	Entlassung nach Therapie ins Elternhaus		- Vorbereitung mit den Eltern u. ggf. ambulanter Maßnahmen		Beratung mit der KJPP über Unterstützungsmöglichkeiten für die PS
gilt auch bei Not-entlassung	Entlassung nach oder während der Therapie in Einrichtung Jugendhilfe	- Vorbereitung mit den Eltern und der Einrichtung	Beratung der Juhli Einrichtung		Klärung der Rückführungsmodalitäten durch das JA



**Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke  
(Psychischkrankengesetz - PsychKG M-V)  
in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. April 2000**

**Fundstelle:** GVOBl. M-V 2000, S. 182

Gesamtausgabe

Stand: letzte berücksichtigte Änderung: §§ 1, 15, 16, 18, 33, 35, 36 geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 9. November 2010 (GVOBl. M-V S. 642, 649)

Sie finden das Gesetz im Dienstleistungsportal des Landes Mecklenburg-Vorpommern / Stichpunkt Landesrecht unter folgendem Link:

[http://www.landesrecht-mv.de/  
jportal/portal/page/bsmvprod.psml?showdoccase=1&doc.  
id=jlr-PsychKGMVrahmen&st=lr](http://www.landesrecht-mv.de/jportal/portal/page/bsmvprod.psml?showdoccase=1&doc.id=jlr-PsychKGMVrahmen&st=lr)



## **§ 1631b BGB Mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung**

Eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, bedarf der Genehmigung des Familiengerichts. Die Unterbringung ist zulässig, wenn sie zum Wohl des Kindes, insbesondere zur Abwendung einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung, erforderlich ist und der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch andere öffentliche Hilfen, begegnet werden kann. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.



- Muster -

## **Kooperationsvereinbarung der Kinder- und Jugendhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

### **Präambel**

Die gemeinsame Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die fördernde Begleitung von Entwicklungsprozessen bei Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf, insbesondere die hilfreiche Gestaltung in akuten Krisensituationen. Diese Aufgabe setzt die gegenseitige Akzeptanz der jeweiligen Fachlichkeit voraus. So sollte die Kooperation auf gleicher Augenhöhe gelingen. Die Zusammenarbeit darf nicht von menschlichen Zufälligkeiten abhängen, sie ist fachlich und rechtlich gefordert. Kooperationen folgen der Zielvorstellung, durch Bündelung von Fachkompetenzen und Möglichkeiten der verschiedenen Systeme möglichst passgenaue Hilfen zu entwickeln. Damit können u. a. auch die Ressourcen der Hilfesysteme effizienter genutzt werden.

Grundlagen für diese Kooperationsvereinbarung, in der das Bestreben der Kooperationspartner nach gemeinsamer Verantwortung zum Ausdruck kommt, bietet der Leitfaden zur Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Dies vorausgeschickt, vereinbaren

das Jugendamt .....  
vertreten durch den/die Amtsleiter/in .....

und die Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie  
vertreten durch den/die .....

und .....  
vertreten durch den/die .....  
(für weitere Kooperationspartner)

wie folgt:

## 1. Gegenstand und Zweck der Kooperationsvereinbarung

Auf Grundlage dieser Vereinbarung

1. sind bei der Behandlung, Betreuung und Begleitung von Fällen mit komplexem Hilfebedarf verschiedene Hilfesysteme beteiligt,
2. tragen alle Professionellen gemeinsam Verantwortung für die Aushandlung und Gestaltung möglichst optimaler Hilfeprozesse,
3. sind die bereits vorhandenen positiven Ansätze in der Zusammenarbeit zwischen dem Jugendamt und der Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie weiter auszubauen und zu festigen,
4. sollte es beiden Seiten gelingen, rechtzeitig und mit gebündelten Kräften auf die Bedürfnisse und die individuelle Entwicklung junger Menschen einzuwirken,
5. werden im Sinne der Verbesserung der Lebenssituation von jungen Menschen und deren Familien besonders folgende Schwerpunkte für die Entwicklung und Verbesserung der Zusammenarbeit als Leitziele bestimmt:
  - Kooperative Bearbeitung im Einzelfall
  - Durchführung gemeinsamer Fort- und Weiterbildungen sowie Fachberatungen.

Beide Seiten sind von der Notwendigkeit einer Abstimmung beider Tätigkeitsfelder im Sinne einer gegenseitigen Kooperation überzeugt, da sich die Kinder- und Jugendhilfe und die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen ihrer jeweiligen Aufgabenbestimmung an Schnittstellen gleichen Zielgruppen zuwenden. Dabei sind die Kooperationspartner gegenseitig anzuerkennen:

- das Jugendamt mit seinen Leistungen in erster Linie als Hilfsangebot für junge Menschen und deren Familien und
- die Kinder- und Jugendpsychiatrie als medizinische Versorgungseinrichtung mit ihrem Behandlungsauftrag.

## 2. Grundlagen der Zusammenarbeit

Voraussetzung für die Gewährung einer Jugendhilfemaßnahme ist **der erzieherische Bedarf und der Bedarf zur Wiedereingliederung**. Über diesen Bedarf müssen alle im Prozess Beteiligten in einem Aushandlungsprozess entscheiden.

Voraussetzung für eine Leistung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychotherapeuten ist der **Behandlungsbedarf**. Über den Behandlungsbedarf entscheidet der Arzt oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, der mit dem Einzelfall befasst ist, nach diagnostischer Abklärung des Krankheitsbildes.

### 3. Formen der Zusammenarbeit

1. Die Kooperationspartner benennen verbindliche Koordinatoren für die Zusammenarbeit:  
für das Jugendamt: .....
- für die Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie:  
.....
2. Die Kooperationspartner führen mindestens einmal jährlich ein Informations- und Strategiegelgespräch durch, um die Zusammenarbeit konzeptionell weiter zu entwickeln. Die erforderliche Terminabstimmung erfolgt zwischen den Koordinatoren der Vertragspartner.  
  
Die Koordinatoren haben weiterhin folgende Aufgaben:
  - Fortschreibung und Evaluierung der Wirksamkeit der Kooperationsvereinbarung (weitere Aufzählungen möglich).
3. Grundsätzlich sind beide Seiten zum Datenschutz gemäß Bundesdatenschutzgesetz verpflichtet. Verwiesen wird auf das SGB VIII §§ 61 ff. und auf die Musterberufsordnung für Ärzte.

#### 3.1 Fallbezogene Zusammenarbeit

1. Im Rahmen der Einzelfallhilfe, welche durch das Jugendamt beschieden, vermittelt und koordiniert wird, nimmt ein/e Vertreter/in der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Hilfeplanprozess teil. An entsprechenden Auswertungsgesprächen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird ein/e Vertreter/in des Jugendamtes beteiligt.
2. Die Zusammenkünfte zu den Gesprächen werden rechtzeitig, (hier genau definieren z. B. 14 Tage vor dem Gesprächstermin), bekannt gegeben, um allen Vertretern/innen die Teilnahme zu ermöglichen.
3. Wenn der/die Vertreter/in des Jugendamtes/der Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Gesprächsteilnahme verhindert ist, ist die jeweils andere Seite darüber in Kenntnis zu setzen. In Absprache werden in mündlicher bzw. schriftlicher Form die erforderliche fachliche Stellungnahme bzw. das Ergebnisprotokoll des Gespräches zeitnah weitergeleitet.

### 3.2 Fort- und Weiterbildung sowie Fachberatung

1. Regelmäßige Fortbildungen und ein gemeinsamer Fachaustausch soll die Kommunikation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie qualifizieren und verbessern. Dazu gehören die wechselseitige Information über Aufgaben- und Leistungsprofile der jeweiligen Einrichtung. (hier genau definieren z. B. die 2 mal jährlich stattfinden)
2. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit der gegenseitigen Fachberatung in allen Grundsatzfragen, die zu nutzen ist.

### 4. Geltungsdauer der Kooperationsvereinbarung

Diese Kooperationsvereinbarung tritt am .....  
in Kraft und läuft unbefristet. Sie kann jedoch mit einer Frist von einem halben Jahr zum 01.01. oder 01.07. eines jeden Jahres gelöst werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Jugendamt / Amtsleiter

\_\_\_\_\_  
Vertreter der Kinder- u. Jugend-  
psychiatrie

\_\_\_\_\_  
u. U. weiterer Vertreter





