www.kinderpsychiater.org

www.dgkjp.de

Gemeinsame Stellungnahme
der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände
DGKJP, BAG KJPP, BKJPP

erarbeitet durch die Gemeinsame Kommission Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion

zur

Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie mit der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des § 35a SGB VIII sowie im Rahmen von § 27 SGB VIII und § 1631b BGB

Autoren: Kölch, Fegert, Berg, Jung

I. Ausgangslage:

Das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (KJPP) ist ein medizinisches Fach an der Schnittstelle zu anderen Professionen, mit denen es innerhalb der Kliniken und Praxen, aber auch außerhalb dieser regelmäßig zusammenarbeitet. Neben Schule und Berufsbildung ist vor allem die Kinder- und Jugendhilfe (KJH) ein wichtiger Partner.

In den letzten Jahren haben sich einige Veränderungen im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ergeben. Die Zahl der niedergelassenen Fachärzte ist deutlich angestiegen, derzeit sind 1014 Fachärzte in Praxen tätig (KBV, persönliche Mitteilung, Stand Jan. 2015). Niedergelassene Fachärzte können im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) eine umfassende, multiprofessionelle Behandlung der Patienten anbieten. In Deutschland bestehen zum Jahresanfang 2015 ca. 720 SPV-Praxen (Hagen, 2015).Im klinischen Bereich fand einerseits ein Abbau der Bettenkapazitäten,

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG)
Dr. Martin Jung
Kommissarischer Vorsitzender
HELIOS Fachklinik Schleswig GmbH
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Friedrich-Ebert-Str. 5
24837 Schleswig
Tel.: 0 46 21/ 83-1600
Fax: 0 46 21/ 83-4852
E-Mail: Martin.Jung@helios-kliniken.de

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)
Dr. med. Gundolf Berg,
Vorsitzender
Rhabanusstraße 3
55118 Mainz
Tel.: 0 61 31 – 69 38 07 0
Fax: 0 61 31 – 69 38 07 2
E-Mail: berg@bkjpp.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)
Prof. Dr. med. Jörg Fegert
Präsident
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm
Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm
☎ 0731 / 5006-1600; 🗐 0731 / 5006-1602
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

andererseits ein Aufbau von tagesklinischen, meist wohnortnahen Versorgungsangeboten, sowie die Gründung von wohnortnahen Institutsambulanzen statt. Insgesamt gibt es knapp 6.000 stationäre bzw. teilstationäre Behandlungsplätze in Deutschland. Bei einem Anstieg der Fallzahlen in den Kliniken um ca. 270% seit den 90-iger Jahren des letzten Jahrhunderts sank gleichzeitig die durchschnittliche Verweildauer der stationär behandelten Patienten drastisch, nämlich von 1991 bis 2011 um 70%, d.h. von ca. 126 Tagen auf ca. 38 Tage. Die Auslastungsquote der Kliniken ist zudem deutlich gestiegen.
Mehrere Studien haben gezeigt, dass die von der KJPP behandelten sowie von der KJH betreuten Kinder und Jugendlichen oftmals beider Hilfesysteme bedürfen. Es gibt fundierte Informationen darüber, welche Bedarfe der komplexen professionellen Betreuung bei den Kindern und Jugendlichen bestehen (vgl. u.a. Schmid et al. 2008, Fegert & Besier 2013, Ford et al. 2007, Adam & Hoffmann, 2012). Es wurde belegt, dass das Scheitern einer Maßnahme für Kinder und Jugendliche die Chancen auf den Erfolg einer weiteren Maßnahme deutlich reduziert (Macsenare & Schemenau 2008).
Eine wesentliche gesetzliche Grundlage zur Kooperation zwischen KJPP und KJH findet sich im § 35a SGB VIII. Dazu hat die Kommission bereits 2008 eine Stellungnahme veröffentlicht, die das Verfahren nach § 35a SGB VIII hinsichtlich fachlicher Standards, typischer Konstellationen und auch hinsichtlich Problemen in der Zusammenarbeit erläutert (Fegert et al. 2008).
In den letzten Jahren sind lokal vielfältige Kooperationen zwischen KJH sowie KJPP, sowohl im klinischen, als auch im niedergelassenen Bereich entstanden. Beispielhaft für eine verbesserte Versorgung sind Heimkindersprechstunden sowie verfasste Kooperationsvereinbarungen zwischen Kliniken und Praxen mit Jugendämtern zu benennen. Gleichwohl besteht, wahrnehmbar in beiden Systemen, der Wunsch, die Kooperation weiter zu verbessern. Die gemeinsame Kommission Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften (DGKJPP, BAG KJPP, BKJPP) befasst sich seit langem mit dieser Thematik und möchte hier im Dialog mit der Kinder- und Jugendhilfe Standards der Zusammenarbeit etablieren und verbessern. Im folgenden Papier werden deshalb einige Themenfelder aus Sicht der KJPP benannt, die in der Zusammenarbeit problematisch sein können und die eine Zusammenarbeit besonders belasten können. Ausdrückliches Ziel des Papiers ist es, in einem Austausch der Beteiligten gemeinsame, von beiden Seiten akzeptierte und damit auch vereinheitlichte Regelungen und Lösungsmöglichkeiten zu definieren. Gerade angesichts der Diskus-

sion über die Umsetzung einer inklusiven Lösung für Kinder und Jugendliche mit Behinderung steht die Zusammenarbeit zwischen Medizinern und Kinder- und Jugendhilfe exemplarisch auf dem Prüfstand.

II. Themenfelder:

Typische Themenfelder für eine weitere Verbesserung der Kooperation zwischen KJPP und KJH aus Sicht der Kommission sind die Einbeziehung in die Hilfeplanung, die Berücksichtigung kinder- und jugendpsychiatrischer Expertise im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 35a SGB VIII, die Entwicklung eines gemeinsamen Fallverständnisses unter Kenntnis der fachlichen Standards der jeweils anderen Seite, der Umgang mit Krisen und freiheitsentziehenden Maßnahmen nach § 1631b BGB, der Einbezug von Eltern bzw. Sorgeberechtigten und der Umgang mit Finanzierungslücken, die in der Kooperation zwischen den SGB V und den SGB VIII-Versorgungssystemen evident werden. Einzelne Themenfelder betreffen nicht gleichermaßen die stationäre und die ambulante KJPP, auch die Ressourcen für Kooperationen sind zum Teil unterschiedlich, wenn man den ambulanten und stationären Sektor im SGB V betrachtet. Im Folgenden werden diese Themenfelder benannt und Lösungsansätze aus Sicht der KJPP dargestellt.

1. Einbezug in die Planung von Interventionen und Maßnahmen

<u>Beteiligung an der Hilfeplanung (§§ 27 ff, § 36 Abs. 2 und 3 SGB VIII):</u>

Der Einbezug der Expertise der KJPP hinsichtlich Art und Ausgestaltung von Jugendhilfemaßnahmen ermöglicht es, wichtige krankheits- bzw. störungsspezifische Bedarfe der Patienten auch bei Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen gut zu berücksichtigten. Andererseits könnte ein frühzeitiger – noch während des stationären Aufenthaltes stattfindender Einbezug der KJH in die Planung der poststationären Phase die Möglichkeiten der vorwiegend pädagogisch orientierten Jugendhilfemaßnahmen verbessern. Es darf dabei nicht um die Dominanz eines Systems über das andere gehen, sondern um eine Zusammenarbeit der beiden für die Klienten wichtigen Systeme.

Frühzeitige Information der zuständigen Jugendhilfeträger durch den Partner der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie sowie eine beschleunigte Hilfeplanung sind insbesondere geboten, wenn es um die Suche nach

einer geeigneten Einrichtung für ein stationär behandeltes Kind bzw. einen Jugendlichen geht. Denn durch die -von den Krankenversicherungen determiniert - sinkenden Verweildauern bei gleichzeitig bestehendem hohem Aufnahmedruck durch Notaufnahmen können manche Hilfeplanungsprozesse kaum mehr mit der aus Sicht der Jugendhilfe vielleicht gebotenen Zeit während einer stationären Behandlungsphase geplant werden, sondern es werden sehr rasch einsetzende Anschlussmaßnahmen erforderlich. Real bestehende Bettenkapazitäten und ein hoher Entlassdruck durch die Kostenträger im SGB V machen es aus Sicht der KJPP erforderlich, hier vom Jugendhilfepartner Möglichkeiten nach Priorisierung mit beschleunigten Entscheidungsprozessen fordern zu müssen.

Im ambulanten Bereich sind Hilfen zur Erziehung gemäß §§ 27ff. SGB VIII gerade bei Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Störungen oftmals eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg therapeutischer Maßnahmen und diese bekommen damit eine sehr wichtige Bedeutung zur Förderung einer möglichst gesunden Weiterentwicklung der Kinder und Jugendlichen. Häufig sind im Rahmen der Behandlung umfangreiche Interventionen zur Motivation einer Familie, sich an ein Jugendamt zu wenden, erforderlich. Umso wichtiger erscheint es gerade in diesen Fällen, eine möglichst enge Abstimmung der Jugendhilfeplanung und der therapeutischen Maßnahmen zu erreichen. Insbesondere im Rahmen von ohnehin bereits multiprofessionell orientierter Behandlung in sozialpsychiatrischen Praxen oder Klinikambulanzen ist eine Abstimmung mit dem zuständigen Jugendamt relativ gut realisierbar, wird aber regional sehr unterschiedlich genutzt.

Das Verfahren nach § 35a SGB VIII legt nach der Feststellung der anspruchsbegründenden Tatsache (seelische Erkrankungen nach der jeweils geltenden Fassung der Internationalen Klassifikation seelischer Erkrankungen, derzeit ICD 10 GM) die Federführung für Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche in die Hand des Jugendamtes. Auch wenn die Federführung für den zweiten Schritt in der Hand des Jugendamtes liegt, soll die fachliche Stellungnahme der KJPP in der Planung berücksichtigt werden. Im Gesetz gibt es einen klaren Hinweis auf die Notwendigkeit, entsprechende Expertise einzuholen.

Krankheits- bzw. störungsspezifische Faktoren haben für die Prognose der jeweiligen Hilfen bei Kindern und Jugendlichen, die von einer seelischen Behinderung bedroht sind, eine zentrale Bedeutung und müssen konsequenterweise bei der Planung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe mit einbezo-

gen werden. Dies gilt gleichermaßen für ambulant wie für stationär behandelte Kinder und Jugendliche. (vgl. hierzu auch die Stellungnahme der Kommission von 2008).
Zeigt sich die mögliche Indikation für eine Eingliederungshilfe im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung, so ist in der Regel eine eingehende Diagnostik zu Lasten der Krankenversicherung erfolgt. Für diese Fälle bleibt die Frage nach der Finanzierung von gutachterlichen Stellungnahmen oftmals unbefriedigend und uneinheitlich gelöst. Hier sieht die Kommission weiteren Klarstellungsbedarf zur Unterstützung der Zusammenarbeit zwischen KJPP und KJH. Sehr unterschiedlich erscheinen aus Sicht der gemeinsamen Kommission auch die Anforderungen der Jugendämter an Inhalte und Form der gutachterlichen Stellungnahmen im Rahmen der Hilfen nach § 35a SGB VIII. Bei der Hilfeplanung ist aus Sicht der Kommission generell eine zeitnahe Hilfeplanung und ein rascher Einstieg in Hilfen anzustreben, um die Entwicklung des Kindes/Jugendlichen nicht durch zu lange Planungsprozesse weiter zu gefährden, denn die Schule, bzw. die Entwicklungsbedarfe der Kinder warten nicht.

Lösungsmöglichkeit: In verschiedenen Kooperationsverträgen zwischen KJP und KJH finden sich gute Ablaufregelungen zur Kooperation jeweils auf das Behandlungssetting bezogen. Auch zu Form und Inhalten der fachlichen Stellungnahmen gibt es bereits probate Vorschläge. Mindeststandards sollten vereinheitlicht werden. Verbindliche Regelungen zur Finanzierung der Gutachten sind notwendig. Wenn ein Kind oder ein Jugendlicher aus Sicht der KJH fachübergreifenden, komplexen Hilfebedarf aufweist, sollte frühzeitig – eventuell auch außerhalb des Gutachtenverfahrens – das Fachgebiet der KJPP hinzugezogen werden.

2. Einbeziehung der Expertise der KJPP während einer Jugendhilfemaßnahme

Viele der Kinder und Jugendlichen, die kinder- und jugendpsychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt wurden und im Anschluss eine Hilfe nach SGB VIII erhalten, benötigen eine kontinuierliche kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Weiterbehandlung. In der Praxis wird vielfach beklagt, dass den behandelnden Ärzten keine Rückmeldung über den Hilfeplan bzw. zu den Ergebnissen der Hilfeplanung gegeben wird. Anderer-

seits werden – zum Teil aus Gründen der Schweigepflicht – keine Informationen der Behandlung an die KJH weitergegeben. Immer wieder wird aus der Praxis berichtet, dass ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt für KJPP im Hilfeplangespräch Maßnahmen beschlossen werden, die die KJPP-Behandlung betreffen (z. B. Empfehlungen zu parallelen Behandlungen oder zu Klinikbehandlungen bei bereits ambulant behandelten Patienten, u. ä.). Oft scheinen unzureichende Information der zuständigen Mitarbeiter der KJH dafür wesentlich. Dadurch wird die Behandlungskontinuität gefährdet, die betroffenen Familien werden oft hochgradig verunsichert und es werden Behandlungsressourcen durch unnötige Doppeluntersuchungen und -behandlungen blockiert.

Eine unzureichende gegenseitige Einbeziehung verhindert eine optimierte gemeinsame Betreuung der Patienten auch in Fällen, in denen eine stationäre Jugendhilfemaßnahme entfernt vom bisherigen Lebensmittelpunkt durchgeführt wird, nämlich wenn mangels Information des Behandlers über den Wechsel der Jugendhilfemaßnahme eine Übergabe an eine/n weiterbehandelnde/n Kollegin/en vor Ort nicht stattfindet. Dies führt immer wieder zu Krisen-Zuweisungen in Kliniken und stellt eine vermeidbare Gefährdung der Entwicklung der Kinder- und Jugendlichen dar.

Lösungsmöglichkeit: Kooperationsvereinbarungen sollten verbindliche Regelung zur Rückmeldung an den behandelnden Facharzt KJPP beinhalten. Bei der Planung von Jugendhilfemaßnahmen muss eine ggfs. notwendige kinder- und jugendpsychiatrische Weiterbehandlung mitgeplant werden. Anamnestische Angaben und Vorbefunde sollten zur Verfügung gestellt werden, sofern die Personensorgeberechtigten hierfür ihr Einverständnis erteilen.

3. Entwicklung von Standards und Verständnis für die jeweils andere Profession

Die Behandlungsplanung im SGB V und die Hilfeplanung im SGB VIII erfolgen nach jeweils eigenen systemimmanenten Ablaufregeln. An der Schnittstelle zwischen den Systemen gibt es dabei Schwierigkeiten, die zu verhindern wären, indem man das Wissen um die Bedingungen und Abläufe im jeweils anderen Hilfesystem bei den Handelnden kontinuierlich adressieren und verbessern würde. So könnten Erfahrungen, die z.B. in der KJPP im Rahmen der Behandlung bereits gemacht wurden, dazu beitragen, bestimmte Jugendhilfemaßnahmen gar nicht erst zu planen, sondern direkt intensivere bzw. ande-

re Hilfen zu planen. Dies ist auch umgekehrt der Fall für die Planung von kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und Behandlung. Es entsteht immer wieder der Eindruck, dass seitens der Jugendhilfe die Möglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie verkannt werden.
Insbesondere, aber nicht nur im stationären Bereich, führt dies immer wieder zu Schwierigkeiten. Typisch ist dies z.B. bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens. Die kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten sind bei dieser Störung begrenzt. Es bedarf oftmals vornehmlich einer langfristig eingesetzten, stringenten Pädagogik, die durch die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung komorbider Störungen wie ADHS, depressiven Störungen, Impulskontrollstörungen etc. flankiert werden kann und muss. Eine Störung des Sozialverhaltens wird im Rahmen einer stationären Therapie selten langfristig gebessert oder gar „geheilt". Oftmals scheinen es aus Sicht der KJPP vor allem die durch die betroffenen Jugendlichen generierten sehr hohen Belastungen zu sein, die in den Einrichtungen der KJH die Hoffnung auf Unterstützung durch eine stationäre Behandlung in der KJPP entstehen lassen. Neben Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens betrifft dies oft auch junge Menschen mit intellektueller Behinderung und damit in Verbindung stehenden schwierigen Verhaltensauffälligkeiten.

Lösungsmöglichkeit: Wünschenswert wäre hier die gemeinsame Entwicklung von Konzepten, wie mit solchen, oft krisenhaften Situationen unter Nutzung beider Systeme umgegangen werden kann. Gemeinsame Fortbildungen sollten lokal etabliert werden. Auf lokaler Ebene sollte auch eine gemeinsame Strategie zur Etablierung von notwendigen Angeboten sowohl in der KJH als auch in der KJPP (ambulant und stationär) entwickelt werden. Dies bedarf aus Sicht der Kommission auch eines politischen Willens und des Schaffens entsprechender Rahmenbedingungen. Wichtig ist es ein gemeinsames Verständnis von „Krise" zu entwickeln und gemeinsame Strategien zur Überwindung dieser zu vereinbaren.

4. Minimierung der Verschiebebahnhöfe für die „Schwierigen"

Im Wechselspiel zwischen KJH und KJPP entstehen derzeit leider ungute „Verschiebebahnhöfe". Diese Verschiebungen der Kinder und Jugendlichen von einem System in das andere sind aus Sicht der Kommission nicht nur durch die speziellen Schwierigkeiten der Betroffenen determiniert, sondern

auch systembedingt, bisweilen auch sogar von anderen Systemen angeregt (wie z.B. der Polizei). Oftmals sind solche Fälle auch Ausdruck einer gewissen Ohnmacht, da meist keiner mehr weiter weiß und einfache Lösungen in diesen Fällen nicht verfügbar sind. Wenn Kinder oder Jugendliche von einem Tag auf den anderen vor die Tür - von beiden Systemen - gesetzt werden, möglicherweise ohne Vorankündigung oder gar direkt vor dem Wochenende, so führt dies neben den erheblichen Schwierigkeiten für die betroffenen Kinder und Jugendlichen auch immer wieder zu enormen Belastungen in der Zusammenarbeit von KJH und KJPP. Im Rahmen des § 1631b BGB ist gefordert, dass eine Maßnahme mit freiheitsentziehenden Elementen geeignet sein muss, eine Gefährdung abzuwenden. D.h., die Unterbringung in der KJPP muss auch das fachlich geeignete Mittel mit entsprechender Aussicht auf Therapieerfolg sein. Und genauso wie in der KJH aus sozialpädagogischer Sicht der Hilfebedarf zu prüfen ist, ist bei einer Krankenhausaufnahme die medizinische Indikation einer stationären Behandlung vom Krankenhausarzt zu prüfen (§ 39 SGB V). Ein Antrag auf oder auch die bereits bestehende richterliche Genehmigung einer Maßnahme nach § 1631b BGB ist nicht zwingend und automatisch ein Grund für eine stationäre Behandlung.

Lösungsmöglichkeiten: Kooperationsvereinbarungen müssen Regelungen enthalten, die den Kliniken bei Krisenvorstellungen flächendeckend und rund um die Uhr auch einen direkten und sofortigen Kontakt mit dem zuständigen Jugendamt ermöglichen. Regelungen, die eine unangekündigte Beendigung von Maßnahmen und Überantwortung in das jeweils andere System zukünftig verhindern, sind notwendig.

5. Kooperationsvereinbarungen etablieren

Vielerorts bestehen bereits Kooperationsvereinbarungen, sowohl zwischen der KJH und Vertretern der KJPP, als auch zwischen freien Trägern, die Leistungen der KJH erbringen und der KJPP. Diese dienen einer geregelten Zusammenarbeit und verbessern diese Zusammenarbeit. Die bestehenden Kooperationsvereinbarungen sind so heterogen, wie es die KJPP und die KJH in Deutschland sind. Lokale Gegebenheiten müssen bei den Kooperationsverträgen berücksichtigt werden, insofern wird die Heterogenität nicht komplett aufzulösen sein. Unterschiede ergeben sich z.B. schon allein aus dem Versorgungsgebiet, etwa zwischen urbanen Regionen und ländlich strukturierten

Flächenregionen. Generell wäre es begrüßenswert, wenn auf der Ebene der Jugendämter mit den Beteiligten auf Seiten der KJPP Kooperationsvereinbarungen flächendeckend möglich wären.
Auch die lokale Situation in Bezug auf die Ausstattung mit Leistungserbringern der KJH ist heterogen und beeinflusst die Kooperation zwischen KJH und KJPP. In Gegenden mit wenigen größeren Einrichtungen lassen sich Kooperationen (wie Heimkindersprechstunden, Supervision etc.) leichter umsetzen, als in Gegenden, in denen eine Vielzahl von Kleinsteinrichtungen vorhanden ist. In einigen, wenigen Regionen sind Jugendhilfeeinrichtungen angesiedelt, die auch freiheitsentziehende Maßnahmen durchführen, oder Institutionen, die besonders „schwierige“ (d.h. meist solche, die bereits mehrere Maßnahmen erhielten und bei denen diese jeweils gescheitert sind) Kinder und Jugendliche aufnehmen. Dies bedingt natürlich auch vermehrt Krisen, und damit auch für die zuständige KJPP eine erhöhte Rate an Notfallaufnahmen.
Derzeit ist die Kooperation zwischen KJPP und KJH i.d.R. nicht finanziert. Das SGB V sieht z.B. für Kliniken keine gesonderte Vergütung für diese aufwändigen Kooperationsleistungen vor. Dies kann bei dem zunehmenden finanziellen Druck auf die Kliniken und dementsprechend seit Jahren knapper werdenden Personalressourcen zu Problemen in der „Lebbarkeit“ von Kooperationen führen, oder anders formuliert, manche gewünschte Kooperation scheitert an den fehlenden Ressourcen.
Generell sorgen sich insbesondere die Kliniken darum, dass sich aufgrund des geplanten neuen Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) und des bestehenden Reformstaus die Bedingung für die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher verschlechtern wird. Auch, aber nicht nur die gute Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe erfordert eine vernünftige Ausstattung der Kliniken. Dies nicht zuletzt vor dem Hintergrund gestiegener Fallzahlen.
Im ambulanten Bereich stellt sich die Situation vergleichbar dar. Zwar bietet die Sozialpsychiatrievereinbarung grundsätzlich Möglichkeiten zur Finanzierung der Kooperation mit dem Jugendamt, die auch rege genutzt werden, jedoch ist der verfügbare finanzielle Rahmen sehr begrenzt. So ist für den Facharzt für KJPP bzw. seine sozialpsychiatrischen Mitarbeiter eine Teilnahme an Hilfeplangesprächen nicht regelhaft möglich, insbesondere dann nicht, wenn dies mit Fahrtzeit und -kosten verbunden ist (was häufig erforderlich ist). Für Fachärzte KJPP, die nicht an der Sozialpsychiatrievereinbarung teilnehmen, stellt sich die Situation noch schwieriger dar. Kooperationen mit dem

Jugendamt werden für sie nicht finanziert. Eine ausreichende Finanzierung notwendiger Kooperationstätigkeit ist sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich unabdingbar, damit getroffene Vereinbarungen auch umgesetzt werden können. Hier gilt es, gemeinsam nach Lösungen zu suchen.

Berlin, 09.09.2015

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Präsident DGKJP

Dr. med. Gundolf Berg
Vorsitzender BKJPP

Dr. med. Martin Jung
Vorsitzender BAG KJPP

Prof. Dr. med. Michael Kölch
Vorsitzender Kommission Arbeit, Soziales, Jugendhilfe und Inklusion

Kommission Jugendhilfe
der Fachgesellschaften und Verbände für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

DGKJP	**Prof. Dr. med. Michael Kölch** Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Vivantes Klinikum im Friedrichshain Vivantes Klinikum Neukölln Landsberger Allee 49, 10249 Berlin Tel.: 030 / 130 23 8001 E-Mail: Michael.koelch@vivantes.de
	Prof. Dr. med. Veit Roessner Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Universitätsklinikum Dresden Schubertstraße 42, 01307 Dresden Tel.: 0351 / 458 22 44 E-Mail: Veit.roessner@uniklinikum-dresden.de
BAG	Dr. Edelhard Thoms Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatik Morawitzstraße 2/4, 04289 Leipzig Tel.: 0342 / 864 1251 E-Mail: edelhard.thoms@parkkrankenhaus-leipzig.de
	Prof. Dr. Hubertus Adam Leitender Chefarzt im Martin Gropius Krankenhaus Oderberger Straße 8, 16225 Eberswalde Tel.: 03334 / 53 237 E-Mail: adam.kiju@mgkh.de
BKJPP	Dr. med. Susanne Jödicke-Fritz Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie Petersdorfer Str. 51, 15517 Fürstenwalde Tel.: 03361/ 5305 E-Mail: Dr.susanne.joedicke@kjp-fuerstenwalde.de
	Dr. Gundolf Berg Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bonifaziusturm A Rhabanusstraße 3, 55118 Mainz Tel.: 06131 / 214143 0 E-Mail: berg@zap-mainz.de
Experte	Dr. Thomas Meysen Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) Poststr. 17, 69115 Heidelberg Tel.: 06221 / 98 18 0 E-Mail: thomas.meysen@dijuf.de

Stand: Oktober 2014

Literatur:

Aarons GA, James S, Monn AR, Raghavan R, Wells RS, Leslie LK: Behavior problems and placement change in a national child welfare sample: a prospective study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2010, 49:70-80.

Adam, H. & Hoffmann, M. (Hrsg.): You´ll never walk alone. Ein Kooperationsprojekt von stationärer kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Verlag Ruhiges Bewegen, Berlin, 2012.

Fegert, J.M. & Besier, T. 2010, "Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem" in Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht - Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen, Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, pp. 987-1110.

Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R: Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry* 2007, 190:319-325.

Hagen, B, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung Zwischenbericht 2013

Kassenärztliche Bundesvereinigung: Persönliche Mitteilung, 2015

Kölch M, Keller F, Kleinrahm R, Fegert JM: Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung und Zielplanung bei Kindern mit komorbiden Störungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. *Prävention und Rehabilitation* 2007, 19:8-18.

Macsenaere, M. & Knab, E. (2004). Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS). Eine Einführung. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Mascenaere M, Schemenau G: Erfolg und Misserfolg in der Heimerziehung. Ergebnisse und Erfahrungen aus der Evaluation Erzieherischer Hilfen (EVAS). *Unsere Jugend* 2008, 60:26-33.

Merchel, J. (2004b). Qualitätsentwicklung. Eine Perspektive zur systematischen Kooperationsverbesserung zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie? In J.M. Fegert & C. Schrapper (Hrsg.), Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation (S. 583-589). Weinheim: Juventa.

Schmid M, Goldbeck L, Nützel J, Fegert JM: Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2008, 2:2.

Singer H, Prestel A, Schmid M, Keller F, Fegert JM, Kölch M: Wirkungsmessung pädagogischer Interventionen: Anpassung eines Zielerreichungsinstruments an jugendforensische Anforderungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2009, 58:450-464.