

# Psychosoziale Planungs- und Versorgungskonzepte für Kinder und Jugendliche

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

---

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur (BGA)



# Psychosoziale Planungs- und Versorgungskonzepte für Kinder und Jugendliche im internationalen Vergleich

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Autorinnen:

Sophie Sagerschnig  
Judith Anzenberger  
Daniela Kern  
Sonja Valady

Projektassistenz:

Menekse Yilmaz

Wien, im Dezember 2012

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur (BGA)

Zl. 427991

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

# Kurzfassung

Allgemein ist im letzten Jahrzehnt ein Wandel der Morbiditäten zu beobachten: von den vormals vor allem bedeutsamen Infektionskrankheiten bei Kindern hin zu chronischen Erkrankungen, insbesondere im psychosozialen Bereich.

Für Österreich liegen keine umfassenden Daten zur Prävalenz bzw. zum Spektrum der psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen vor. Man kann in Übertragung der Daten aus Deutschland davon ausgehen, dass rund 20 Prozent aller Kinder und Jugendlichen im Laufe ihrer Entwicklung eine psychische Auffälligkeit zeigen, rund 10 Prozent sind behandlungsbedürftig.

Die Gewährleistung einer umfassenden psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen stellt übereinstimmend ein wichtiges gesundheitspolitisches Anliegen dar.

Vor allem für Kinder und Jugendliche mit komplexen Problemlagen ist derzeit von einem Defizit an multiprofessionellen Angeboten auszugehen, aber auch von einem Defizit an adäquaten Kooperations- und Kommunikationsstrukturen über die einzelnen Versorgungssektoren hinweg (Gesundheit, Soziales/Jugendwohlfahrt, Schule).

## **Auftrag**

Die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) wurde von der Bundesgesundheitsagentur damit beauftragt, zu recherchieren, wie eine integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in anderen europäischen Ländern ausgestaltet ist und welche sektorenübergreifenden Kooperationsstrukturen sich dort als hilfreich und nützlich für die bestmögliche Versorgung der betroffenen Kinder und ihrer Familien erwiesen haben. Des Weiteren sollte recherchiert werden, welche Richtwerte und Planungsgrundlagen zur ambulanten Versorgung empfohlen bzw. verwendet werden.

Zur Bearbeitung der beauftragten Projektinhalte wurden umfangreiche Internet- bzw. Literaturrecherchen in einschlägigen Datenbanken und Internetseiten durchgeführt. Des Weiteren wurde ein Workshop organisiert, mit dem Ziel, über aktuelle Projekte und Entwicklungen in Österreich zu informieren. Insbesondere sollte ein Austausch zwischen den Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bundesländern sowie aus den Sektoren Gesundheit, Jugendwohlfahrt und Soziales stattfinden.

## **Ergebnisse**

Fazit der Literaturrecherchen ist, dass in dem komplexen Versorgungsfeld für Kinder und Jugendliche unterschiedliche Systempartner eine zentrale Rolle in der integrierten Versorgung übernehmen können. Ausgewählte Modellprojekte werden daher anhand von fünf Kategorien beschrieben: integrierte Versorgungsmodelle auf regionaler Ebene, Versorgungskonzepte mit starker Rolle von niedergelassenen Facharztpraxen, Versorgungsmodelle an Schulen, gesetzliche

Grundlagen zur Herstellung von Verbindlichkeit in der integrierten Versorgung, integrierte Versorgungsmodelle durch aufsuchende Betreuung.

Derzeit existieren keine „Patentrezepte“ zur Lösung der bestehenden Herausforderungen. Der vorliegende Bericht enthält daher auch keine Empfehlungen hinsichtlich einzelner Modelle und Konzepte. Da sich die Durchführung eines Workshops als Plattform für einen sektorenübergreifenden Austausch in diesem Jahr sehr bewährt hat, soll eine Diskussion ausgewählter Modellprojekte in Hinblick auf eine mögliche Übertragbarkeit auf Österreich im Rahmen eines weiteren Workshops im Herbst 2013 erfolgen.

Die größten Herausforderungen in Hinblick auf die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Kooperation im Rahmen einer integrierten Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen bestehen im Bereitstellen von personellen und finanziellen Ressourcen für die Vernetzungstätigkeiten, im Aufbau geeigneter und institutionalisierter Kooperationsstrukturen, in der Sicherstellung eines ausreichenden Informations- und Datenflusses sowie im Umgang mit unterschiedlichen fachlichen Sichtweisen. Wichtig für die gemeinsame Basis ist das Commitment zur Kooperation auf allen Ebenen. Außerdem sollen aus Sicht der österreichischen Expertinnen und Experten Modelle für eine gemeinsame Finanzierung entworfen und ein klarer finanzieller Rahmen für Kooperationen definiert werden.

Die Recherchen in Hinblick auf empfohlene Richtwerte und Planungsgrundlagen zur ambulanten KJP Versorgung zeigten eine ähnliche Tendenz wie bei den Planungen zur Erwachsenenpsychiatrie: Im Unterschied zum Beginn der Planungen zur (außer)stationären psychiatrischen Versorgung im deutschsprachigen Raum, wo immer auch bevölkerungsbezogene Messziffern bzw. Planungsrichtwerte verwendet wurden, finden sich in aktuellen Psychiatrieplänen und einschlägigen Publikationen nur selten konkrete Richtwerte. Das Hauptaugenmerk wird vielmehr auf die für eine bedarfsgerechte Steuerung erforderlichen Strukturen, Prozesse und damit Verantwortlichkeiten gelegt. Die Verwendung von bevölkerungsbezogenen Richtwerten in Bezug auf erforderliche Leistungsangebote als Steuerungsinstrument wird dennoch bejaht, um einen bedarfsgerechten Ausbau der ambulanten KJP Versorgung voranzutreiben. Zur Erarbeitung von einheitlichen Planungsgrundlagen, die künftig auch in den ÖSG einfließen sollen, sind jedoch mangels vorhandener Richtwerte weitere Schritte erforderlich.

Für das Jahr 2013 ist als nächster Schritt die Durchführung einer Bestandsaufnahme zur außerstationären psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie zu aktuellen Ausbauplänen dieses Versorgungsbereichs in den Bundesländern in Aussicht genommen. Aufbauend auf dieser Ist-Analyse können in einem nächsten Schritt konkrete Planungsempfehlungen definiert werden.

# Inhalt

Abkürzungen.....	VII
1 Einleitung .....	1
1.1 Auftrag und Projektziel .....	1
1.2 Hintergrund .....	2
1.3 Methodische Vorgehensweise.....	3
2 Rahmenbedingungen zur psychosozialen Versorgung in Österreich.....	5
2.1 Rahmenbedingungen im Gesundheitsbereich .....	5
2.2 Rahmenbedingungen im Bereich Soziales/ Jugendwohlfahrt/ Schule .....	6
3 Ergebnisse der internationalen Recherche .....	10
3.1 Empfehlungen der WHO .....	11
3.2 Integrierte Versorgungsmodelle auf regionaler Ebene .....	14
3.2.1 Region Berlin.....	15
3.2.2 Region Hamburg .....	20
3.2.3 Region Rheinland-Pfalz .....	22
3.2.4 Gründung eines KJP-Verbundes (Region Bodenseekreis) .....	26
3.2.5 Region Hessen .....	27
3.3 Versorgungskonzepte mit starker Rolle von niedergelassenen Facharztpraxen .....	31
3.3.1 Die Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV).....	32
3.3.2 Vernetzung von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Pädiatrie (Uchtspringe).....	35
3.3.3 Kombination praxis- und klinikgeleiteter Behandlungsstrukturen (IBKJPP) .....	36
3.3.4 Integrierte Versorgung in Baden-Württemberg.....	38
3.4 Versorgungsmodelle mit Einbeziehung der Schulen.....	40
3.4.1 „Komplexer Hilfebedarf“ – Perspektiven der Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule (Leipzig) .....	40
3.4.2 „Aufsuchende Schulsprechstunden“ der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des LVA-Klinikums Essen .....	42
3.4.3 Projekt zur Schulverweigerung und Arbeitslosigkeit.....	43
3.5 Beispiele gesetzlicher Grundlagen und Rahmenbedingungen zur Herstellung von Verbindlichkeit in der integrierten Versorgung .....	45
3.5.1 Kinderschutzgesetz.....	46
3.5.2 Sozialgesetzbuch VIII: Kinder- und Jugendhilfe (§ 35a) .....	49
3.5.3 Joint policy in den Niederlanden .....	50
3.6 Integrierte Versorgungsmodelle durch aufsuchende Betreuung.....	52
3.6.1 Intersektorale Zusammenarbeit in England .....	52
3.6.2 Aufsuchendes, multimodales ambulantes Behandlungsprogramm für Heimkinder (Evaluationsstudie) .....	53
3.6.3 Liaisondienst in der stationären Jugendhilfe (Schweiz) .....	54
4 Bedarfszahlen.....	57
5 Zusammenfassung und Empfehlungen .....	62
5.1 Empfehlungen der WHO .....	62
5.2 Empfehlungen aus Literatur und Modellprojekten.....	63
5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse des Workshops .....	65

Literatur .....	69
Anhang .....	77



# Abkürzungen

BGBI	Bundesgesetzblatt
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
GP	Gesundheitspsychologie / Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen
JH	Jugendhilfe inkl. Jugendamt
JA	Jugendamt
KH	Krankenhaus
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KJPP	Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
KP	Klinische Psychologie / klinische Psychologinnen und Psychologen
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PT	Psychotherapie / Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
SPV	Sozialpsychiatrievereinbarung
UAG	Unterarbeitsgruppe
WHO	World Health Organisation



# 1 Einleitung

## 1.1 Auftrag und Projektziel

Die Gewährleistung einer umfassenden psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen stellt übereinstimmend ein wichtiges gesundheitspolitisches Anliegen dar, das zuletzt in den Ergebnissen des Kindergesundheitsdialogs (s. BMG 2011) und der Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich (s. BMG 2012) seinen Niederschlag fand. Seitens der GÖG werden zum Thema „Kindergesundheit“ auch andere Versorgungssegmente wie „Entwicklungsverzögerungen“ und „Frühe Hilfen“ bearbeitet. Die Arbeiten zur psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen beleuchten in diesem Zusammenhang einen weiteren wichtigen Versorgungsbau-stein und können als Grundlage zur Weiterentwicklung der Angebote genutzt werden.

Im Bereich der ambulanten psychosozialen Versorgung gibt es den größten Bedarf an einem Auf- und Ausbau von medizinischen und therapeutischen Angeboten. Vor allem für Kinder und Jugendliche mit komplexen Problemlagen ist von einem Defizit an multiprofessionellen Angeboten auszugehen, aber auch von einem Defizit an adäquaten Kooperations- und Kommunikationsstrukturen über die einzelnen Versorgungssektoren hinweg (Gesundheit, Soziales/ Jugendwohlfahrt, Schule). Dadurch wird häufig eine lückenlose Weiterbetreuung nach einem stationären Aufenthalt erschwert. Der künftige Fokus der Arbeiten soll daher auf den ambulanten Bereich gelegt werden.

Der vorliegende Projektbericht geht der Frage nach, wie eine integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in anderen europäischen Ländern ausgestaltet ist und welche sektorenübergreifenden Kooperationsstrukturen sich dort als hilfreich und nützlich für die bestmögliche Versorgung der betroffenen Kinder und ihrer Familien erwiesen haben. Des Weiteren sollte recherchiert werden, welche Richtwerte und Planungsgrundlagen zur ambulanten Versorgung seitens der WHO empfohlen bzw. in Österreich oder in anderen europäischen Ländern erarbeitet wurden.

Konkreter Auftrag der gegenständlichen Projektarbeiten war es weiters, einen Workshop durchzuführen, mit dem Ziel, über aktuelle Projekte und Entwicklungen in Österreich zu informieren. Insbesondere sollte ein Austausch zwischen den Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bundesländern sowie wie aus unterschiedlichen Sektoren stattfinden.

Dieser Bericht gibt einen umfassenden Überblick

- » über die komplexen Rahmenbedingungen der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich (s. Kapitel 2),
- » über die Ergebnisse der Literaturrecherche zu integrierten Versorgungskonzepten und interdisziplinären Kooperations- und Vernetzungsstrukturen, insbesondere mit dem Sektor der Jugendwohlfahrt (s. Kapitel 3 bzw. Anhang),

- » über die Ergebnisse der Recherche nach Bedarfsrichtwerten zur Planung der ambulanten Versorgung (s. Kapitel 4),
- » über die Ergebnisse des Workshops zur Situation in Österreich in Zusammenschau mit den ableitbaren Empfehlungen aus internationalen Modellprojekten (s. Kapitel 5).

## 1.2 Hintergrund

Allgemein ist im letzten Jahrzehnt ein Wandel der Morbiditäten von den vormals vor allem bedeutsamen Infektionskrankheiten bei Kindern hin zu chronischen Erkrankungen, insbesondere im psychosozialen Bereich, zu beobachten. Dieses Phänomen beschreibt Ravens-Sieberer (2007, 871) als „neue Morbidität“.

Für Österreich liegen keine umfassenden Daten zur Prävalenz bzw. zum Spektrum der psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen vor. Aus den Daten der deutschen BELLA-Studie (s. RKI 2006) können allerdings Rückschlüsse auf die Situation in Österreich vorgenommen werden. Man kann daher davon ausgehen, dass rund 20 Prozent aller Kinder und Jugendlichen im Laufe ihrer Entwicklung eine psychische Auffälligkeit zeigen, rund 10 Prozent sind behandlungsbedürftig. Die häufigsten Störungsbilder sind Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens und depressive Störungen.

Die wirksame Unterstützung von Kindern und Jugendlichen bei psychischen Erkrankungen erfordert häufig die Zusammenarbeit mehrerer Leistungsanbieter bzw. Versorgungsbereiche. Die Planung von Hilfsangeboten, die den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen und der Notwendigkeit der Vernetzung gerecht werden, stellt eine große Herausforderung dar. Ein Patentrezept zum Aufbau einer optimalen Versorgung existiert derzeit nicht.

Ein besonderes Merkmal der psychosozialen Versorgung von Kindern liegt in der Anforderung, dass sie multiprofessionell und interdisziplinär zu erfolgen hat. Die Herausforderung besteht daher darin, die erforderliche Kooperation zwischen zahlreichen unterschiedlichen Berufsgruppen und Versorgungssektoren (Gesundheit, Jugendwohlfahrt, Schule) möglichst reibungs- und friktionsfrei zu gestalten und dabei immer die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Kinder und Jugendlichen im Auge zu behalten. Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ist dazu als Anforderung an ein Versorgungssystem der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) festgelegt, dass dezentrale, gemeindenahе und interdisziplinäre Netzwerke als Strukturelement erforderlich sind (s. ÖSG 2012, 49f.).

Eine besondere Herausforderung besteht nach den durchgeführten Literaturrecherchen in der Kooperation zwischen den Bereichen Jugendwohlfahrt (JWF) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) (s. DIFU 2011; Möstl 2009; Weiß/APK 2011). Dies gilt sowohl für Österreich als auch für die Situation in Deutschland. Möstl (2009, 105) beschreibt beispielsweise in ihrer Dissertation, dass Erstere dazu tendieren, „Grenzfälle“ an die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu überweisen, weil der betreffende Fall die Institution der Jugendwohlfahrt an ihre Grenzen bringt. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird angefragt, weil man unterstellt, die Psychiatrie werde dem Fall besser

gerecht. Problematisch daran ist, dass eine solche Überweisung zumeist auch mit einem Milieuwechsel und einem Verlust von wichtigen Bezugspersonen einhergeht, was sehr belastend für das Kind sein kann. Die KJP kann in diesen Fällen zwar ein kurzfristiger Kooperationspartner sein, jedoch keine längerfristigen Lösungen anbieten.

Umgekehrt überweist die KJP Fälle an die JWF, weil nach Lebensorten für die jungen Menschen gesucht wird, um einen gelingenden Alltag zu gewährleisten. Von Seiten der KJP wird immer wieder kritisiert, dass es der JWF an passenden Einrichtungen fehlt mit einem engen Betreuungsrahmen, der besonders wichtig ist für psychiatrisch auffällige Kinder und Jugendliche.

Insgesamt zeigt der Diskurs in den letzten Jahren, dass häufig Unklarheit darüber besteht, was das Selbstverständnis der jeweiligen Versorgungsbereiche und die Abgrenzung der jeweiligen Aufgaben betrifft. Die Schwierigkeiten liegen nach Harkenthal (s. 2011, 50 f.) darin begründet,

- » dass Jugendwohlfahrt und KJP es häufig mit gleichen Problemlagen und Zielgruppen zu tun haben,
- » dass die Zahl von Kindern und Jugendlichen, die aufgrund des komplexen Hilfebedarfs Leistungen aus beiden Hilfesystemen benötigen, zunimmt,
- » dass beide Systeme miteinander kooperieren *müssen*,
- » dass unklare bzw. getrennte Finanzierungsströme die (gemeinsame) Entwicklung von adäquaten Angeboten und Einrichtungen verhindern.

Insgesamt ist zu konstatieren, dass die integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen im gesamten europäischen Raum derzeit ein sehr wichtiges Thema ist. Bezüglich der erforderlichen Weiterentwicklung, insbesondere im ambulanten Bereich, und bezüglich einer Verbesserung der Kooperation und Information besteht ein hohes Problembewusstsein, das sich einerseits in zahlreichen einschlägigen Tagungen und andererseits in der Umsetzung und Evaluierung von Modellprojekten widerspiegelt.

### 1.3 Methodische Vorgehensweise

Die Bearbeitung der beauftragten Projektinhalte erfolgte durch zwei methodische Zugänge, die nachfolgend dargestellt sind:

#### *Recherche der Internationalen Versorgungslage und Bedarfszahlen*

Zur Bearbeitung der beauftragten Projektinhalte wurden umfangreiche Internet- bzw. Literaturrecherchen in einschlägigen Datenbanken und Internetseiten durchgeführt. Des Weiteren wurden relevante Vereinigungen/ Institutionen sowie Expertinnen und Experten aus Deutschland und der Schweiz per E-Mail für weiterführende Fragen bzw. zu einzelnen Projekten kontaktiert.

Die relevanten Ergebnisse bzw. Publikationen sind im Anhang umfassend aufgelistet. Dabei ist insbesondere die belgische Studie „Organisation of child and adolescent mental health care:

study of the Literature and an international overview“ (s. Mommerency et al. 2011a) zu erwähnen, die ähnliche Zielsetzungen wie der gegenständliche Projektauftrag verfolgte. Bei beiden Projektarbeiten zeigte sich, dass in den Datenbanken zu diesem Thema nur begrenzt Informationen zu finden sind, der größte Teil der Informationen beruht auf grauer Literatur sowie Experteninformationen.

Die Beschreibung ausgewählter Versorgungskonzepte und Modelle findet sich in Kapitel 3, wobei hauptsächlich Beispiele aus Deutschland für die ausführliche Darstellung ausgewählt wurden, da dafür die meisten und ausführlichsten Informationen erhoben werden konnten und dieses Nachbarland hinsichtlich seiner historischen Entwicklung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung und deren struktureller Probleme am ehesten mit Österreich vergleichbar ist. Es werden jedoch auch Beispiele aus den Niederlanden, der Schweiz und aus Großbritannien dargestellt.

#### *Erhebung und Diskussion der Versorgungssituation in Österreich*

Es wurde im September 2012 auf Initiative der UAG ÖSG ein **Workshop** an der GÖG durchgeführt, mit dem Ziel, über aktuelle Entwicklungen in diesem Versorgungsbereich in Österreich zu informieren. Insbesondere sollte ein Austausch zwischen den Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bundesländern und aus unterschiedlichen Sektoren stattfinden.

Im Rahmen von acht Impulsreferaten wurden einige modellhafte Projekte in den Bundesländern zu Teilaspekten der Versorgung präsentiert sowie aktuelle Daten und Fakten zur Versorgungssituation vorgestellt. In den anschließenden Arbeitsgruppen konnten konkrete Fragen der Versorgungsplanung gemeinsam diskutiert werden.

Der Workshop richtete sich an Vertreter/innen aus den Bundesländern (im Gesundheits- und Sozialbereich) und der Sozialversicherungsträger, die mit der Planung und Koordination von Leistungen für Kinder und Jugendliche im psychosozialen Bereich befasst sind. Insgesamt nahmen etwa sechzig Personen an dem Workshop teil.

Die Ergebnisse und Präsentationsfolien werden ab Jänner 2013 als Download auf der Website der Gesundheit Österreich zur Verfügung<sup>1</sup> stehen. Außerdem wurden wichtige Diskussionsergebnisse aus den Workshops in den Empfehlungen in Kapitel 5 festgehalten.

---

<sup>1</sup> Vgl. [www.goeg.at/Aktuelles](http://www.goeg.at/Aktuelles).

## 2 Rahmenbedingungen zur psychosozialen Versorgung in Österreich

Die Unterstützungsleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind ein sogenannter Querschnittsbereich mit engen Nahtstellen zwischen den Gesundheitsleistungen (Krankenbehandlung in Anstalten und im niedergelassenen Bereich), den Leistungen der Behindertenhilfe, der Jugendwohlfahrt und anderen Leistungsbereichen (z. B. Schule und Ausbildung, Integrationshilfen im Bereich des Arbeitsmarktes, Rehabilitationsleistungen im Rahmen der Sozialversicherung).

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Rahmenbedingungen und Grundlagen der beteiligten Versorgungssektoren kurz dargestellt.

### 2.1 Rahmenbedingungen im Gesundheitsbereich

Die stationäre medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012) geregelt. Für die relevanten Abteilungen der Kinderheilkunde (KI), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) sowie der Kinder- und Jugendlichen-Psychosomatik (KI-PSO) sind darin jeweils Bedarfsrichtwerte in Form von Mindest- und Höchst-Bettenmessziffern sowie in Form von Erreichbarkeitskriterien festgelegt. Des Weiteren werden jeweils strukturelle Anforderungen an das Versorgungssystem definiert. Für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) wird im ÖSG ein Bedarf von 0,08 bis 0,13 Betten pro 1.000 Einwohner/innen (EW) als Rahmen festgelegt. (S. ÖSG 2012, 17.)

Laut ÖSG 2012 werden folgende Anforderungen an das stationäre und ambulante Versorgungssystem der KJP gestellt (ebd., 49f.):

- » Krankenhausabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- » enge Kooperation mit Kinder- und Jugendabteilung, Erwachsenenpsychiatrie,
- » Konsiliar- und Liaisondienste der KJP,
- » teilstationäre Einheiten der KJP: Tageskliniken im Krankenhaus oder „dislozierte Tageskliniken“ außerhalb des Krankenhauses,
- » mobile Einheiten der KJP zur wohnortnahen (Nach-)Betreuung,
- » ambulant versorgungswirksame Fachärztinnen und Fachärzte für KJP (niedergelassen und in Einrichtungen),
- » zentrale, gemeindenahe, interdisziplinäre Netzwerke.

Grundlage der Planung muss eine breite interdisziplinäre Sicht des Themas sein, welche die Bereiche Krankenhäuser, extramurale Versorgung sowie den heilpädagogischen Bereich und den Sozialbereich berücksichtigt.

Bezüglich der ambulanten medizinischen KJP-Versorgung gibt es keine einheitlichen bzw. allgemein akzeptierten Richtwerte. Das Fach KJP wurde in Österreich erst 2007 als eigenes Sonderfach etabliert, daher sind viele Strukturen nach wie vor noch im Aufbau begriffen. Im Jahr 2010 gab es erst 13 Ärzte mit dem neuen Sonderfach KJP (10 davon angestellt). Damit die Anzahl der potenziellen Ausbildungsstätten erhöht werden kann, ist das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie befristet bis 2016 als Mangelfach erklärt worden (s. GÖG 2011).

In sieben Bundesländern gibt es praktisch keine KJP-Ärzte mit Kassenvertrag, aber zunehmend „Ambulatorien“, wo auch ärztliche Diagnostik und Therapie angeboten wird (Burgenland, OÖ, Wien). Der Mangel an niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern (insbesondere mit Kassenvertrag) und der Mangel an Ambulatorien sowie die dadurch bedingten oft langen Wartezeiten für eine Nachbetreuung stellen in allen Bundesländern ein großes Problem dar (s. GÖG 2011). Vielfach wird die fachärztliche Lücke derzeit durch eine begrenzte medizinische Nachbetreuung im Rahmen der Krankenhausambulanzen ausgeglichen. Die Ambulanzen verfügen jedoch selbst nur über geringe personelle Ressourcen.

## 2.2 Rahmenbedingungen im Bereich Soziales/ Jugendwohlfahrt/ Schule

Das österreichische Jugendwohlfahrtsrecht hat im Jahr 1989 durch das **Jugendwohlfahrtsgesetz 1989 (JWG)**<sup>2</sup> eine gänzliche Neuordnung – hin zu einer verstärkten Serviceorientierung der Angebote – erfahren. Dieses Gesetz regelt bundeseinheitlich die Grundsätze der Jugendwohlfahrt. Detailregelungen werden in den Ausführungsgesetzen und Verordnungen der Bundesländer getroffen, wobei auf die regionalen Unterschiede Bedacht genommen wird. In Bezug auf die Jugendwohlfahrt ist demnach der Bund für die Grundsatzgesetzgebung zuständig, die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung sind jedoch den Ländern vorbehalten (s. BMWFJ 2012a).

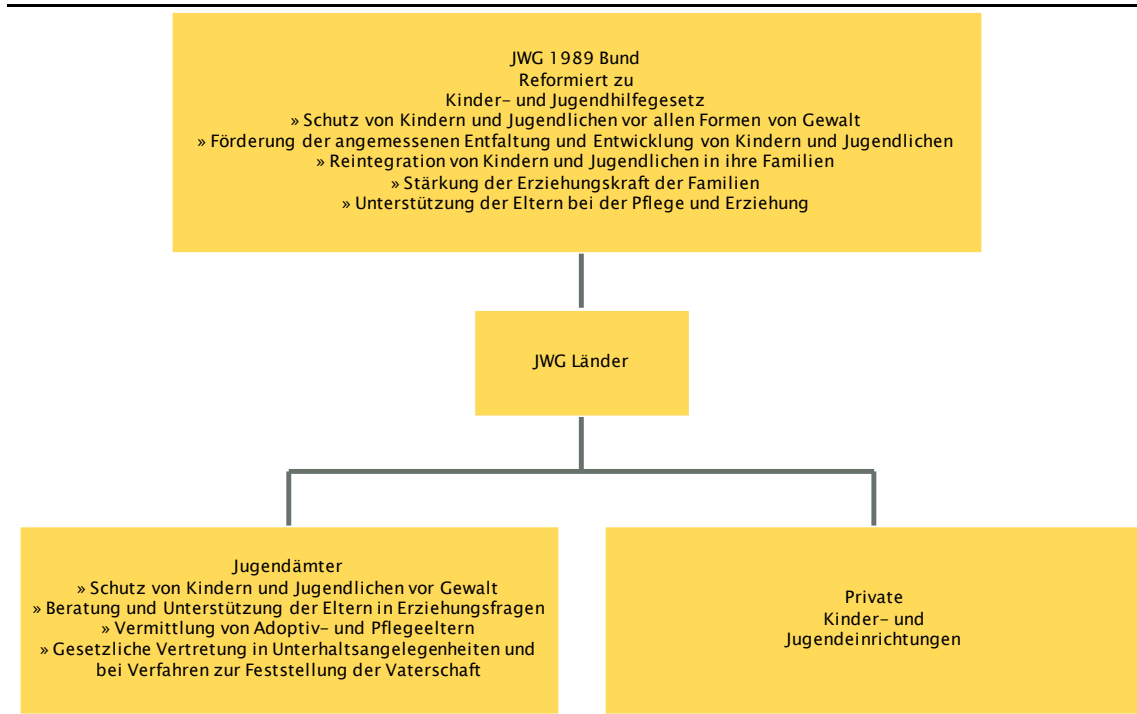
Die Landesregierungen erlassen für ihr jeweiliges Bundesland Ausführungsgesetze. Die konkreten Leistungen und Beratungen werden von den Jugendämtern in den politischen Bezirken und Städten mit eigenem Statut erbracht. Auch private Träger (= Kinder- und Jugendeinrichtungen) bieten hierbei ihre Dienste an. (s. BMWFJ 2012a.)

---

2 (JWG 1989)



Abbildung 2.1:  
Rahmenbedingungen und Aufgaben der Jugendwohlfahrt



Quelle und Darstellung: GÖG

Zu den wichtigsten Aufgaben der Jugendämter zählen unter anderem (s. BMWFJ 2012b):

- » Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gewalt,
- » Beratung und Unterstützung der Eltern in Erziehungsfragen,
- » Vermittlung von Adoptiv- und Pflegeeltern,
- » gesetzliche Vertretung in Unterhaltsangelegenheiten und bei Verfahren zur Feststellung der Vaterschaft.

Die grundsätzliche Aufgabe der Jugendwohlfahrt ist die Betreuung von Kindern und Jugendlichen in psychosozialen Problemlagen. Die Jugendwohlfahrt unterstützt mit vielfältigen Erziehungshilfen für Familien die Förderung, Bildung, Pflege und Erziehung von Kindern und Jugendlichen. Die KJP sieht als oberste Aufgabe der Einrichtungen der Jugendwohlfahrt die weitere Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen. (s. Möstl 2009, 120.)

Die Leistungen der Jugendwohlfahrt umfassen zwei große Bereiche: den Bereich der „sozialen Dienste“ und den Bereich der „Hilfen zur Erziehung“, welche die „Unterstützung der Erziehung“ und die „volle Erziehung“ umfassen. Zur letzten Kategorie zählen vor allem stationäre Einrichtungen wie Heime, betreutes Wohnen, Krisenplätze, Kinderdörfer und Wohngemeinschaften. Die stationäre Betreuung in der Jugendwohlfahrt ist in Österreich laut Gesetz bis zum 18. Lebensjahr möglich, kann bei Bedarf aber bis zum 21. Lebensjahr verlängert werden. Genau festgelegt werden diese Bereiche in den jeweiligen JWG der Länder. (s. Möstl 2009, 97.)

### *Öffentliche und private Jugendwohlfahrt*

Die Aufgaben der öffentlichen JWF sind nach dem JWG (1989, § 1) die Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge und die Jugendfürsorge. Träger der öffentlichen Jugendwohlfahrt ist das Land (Jugendwohlfahrtsträger). Die Landesgesetzgebung bestimmt, welche Organisationseinheiten die Aufgaben der öffentlichen Jugendwohlfahrt zu besorgen haben. Die örtliche Zuständigkeit des Jugendwohlfahrtsträgers richtet sich nach dem gewöhnlichen Aufenthalt, mangels eines solchen nach dem Aufenthalt des Betroffenen. Einrichtungen der freien Jugendwohlfahrt dürfen zur Erfüllung von nichtthoheitlichen Aufgaben der öffentlichen Jugendwohlfahrt herangezogen werden, wenn sie nach Ziel und Ausstattung dazu geeignet sind. Gewährleistet ein freier Jugendwohlfahrtsträger jedoch unter Berücksichtigung seiner Ausstattung und sonstigen Leistungen das Wohl eines Minderjährigen besser und wirtschaftlicher als der öffentliche Träger, so soll der freie Träger herangezogen werden. Über das Vorliegen der Eignungsvoraussetzungen entscheidet auf Antrag des Eignungswerbers der öffentliche Jugendwohlfahrtsträger mit Bescheid. Die Einrichtungen der freien Jugendwohlfahrt unterliegen sodann der Fachaufsicht des Trägers der öffentlichen Jugendwohlfahrt. (s. §§ 1 bis 8 JWG 1989)

In der öffentlichen JWF muss man sich im Zusammenhang mit Erziehungshilfen (s. JWG unter Hilfen zur Erziehung) häufig Dritter bedienen, weil sie als Behörde oder als Organisationseinheit nicht selbst pflegen oder erziehen kann. Es handelt sich dabei entweder um selbstständige (z. B. Träger der freien Jugendwohlfahrt) oder um unselbstständige Hilfspersonen (z. B. Landesjugendheime). Wenn selbstständige Hilfspersonen (z. B. Träger der privaten Jugendwohlfahrt) zur Betreuung Minderjähriger herangezogen werden, verpflichtet sich der öffentliche Jugendwohlfahrtsträger zur Leistung eines Entgelts in Form eines bestimmten Tagsatzes. (s. Jaksch-Ratajczak 2004)

Die staatliche Aufgabenwahrnehmung im Zusammenhang mit jugendwohlfahrtsrechtlichen Maßnahmen hat also nach dem Konzept des Gesetzgebers unter Einbeziehung Privater zu erfolgen. Die öffentlichen Jugendwohlfahrtsträger trifft zwar die Pflicht, darin vorzusorgen, dass die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen sozialen Dienste bereitgestellt werden. Das bedeutet aber im Wesentlichen nur, dass das Land solche Leistungen durch eigene Einrichtungen subsidiär zu gewährleisten hat, wenn Einrichtungen freier Jugendwohlfahrt nicht ausreichend zur Verfügung stehen. (s. Jaksch-Ratajczak 2004.)

### *Soziale Dienste*

Soziale Dienste sind Minderjährigen anzubieten, wenn dies für die Förderung des Wohles des Kindes zweckmäßiger und erfolgversprechender erscheint als die Gewährung von Hilfen zur Erziehung. Die Jugendwohlfahrtsträger haben vorzusorgen, dass die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen sozialen Dienste bereitgestellt werden. Auf die regionalen Verhältnisse und die Bevölkerungsstruktur ist Bedacht zu nehmen (s. § 11 JWG 1989). In § 12 JWFG (1989) findet sich eine Auflistung der sozialen Dienste und ihrer Aufgaben:

- » Bildung zur Stärkung der Fähigkeit zur Pflege und Erziehung,

- » Beratungsdienste  
(Mutter- bzw. Elternberatung, Erziehungs- und Familienberatung, Kinderschutzzentren etc.),
- » therapeutische Hilfen,
- » Hilfen zur Früherkennung und Behandlung abweichenden Verhaltens Minderjähriger,
- » Hilfen für die Betreuung Minderjähriger  
(z. B. Mutter-Kind-Wohnungen und Tagesbetreuung),
- » Betreuung Minderjähriger durch niederschwellige Dienste  
(Streetwork, Notschlafstellen etc.),
- » Pflegeplätze in Familien, Heimen und sonstigen Einrichtungen  
(Kinderdörfern, sozialpädagogischen Wohngemeinschaften etc.).

Bei der Durchführung dieser Aufgaben soll laut Gesetz auf die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der außerschulischen Jugendberziehung und andere Einrichtungen geachtet werden, die ebenfalls Aufgaben der Betreuung und Förderung der Jugend wahrnehmen. Die erforderlichen Dienste ähneln sich entsprechend den einzelnen JWG in den Bundesländern sehr stark. (s. § 12 JWG 1989.)

### *Schulpsychologie*

Die Schulpsychologie-Bildungsberatung ist bei den Schulbehörden des Bundes in den Ländern eingerichtet (s. Aufgaben und Struktur der Schulpsychologie-Bildungsberatung 1993). Die Aufsicht über die in jedem Bundesland bestehenden Einrichtungen (Beratungsstellen) der Schulpsychologie-Bildungsberatung obliegt dem Landesschulrat, der sie durch die Landesreferenten/Landesreferentinnen für Schulpsychologie-Bildungsberatung ausübt. Als Außenstellen des Amtes des Landesschulrates können Beratungsstellen des schulpsychologischen Dienstes auch außerhalb des Sitzes des Landesschulrates eingerichtet werden.

Die oberste Aufsicht über alle Angelegenheiten der Schulpsychologie-Bildungsberatung (insbesondere über alle fachpsychologischen Aktivitäten und die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Schulpsychologen/Schulpsychologinnen) kommt dem Bundesministerium für Unterricht und Kunst (Abteilung Schulpsychologie-Bildungsberatung) zu. Der Landesreferent / die Landesreferentin für Schulpsychologie-Bildungsberatung<sup>3</sup> hat die ihm/ihr übertragenen Aufgaben im Einvernehmen mit den zuständigen Landesschulbehörden durchzuführen.

---

<sup>3</sup> Die schulpsychologischen Beratungsstellen in den Bundesländern findet man unter <http://www.schulpsychologie.at/?id=85>.

### 3 Ergebnisse der internationalen Recherche

Die Ergebnisse der durchgeführten Literaturrecherchen in Hinblick auf integrierte Versorgungskonzepte für Kinder und Jugendliche sind sehr umfassend und vielfältig, vor allem für Deutschland (vgl. Anhang). Wie bereits in Abschnitt 1.3 ausgeführt, können daher nicht alle Modellprojekte näher erläutert werden, sondern für die vorgefundenen Resultate werden Kategorien von Modellen gebildet. Zu jeder Kategorie werden in diesem Kapitel mithilfe von Beispielen die jeweils verwendeten Instrumente bzw. erprobten Strukturen veranschaulicht.

Kapitel 3.1 beschreibt den in Europa gängigsten **theoretischen** Bezugsrahmen, das Modell der WHO. Die Beschreibung der **praktischen Modellprojekte** und Konzepte anhand von fünf **Kategorien** (vgl. Unterkapitel 3.2 bis 3.6) soll zeigen, dass in dem komplexen Versorgungsfeld der KJP unterschiedliche Elemente der Versorgung eine zentrale Rolle in der integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen übernehmen können. Sie soll weiters verdeutlichen, dass derzeit keine „Patentrezepte“ zur Lösung der in den Eingangskapiteln skizzierten Herausforderungen existieren. Die folgenden Kategorien an Versorgungsmodellen wurden zur Gliederung der Ergebnisse gebildet und werden zu Beginn jedes der angeführten Unterkapitel kurz erläutert:

1. integrierte Versorgungsmodelle auf regionaler Ebene (vgl. Kapitel 3.2),
2. Versorgungskonzepte mit starker Rolle von niedergelassenen Facharztpraxen (vgl. Kapitel 3.3),
3. Versorgungsmodelle an Schulen (vgl. Kapitel 3.4),
4. gesetzliche Grundlagen zur Herstellung von Verbindlichkeit in der integrierten Versorgung (vgl. Kapitel 3.5),
5. integrierte Versorgungsmodelle durch aufsuchende Betreuung (vgl. Kapitel 3.6).

Die Beispiele **innerhalb** der jeweiligen Kategorien wurden von den Studienautorinnen nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- » **Relevanz** für die Situation in **Österreich**: Welche Ansatzpunkte sind prinzipiell auch auf Österreich übertragbar bzw. für Österreich sinnvoll?
- » **Umfang** der Informationen: Modelle mit detaillierten Informationen bzw. begleitenden Evaluierungen wurden eher ausgewählt als Modelle, für die nur oberflächliche Informationen vorlagen.
- » **Breite der Zielgruppe**: Modelle, die möglichst alle Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen einbeziehen, wurden Modellen vorgezogen, die sich auf bestimmte Störungsbilder oder Zielgruppen konzentrieren.
- » **Breite der beteiligten Versorgungssegmente**: Präferiert wurden Modelle mit möglichst umfassender Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Systempartner, wobei die Beteiligung zumindest der KJP ein Muss war.
- » **Ausmaß der Umsetzung**: Ansätze, die bereits sehr breit umgesetzt werden (auf Regions- oder Länderebene), sind von größerem Interesse als punktuelle Pilotprojekte.

- » **Plausibilität** der Instrumente bzw. Ergebnisse: Modelle, die in ihrer Darstellung plausibel und klar waren, wurden eher aufgenommen als Modelle mit unklarer bzw. widersprüchlicher Prozess- und Ergebnisdarstellung.

## 3.1 Empfehlungen der WHO

Um Nationen dabei zu unterstützen, Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen einzurichten, publizierte die WHO Leitlinien zur Strategie-Entwicklung (s. WHO 2005). Eine nationale Strategie zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sollte die Ziele für eine Verbesserung der psychischen Gesundheit eines Landes, die Prioritäten innerhalb dieser Ziele und die Haupthandlungsfelder für deren Erreichung enthalten. Mehrere Versorgungssysteme (unter anderem Bildung, Jugendwohlfahrt und Gesundheit) sollten bei der Strategie miteinbezogen werden, um sicherzustellen, dass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen effektiv ist. Wichtig ist es auch, den kindlichen Entwicklungsstand bei der Erklärung von psychischen Störungen und bei der Entwicklung einer angemessenen Strategie zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu beachten.

Laut einer Umfrage der WHO hat kein Land der Welt eine klar definierte Strategie zur Förderung der psychischen Gesundheit, die ausschließlich auf Kinder und Jugendliche abzielt, aber 34 Länder (7 %) haben allgemeine Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit, die vermutlich einige positive Effekte auf Kinder und Jugendliche haben (s. WHO 2005, 15).

### *WHO-Rahmenplan für Strategieentwicklung*

Folgende Schritte sind bei der Entwicklung einer nationalen Strategie zur psychosozialen Versorgung zu beachten (s. WHO 2005, 15 ff.):

#### 1. **Sammeln von Daten und Informationen:**

Die Prävalenzen von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen müssen bekannt sein, um deren dringlichsten psychischen Probleme und den Bedarfsschwerpunkt eruiieren zu können. Auch müssen die verfügbaren finanziellen und personellen Ressourcen, die derzeitige Organisation, Finanzierung und die Bausteine der Versorgung sowie die Einstellung der im Gesundheitssektor Beschäftigten zum Gesundheitssystem und zu möglichen Veränderungen im System eruiert werden.

Diese Daten helfen dabei, den inhaltlichen Fokus der Strategie zu bestimmen (bezieht man z. B. alle psychischen Probleme mit ein, oder konzentriert man sich auf ausgewählte Störungsbilder).

#### 2. **Evaluieren der vorhandenen Evidenz von effektiven Strategien und erfolgreichen Pilotprojekten (in „peer reviewed“-Literatur):**

Ziel ist es, herausfinden, welche Strategien unter welchen Voraussetzungen und mit wie großer Wahrscheinlichkeit erfolgreich sein werden, um den Bedarf in einer Region zu decken.

### 3. Einbindung von und Abstimmung mit Stakeholdern:

Aus mehreren Gründen ist es in jedem Stadium des Prozesses wichtig, eine große Anzahl an Stakeholdern (auch Kinder und Eltern!) miteinzubeziehen:

- » Die Interessen und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen sollten in unterschiedlichsten Settings erfüllt sein, und die jeweiligen „Experten“ können am besten die strategischen Beiträge ihr Setting betreffend liefern.
- » Durch Einbindung können bedeutende Stakeholder für die Strategie gewonnen werden, dadurch erhöht sich deren Motivation, dazu beizutragen, dass die Strategie erfolgreich wird.
- » Stakeholder erhalten mehr Einblick in die möglichen Beiträge/Einflüsse ihrer Sektoren für/auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

### 4. Austausch mit anderen Ländern:

Man sollte sich mit Strategieentwicklung in anderen Ländern, die eine ähnliche wirtschaftliche Entwicklung, ein ähnliches Gesundheitssystem und /oder staatliche Regelungen aufweisen, befassen. Nationale und internationale Berufsgruppenorganisationen können Unterstützung liefern und als Vernetzungspartner dienen.

### 5. Entwicklung von Vision, Werten, Prinzipien und Zielen der Strategie:

Anhand der bisher gewonnenen Information wird nun das Kernstück der Strategie entwickelt:

- » Vision: stellt die positiven Erwartungen für die Zukunft der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dar, beschreibt, was wünschenswert ist und welche Ziele angestrebt werden sollen. Sie sollte realistisch sein und den ökonomischen, sozialen und nationalen Kontext berücksichtigen.
- » Werte: entwickeln sich aus Vision. Sie sollten mit der Vision konsistent sein, explizit gemacht und zwischen den Stakeholdern abgestimmt werden.
- » Prinzipien: sind Handlungen, die sich aus den Werten ergeben.
- » Ziele: sind genauer als Prinzipien. Beinhalten die Ergebnisse, die mit der Strategie erreicht werden sollen, und die Maßnahmen, mit denen diese Ergebnisse erreicht werden sollen.

### 6. Bestimmen der genauen Handlungsfelder im Rahmen der Strategie: Wichtig ist ein koordiniertes Handeln in folgenden Bereichen, um isolierte Entwicklungen mit begrenzter Wirkung zu vermeiden:

- » Finanzierung,
- » Organisation der Versorgung,
- » Prävention, Gesundheitsförderung, Krankenversorgung und Rehabilitation,
- » branchenübergreifende Zusammenarbeit,
- » Bewusstseinsförderung,
- » Gesetzgebung und Menschenrechte,
- » Personalentwicklung und -training,
- » Qualitätsverbesserung,
- » Informationssysteme,
- » Forschung zu und Evaluation von Strategien und Versorgung,
- » Verbesserung des Zugangs und der Inanspruchnahme psychotroper Arzneimittel.

## 7. Festlegen der Rollen und Verantwortlichkeiten der unterschiedlichen Stakeholder und Bereiche:

Alle Stakeholder und Sektoren sollten ein klares Verständnis von ihren Verantwortungen haben und idealerweise gemeinsam an der Planung teilhaben, um Nutzen aus den einzigartigen Kompetenzen und Erfahrungen in jedem Sektor zu ziehen.

Die Strategie muss dann in einen nächsten Schritt in einen konkreten Umsetzungsplan übersetzt werden. Folgende Schritte sind dabei essentiell (s. WHO 2005, 42 ff.):

1. Festlegen von Strategien, ihrer konkreten Umsetzung (detailgenau) und des Zeitplans,
2. Bestimmen von Indikatoren und Zielen, die das gewünschte Ergebnis der Strategie abbilden,
3. Festlegen der konkreten Handlungen und von deren wichtigsten Eckpunkten (Verantwortliche/r, Dauer, Ergebnisse/Wirkungen, Hürden), die für jede Strategie notwendig sind,
4. Bestimmen von Kosten, vorhandenen Ressourcen und des Budgets.

Des Weiteren beschreibt die WHO in den Leitlinien zur Strategieentwicklung ein **Modell zur Organisation der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen**. Einschränkend ist jedoch zu erwähnen, dass dieses Modell weder umfassend – es inkludiert nicht alle benachbarten Sektoren– noch validiert ist. Es zeigt die Soll-Situation und stellt nicht ausschließlich eine Analyse existierender Organisationsstrukturen dar. (s. WHO 2005, 26 ff.)

Dieses Modell umfasst mehrere aufeinander aufbauende Ebenen:

1. **Befähigung zur Selbstversorgung.**
2. **Informelle Versorgung innerhalb des gewohnten Lebensumfeldes:** Der Fokus liegt auf der Förderung der psychischen Gesundheit und der primären Prävention psychischer Störungen. Diese Dienstleistungen werden vorwiegend von Ehrenamtlichen und Berufsgruppen, die nicht im Gesundheitsbereich angesiedelt sind, in Settings wie Schule, Familie, Gefängnis und Jugendhilfeeinrichtung, ausgeführt.
3. **Versorgung durch Primärversorgungseinrichtungen:** Nicht spezialisiertes Gesundheitspersonal (z. B. Ärzte, Krankenschwestern) führt auf dieser Ebene grundlegende präventive und kurative psychosoziale Behandlung und Versorgung durch (z. B. Aufklärung und Beratung von Eltern und Kind über generelle Gesundheits- sowie psychische Gesundheitsthemen; Identifizierung von Risikopersonen).
4. **Ambulante gemeindenahere psychosoziale Versorgung sowie psychiatrische Versorgung in Allgemein- oder Kinderkrankenhäusern:** Die Behandlung und Versorgung wird von Personal, das auf die Behandlung psychischer Probleme spezialisiert ist (z. B. Psychiater/innen, Psychologinnen/Psychologen, Sozialarbeiter/innen), Spezialisten in der Behandlung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen sowie multidisziplinären Teams mit zusätzlicher Ausbildung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen durchgeführt.
5. **Fachspezifische Versorgung und Langzeitversorgung:** hochspezialisierte Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation durch Spezialisten in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Problemen. Stationäre Einrichtungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen sollten weder gemeinsam mit allge-

meinen Gesundheitseinrichtungen für Kinder und Jugendliche noch gemeinsam mit Einrichtungen für Erwachsene mit psychischen Problemen eingerichtet werden.

Die verschiedenen Ebenen der Versorgung müssen zusammenarbeiten, koordiniert werden und optimal verknüpft sein.

## 3.2 Integrierte Versorgungsmodelle auf regionaler Ebene

Dieses Kapitel soll zeigen, wie auf breiter regionaler Ebene durch Einsatz verschiedenster Instrumente und institutionalisierter Strukturen versucht wird, verbindliche Kooperationen und klare Aufgabenverantwortungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen festzulegen. Zumeist handelt es sich dabei um Regionen der Bundesrepublik Deutschland mit bereits langjährigen Erfahrungen und Bemühungen hinsichtlich integrierter Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Seit etwa 2008 begann sich in Deutschland eine Trendwende abzuzeichnen mit einer Umsteuerung der Versorgung auf ambulante, integrierte und durchlässige Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen wie beispielsweise neue Steuerungs- und Finanzierungsmodelle. Zurückgreifen konnte das Nachbarland Deutschland dabei auf die Basis jahrzehntelanger Erfahrungen mit gemeindepsychiatrischen Verbänden, regionalen Psychriebudgets, der „Integrierten Personenzentrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung“ und anderen Instrumenten wie der Rechtsgrundlage der „Integrierten Versorgung“ (§ 140 a–d Sozialgesetzbuch V)<sup>4</sup> (s. SGB 5. Buch).

Hervorzuheben ist die Region Berlin mit ihren kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten, den ambulanten sozialpädiatrischen Zentren und der Entwicklung einheitlicher Kooperationsstrukturen zwischen den unterschiedlichen Arbeitsfeldern (s. Abschnitt 3.2.1) oder die Region Bodenseekreis, wo es gelang, einen kinder- und jugendpsychiatrischen Verbund einzurichten (s. Abschnitt 3.2.4).

Von Interesse sind außerdem die Ausarbeitung von Handlungsleitfäden bzw. Handlungsempfehlungen für die verbindliche interdisziplinäre Zusammenarbeit, wie sie beispielsweise für Berlin, Hamburg (s. Abschnitt 3.2.2) und Rheinland-Pfalz (s. Abschnitt 3.2.3) vorliegen.

---

4 Krankenkassen können frei ausgestaltbare Verträge unmittelbar mit Leistungserbringern abschließen.



## 3.2.1 Region Berlin

### Kooperation von Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule

In der Region Berlin wurden von September 2000 bis April 2003 auf Grundlage einer Arbeitsgruppe Handlungsempfehlungen und Umsetzungsstrategien zur Verbesserung der Kooperation und Koordination in den Berliner Bezirken entwickelt (s. Senatsverwaltung für Gesundheit/Senatsverwaltung für Bildung 2003). Auf Basis dieser Empfehlungen wurde 2005 bis 2008 ein Modellprojekt umgesetzt (s. Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg (Hg.) 2009).

#### a) Handlungsanleitung

**Ziel** der Handlungsanleitung war die Entwicklung von Handlungsempfehlungen und Umsetzungsstrategien zur Verbesserung der Kooperation und Koordination. **Zielgruppe** waren Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf oder in akuten Lebenskrisen und Notsituationen.

**Ausgangsproblem** war das Inkrafttreten des Kinder- und Jugendhilfegesetzes, das den Autoren und Autorinnen des Handlungsleitfadens zufolge zu Überschneidungen der Tätigkeitsbereiche verschiedener Fachdisziplinen führte, wodurch Abgrenzungsprobleme entstanden.

Für die Erarbeitung der Handlungsanleitung wurde eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe gebildet, die folgende Punkte erarbeitete (s. Senatsverwaltung für Gesundheit/Senatsverwaltung für Bildung 2003, 7):

- » erste Befragung bei den zuständigen Stellen in den Bezirken bzw. den Versorgungsregionen sowie Auswertung dieser Ergebnisse als Grundlage zur
- » Erstellung eines Fragenkatalogs für eine Expertenbefragung,
- » Definition des Überschneidungsbereiches und der gemeinsamen Zielgruppe,
- » schriftliche Befragung von Experten einer eigens eingerichteten Expertenkommission sowie Auswertung dieser Ergebnisse als Ausgangsbasis für die inhaltliche Strukturierung einer
- » Expertenanhörung (bzw. von Expertengespräche) für vertiefende Informationen aus dem praktischen Versorgungsgeschehen,
- » Erarbeitung von gemeinsamen Leitlinien und Empfehlungen für die Zusammenarbeit auf Grundlage der Expertenmeinungen.

Die Arbeitsgruppe arbeitete **wichtige Punkte/Empfehlungen für die Zusammenarbeit** zwischen den beteiligten Institutionen heraus (s. Senatsverwaltung für Gesundheit/Senatsverwaltung für Bildung 2003, 24–43):

- » eine am Einzelfall orientierte, verbindliche Kooperation der Hilfssysteme in Form einer ganzheitlichen Fallverantwortung (Stichwort „Handeln wie aus einer Hand“) mit der Einführung eines Fallmanagers;
- » die Notwendigkeit von Information über das Leistungsspektrum der anderen Hilfssysteme;

- » die problemlose Erreichbarkeit der anderen Dienste (das beinhaltet das Wissen, wer in welchen Institutionen wofür zuständig ist);
- » ein regelmäßiger fachlicher Austausch in wechselseitigem Respekt;
- » gemeinsame Fortbildungen, damit sich die Verantwortlichen kennen lernen und ein Verständnis für die anderen Institutionen (und ihre Vorgangsweisen) entwickeln können

(s. Senatsverwaltung für Gesundheit/Senatsverwaltung für Bildung 2003, 3–43).

## **b.) Modellprojekt**

**Ziel** war die Entwicklung einheitlicher Kooperationsstrukturen für zwölf unterschiedlich arbeitende Arbeitsfelder (drei Fachbereiche in vier Alt-Bezirken, die zu zwei neuen Bezirken zusammengefasst wurden) und für eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie; dafür waren notwendig (s. Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg (Hg.) 2009, 12):

- » Klärung der Verantwortungs- und Kompetenzbereiche;
- » Entwicklung und Erprobung eines Leitfadens zur Bestimmung des komplexen Hilfebedarfs sowie einer gemeinsamen Falldokumentation;
- » ressortübergreifende Schulungen;
- » Entwicklung und Abschluss einer ressortübergreifenden vertraglichen Kooperationsverpflichtung.

Das Projekt war in drei Teile gegliedert: eine Analysephase, eine Konzeptphase, eine Erprobungs- und Umsetzungsphase / Pilotfälle (ebd., 14–9).

- » **Phasenunabhängig**
  - » Projektmanagementschulung für das Projektteam
  - » Einrichtung eines Lenkungsausschusses (oberstes Entscheidungsgremium des Projektes)
  - » Gründung eines Projektbeirates
- » **Analysephase**
  - » Erfassung der aktuellen Praxis (best. Bezirke)
  - » Fragebogenerhebung,
    - » um die Rahmenbedingungen der Bereiche aufzuzeigen
    - » um kooperationsfördernde oder-hemmende Aspekte herauszuarbeiten
    - » zur Erfassung gut funktionierender Kooperationen
  - » Definition der Zielgruppe
  - » Durchführung notwendiger Schulungen (Teammitglieder)
  - » Einleitung der Öffentlichkeitsarbeit

» **Konzeptphase, Erprobungs- und Umsetzungsphase / Pilotfälle<sup>5</sup>**

In diesen Phasen sollten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aller Bereiche u. a. informiert werden, und zwar mit dem Konzept „learning by doing“ (mit Hilfe der Projektmitglieder):

- » Nach Auswahl eines Pilotfalles wurden die Eltern informiert und darum gebeten, das Team von der Schweigepflicht zu entbinden.
- » Bei Zustimmung wurde ein Einschätzungsbogen ausgefüllt und mit den Daten des Kindes an die möglichen beteiligten Fachbereiche geschickt.
- » Damit wurde die Kooperation zwischen den Fachbereichen eingeleitet, gekoppelt an die Aufforderung, dass die anderen Bereiche möglichst rasch eine Diagnostik für die betroffene Person erstellen oder eine vorhandene als Vorbereitung auf die Fallkonferenz beurteilen.
- » Für die Einberufung, Durchführung und Moderation der Fallkonferenz war immer das Projektmitglied verantwortlich, aus dessen Fachbereich der komplexe Hilfebedarf erstmals gemeldet wurde.

Die Ziele, die bei der Fallkonferenz erreicht werden sollten, waren:

- » Festlegen des Hilfebedarfs,
- » Ziele der/des Betroffenen und der Angehörigen erfassen,
- » Formulieren der gemeinsamen Fallsicht,
- » Festlegen und Protokollieren der Vereinbarungen zu inhaltlichen und zeitlichen Arbeitsschritten der verschiedenen Fachbereiche,
- » prognostische Einschätzung zum Hilfeverlauf,
- » Festlegen eines Termins zur nächsten Überprüfung,
- » Festlegen der Prozessverantwortung (bis zur nächsten Überprüfung).

Für das Projekt wurden Instrumente für die Zusammenarbeit entwickelt, die während des Prozesses angepasst werden konnten (ebd., 19):

- » Schweigepflichtsentbindungserklärung,
- » Kooperationsvereinbarung,
- » Datenerfassungsbogen,
- » Einschätzungsbogen für Kinder und Jugendliche mit Manual,
- » Einladungsformular zur Fallkonferenzen,
- » Protokollformblatt der Fallkonferenz

(s. Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg (Hg.) 2009, 8–44).

---

<sup>5</sup> Da die Konzeptphase im Abschlussbericht den Eindruck einer Anwendungsbeschreibung erweckt, wird sie zusammen mit der Erprobungs- und Umsetzungsphase beschrieben.

## Die kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste in Berlin

Im Folgenden werden die kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste in Berlin (KJPD) beschrieben (Entstehung und Aufgaben) und ein Projekt dieser Einrichtung („Kinder psychisch kranker Eltern“) näher dargestellt. Die Ausführungen stützen sich auf Pewesin (2011, 288–294).

Der KJPD als Fachdienst des regionalen Gesundheitsamtes ist ein wichtiges Element in der Leistungskette der regionalen psychosozialen Versorgung in Berlin. Jede Dienststelle ist mit zwei Fachärzten bzw. –ärztinnen, zwei Psychologen bzw. Psychologinnen, zwei Sozialarbeitern bzw. –arbeiterinnen und zwei Verwaltungskräften besetzt. Der KJPD ist für Kinder und Jugendliche des Bezirks mit „komplexem fachübergreifendem Hilfebedarf“ sowie für junge Erwachsene zuständig.

Die Aufgaben des KJPD umfassen:

- » Diagnostik und Beratung: Die Untersuchung (fachspezifisch ärztlich, psychologisch und sozialpädagogisch) und die Beratung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien ist die Hauptaufgabe der Beratungsstellen.
- » Krisenintervention: Diese umfasst Gespräche vor Ort, Hausbesuche, einen Notfalldienst tagsüber (nach Dienstschluss ist der regionale Krisendienst zuständig und rund um die Uhr erreichbar).
- » Hilfeplanung: Nach Diagnostik und Beratung erfolgt als nächster Schritt die Planung der notwendigen medizinischen, psychologischen, sozialpädagogischen und psychotherapeutischen Hilfen, meist im Rahmen eines Gesamthilfeplans in Kooperation mit dem Jugendamt oder anderen Trägern, die Leistungen oder Rehabilitation anbieten.
- » Kooperation und Vernetzung: Diese findet statt insbesondere mit dem regionalen sozialpädagogischen Dienst, der Jugendhilfe, dem schulpsychologischen Beratungsdienst, der regionalen KJP-Klinik, aber auch mit Spezialeinrichtungen (im Einzelfall). Beinhaltet aber auch die Fachberatung von Mitarbeitern anderer psychosozialer Einrichtungen und die Mitwirkung in relevanten bezirklichen und überregionalen Gremien.

Das **Ausgangsproblem** des Projektes „Kinder psychisch kranker Eltern“ des KJPD war, dass in diesem Bereich sehr viele verschiedene Helfer mit unterschiedlichen Blickwinkeln arbeiten, die von den anderen wenig bis nichts wissen und (daher) auch nicht miteinander kooperieren (ebd., 292 f.). Es schlossen sich für dieses Thema neben den KJPD die Jugendhilfe und die Erwachsenenpsychiatrie als **Kooperationspartner** zusammen.

Die **Ziele** des Projektes stellen sich folgendermaßen dar:

- » Verbesserung der Hilfesysteme im Bereich „Kinder psychisch kranker Eltern“ durch Erforschung des regionalen Netzwerkes der Institutionen, die sich um Familien mit psychisch kranken Eltern kümmern;
- » Erstellen einer Bestandsaufnahme der Angebote;
- » Herstellung von Kommunikation untereinander;
- » Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit;

- » Austausch über unterschiedliche Blickwinkel, Wissen und Erfahrungen schaffen;
- » Angemessene Hilfsangebote für diese Familien bereitstellen.

Zur **Umsetzung** der Ziele erfolgten zwei Schritte:

- » Erforschung der unterschiedlichen Angebote durch einen Fragebogen und Diskussionen in den beteiligten Institutionen;
- » dienststellenübergreifende ganztägige Fachtagung zum Austausch (Sommer 2010, 80 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen):
  - » exemplarische Diskussion von Beispielfällen in Kleingruppen mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen verschiedener Institutionen,
  - » Diskussion (in Kleingruppen) von unterschiedlichen Herangehensweisen und Wegen der Zusammenarbeit.

Weiter geplant sind:

- » gemeinsame Fortbildungen, Fallbesprechungen und Supervision;
- » Informationen mit Hinweisen auf Hilfsmöglichkeiten für niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, später Schulen;
- » Entwicklung eines koordinierten Hilfssystems;
- » Förderung der Zusammenarbeit der Dienste und Kooperation von Trägern der Jugendhilfe und des Erwachsenenbereiches

(s. Pewesin 2011, 288–294).

### **Regionale Vernetzung von Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie (KJPP) und sozialpädiatrischen Zentren (SPZ)**

Ein weiteres Projekt im Rahmen der „Integrativen Organisationsstrukturen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ war die Vernetzung von stationären und ambulanten Institutionen (s. Hübler 2004, 207–232). Das **Ziel** war die Entwicklung eines integrativen Versorgungskonzeptes für psychisch kranke und entwicklungsbeeinträchtigte Kinder und ihre Familien. **Kooperationspartner** waren dabei die Institutsambulanz der Klinik für KJPP in Berlin–Hellersdorf und fünf in ihrem klinischen Versorgungsbereich liegende ambulante sozialpädiatrische Zentren. (ebd., 207.)

**Zielgruppe** waren Kinder, die wegen ihrer gravierenden Entwicklungsstörungen intensiver sozialpädiatrischer Hilfe bedürfen, bei denen aber außerdem wegen einer zusätzlich bestehenden psychischen Störung oder Erkrankung diagnostische und gegebenenfalls therapeutische KJP-Kompetenz benötigt wird (ebd., 207).

Die **Ausgangsprobleme** für die Initiierung des Projekts stellten sich folgendermaßen dar (ebd., 209 ff.):

- » Aufgrund des in der ambulanten Versorgung vorherrschenden Defizits an niedergelassenen Fachärzten und –ärztinnen für KJP erfolgten stationäre Krankenhaus–Einweisungen durch Kinderärzte, Allgemeinmediziner und niedergelassene Ärzte, deren Indikation fraglich bzw. zuvor nicht ausreichend abgeklärt worden war.
- » Zudem erfolgten die KH–Einweisungen in die KJPP durch niedergelassene Kinderärzte und sozialpädiatrische Zentren teilweise erst zu einem kritischen Zeitpunkt der Problem– bzw. Symptomentwicklung.

Die Klinik für Kinder– und Jugendpsychiatrie schloss mit den ambulanten sozialpädiatrischen Zentren einen Kooperationsvertrag ab, der folgende Punkte beinhaltete (ebd., 211 ff.):

- » zweimal jährlich stattfindende Kooperationskonferenzen,
- » fallbezogene Konsultations–, Konsiliar– und Liaisontätigkeit als Adjuvans für die fallverantwortliche Institution (Casemanager) zur Diagnosesicherung einer Komorbidität und/oder Therapieempfehlung/–begleitung,
- » klientenbezogene Fallkonferenzen zwischen KJPP und SPZ sowie weiteren Fachdiensten (falls erforderlich),
- » übereinstimmende Befund– und Verlaufsdokumentation,
- » Entwicklung einer Projektdokumentation mit dem Ziel einer gemeinsamen, fallbezogenen Maßnahmenprotokollierung sowie Reflexion der dabei erzielten Ergebnisse

(s. Hübler 2004, 207–232).

### 3.2.2 Region Hamburg

Zur Förderung der Kooperation zwischen KJP und Jugendhilfe wurde 2006 die Arbeitsgruppe „Jugendhilfe Kinder– und Jugendpsychiatrie“ gegründet; sie setzt sich aus Vertretern und Vertreterinnen verschiedener Disziplinen und Behörden zusammen (s. BSG Hamburg 2007, 3–32).

**Ziel** war es, einen Handlungsleitfaden für Hamburg zu entwickeln, um qualifiziertere Kooperationen zwischen den Systemen zu ermöglichen, damit diese im Sinne der betroffenen Kindern und Jugendlichen optimal ausgeschöpft werden können. Außerdem sollten bereits bestehende Kooperationen durch diesen Leitfaden transparenter, kalkulierbarer und effektiver gestaltbar werden. Auf diesen Handlungsleitfaden stützen sich die folgenden Abschnitte.

**Zielgruppe** sind Personen aus der Praxis, die mit Familien und deren Kindern (mit komplexem Hilfebedarf oder in akuten Krisensituationen) arbeiten, sowie Personen, die Kooperationsvereinbarungen entwickeln.

Die Leitprinzipien des Handelns sollen die Grundhaltungen und die Einstellungen von handelnden Personen fördern. Explizit genannt werden

- » **die Verbindlichkeit und die Eindeutigkeit von Rollen und Verantwortlichkeiten** (Sicherung der Verbindlichkeit durch vereinbarte Regeln und Formen der Zusammenarbeit; Einführung eines Fallmanagements, wenn dies notwendig ist; Festlegung der Rollen und Kompetenzen der Beteiligten sowie Definition der Angebote, Möglichkeiten und Grenzen der Kooperationspartner),
- » **die Anerkennung der fachlichen Autonomie und der kollegiale Dialog** (gleichberechtigte Partner durch gegenseitige fachliche Achtung, offene Kommunikation auf gleichrangiger Stufe, wobei dafür sprachlicher Konsens und Kenntnisse der internen Entscheidungsstrukturen der Kooperationspartner notwendig sind),
- » **die Mitwirkung von Eltern, Kindern und Jugendlichen** (kann am ehesten gelingen, wenn alle Beteiligten bereit sind zu kooperieren, wenn die Autonomie der anderen Beteiligten anerkannt wird und die Probleme und Grenzen angebotener Hilfeleistungen gesehen werden).

In der Ausgestaltung der Kooperation werden die Strukturen beschrieben, die für die Förderung der Kooperation zwischen Jugendhilfe und KJP notwendig sind:

- » eine Hamburger Kooperationskonferenz,
- » Kooperationsvereinbarungen,
- » Gestaltung der Übergänge zwischen JH und KJP,
- » Fallkonferenzen, Fallverantwortung und mitwirkende Fachkräfte,
- » Verfahrensregelungen für den Konfliktfall,
- » Fortbildung und Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch.

Die **Hamburger Kooperationskonferenz** besteht aus Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Jugendhilfe Kinder- und Jugendpsychiatrie“ und anderen Experten und Expertinnen aus der Praxis sowie aus Forschung und Lehre. Sie hat die Aufgabe, zwei Aspekte zu fördern: einerseits die Umsetzung des Handlungsleitfadens und andererseits die Entwicklung und Umsetzung von überregionalen Maßnahmen zur Förderung von regionalen und institutionellen Kooperationen.

Für **Kooperationsvereinbarungen** sind Vereinbarungen auf verschiedenen Ebenen notwendig:

- » Auf der *institutionellen Ebene* werden die kooperierenden Einrichtungen oder Dienststellen benannt und ihre Hierarchieebenen geklärt.
- » Auf *personeller Ebene* muss festgelegt werden, wer für das Fallmanagement und die Hilfeplanung zuständig ist und wer die Ansprechpartner der beteiligten Institutionen sind.
- » Auf der *Klientenebene* ist festzuhalten, wer zur Zielgruppe bzw. zu den Klienten gehört und wie diese am Kooperationsprozess bzw. an der Hilfeplanung mitwirken.
- » Auf der *Ebene der Kooperationsinstrumente* (Fallverantwortung, Fallkonferenz, Gestaltung der Übergänge sowie Verfahrensregelungen für den Konfliktfall) sind diese zu regeln und zu vereinbaren.

Die **Gestaltung der Übergänge zwischen den Hilssystemen** muss gut vorbereitet und abgestimmt werden, insbesondere bei Krisensituationen. Dazu gehören u. a. die Benennung von festen und kontinuierlichen Ansprechpartnern, die frühzeitige Information und Einbindung des anderen Hilssystems, die Gewährleistung, dass alle notwendigen Informationen an das andere Hilssysteme weitergegeben und Absprache- sowie Beratungsprozesse schriftlich in einem dafür

entwickelten Dokumentationssystem erfasst werden. Bei akuten Krisen sollten – wenn möglich – im Vorfeld Absprachen getroffen werden.

Für die Kooperation ist es unumgänglich festzulegen, wer von den beteiligten Institutionen jeweils die **Fallverantwortung** hat, wer als **Fachkraft verbindlich mitwirkt** und wie die **Fallkonferenzen** gestaltet werden. Zuständig für die Klärung, welche Hilfen benötigt werden und wer die Fallverantwortung übernimmt (das variiert in Hamburg je nach vorrangiger Aufgabenstellung), ist diejenige Institution, an die sich die Betroffenen gewandt haben. Die zuerst fallverantwortliche Institution/Person hat die Aufgabe, alle notwendigen Informationen zu beschaffen und zur Fallkonferenz einzuladen bzw. diese zu leiten. Zu verbindlich mitwirkenden Fachkräften werden alle zur Fachkonferenz eingeladenen Professionisten. Die fallverantwortliche Person/Institution trägt die Verantwortung dafür, dass eine möglichst von allen akzeptierte Hilfeplanung erarbeitet wird. Für die Umsetzung sind die Fachkräfte aufgefordert. Die fallverantwortliche Person/Institution bleibt verantwortlich, bis die Ziele umgesetzt sind oder eine andere Person/Institution vorrangig zuständig wird. Auch die Fachkräfte bleiben in ihrer Verantwortung, bis die Hilfen gewirkt haben.

Für den **Konfliktfall** muss klar geregelt werden, wie dieser gelöst werden soll (Ebene der Organisation, kollegiale Ebene, Ebene der Vorgesetzten).

**Fortbildungen und Erfahrungsaustausch** sollen die Möglichkeit bieten, die jeweils anderen Institutionen und Personen kennen zu lernen und das eigene Spektrum zu erweitern (z. B. ein gemeinsames Verstehen von Problemdefinitionen und Problemursachen entwickeln). Daher ist es auch eine Aufgabe der Kooperationskonferenz, interdisziplinäre Fortbildungen und Fachtagungen zu entwickeln und zu fördern (s. BSG Hamburg 2007, 3–32).

Seit 2011 ist die Kooperationskonferenz Jugendhilfe – Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht mehr Teil des Regierungsprogramms, soll aber fortgesetzt werden, ebenso wie die jährliche Fachveranstaltung. Es wurden bis Juni 2012 neun Kooperationskonferenzen abgehalten. (Stelter 2012)

### 3.2.3 Region Rheinland–Pfalz

#### Rheinisches Kooperationsmodell

Der Landschaftsverband Rheinland, das Dezernat Jugend, Landesjugendamt Rheinland sowie das Dezernat Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen brachten 2007 einen Kooperationsleitfaden für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Jugendhilfe im Rheinland heraus (s. Möller et al. 2007).

Der Arbeitskreis „Kinder und Jugendliche als gemeinsames Klientel der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ im Rheinland widmete sich ab 1999 verstärkt der Thematik der Kooperation zwischen diesen beiden Bereichen. Dabei wurde ersichtlich, dass zwar in der Alltagsarbeit gewachsene Kooperationsformen zwischen den beiden Bereichen in Rheinland–



Pfalz existierten, die Zusammenarbeit jedoch weitgehend situations- und einzelfallorientiert und nicht systematisch stattfand. In Zuständigkeitsfragen gab es offiziell kaum Dissens, in der alltäglichen Praxis jedoch etliche Stolpersteine, die die angestrebten Kooperationen straucheln ließen (ebd., 7 f.).

Diese Bestandsaufnahme führte zu der Idee und dem **Ziel**, ein systematisch-organisiertes **Rheinisches Kooperationsmodell** für die Zusammenarbeit zu entwickeln (ebd., 8 f.).

Das **Kooperationsmodell** umfasst folgende Bausteine (ebd.):

- » **Regionalkonferenzen:** Diese dienen in den jeweiligen Regionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, den Jugendämtern sowie allen bisherigen und potenziellen Kooperationspartnern als situations- und einzelfallunabhängiges Diskussions- und Planungsforum. In diesem können regelmäßig Fragen des regionalen Bedarfs, der Zusammenarbeit, Konflikte und besondere Einzelfälle erörtert werden, es können sich dort aber auch die Verantwortungsträger als konkrete Personen kennen lernen.
- » **Vermittlungsstelle:** Diese versteht sich in schwierigsten Fällen als Kriseninstrumentarium, das durch gebündelte fachliche Kompetenz und der aus der Zusammensetzung resultierenden Neutralität neue Ideen und Lösungsansätze anbieten kann.
- » **Kooperationsleitfaden:** dient als Arbeitshilfe bzw. Orientierungshilfe für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie anderen Beteiligten. Er enthält Informationen zu den einzelnen Hilfssystemen (unter anderem zum Leistungsprofil von KJP und JH, zu den gesetzlichen Grundlagen und organisatorischen Rahmenbedingungen der einzelnen Bereiche) sowie zu häufigen Konfliktpotentialen (z. B. unerfüllbare wechselseitige Wünsche und Erwartungen), Vorschläge für bessere Zusammenarbeit (z. B. regelmäßige Übergabegespräche, frühzeitige Information, eine für den anderen Sektor verständliche Sprache) und Modelle gelungener Zusammenarbeit (eines davon wird nachfolgend näher beschrieben). Zusätzlich enthält der Leitfaden auch Informationen für betroffene Kinder und Jugendliche sowie deren Sorgeberechtigte.

Es wurden folgende **Ergebnisse** erzielt: Mehrere Jahre nach Beginn der Umsetzung konnten circa 45 Prozent der 89 Jugendämter des Rheinlandes für eine verbindliche Kooperationsstruktur mit Kinder- und Jugendpsychiatrien an rheinischen Kliniken an drei Standorten gewonnen werden (ebd. 9).

### **Modell gelungener Zusammenarbeit: Kooperationsmodell eXtreme**

**Ausgangspunkt** für die Entstehung des Projekts war die Regionalkonferenz „südliches Rheinland“ (s. Möller et al. 2007, 41–52).

**Ziel** war es, mittels eines Handlungsmodells für einzelne sehr schwierige Kinder und Jugendliche in der Region eine geeignete Hilfsform zu entwickeln, eine „wirkfaktoren-orientierte Betreuungsplanung“ zu erstellen und zu verhindern, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen entweder zwischen Einrichtungen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie pendeln oder in individualpädagogische Einrichtungen ins Ausland geschickt werden.

Grundsätzlich bezweckt dieses Projekt eine veränderte Perspektive im Zugang zum Problembe- reich. Es geht nicht primär um die Jugendlichen, die aufgrund ihres Verhaltens die Gesellschaft und erfahrene Pädagogen an die Grenzen ihres Handelns bringen und öffentliche Diskussionen herausfordern, sondern um die extreme Handlungsunfähigkeit der Erwachsenen im Umgang mit diesen besonders Schwierigen. Man geht davon aus, dass das Scheitern der pädagogischen Bemühungen nicht am Nichtverstehen liegt, sondern im Handeln begründet ist. Zwischen dem Erkennen und Verstehen einer Problemlage und der Übersetzung in pädagogisches Handeln scheint es fach- und systemimmanente Barrieren zu geben. EXtreme ist ein **Handlungs-** und kein weiteres Verstehensmodell. Man konzentriert sich auf folgende Frage: „Welche Rahmenbedin- gungen und welche Inhalte brauchen die Erwachsenen, um im Umgang mit den betreffenden Kindern in Bezug auf die individuelle Problemlage handlungsfähig zu sein?“

Auf Basis einer sogenannten **Wirkfaktorenanalyse** geht man im nächsten Schritt daran, Anforde- rungen an den pädagogischen Alltag zu formulieren. Die Kunst dabei ist es, alltagstaugliche, klare Handlungsanweisungen für Kollegen und Kolleginnen der Erziehungshilfe zu formulieren, die mit den besonders Schwierigen umgesetzt werden können. Es geht um klare, alltagstaugliche Strategien.

Das **Team** extreme besteht aus Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen dreier Jugendhilfeeinrichtun- gen im Großraum Köln-Bonn-Rhein-Sieg sowie dem Beratungspartner Conception, Gesellschaft für Organisationsberatung und Personalentwicklung GmbH, der für eine kontinuierliche Konzeptbegleitung in der Erarbeitung der Betreuungsplanung zuständig ist. Zudem findet kontinuierlich eine fachliche Begleitung in einem Arbeitskreis mit pädagogischen Fachkräften der regionalen Jugendämter, des Landesjugendamtes und des Leitungsteams statt. In diesem Arbeitskreis sind auch mit dem ärztlichen und dem sozialpädagogischen Dienst der Kinder- und Jugendpsychiatrie konkrete Vereinbarungen getroffen worden.

An einem Beispiel wird gezeigt, wie eXtreme bei einer **wirkfaktorenorientierten Betreuungspla- nung (WoB)** vorgeht.

Zuerst werden Fragen formuliert, die für eine adäquate Unterbringung geklärt werden müssen (z. B. Welche Einrichtung kann dem Klienten bzw. der Klientin die geeignete Hilfsform bieten?; benötigt der Klient bzw. die Klientin darüber hinaus therapeutische Unterstützung?; welche schulische Perspektive gibt es? etc.). Dann sammelt der Teamleiter alle verfügbaren Informatio- nen und Unterlagen, stellt ein Arbeitsteam zusammen und informiert Conception. Die Auswer- tung der Berichte, der Diagnostik und der Exploration ergibt die Wirkfaktorenanalyse. Diese beinhaltet die Lebensgeschichte der betroffenen Person und die daraus abgeleiteten Schlussfol- gerungen für das nötige therapeutische Setting. Danach werden wesentliche Ziele für die Arbeit mit dem Klienten bzw. der Klientin und Rahmenbedingungen für einen geeigneten Lebensraum formuliert. Des Weiteren werden für die betreuenden Erwachsenen wichtige Aspekte für den Umgang mit der betroffenen Person formuliert. Anhand dieses „WoB“ wird im Jugendamt ein gemeinsames Planungsgespräch geführt und über eine geeignete Hilfsform entschieden.

Von den bisher fünf begleiteten Kindern konnte für vier in der Region eine geeignete Hilfeform entwickelt werden (s. Möller et al. 2007, 41–52).

## Managementkonzept NBQM

Ein weiteres Konzept zur Verbesserung von Kooperation und Vernetzung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe stellt das Netzwerkbezogene Qualitätsmanagement (NBQM) dar (s. Brederode et al. 2010, 8–35).

Zur Lösung von bestehenden Kooperations-, Vernetzungs- und Schnittstellenproblemen im Gesundheits- und Sozialsystem hat der Landschaftsverbund Rheinland ein manualisiertes Verfahren zur systematischen Entwicklung von regionalen Versorgungsnetzwerken (NBQM) erarbeitet, angelehnt an Verfahren des Qualitätsmanagements.

**Ziel** ist es, in kommunalen Zusammenhängen ein ganzheitliches, umfassendes Denken und Handeln der für die Versorgung Verantwortlichen zu fördern und damit Kooperation, Koordination und Integration zu unterstützen, Barrieren zu überwinden und Professionalisierungsdefizite in der Netzwerkarbeit zu reduzieren.

NBQM zielt nicht ab auf einen Eingriff in die Autonomie einzelner Einrichtungen und in die Verantwortung der Träger, sondern die Führungsebene der Einrichtungen und Dienste soll die Gesamtverantwortung für den kommunalen Vernetzungsprozess und für die Gestaltung und Entwicklung eines an die Bedürfnisse der Klienten und Klientinnen orientierten Versorgungsnetzes übernehmen.

Seit dem Jahr 2010 ist das Verfahren in drei Modellregionen im Bundesland Rheinland-Pfalz in Anwendung (Kreis Wesel, Kreis Kleve, Stadt Essen).

Es arbeiten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Leitungs- und der operativen Ebene unterschiedlicher Einrichtungen und Dienste einer Region auf Grundlage eines systematischen, zyklischen Arbeitsprogramms zusammen. Dieses soll durch die Definition von Verantwortlichkeiten, die Einführung einer systematischen Zielkontrolle und die Implementation von spezifischen Verfahren (z. B. Vereinbarung einrichtungsübergreifender Pfade) die Professionalisierung von Netzwerkarbeit fördern.

Folgende Arbeitsgremien sind zur Wahrnehmung übergreifender Lenkungs- und Koordinationsaufgaben und zur Realisierung von Verbesserungsmaßnahmen erforderlich:

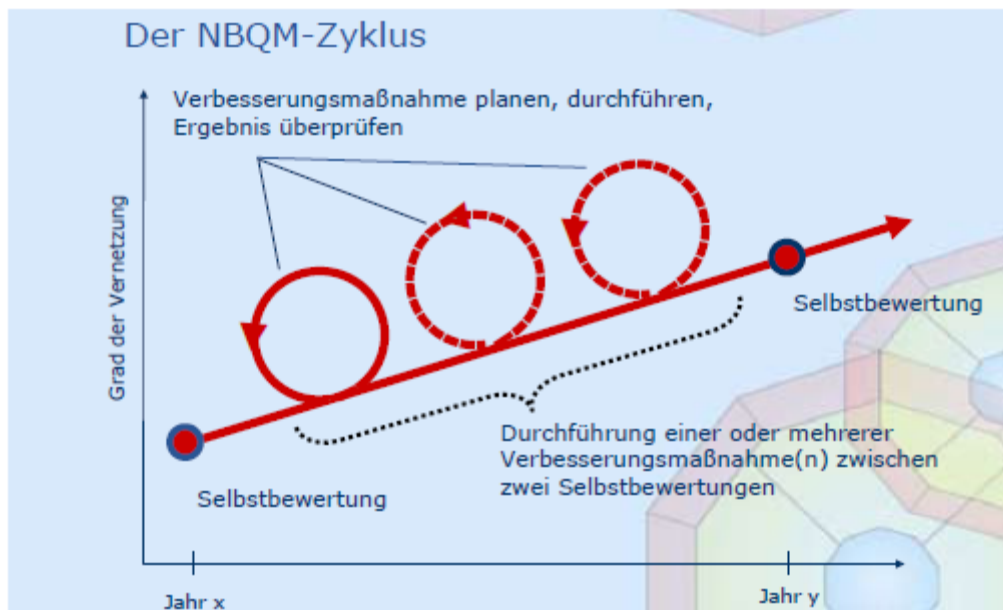
- » ein ausreichend legitimes Lenkungsgremium,
- » eine geschäftsführende Koordination,
- » Arbeits- und Projektgruppen (Mitwirkungsmöglichkeit auf Mitarbeitererebene zur Sicherstellung der Identifikation mit gemeinsamer Arbeitsgrundlage).

Das **Arbeitsprogramm** eines NBQM-Zyklus beinhaltet:

1. systematische Selbstbewertung des erreichten Vernetzungsgrades (hierfür ist eine systematische Sammlung und Auswertung von für die Netzsteuerung und -entwicklung relevanten Daten und Informationen sinnvoll);
2. Identifikation von Verbesserungspotenzialen;

3. Ableitung, Vereinbarung und Durchführung von Entwicklungsmaßnahmen;
4. Überprüfung der Zielerreichung.

Abbildung 3.1:  
Der NBQM-Zyklus



Der NBQM-Zyklus und seine Elemente

Quelle und Darstellung: Brederode et al. 2010, 16

Grundlage für Selbstbewertung und Durchführung von Verbesserungsmaßnahmen bildet ein in neun Unterbereiche gestaffelter Katalog von strukturellen und prozessualen Anforderungen und Maßnahmen, die für den Erfolg eines Netzwerks wichtig sind.

Als **Ergebnis** kann festgehalten werden, dass die bisherigen Erfahrungen eine positive Bilanz zeigen. Eine Intensivierung der Kooperationsbeziehungen zwischen den Akteuren und eine Verbesserung der Zusammenarbeit konnte in allen Regionen erreicht werden, war aber in hohem Maße abhängig vom Engagement Einzelner, weil zusätzlicher Aufwand ohne zusätzliches Honorarbewältigt werden musste. Von besonderer Bedeutung war die Aktivierung der Leitungsebene (s. Brederode et al. 2010, 8–35).

### 3.2.4 Gründung eines KJP-Verbundes (Region Bodenseekreis)

Ausgehend von Problemen rund um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Autismusstörung, wurde nach einer Lösung für die Betreuung und Begleitung aller Kinder und Jugendlichen mit komplexem psychosozialen Hilfebedarf gesucht (s. Hoehne/Feiri 2011).

Es kam 2010 zur **Gründung eines kinder- und jugendpsychiatrischen Verbundes** (in Analogie zum gemeindepsychiatrischen Verbund), in dem übergreifend die Kompetenzen der Jugend- und Sozialhilfe, der KJP, der Schulen und des Bereichs Arbeit gebündelt sind. **Ziele** sind die individuelle Hilfeplanung „aus einer Hand“, die Qualifizierung, Weiterentwicklung und Ergänzung bestehender Angebote, gleiche Standards der Versorgung in der Region und wohnortnahe Versorgungslösungen innerhalb des Landkreises (s. Hoehne/Feiri 2011).

Es gibt in dem Verbund **drei Gremien** (s. Feiri/Hoehne 2011; Hoehne/Feiri 2011):

- » die **Arbeitsgemeinschaft**, die sich einmal jährlich trifft und in der die Kreistagsmitglieder, die Krankenkassen, die Mitglieder der Trägergemeinschaft sowie Sponsoren und weitere Unterstützer vertreten sind;
- » die **Trägergemeinschaft**, die sich drei- bis viermal im Jahr trifft und in der Führungskräfte der Mitglieder der Trägergemeinschaft („Leistungserbringer aus den Bereichen SGB II, III, V, VIII und XII“) vertreten sind. Ihre Aufgaben sind die Formulierung des Vereinbarungstextes als Grundlage für das zukünftige gemeinsame Handlungsverständnis, die Erstellung von Konzepten und fallübergreifenden Fragen zur Optimierung der Struktur und Ablaufprozesse sowie die Planung neuer Angebote;
- » die **Hilfeplankonferenz Jugend** (HPKJ), die einmal im Monat stattfindet und in der die operative Ebene der Trägergemeinschaft vertreten ist. In Absprache und mit Einverständnis der betroffenen Familien, Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden hier Hilfebedarfe vorgestellt und gemeinsam Lösungsansätze entwickelt. Als Grundlage für das anamnestische Gespräch mit den Betroffenen und als Vorbereitung für die HKPJ dient eine adaptierte Form des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan IBRP-Bogens aus dem Erwachsenenbereich. In der HPKJ erfolgt die Koordination der Leistungsansprüche aus verschiedenen Bereichen ausgehend vom individuellen Hilfebedarf. Kein Vertragspartner erbringt eine Hilfeleistung ohne Konsensfindung in der Konferenz. Auch ist von vornherein festgelegt, bei wem die Fallführung insgesamt verortet ist und den Prozess über bleibt.

### 3.2.5 Region Hessen

Im Auftrag des hessischen Sozialministeriums wurden in einem Gutachten zur Bedarfsentwicklung im Bereich der psychiatrischen Versorgung und des Maßregelvollzugs 2002 Defizite sowohl in der KJP-Versorgung als auch in der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und KJP festgestellt. Als Folge wurde ein „Konzept zur psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und zur Kooperation zwischen Jugendhilfe und KJP in Hessen“ entwickelt (s. Nöcker/Bischoff 2003). Dieses hat sowohl in den Entwurf des hessischen Psychiatrie-Rahmenplans als auch in den hessischen Krankenhausplan Eingang gefunden.

In einem nächsten Schritt startete 2004 ein **Projekt zu „Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Hessen“** mit einer Laufzeit von zwei Jahren, das durch das Land Hessen finanziert wurde (s. Nöcker/Bischoff 2006).

**Ziel des Projekts** war es, jungen Menschen und ihren Familien ganzheitlich und vor allem schneller als bisher zu helfen, Beziehungsabbrüche zu reduzieren, in Krisen früher zu intervenieren und regionale Wegweiser zu installieren, um die Kommunikation zwischen den Helfern und Helferinnen zu erleichtern (ebd.).

Folgende **Schritte** wurden zur Zielerreichung als notwendig erachtet: Förderung und Weiterentwicklung regionaler Angebote, gute Erreichbarkeit der Hilfen, spezielle Hilfen für junge Menschen statt neuer Spezialeinrichtungen, Kooperationen als Bestandteil der Arbeit und als anerkannte Leistung sowie regionale Wegweiser über entsprechende Hilfsangebote. Regionale Kooperation sollte sowohl auf struktureller als auch auf Fallebene verbessert werden. (ebd.)

Im Rahmen des Projekts wurden sechs **Arbeitsgruppen** in sechs Gebietskörperschaften (Hochtaunuskreis, Landkreis Groß-Gerau, Landkreis und Stadt Kassel, Vogelsbergkreis, Stadt Frankfurt und Stadt Wiesbaden) zur Erarbeitung von Kooperationsvereinbarungen gebildet. Für das Land Hessen folgten auf Grundlage diverser Überlegungen rund um das Projekt zwei Aufgaben: Anstöße für regionale Kooperationsstrukturen geben und die Moderatoren- und Koordinatorenrolle übernehmen sowie Rahmenbedingungen des hessischen Psychiatrie-Rahmenplans umsetzen und durch einen überregionalen Fachdialog und gute Koordination auf Landesebene ergänzen. (ebd.)

Als **Zielgruppe** angesprochen wurden **überregional** Experten und Expertinnen, die eine Multiplikatorenfunktion in den Arbeitsfeldern der Jugendhilfe, der KJP und der Suchthilfe haben, und **regionale** Fachkräfte der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie (ebd.).

Die **Durchführung** fand auf zwei Ebenen statt: Auf der *überregionalen Ebene* organisierte die Projektleitung gemeinsam mit einer Projektbegleitgruppe, deren Aufgabe es war, die Projektleitung fachlich zu beraten, drei Fachtagungen. Diese Tagungen bildeten die inhaltlichen Klammern für die Umsetzung der sechs regionalen Maßnahmen. Auf der *regionalen Ebene* begleitete die Projektleitung die sechs regionalen Teilprojekte mit dem Ziel, mit konkreten Maßnahmen praxisorientierte Vorgehensweisen (best practice) durchzuführen, die für andere Gebietskörperschaften verwertbar gemacht werden können. Dabei sollten die Veröffentlichungen aus den Regionalprojekten dazu dienen, den Nutzen einer regionalen Kooperation aufzuzeigen und Interesse für unterschiedliche Arbeitsansätze zu wecken. (ebd.)

In den sechs Projektgruppen gab es völlig unterschiedliche Voraussetzungen in Bezug auf die Ausgangs- und Versorgungssituation. Auch die Themenschwerpunkte, die angegangen wurden, um die Kooperation zwischen den zwei Bereichen zu verbessern, differierten je nach Projektgruppe (ebd.).

Es wurden alle **Projektziele** erreicht. Im letzten Drittel der Projektlaufzeit wurde der Wunsch nach einem Anschlussprojekt mit anderen inhaltlichen Schwerpunkten, aber gleicher Struktur, laut. Daraus entstand das **Anschlussprojekt** „Prävention und Krisenintervention in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Hessen“ 2006 (ebd.).

Zwei der Teilprojekte werden in den folgenden Abschnitten exemplarisch dargestellt.

## Projekt ALFI (Ablauf-Logistik für Institutionen)

Eines der Regionalprojekte, das „Projekt ALFI – Ablauf-Logistik für Institutionen“, fand in der Stadt Frankfurt statt (s. Kirschenbauer/Gerhards 2005).

**Die Ausgangsüberlegung** für die Durchführung dieses Projekt bildete der Umstand, dass einerseits Kinder und Jugendliche, die in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe (Kinder- und Jugendheimen) leben, eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischer Störungen darstellen, andererseits viele Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen aus unterschiedlichen Gründen nicht in Spezialeinrichtungen, sondern in Regeleinrichtungen der stationären Jugendhilfe untergebracht werden, was diese vor große Herausforderungen stellt (ebd.).

**Zielgruppe** sind demgemäß sowohl Kinder und Jugendliche, die bereits in stationären bzw. teilstationären Jugendhilfeeinrichtungen leben und dort im Verlauf der Betreuungszeit psychisch auffällig werden, als auch Kinder und Jugendliche, für die nach einem stationären Klinikaufenthalt eine geeignete Unterbringungsmöglichkeit gefunden werden muss. (ebd.)

Sieben Einrichtungsträger mit insgesamt acht Einrichtungen konnten für das Projekt ALFI gewonnen werden. Gemeinsam mit Vertretern des Jugendamtes und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters bildeten sie die **Projektgruppe** (ebd.).

Das Projekt ALFI **zielt** in einem ersten Schritt darauf ab, Regeleinrichtungen der stationären Jugendhilfe (keine 35a-Einrichtungen im Sinne des SGB VIII) für die Aufnahme von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zu interessieren und in der Folge dann auch zu qualifizieren. Die Regeleinrichtungen der stationären Jugendhilfe sollten durch die Einbindung kinderpsychiatrischer Fachkompetenz unterstützt und befähigt werden, psychisch auffällige Kinder angemessen zu betreuen. Für die kinder- und jugendpsychiatrische Fachklinik sollen geeignete Möglichkeiten der Anschlussversorgung für diejenigen psychisch kranken Kinder und Jugendlichen erschlossen werden, die nach einem stationären Klinikaufenthalt nicht mehr in ihre Familien zurückkehren können. (ebd.)

Per Projektdefinition sollte eine **Präventions- und Kooperationsvereinbarung** zwischen den stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dem Jugendamt und dem Stadtgesundheitsamt entwickelt werden. Auf dieser Grundlage waren klare Abläufe dafür zu vereinbaren, wie der beschriebene Personenkreis auf Dauer angemessen versorgt werden kann. (ebd.)

Ausgehend von vier fiktiven, aber realitätsnahen Fällen (Fallvignetten), wurde ALFI zunächst in vier Teilprojekte untergliedert. Aus der Diskussion der Fallvignetten und dem Austausch über die wechselseitigen Erwartungen der Jugendhilfeeinrichtungen an die Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. der Klinik an die Jugendhilfe wurden insgesamt **sieben Bausteine für das Projekt ALFI** entwickelt (ebd.):

- » Einschätzungsbogen zur funktionalen Diagnostik: Um den stationären Jugendhilfeeinrichtungen eine möglichst praxisnahe Entscheidungshilfe zu geben, ob ein psychisch krankes

Kind bzw. ein kranker Jugendlicher nach einem Klinikaufenthalt aufgenommen werden kann, wurde ein Einschätzungsbogen entwickelt, der – ergänzend zu Klinikberichten und den vorhandenen Informationen des Allgemeinen Sozialen Dienstes – die funktionalen Aspekte bei der Alltags- und Lebensbewältigung zum Gegenstand hat und Auskunft über den evtl. zusätzlichen Hilfebedarf in den Bereichen Schule/Ausbildung, Freizeit, Kommunikation/Kontaktverhalten, Körperpflege, Selbstständigkeit etc. geben soll;

- » kinderpsychiatrisches Fortbildungscurriculum für das Personal der Jugendhilfeeinrichtungen;
- » kinderpsychiatrisches Fallgespräch: Eine Fachperson aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie führt mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in regelmäßigen Abständen Gespräche über einzelne Bewohner, deren Verhalten psychische Beeinträchtigungen vermuten lässt;
- » vorgezogenes kinderpsychiatrisches Fallgespräch: Im Ausnahmefall besteht die Option, dass auf ausdrückliche Anforderung der Jugendhilfeeinrichtung ein Fallgespräch kurzfristig vorgezogen werden kann (innerhalb von 3–5 Tagen). Ziel ist die Situationsklärung, die Herausarbeitung konkreter Handlungsempfehlungen und die Klärung der weiteren Vorgehensweise. Die Realisierung soll durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes des Stadtgesundheitsamtes, Abteilung Psychiatrie, erfolgen;
- » fachärztliche Diagnostik und Einschätzung vor Ort durch niedergelassene KJP-Ärzte;
- » Krisenintervention (ohne Selbst- und Fremdgefährdung): Im Krisenfall wird in einer Ambulanz oder einer Praxis ein zeitnaher Termin (d. h. innerhalb von 3 Tagen) zur kinderpsychiatrischen Untersuchung ermöglicht. Hierfür wird angestrebt, mit niedergelassenen Fachkollegen bzw. -kolleginnen sowie der Ambulanz der Uniklinik entsprechende Vereinbarungen zu treffen;
- » Notfallsituation (Selbst- und/oder Fremdgefährdung): Eine unverzügliche kinderpsychiatrische Abklärung mit Einschätzung des Selbst- oder Fremdgefährdungspotenzials soll ermöglicht werden, einschließlich des stationären Behandlungsbedarfs.

Von 2005 bis 2008 erfolgte die **Umsetzung** des Projekts mit begleitender Evaluation. Am 4. November 2008 wurde das Projekt ALFI im Rahmen einer Feierstunde in Düsseldorf mit dem Qualitätspreis der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen ausgezeichnet. ALFI ist mittlerweile ein fester Bestandteil der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Frankfurt, die Zusammenarbeit der Bereiche wurde dadurch verbessert. (s. Kischenbauer/Gerhards 2005.)

### **Kooperationsverbund JH, KJP, Jugend- und Drogenberatung sowie Schule**

Ein weiteres regionales Kooperationsprojekt fand im Vogelsbergkreis statt (s. Otte-Frank/Mühleck).

**Ausgangsbasis** bildete eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Jugendamt, KJP-Ambulanz, stationärer KJP, niedergelassenen Therapeuten, Schulen, einer Drogenberatungsstelle, die im Rahmen des regionalen Teilprojekts im Vogelsbergkreis installiert wurde. **Ziel** des Projekts war es, jungen Menschen mit komplexem Hilfebedarf und ihren Familien in der Region Hilfen anzubieten, die



frühzeitig ansetzen, den jeweiligen Lebenskontext berücksichtigen, und Übergänge zwischen den einzelnen Hilfssystemen zu begleiten. (ebd.)

In der Arbeitsgruppe wurde beschlossen, einen **Kooperationsverbund** zu gründen, um die Hilfen für die **Zielgruppe** besser koordinieren und weiterentwickeln zu können. Dafür wurde auch eine **Kooperationsvereinbarung** erarbeitet. Als Leitlinien der Vereinbarung gelten gemeinsames Fallverständnis, Beteiligung der Adressaten, verbindliche Kommunikation, Abstimmung der Hilfen, Machbarkeit und Prozessablauf. Eine Besonderheit des Vorgehens im Vogelbergkreis war der Einbezug der Schule von Projektbeginn an. (ebd.)

Die Kooperation im Rahmen des Verbundes läuft über **drei Organe**: die Steuergruppe, die interdisziplinäre kollegiale Fallberatung (Iko-Fa) und die Geschäftsstelle (ebd.).

Im Zentrum der Zusammenarbeit steht die interdisziplinäre kollegiale Fallberatung. Die IkoFa setzt sich aus Vertretern des Kooperationsverbundes zusammen und trifft sich mindestens fünfmal jährlich. Bezogen auf Hilfeprozesse werden die Kompetenzen vernetzt und bedarfsgerechte Vorschläge für das weitere Vorgehen entwickelt. (ebd.)

Der **Prozessablauf** gestaltet sich folgendermaßen: Sieht eine Institution einen komplexen Hilfebedarf bei einem Klienten bzw. einer Klientin, übernimmt sie die vorläufige Fallkoordination, erstellt die notwendigen Unterlagen (z. B. Basisdokumentation des Falls), gibt den Elternbrief weiter und holt eine Einverständniserklärung und Schweigepflichtsentbindung bei den Erziehungsberechtigten bzw. jungen Volljährigen ein. In einem nächsten Schritt wird die Geschäftsstelle informiert, und es erfolgt eine Fallvorstellung im Rahmen der IkoFa. Diese führt die fachspezifischen Kompetenzen zusammen und diskutiert und entwickelt Maßnahmen. Eine koordinierende Bezugsperson wird festgelegt, die mit der betroffenen Person spricht und dieser Maßnahmen vorschlägt. Bei Ablehnung und akuter Gefahr für das Wohl des jungen Menschen kann es zu einer Mitteilung nach § 8a SGB VIII an das Jugendamt kommen. (ebd.)

Die IkoFa tagt bis zum jetzigen Zeitpunkt regelmäßig, und die Zusammenarbeit der einzelnen Bereiche konnte durch die Teilnahme am Kooperationsprojekt positiv verändert werden (s. Otte-Frank/Mühleck).

### 3.3 Versorgungskonzepte mit starker Rolle von niedergelassenen Facharztpraxen

Einen wichtigen Baustein in der integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen stellt der niedergelassene Bereich dar. Um psychische Beeinträchtigungen möglichst früh erkennen und adäquat behandeln zu können, ist eine Kooperation der niedergelassenen KJP-Fachärzte sowohl mit anderen ärztlichen Fachrichtungen, mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens als auch mit dem stationären Bereich essenziell.

Im folgenden Kapitel werden einige Modelle dargestellt, in denen die niedergelassenen KJP-Fachärztinnen und -ärzte eine starke Rolle im Rahmen der integrierten Versorgung übernehmen.

Die in Abschnitt 3.3.1 dargestellte Sozialpsychiatrievereinbarung, die in Deutschland mittlerweile bundesweit eingeführt wurde, regelt die Kooperation zwischen KJP-Ärzten/-Ärztinnen und anderen niedergelassenen Berufsgruppen des Gesundheitswesens. Das in Abschnitt 3.3.2 beschriebene Modellprojekt beschreibt den Aufbau eines gemeinsamen Casemanagements von KJP und Pädiatrie mit der Funktion einer ambulanten Clearingstelle und dem Ziel einer gemeinsamen Behandlungsplanung sowie Behandlungsbegleitung. Die Abschnitte 3.3.3, 3.3.4 behandeln jeweils Kooperationsmodelle zwischen niedergelassenen KJP-Ärzten/-Ärztinnen und stationärer KJP.

### 3.3.1 Die Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV)

Bereits die Psychiatrie-Enquete 1973 verwies auf die Tatsache, dass die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher das Zusammenspiel mehrerer Berufsgruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten und therapeutischen und diagnostischen Spezialisierungen erfordert. Schwierigkeiten hierbei verursachte vor allem die Eingliederung nichtärztlicher Leistungen, die im Rahmen einer solchen ganzheitlichen, integrativen und multimodalen Patientenversorgung erbracht werden, in das ärztliche Gebührensystem (s. Jungmann/Roosen-Runge 2004, 17). Der EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für die ärztliche Leistungsvergütung) regelt die Honorierung der ärztlichen Leistungen im Bereich der niedergelassenen Praxen, kommt jedoch nicht für weitere Komplexleistungen von anderen Berufsgruppen wie Sozialpädagogen, Ergotherapeuten oder Heilpädagogen auf. Aus diesem Umstand ergab sich 1994 die Sozial-Psychiatrie-Vereinbarung (SPV), mit der eine kassenrechtliche Grundlage für diese Leistungen geschaffen wurde. In den Folgejahren verwiesen Autoren immer wieder auf Missstände im Rahmen der kassenärztlichen Umsetzung. Zum Beispiel forderte Schydlo (2005, 8) in seinem Beitrag, dass die SPV in allen KV-Bereichen – auch bei den Primärkassen – eingeführt werden soll. Am 18. 2. 2009 hat das Bundeskabinett in Deutschland schließlich eine Gesetzesänderung des 5. Sozialgesetzbuches beschlossen. Damit ist der Beitritt zur Sozialpsychiatrievereinbarung nun deutschlandweit für alle Krankenkassen Pflicht.

Allgemein stellt die SPV für die KJPP ein Instrument zur Gestaltung vernetzter Behandlung für niedergelassene Fachärzte dar. Dadurch soll gerade bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen eine ambulante Versorgung als Alternative zur stationären oder zu anderen institutionellen Betreuungsformen gefördert werden. Die Ergebnisse des Modellprogramms Psychiatrie von 1980 bis 1985 (s. Schydlo 2005, 6), das die Anfänge der SPV begleitete, zeigten bereits, dass durch Gemeinschaftspraxen der Anteil an stationären Einweisungen von etwa 10 Prozent auf 1 Prozent sank. Weiters wurde belegt, dass die Jahresfallkosten im Vergleich zu anderen Praxen bei weitem am günstigsten waren.

Die SPV eignet sich v. a. zur Versorgung von Traumapatienten und -patientinnen, frühgestörten sowie Multiproblem-Patienten bzw. -Patientinnen, bei denen sich neurologische, emotionale und

familär-soziale Problematiken überlagern, mit der voneinander unabhängige Systeme überfordert sind. Die Klientel in Praxen und ohne SPV-Versorgung differiert deutlich. (Roosen-Runge 2000a)

Die SPV regelt u. a., welche Voraussetzungen Ärzte und Ärztinnen erfüllen müssen, um in einer SPV-Praxis tätig sein zu können, welche anderen Berufsgruppen einbezogen werden müssen und in welcher Form sowie den Auftrag<sup>6</sup>, der mit der SPV-Praxis erfüllt werden muss. Die Behandlung nach der Vereinbarung gilt für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr (s. Sozialpsychiatrie-Vereinbarung).

Die inneren Organisationsstrukturen von KJPP-Praxen mit einer SPV sind auf Kooperation mit den jeweiligen Familien und auf einen interdisziplinären Dialog mit im Einzelfall benötigten Praxismitgliedern sowie äußeren Institutionen angelegt und ähneln sich strukturell (s. Jungmann/Roosen-Runge 2004, 34). Der Einbezug externer Akteure wie Schule, Kindergärten, Ergotherapeuten etc. erfolgt im Rahmen der Maßnahmenplanung für das individuell gestaltete, multimodale Therapiekonzept. Die Anzahl der Kooperationspartner liegt dabei zwischen zwei und vier (s. Roosen-Runge 2000a). Die Autoren weisen daraufhin, dass Praxismitarbeiter zu diesem Zweck auch Helfer-, Erziehungs- und Schulkonferenzen vor Ort besuchen.

Im Gegensatz zu einer rein psychiatrischen oder psychotherapeutisch arbeitenden Praxis findet in SPV-Einrichtungen durch die vielfältigen Kooperationen eine Erweiterung des Leistungsspektrums statt. Daraus ergibt sich ein problemorientierter Ansatz, bei dem Therapie nicht mehr in einer Arzt-Patient-Beziehung, sondern in einer **Patienten-Helfer-Gruppe (PHG)** stattfindet (s. Roosen-Runge 2000a). Jede PHG ist eine einmalige Veranstaltung mit klar definierten Zielen. Die SPV-Praxis stellt für das soziale Umfeld eine diagnostische und therapeutische Clearingstelle dar. Sie wird von vielen Stellen genutzt, stellt aber zu noch viel mehr Stellen Verbindungen von sich aus her. Vor allem das Jugendamt und Kinderärzte empfehlen Eltern solche Praxen. (s. ebd.)

Die **Vorgehensweise** in einer SPV-Praxis ist folgendermaßen aufgebaut (s. Roosen-Runge 2000a):

- » **Ersttelefonat:** Bei der telefonischen Anmeldung des Patienten bzw. der Patientin entscheidet der/die Arzthelfer/in aufgrund des genannten Vorstellungsgrunds, ob ein Wartelistenplatz vergeben oder eine sofortige Behandlung eingeleitet wird bzw. eine Überweisung an andere Stellen als Hilfemaßnahme besser geeignet wäre.

---

6 „Diese Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten interdisziplinären sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Im Vordergrund steht dabei der gezielte Aufbau solcher Behandlungsangebote, die für eine sinnvolle kontinuierliche Betreuung der betroffenen Patienten erforderlich sind, im Katalog der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen jedoch nicht aufgeführt werden. Die Vertragspartner erfüllen damit zudem den in § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43 a SGB V vorgegebenen gesetzlichen Auftrag. Hierdurch soll vorwiegend bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen insbesondere die ambulante ärztliche Betreuung und Behandlung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden.“ (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, 3)

- » **Erstgespräch:** Das Teilnehmerfeld setzt sich aus dem Betroffenen, einem oder einer Sorgeberechtigten sowie dem oder der zuständigen Arzt/Ärztin und nichtärztlichen Fallmitarbeitern oder -mitarbeiterinnen zusammen. Ziel ist die Klärung des Behandlungsauftrages.
- » **Diagnostik:** In der Diagnostik wird nun ein möglichst ausgewogenes Bild der somatischen, psychischen und sozialen Situation des Betroffenen, der Familie und des weiteren Umfeldes erarbeitet (diagnostische Trias). Die PHG einigt sich auf eine gemeinsame Sicht der Problematik, der Therapieziele, der Rollen der Helfenden und Regeln der Zusammenarbeit.
- » **Familiengespräch:** Es erfolgt eine Aufklärung über die Untersuchungsergebnisse sowie eine Besprechung über den weiteren Therapieverlauf.

Für eine gelingende Kooperation hat sich in SPV-Praxen Folgendes als wichtig herausgestellt: das Beherrschen verschiedener Fachsprachen, regelmäßiger Informationsaustausch, die Akzeptanz der Arbeitsweisen der anderen Berufsgruppen und ihrer Eigenständigkeit und eine klare Rollendefinition; zusätzlich die Stärkung des Zusammenhalts innerhalb einer PHG, zum Beispiel durch gemeinsame Rituale (wie gemeinsames Kaffeetrinken) (s. Gotthard-Roosen-Runge 2000b).

Als **Vorteile der SPV-Praxen** wurden folgende Aspekte gesehen:

- » Im normalen System bestehen durch ungeklärte Zuständigkeiten Behandlungslücken. Die SPV kann sich nun durch ihre integrative Arbeitsweise genau um solche „Lücken“ kümmern. (s. Roosen-Runge 2000b.)
- » Die seit längerem bekannte Notwendigkeit der multimodalen Arbeitsweise wird ermöglicht (s. Nikolaus von Rhein 2005, 3).
- » Durch die spezifische personelle Zusammensetzung, Ausstattung und Struktur einer SPV-Praxis kommt es zu nebeneinander existierenden breit gefächerten Methoden und Schwerpunkten (s. Runschke 2005, 21).
- » Kurze Wege und Erreichbarkeit der Ärzte und Teammitglieder erleichtern den Umgang mit schwierigen Patienten (s. Runschke 2005, 25).
- » Demokratische Problemlösungen und Abstimmungswege tragen zu einem guten Arbeitsklima bei (s. Runschke 2005, 26).
- » Viele stationäre Kosten können durch die bessere ambulante Behandlung gespart werden (s. Runschke 2005, 27).
- » SPV-Praxen sind gemeindenah angelegt (s. Schepker 2005, 12).
- » Vorteil: Möglichkeit der Lastenverteilung auf das Team im Sinne der Psychohygiene (s. Kühl 2005, 49).

Die größten **Schwierigkeiten** zeigten sich in den Modellprojekten in folgenden Punkten:

- » Die Zusammenarbeit mit den Schulen wurde generell eher problematisch gesehen bzw. als „anfänglich schwierig“ beschrieben (s. Roosen-Runge 2000b).
- » In Zuweisungsbereichen mit sozialen Brennpunkten wie Schule, Eltern, Erziehungsstellen, Haus- und Kinderärzten wurde auch auf den Verantwortungsdruck von Mitarbeitern an SPV-Praxen hingewiesen (s. Kühl 2005, 48).

- » Oft kommt es zu Schwierigkeiten bei der Genehmigung von SPV-Praxen in den neuen Bundesländern (s. Margarete von Rhein 2005, 2).
- » Als wesentliches Hindernis wurde an vielen Stellen die Finanzierung angesprochen. Problematisch sind vor allem Maßnahmen, die über das medizinische System hinausgehen und von der Jugendhilfe bezahlt werden müssten. In diesem Zusammenhang wurden auch Schwierigkeiten in politischen Gremien angedeutet, Investitionen in präventive Maßnahmen und ambulante Angebote zu rechtfertigen, die zwar längerfristig Kosten ersparen würden, anfänglich jedoch einen Mehrkostenaufwand bedeuten (s. Hoehne 2005, 42 ff.). Außerdem muss die Höhe der Pauschale nach zehn Jahren SPV den entsprechenden wirtschaftlichen Gegebenheiten angepasst werden (s. Schydlo 2005, 8).

Abschließend lässt sich festhalten, dass die guten Erfolge des SPV-Modells mittlerweile wissenschaftlich belegt (s. Jungmann/Roosen-Runge 2004; Mattejat et al. 2006; Roosen-Runge 2000a) und durch ihre gesetzliche Verankerung 2009 auch öffentlich anerkannt sind.

### 3.3.2 Vernetzung von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Pädiatrie (Uchtspringe)

Folgendes Modellprojekt zur Vernetzung von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Pädiatrie wurde ebenfalls im Rahmen des Projekts „Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen“ entwickelt und erprobt (s. Lischka/Neumann 2004, 232–253).

Die **Konzeption** zielte ab auf eine Optimierung der Kooperation zwischen den Fachgebieten der Kinderheilkunde und der Kinder- und Jugendpsychiatrie, um eine Verbesserung der familienbezogenen sowie der das bisherige Lebens- und Erfahrungsumfeld des Kindes oder Jugendlichen wertschätzenden fachärztlichen Behandlung in der Nähe des Kinderarztes zu erreichen (ebd.).

**Zielgruppe** waren psychisch kranke Kinder mit sensorischen Beeinträchtigungen sowie Kinder und Jugendliche mit gravierenden Beeinträchtigungen der emotionalen und sozialen Entwicklung (ebd.).

Das Kooperationsvorhaben diente dem **Aufbau eines gemeinsamen Casemanagements** von KJP und Pädiatrie mit der Funktion einer ambulanten Clearingstelle und dem **Ziel einer gemeinsamen Behandlungsplanung sowie Behandlungsbegleitung**. Die KJP bot sich den beteiligten niedergelassenen Kinderärzten und -ärztinnen als ambulant verfügbarer Partner zur differentialdiagnostischen Hilfestellung und Behandlungsplanung an. Sie erklärte sich bereit, auch im Praxisumfeld des Kinderarztes bzw. -ärztin ihre Leistungen zu erbringen, der/die somit seine/ihre Rolle als Hausarzt bzw. -ärztin weiterhin wahrnehmen konnte. Die Intensität der kinder- und jugendpsychiatrischen Leistung sollte andererseits auch bei längerfristiger ambulanter und stationärer KJP-Behandlung durch die weitere Verfügbarkeit des Kinderarztes bzw. -ärztin reduziert werden (ebd.).

Die Beurteilung des **Behandlungserfolgs** war großteils positiv, personelle und finanzielle Kapazitäten wurden effektiver genutzt (weniger „Psychiatrietourismus“), und die Zufriedenheit der Behandelnden konnte erhöht werden<sup>7</sup>. Die Kooperation konnte eine Verbesserung der psychosozialen Betreuung von Kindern und Jugendlichen bewirken, solange gegenseitige Achtung, Wertschätzung und Akzeptanz vorhanden war. Auch kam es durch das vereinte Vorgehen bei Eltern und Betroffenen zu einem Abbau von Vorbehalten und Ängsten und zu einer Veränderung der Sichtweise über die kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit. (s. Lischka/Neumann 2004, 232–253.)

### 3.3.3 Kombination praxis- und klinikgeleiteter Behandlungsstrukturen (IBKJPP)

Auch das folgende Versorgungskonzept zur integrativen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der KJP durch Kombination von praxis- und klinikgeleiteten Behandlungsstrukturen wurde im Rahmen des Projekts „Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen“ entwickelt und erprobt (s. Jungmann/Seitz 2004, 253–320).

**Ausgangsbasis** für die Entwicklung dieses Behandlungsansatzes war der Umstand, dass klinisch und ambulant tätige Therapeuten und Therapeutinnen einander oft nicht bzw. nur oberflächlich kennen und es deshalb zu keiner Abstimmung von klinischen und ambulanten Therapiephasen kommt. Als Folge findet der Prozess von Problemanalyse, Anamnese und Diagnostik doppelt statt. Durch den Wechsel des behandelten Arztes bzw. der behandelten Ärztin kommt es zudem zu einem Verlust der hergestellten therapeutischen Beziehung, was den Behandlungserfolg gefährden kann. (ebd., 253 ff.)

Im Rahmen dieses Projekts sollte **eine gemeinsam zwischen Praxis und Klinik durchgeführte und verantwortete Konzeption integrierter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung** (IB-KJPP) entwickelt werden, mit dem **Ziel**, die therapeutische Beziehung aufrechtzuerhalten (ebd., 255).

Die **Projektidee** war, die Behandlung des psychisch kranken Kindes bzw. Jugendlichen so weit wie möglich in der therapeutischen Beziehung und Verantwortung des/der niedergelassenen Facharztes bzw. -ärztin zu belassen, auch dann, wenn der Patient bzw. die Patientin zeitweise klinische Behandlung benötigt. Genauso soll dem/der weiterbehandelnden Praxisarzt oder -ärztin schon während des klinischen Behandlungsabschnittes die Behandlungskompetenz übertragen werden können, wenn die Notwendigkeit einer längerfristigen ambulanten Behandlung deutlich wird. Zudem sollte die klinisch notwendige Behandlung so kurz wie möglich gehalten und in das Lebensfeld des Kindes integriert werden. (ebd., 254 f.)

---

<sup>7</sup> Einschränkung muss erwähnt werden, dass die Stichprobe lediglich aus 19 Klienten bestand.

**Zielgruppe** waren psychisch kranke Kinder- und Jugendliche, die aufgrund der Schwere der Erkrankung eine längerfristige Behandlung mit verhaltenstherapeutischen, familientherapeutischen, psychopharmakologischen und soziotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen zur Reintegration in die Lebensgemeinschaft benötigen (ebd., 255).

Es wurden **drei Zugangs- und Ablaufformen** im Rahmen des Projekts definiert:

1. **Praxisgeleitete Klinikbehandlung:** Der niedergelassene Facharzt bzw. die niedergelassene Fachärztin hat therapeutische Verantwortung und leistet die Fallführung. Ihm bzw. ihr stehen nach Erstsicht des Patienten / der Patientin zur diagnostischen Einschätzung und Entscheidung über eine klinische Aufnahmenotwendigkeit die personellen und materiellen Behandlungsressourcen der Klinik zur Verfügung. Er oder sie kann diese zur Erweiterung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen einsetzen. Zudem ist es seine/ihre Aufgabe, mit dem Klinikarzt bzw. der -ärztin oder dem Klinikpsychologen bzw. der -psychologin alle gemeinsamen Behandlungsschritte verbindlich abzusprechen und die Gespräche mit den Betroffenen über den Anteil an stationären und ambulanten Behandlungsmaßnahmen zu führen. Für den Fall, dass die ärztliche Versorgung nach dem „Belegarztmodell“ vereinbart wird, hat er bzw. sie auch ärztliche Letztverantwortung für die in der Klinik erbrachten Leistungen. Besondere **Zielgruppe** dieses Modells bilden Patienten und Patientinnen mit Krankheitsbildern, die längerfristige intensive kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung mit verhaltenstherapeutischen, familientherapeutischen, psychopharmakologischen und soziotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen zur Reintegration in die Gemeinschaft benötigen (z. B. Psychose oder Schulangst). (ebd., 256 ff.)
2. **Klinikgeleitete Praxisbehandlung:** Der Klinikarzt bzw. die Klinikärztin oder der ärztlich delegierte Kinderpsychologe bzw. die Kinderpsychologin trägt die Behandlungsverantwortung und Fallführung unter Nutzung der Behandlungsressourcen der Facharztpraxis, um diese zur Überleitung therapeutischer Maßnahmen von der Klinik in die Praxis zu nutzen. Über eine Reduktion der klinischen Behandlungsintensität – von voll- zu teilstationär bzw. nur noch mit definierten therapeutischen Leistungen in der Klinik – soll eine schrittweise Übernahme der weiteren fachärztlichen Behandlung durch die Fachpraxis eingeleitet werden. Der Klinikarzt bzw. die Klinikärztin oder der Klinikpsychologe bzw. die Klinikpsychologin ist in diesem Prozess für die verbindliche Abstimmung der gemeinsamen Behandlungsschritte mit dem Praxisarzt bzw. der Praxisärztin sowie für die Gespräche mit den Betroffenen über den Anteil an stationären und ambulanten Behandlungsmaßnahmen verantwortlich. **Zielgruppe** sind Patienten und Patientinnen, die eine längerfristige ambulante Behandlung in Anschluss an die Klinik benötigen (z. B. Patienten und Patientinnen mit einer Psychose, schweren Ess-Störungen, Zwangserkrankungen, komplexen Entwicklungsstörungen wie Autismus etc.). (ebd., 257 ff.)
3. **Gemeinsame Klinik- und Praxisbehandlung:** dient der Abklärung klinischer Behandlungsbedürftigkeit (Clearing-Funktion). Praxisarzt bzw. -ärztin und Klinikarzt bzw. -ärztin oder ärztlich delegierter Kinderpsychologe bzw. -psychologin tragen die gemeinsame Behandlungsverantwortung und Fallführung unter Nutzung der Behandlungsressourcen von Klinik und Praxis. Nach einer Erstsicht des Patienten / der Patientin in der Klinik oder Praxis, meist in einer akuten Krisensituation, kommt es zu einer Kontaktherstellung zwischen Klinik und Praxis sowie der Vereinbarung eines gemeinsamen Therapiegesprächs mit Kind und Eltern,

bei dem die erforderlichen Maßnahmen der Diagnostik und erste Schritte der weiteren Vorgehensplanung – ambulante bzw. stationäre Behandlung – festgelegt werden. Wenn Jugendhilfemaßnahmen notwendig sind, soll das Jugendamt mit einbezogen werden. **Zielgruppe** sind Patienten und Patientinnen, die wegen einer akuten psychischen Krisensituation einer Notfallversorgung bedürfen. (ebd., 259 f.)

Für die **finanzielle Fallkostensteuerung** der IB-KJPP stand der stationäre Pflegesatz der Klinik zur Verfügung. Die Klinik stellte Teile des tagesgleichen Pflegesatzes zur Finanzierung der von der Facharztpraxis erbrachten Behandlungsleistungen für den Behandlungsfall zur Verfügung. Für die interne Abrechnung wurde mit dem/der fallführenden Praxisarzt bzw. -ärztin eine leistungsbezogene Abrechnungssystematik nach vereinbarten Stundensätzen vereinbart (Unterscheidung ärztlich / ärztlich delegierte Praxisleistung und nicht ärztliche, ergotherapeutische, soziotherapeutische, heilpädagogische und bewegungstherapeutische Leistung). (ebd., 260 f.)

Als positive **Ergebnisse** dieser Kooperationsstrukturen gesehen wurden der Überblick über und die Transparenz aller Behandlungsmaßnahmen, die Minimierung von Informations- und Reibungsverlusten, die verbesserte Beziehungskontinuität zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin und die höhere Motivation zur Zusammenarbeit bei den Zuständigen. Bei allen Modell-Patienten und -Patientinnen kam es zu deutlichen Symptomverbesserungen sowie zu einer Stabilisierung von Umfeld und Familie. Auch konnte ihre gesamtklinische Verweildauer verkürzt werden. (ebd., 318 ff.)

Die Projektidee fand hohe Akzeptanz bei den Kostenträgern, vermutlich aufgrund der Erwartung von Kosteneinsparungen durch eine Verkürzung der klinischen Verweildauer, die stärker war als der anfangs höhere Aufwand durch die Klinikfinanzierung der niedergelassenen Ärzte bzw. Ärztinnen. Für eine verlässliche Überprüfung dieses Effekts hätte es allerdings einer größeren Fallzahl an Patienten bedurft. (ebd., 288 ff.)

Als Herausforderung stellte sich die große Komplexität einer gemeinsamen Betrachtung und Erfassung aller Lebensbereiche der Betroffenen (Stationsalltag, Familie, Freizeit etc.) dar, die die Gefahr der Überforderung bei Therapeuten und Familien barg. (s. Jungmann/Seitz 2004, 318 ff.)

### 3.3.4 Integrierte Versorgung in Baden-Württemberg

Im Folgenden wird ein Modell integrierter Versorgung (IV) für Kinder und Jugendliche mit psychischen und psychosomatischen Störungen in Baden-Württemberg beschrieben (s. Haug et al. 2009, 175–181).

**Den Hintergrund** der Einführung dieses Versorgungsmodells bildete der Umstand, dass die fehlende flächendeckende Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Baden-Württemberg zu langen Wartezeiten und zu nicht adäquaten Behandlungen der Krankheitsbilder führte. Die Krankenkasse DAK und die Luisenlinik Bad Dürkheim entwickelten daher ein Konzept mit dem **Ziel der Verbesserung von Behandlungsqualität und Wirtschaftlichkeit der**



**medizinischen Versorgung** von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Als weitere Kooperationspartner konnten sie 18 niedergelassene Fach- und Hausärzte bzw. –ärztinnen gewinnen. Der 2005 geschlossene Vertrag zwischen den Parteien hat noch immer Gültigkeit. (ebd.)

Durch eine kontinuierliche und zeitnahe Behandlung sollten stationäre Behandlungen und Nachfolgebehandlungen vermieden bzw. verkürzt und dadurch Behandlungskosten gesenkt werden. Dieses Konzept ermöglicht eine schnelle, präzise und unbürokratische Entwicklung von Behandlungspfaden, die auf die konkrete Bedürfnislage der Betroffenen zugeschnitten sind. (ebd.)

**Das Modell sieht folgenden Ablauf vor:** Alle in das Programm aufgenommenen Kinder und Jugendlichen erhalten ihrem jeweiligen Hilfebedarf entsprechend sämtliche notwendigen Therapien im Rahmen einer vollstationären Behandlung. Nach einem ambulanten Vorgespräch und einer Eingangsuntersuchung bzw. einem Aufnahmegespräch wird gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen ein Behandlungspfad festgelegt. Daran schließt meist eine mehrwöchige vollstationäre Aufnahme mit einem interdisziplinären komplexen Therapieprogramm durch ein multiprofessionelles Arbeitsteam sowie eine ambulante Wiedervorstellung circa drei Monate nach Entlassung an. (ebd.)

Die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen werden intensiv eingebunden (ebd.):

- » Sie stellen die Indikation, weisen ins IV-Verfahren ein und vermitteln den Kontakt zur Klinik;
- » während des Aufenthalts halten sie mit den Klinikärzten und –ärztinnen intensiven Kontakt und können an interdisziplinären Fallbesprechungen vor und nach Entlassung teilnehmen;
- » zudem bekommen sie nach Entlassung einen ausführlichen Bericht, der unter anderem detaillierte notwendige Folgemaßnahmen und Therapievorschläge enthält.

Die **Finanzierung** ist folgendermaßen geregelt: Die Leistungserbringer rechnen im Rahmen dieser integrierten Versorgung auf Basis ihrer bisherigen Vergütungsregelungen ab. Zusätzlich erfolgte im Rahmen der integrierten Versorgung eine Vereinbarung von Leistungen, die über die Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V vergütet werden. Die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen erhalten eine Pauschale für den Mehraufwand in der vor- und nachstationären Behandlung. (ebd.)

Als **Ergebnis** der Einführung dieses integrierten Versorgungsmodells hat sich die Kommunikation zwischen den beteiligten Ärzten und Ärztinnen (Klinik / ambulanter Sektor) positiv entwickelt, und durch die gute Verzahnung der beiden Bereiche ergibt sich eine effektivere und bessere, da unmittelbare, unbürokratische und auf die Bedürfnisse des Jugendlichen zugeschnittene Behandlung. Es gibt keine Wartezeiten bei der Aufnahme in die Klinik, und die Wiederaufnahmeraten und Fallkosten konnten zwischen 2005 und 2007 verringert werden. (s. Haug et al. 2009, 175–181.)

## 3.4 Versorgungsmodelle mit Einbeziehung der Schulen

Die Schule ist für Kinder und Jugendliche ein wesentlicher Lebens- und Sozialraum, in dem sie einen bedeutenden Teil ihrer Zeit verbringen und Erfahrungen sammeln, positive wie negative. Lehrer und Lehrerinnen sowie die Peergroup stellen bedeutsame außerfamiliäre Bezugspersonen dar, die großen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen haben. Eine Miteinbeziehung des Settings Schule in der Planung und Umsetzung von Konzepten zur Früherkennung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen ist daher von großer Bedeutung. Das Setting Schule bietet gerade im Bereich Prävention und Früherkennung von psychischen Störungen den Vorteil, dass es Zugang zu allen Kindern und Jugendlichen gewährt, auch zu jenen, die noch nicht in den Systemen Jugendwohlfahrt und Kinder- und Jugendpsychiatrie Einlass gefunden haben. Zudem stellt es auch einen niederschweligen Bereich für Förderungs-, Unterstützungs- und Behandlungsmaßnahmen dar.

Drei Kooperationsinitiativen aus Deutschland, in denen die Schule eine tragende Rolle spielt, werden im Folgenden näher dargestellt.

In der Stadt Leipzig existiert seit 2011 eine Kooperationsvereinbarung zwischen verschiedenen Akteuren, die mit Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf befasst sind. Der Bereich Schule stellt dabei nicht nur einen Kooperationspartner dar, sondern war auch in die Konzeption der Vereinbarung eingebunden (s. Abschnitt 3.4.1).

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des LVA-Klinikums Essen legt einen Schwerpunkt ihrer Behandlung und Forschung auf den Bereich Schule und schulbezogene Störungen und hat dazu zwei Projekte initiiert. Sie bietet an zehn Schulen aufsuchende Sprechstunden an, in denen sowohl Erstgespräche mit Schülern und Schülerinnen sowie ihren Erziehungsberechtigten als auch Beratungsgespräche für das Lehrpersonal angeboten werden (s. Abschnitt 3.4.2). Zudem wird für schulvermeidende Jugendliche einerseits in der Klinik im Rahmen einer Ambulanz Diagnostik und Therapie angeboten, andererseits helfen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Klinik auch in der 2010 eröffneten niederschweligen Beratungsstelle „Schulvermeidendes Verhalten“ als zentrale Vermittlungs- und Clearingstelle in der Ruhrlandschule für Kranke mit (s. Abschnitt 3.4.3).

### 3.4.1 „Komplexer Hilfebedarf“ – Perspektiven der Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule (Leipzig)

Die Beschreibung der folgenden Initiativen beruht einerseits auf einem Tagungsbeitrag von Siegfried Haller im Rahmen einer Fachtagung (2011, 154–163), andererseits auf dem Abschlussbericht zum Landesmodellprojekt „Komplexer Hilfebedarf – Perspektiven der Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule“ des Jugendamts Leipzig und der Universität Leipzig (2009) sowie auf weiteren Informationen des Jugendamts Leipzig zur neueren Entwicklung (Keil 2012).

**Ausgehend** von Problemen in der Zusammenarbeit der Kliniken für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und dem Jugendamt bei gemeinsamen Fällen – insbesondere mit komplexem Hilfebedarf –, wurde eine Verbesserung der Kooperation dieser beiden Bereiche angestrebt.

2004 wurde eine **Kooperationsvereinbarung** zwischen den zwei KJPP-Kliniken in Leipzig und dem Jugendamt geschlossen. Die Vereinbarungsinhalte waren sowohl fallübergreifend als auch fallbezogen. **Fallbezogene** Vereinbarungen dienten der Orientierung für die Zusammenarbeit im Einzelfall. Die **fallübergreifenden** Themen beinhalteten (s. Haller 2011, 158):

- » Kinderwohlgefährdung,
- » Krisenintervention,
- » Fallauswertungen,
- » Kennenlernen von Arbeitsweisen des Allgemeinen Sozialen Diensts und der Kliniken,
- » Berichtsumfang,
- » stationäre Hilfen in der Psychiatrie,
- » Familientherapie als Angebot der Medizin und der Jugendhilfe.

Jährlich wurden zudem auf Leitungsebene Kooperationserfahrungen bilanziert, Einzelfälle diskutiert und Schlussfolgerungen zur Weiterentwicklungen gezogen (s. Haller 2011, 158).

2007 bis 2009 wurde in einem nächsten Schritt ein **Landesmodellprojekt** zur Überarbeitung der Kooperationsvereinbarung durchgeführt (s. Jugendamt Leipzig (Hg.) 2009). **Ziel** war es, zu eruieren, wie die Kooperationsvereinbarung in der Praxis „wirkt“, wo Veränderungsbedarf besteht und welche Probleme die beteiligten Institutionen im Umgang mit der gemeinsamen Klientel haben. Die intensive Mitbetrachtung des Bereichs Schule war von Anfang an ein wichtiger Baustein des Projekts (ebd., 1).

Die **wichtigsten Aussagen** des Landesmodellprojekts waren:

- » Die Kooperationsvereinbarung von 2004 brachte Verbesserungen in mehreren Bereichen: mehr Transparenz in den Verfahrensabläufen, mehr Klarheit im Zusammenhang mit Fallsteuerung und Fallverantwortung, mehr Verbindlichkeit in der Einhaltung von Absprachen, mehr Beteiligung von Eltern und vor allem eine genauere Kenntnis der jeweils anderen Seite (ebd.).
- » Als Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der bestehenden Kooperationsvereinbarung und deren Umsetzung werden genannt (ebd. 115 ff.):
  - » Schaffung von noch mehr Transparenz: Festlegung von verbindlichen und jederzeit abrufbaren Regelungen, institutionsinterne Schulungen bzw. Arbeitstreffen mit Kooperationspartnern zur Information und zum Austausch über institutsspezifische Regelungen sowie über die Kooperationsvereinbarung;
  - » klare Abgrenzung in der definitorischen Bestimmung von Fallsteuerung und Fallverantwortung;
  - » Weiterentwicklung der Kooperationsvereinbarung in Hinblick auf Verbesserung der Handhabbarkeit und Lesbarkeit, Hervorheben der Handlungsorientierung, Verabreden und Festschreiben praxisrelevanter Arbeitsschritte, Entwicklung verbindlicher Strukturen

- (Fallsteuerung, Moderation ...), Verständigung über die Zielgruppe sowie Sicherstellung qualifizierter Evaluation;
- » Einbindung ambulanter Kooperationspartner (niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten) sowie des Bereichs Schule in die Weiterentwicklung der Kooperationsvereinbarung. Im Rahmen der Einbeziehung des Bereichs Schule sollen sowohl fallübergreifende Regelungen in der Kooperation mit der Sächsischen Bildungsagentur als auch fallbezogene Vereinbarungen mit Lehrpersonal sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern Eingang finden;
  - » Frühzeitige Einbindung der Eltern.

Infolge der Evaluation trat am 1. Februar 2011 eine **neue Kooperationsvereinbarung** mit einer erweiterten Zahl an Kooperationspartnern in Kraft, die die alte Vereinbarung ersetzt („Rahmenvereinbarung zur Kooperation bei komplexen Hilfen“). Die Zusammenarbeit folgender Partner soll durch die neue Vereinbarung geregelt werden: Jugendamt, Sächsische Bildungsagentur (Regionalstelle Leipzig), beide KJPP-Kliniken, Gesundheitsamt Stadt Leipzig, niedergelassene KJP und KJ-PT, Sozialamt Stadt Leipzig, Sozialpädiatrisches Zentrum Leipzig. Die Vereinbarung gilt zunächst für zwei Jahre und verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern nicht einer der Kooperationspartner kündigt. Zusätzlich zur Vereinbarung werden Themen, bei denen festgestellt wird, dass es Abstimmungsbedarf gibt, in Arbeitsgruppen bearbeitet. (Keil 2012)

### 3.4.2 „Aufsuchende Schulsprechstunden“ der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des LVA-Klinikums Essen

Dieses Projekt beschreibt eine Kooperation in Essen zwischen dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie (ausgehend von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des LVA-Klinikums Essen) und dem Bereich Schule (s. Metzelaars 2011, 269–272).

**Ziel** war die Verbesserung der psychosozialen Gesundheit von Schülern und Schülerinnen sowie langfristig die Verbesserung der Integration dieser Jugendlichen in den Arbeitsmarkt.

Das Projekt beinhaltete die **Planung und Durchführung von aufsuchenden Sprechstunden** in zehn Essener Schulen: vier Hauptschulen, zwei Förderschulen, zwei Gesamtschulen, eine Realschule, einem Gymnasium.

Eine aufsuchende Vorgehensweise wurde gewählt, da man sich dadurch mehrere Vorteile erhoffte:

- » eine Erleichterung der initialen Kontaktaufnahme durch Abhaltung der Sprechstunde im alltäglichen Umfeld der Jugendlichen;
- » das Erreichen von sozial schwachen Familien, die ansonsten nicht über die notwendigen Ressourcen verfügen, um eigenständig eine Diagnostik zu veranlassen;

- » die Möglichkeit, als Ansprechpartner für Lehrer und Lehrerinnen zu dienen, um im Vorfeld manifester psychischer Störungen als Berater zur Verfügung zu stehen und dadurch das Entstehen und Verschlimmern einer Erkrankung frühzeitig zu verhindern.

Pro Schule wurden fünf bis sechs Sprechstundentage angeboten, aufgrund mangelnder Anmeldung von Schülern und Schülerinnen wurden jedoch in einigen Schulen Termine abgesagt. An den Sprechstundentagen fanden Erstgespräche mit dem/der betreffenden Schüler bzw. Schülerin und mindestens einem sorgeberechtigtem Elternteil statt. Wenn sinnvoll, wurden Diagnostiktermine in der Institutsambulanz vereinbart sowie anschließend ein Abschlussgespräch (Jugendliche, Eltern, evtl. Lehrer) zur Befundmitteilung, Beratung und Empfehlung weiterer Behandlungsmaßnahmen durchgeführt (z. B. Anbindung bei niedergelassenen KJ-Psychotherapeuten, medikamentöse Behandlung, stationäre Behandlung, Jugendhilfemaßnahme). Bei Vorliegen einer Schweigepflichtsentbindung gegenüber der Schule konnten die Lehrer und Lehrerinnen die Ergebnisse der Diagnostik bei der Psychologin erfragen und über den weiteren Umgang mit dem Schüler bzw. der Schülerin befragt werden. Zusätzlich wurde eine 45-minütige Lehrersprechstunde angeboten, in der Lehrern und Lehrerinnen eine Beratung in Anspruch nehmen können. Eine **Evaluierung der Zufriedenheit** der am Projekt Teilnehmenden mittels Fragebögen und Telefon – um auch diejenigen zu erreichen, die keine Termine mehr wahrnahmen – kam zu einem positiven Ergebnis, weshalb die Sprechstunden über den Projektzeitraum hinaus fortgesetzt wurden.

Folgendes wurde positiv hervorgehoben:

- » Es konnten Schüler und Schülerinnen sowie Eltern eingebunden werden, die sonst keine Hilfe in Anspruch genommen hätten;
- » das Setting Schule wurde als überwiegend erleichternd für eine Kontaktaufnahme empfunden;
- » die Gespräche mit der Psychologin wurden als offen und verständnisvoll erlebt;
- » es wurde eine deutliche Absicht von Schülern und Schülerinnen und ihren Eltern signalisiert, Empfehlungen umzusetzen;
- » es gab eine große Bereitschaft, die Sprechstunde erneut zu besuchen oder diese weiterzuempfehlen;
- » insgesamt wurde hohe Zufriedenheit mit der Beratung signalisiert.

Kritisch ist anzumerken, dass es an einigen Schulen recht wenige Anmeldungen von Schülern und Schülerinnen gab und einige vereinbarte Diagnostiktermine nicht wahrgenommen wurden. (s. Metzelaars 2011, 269–272.)

### 3.4.3 Projekt zur Schulverweigerung und Arbeitslosigkeit

Das folgende Projekt zur Schulverweigerung und Arbeitslosigkeit bei jungen Erwachsenen („Med in NRW“) in Essen wird federführend von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des LVA-Klinikums Essen betreut. Es setzt zwei schon bestehende Projekte fort und baut diese aus (s. Reissner 2011, 164–176):

- » das „Essener Schulvermeider-Projekt“,
- » das Projekt „Support 25“.

Seit 2006/2007 gibt es eine Schulvermeiderambulanz in der KJPP-Klinik der Universität Duisburg/Essen und seit 2007 einen Liasiondienst der KJPP-Klinik im Jobcenter Essen, in dem sich Jugendliche zwischen 16 und 25 Jahren mit ALG-II-Bezug (meist Hartz-IV genannt) einfinden. In beiden Einrichtungen wurde bis zum Beginn des Projekts „Med in NRW“ ausschließlich diagnostiziert. **Ziel** dieses Projekts war es, einerseits die **Diagnostik auszubauen** und andererseits nach **Vernetzungsmöglichkeiten zu suchen** und dadurch die Motivation der Jugendlichen zur Inanspruchnahme einer Therapie zu verbessern.

Das Zusammenführen der Projekte beruhte auf der Überlegung, dass die **Zielgruppen – schulvermeidende bzw. arbeitslose Jugendliche** – bezüglich bedeutender Variablen große Ähnlichkeiten aufweisen: Sie sind psychisch schwer belastet, nehmen das (psychiatrische) Hilfesystems kaum in Anspruch, sind wenig motiviert, etwas für sich zu tun, und haben Angst vor Stigmatisierung.

#### **Vorgehensweise im Projekt „Support 25“:**

- » Die Aufgaben des Liasiondienstes des Projekts „Support 25“ der KJP im Jobcenter Essen sind Beratung des Fallmanagements bzw. der Arbeitsvermittler, Verbesserung der psychischen Gesundheit der Arbeitslosen sowie Reintegration in den sozialen Kontext und damit auch Prävention von Folgeerkrankungen der Langzeitarbeitslosigkeit.
- » Fällt dem Fallmanager einer/eines Jugendlichen oder dem ärztlichen/psychologischen Dienst (ÄD/PD) auf, dass die/der im Jobcenter Betreute psychische Probleme haben könnte, schlägt er eine kostenlose und freiwillige Beratung beim „Support 25“-Team vor Ort vor. – Dieses Team besteht jeweils aus einem Arzt / einer Ärztin, einem Psychologen / einer Psychologin und Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutinnen. In der Folge wird bei Inanspruchnahme des Angebots durch die/den jugendlichen Klientin/Klienten vom „Support 25“-Team die Diagnostik durchgeführt, wenn nötig werden weiterführende Diagnostik- und Therapieempfehlungen gegeben. Eine Schweigepflichtsentbindung gegenüber dem Fallmanager sowie dem ÄD/PD ist für die Kommunikation notwendig.

#### **Vorgehensweise der Schulvermeiderambulanz:**

- » Vorwiegend kommen die Jugendlichen selbst und ihre Eltern in die Ambulanz. Es wenden sich aber auch (Fach-)Ärzte und -Ärztinnen, Lehrpersonen sowie Sozialarbeiter/innen an diese.
- » Innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Vorstellung kommt es zu einer ausführlichen Diagnostik und zu einer Überweisung in eine Therapie in der Schulvermeiderambulanz oder in niedergelassenen Praxen für KJP. Ein Ziel des neuen Projekts war es, die Wartezeit bis zur Therapie stark zu verkürzen, sodass keine Chronifizierung eintritt. Nach neun Wochen Therapie folgt die Entscheidung, ob die Therapie ambulant weitergeführt werden kann oder ob eine stationäre Aufnahme notwendig ist.

- » Zudem wurde ein eigenes Manual für Schulverweider mit seelischen Problemen für die Therapie in der Ambulanz erstellt.

Zusätzlich wurde 2010 die **Beratungsstelle „Schulvermeidendes Verhalten“** als zentrale Vermittlungs- und Clearingstelle in der Ruhrlandschule für Kranke (Krankenhauschule) eröffnet. Eltern können sich dort, z. B. auf Anraten der Lehrer bzw. Lehrerinnen oder des allgemeinen sozialen Diensts des Jugendamts, unverbindlich beraten lassen. Durch den externen Standort ist diese Einrichtung niederschwelliger als die Ambulanz an der Klinik, da primär keine Verbindung zur Psychiatrie sowie zum Jugendamt ersichtlich ist. Das Team besteht aus Lehrpersonen der Ruhrlandschule, Krankenschwestern aus der KJP und einer Kinder- und Jugendpsychiaterin. Nach einem Screening erfolgt die Entscheidung, ob es sich primär um ein schulisches, ein familiäres oder ein psychiatrisches Problem handelt. Abhängig davon erfolgt eine Überweisung an den Schulpsychologen bzw. die Schulpsychologin, ans Jugendamt oder an die Schulverweiderambulanz. Ein Rückmeldemechanismus zwischen Schule und Beratungsstelle ist vorgesehen, dafür ist jedoch eine Schweigepflichtentbindung Voraussetzung. (S. Reissner 2011, 164–176.)

### 3.5 Beispiele gesetzlicher Grundlagen und Rahmenbedingungen zur Herstellung von Verbindlichkeit in der integrierten Versorgung

Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen stellen ein hervorragendes Instrument dar, um ein Höchstausmaß an Verbindlichkeit in erforderliche Kooperationsbeziehungen zu bringen. Des Weiteren können darin die jeweiligen Anforderungen an die unterschiedlichen Systempartner klar definiert und geregelt werden.

In anderen Ländern ist man in dieser Hinsicht schon einen Schritt weiter als in Österreich, wie die nachfolgenden drei Beispiele zeigen: In Deutschland gibt es einerseits ein **Bundeskinderschutzgesetz**, das mit Jänner 2012 in Kraft getreten ist. Die Umlegung des Bundesgesetzes auf Länderebene soll anhand des Landesgesetzes für Rheinland-Pfalz veranschaulicht werden. Bemerkenswert daran ist, dass dieses Landesgesetz nicht nur die verbindlichen Kooperationsstrukturen regelt, sondern auch die Finanzierung des erforderlichen Aufwands (s. Abschnitt 3.5.1).

In **Österreich** wurde erstmals im Jahr 2008 ein **Vorschlag für ein „Kinder und Jugendhilfegesetz“**, zu dem das Jugendwohlfahrtsgesetz reformiert werden soll, vorgelegt. Das Ergebnis der Verhandlungen zwischen Bund und Ländern seit damals ist ein mehrmals überarbeiteter Gesetzesentwurf, dessen Beschluss noch nicht absehbar ist, zumal es dazu zahlreiche kritische Stimmen gibt. Eine entsprechende gesetzliche Regelung in Österreich könnte beispielsweise die Einrichtung von „Kinder- und Jugendhilfebeauftragten“ beinhalten, deren Aufgabe es u. a. wäre, die Koordinierung der Zusammenarbeit mit den Schnittstellen der Kinder- und Jugendhilfe in Gesundheits-, Bildungs-, Sozial- und Justizsystem hauptverantwortlich zu übernehmen. (s. obds 2012; ÖGKJP k. A.)

Das **Sozialgesetzbuch VIII** (§ 35a SGB VIII Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche) regelt in Deutschland die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe bei Kindern und Jugendlichen mit bereits festgestellten oder davon bedrohten seelischen Behinderungen (s. Abschnitt 3.5.2). Dem Jugendamt obliegt dabei die Federführung des Prozesses (Entscheidung über Art der Hilfe).

Als drittes Beispiel für gesetzliche Rahmenbedingungen hinsichtlich integrierter Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird in diesem Kapitel der sogenannte „**Youth care act**“ (Jugendhilfegesetz) der **Niederlande** beschrieben. Dieser vereint die Strategien der Bereiche „psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen“, „Jugend-Sozialhilfe“ und „Versorgung für Menschen mit leichten Behinderungen“ zu einer nationalen Strategie. Zuständig ist das Gesundheitsministerium (s. Abschnitt 3.5.3).

## 3.5.1 Kinderschutzgesetz

### a) Bundesschutzgesetz

Am 1. Januar 2012 ist das neue Bundeskinderschutzgesetz in Kraft getreten. Die Ausgangslage hierfür bildeten ein intensiver Fachdialog mit Expertinnen und Experten aus Verbänden, der Wissenschaft, den Ländern und Kommunen sowie Ergebnisse aus der Arbeit der runden Tische „Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“ und „Sexueller Kindesmissbrauch“ (s. BMFSFJ 2012b).

Es schließt bestehende Lücken im Kinderschutz, indem es Erkenntnisse aus dem Aktionsprogramm „Frühe Hilfen“ und seinen vielfältigen Projekten aufgreift und damit die Nachhaltigkeit der in den vergangenen Jahren von Bund, Ländern und Kommunen unternommenen Anstrengungen im Bereich des Kinderschutzes sichert (s. BMFSFJ 2012b).

Als vier Eckpfeiler des **aktiven Kinderschutzes** können nachfolgende Punkte angesehen werden (s. BMFSFJ 2012a):

- » „Frühe Hilfen“ und verlässliche Netzwerke,
  - » „Frühe Hilfen“ und verlässliche Netzwerke schon für werdende Eltern,
  - » nachhaltige Stärkung des Einsatzes von Familienhebammen und der Netzwerke „Frühe Hilfen“: Das Bundesfamilienministerium wird mit einer Bundesinitiative ab 2012 vier Jahre lang den Aus- und Aufbau von Netzwerken in den Ländern und Kommunen stärken. Die Initiative startet zum 1. Juli 2012. Nach Ablauf des Modellprogramms wird der Bund sein finanzielles Engagement im Bereich „Frühe Hilfen“ und bei der psychosozialen Unterstützung von Familien mit kleinen Kindern über 2015 hinaus dauerhaft in Höhe von 51 Millionen Euro jährlich fortführen. Damit trägt der Bund mehr als die Hälfte der Mehrbelastungen, die durch das Bundeskinderschutzgesetz bei den Ländern und Kommunen entstehen;
- » mehr Handlungs- und Rechtssicherheit,



- » Verhinderung des „Jugendamt-Hoppings“,
- » Befugnisnorm für Berufsgeheimnisträger zur Informationsweitergabe an das Jugendamt,
- » Regelung zum Hausbesuch,
- » Ausschluss einschlägig vorbestrafter von Tätigkeiten in der Kinder- und Jugendhilfe;
- » verbindliche Standards in der Kinder- und Jugendhilfe;
- » belastbare statistische Daten.

Bei Betrachtung des Regelungskomplexes „Aufbau verbindlicher Netzwerkstrukturen in den Bundesländern“ des Bundesgesetzes ergeben sich unter dem Gesichtspunkt der **Steuerungsgrenzen** nach Turba (2012) folgende Probleme:

Es bestehen Zweifel, ob strukturelle Leistungsgrenzen von Netzwerken durch eine schematische Festschreibung im Bundesrecht überwunden werden können. Bemängelt wird, dass keine finanzielle Beteiligung seitens des Gesundheitsressorts vorgesehen ist und dass die zusätzliche Beanspruchung von Personalressourcen zudem potenziell zu einer Vernachlässigung regelhafter Hilfebedarfe führen könnte. Bei der verbreiteten Begeisterung für Netzwerke werden die damit verbundenen hohen Ansprüche häufig übersehen. (s. Turba 2012.)

### **Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit – Rheinland Pfalz**

Rheinland-Pfalz hat 2008 als erstes Bundesland ein umfassendes Gesetz vorgelegt, das unter anderem den Aufbau verbindlicher Kooperationsstrukturen und eine gesetzliche Mitfinanzierung regelt. Ausgangspunkt bildete das Vier-Länder-Projekt „Guter Start ins Kinderleben“.

Die drei **Kernelemente** dieses Gesetzes sind (s. Porr/Scholten 2011, 126):

1. Aufbau von lokalen und interdisziplinären Netzwerken,
2. Entwicklung früher Hilfen,
3. Förderung der Früherkennungsuntersuchung (verbindliches Einladungswesen).

Die eigentliche Arbeit geschieht in den lokalen **Netzwerkkonferenzen** (mind. einmal jährlich). Dazwischen gibt es Arbeitsgruppen. Die Teilnehmer des Netzwerks stammen aus Jugendhilfe, Gesundheitshilfe, Beratungsbereich, Schulen oder aus flankierenden Bereichen (s. § 4 Abs.1 LKindSchuG).

Nach § 4 Abs 1 LKindSchuG hat das Land beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung eine Servicestelle eingerichtet (**Servicestelle Kinderschutz**), die die Aufgabe hat, die Jugend- und Gesundheitsämter bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zu unterstützen. Für die Umsetzung verwendet das Land jährlich rund 2,5 Millionen Euro, wovon die Jugendämter 7 Euro pro 0- bis 6-Jährigem erhalten.

Zur Evaluierung des Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG) in Rheinland-Pfalz wurden mehrere Studien durchgeführt. Im Folgenden werden die wichtigsten **Ergebnisse** zu einzelnen Facetten des Gesetzes kurz beschrieben.

- » Einladungswesen der Früherkennungsuntersuchungen:
  - » Es zeigten sich Implementierungsprobleme, die zu einer hohen Anzahl an falsch-positiven Meldungen führten. Um diese zu reduzieren, wurden bereits verfahrenstechnische Verbesserungen vorgenommen (s. Müller et al. 2010, 21).
  - » Obwohl sich die Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis bei dem zentralen Einladungs- und Erinnerungssystem aus Sicht der Landesregierung positiv beantworten lässt (s. MASGFF RLP 2011, 23), bestehen Zweifel, ob sich die Früherkennungsuntersuchungen als Maßnahme zur Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung eignen. Es fehlen empirisch fundierte Risiko-Screeningverfahren (s. Ulm/DJJuF 2010, 4 ff.).
- » Aufbau von Netzwerken:
  - » Es kommt zu **Reibungsverlusten in der interdisziplinären Zusammenarbeit** aufgrund struktureller und noch fehlender gemeinsamer inhaltlicher Definitionen der im Netzwerk beteiligten Akteure (s. Ulm/DJJuF 2010, 123 ff.). Auch im Bericht der Landesregierung wird darauf hingewiesen, dass noch Handlungsbedarf bei den lokalen Netzwerken besteht, da es noch nicht flächendeckend gelungen ist, alle im Gesetz definierten Netzwerkpartner systematisch und dauerhaft einzubeziehen (s. MASGFF RLP 2011, 13). Es wird dort ebenfalls auf Probleme bei der Integration von Schulen in die Netzwerke verwiesen (s. MASGFF RLP 2011, 16).
  - » Des Weiteren wurde deutlich, dass sich interdisziplinäre **Vernetzungsstrukturen** am ehesten **kommunal entwickeln** lassen. Begründet wurde dies im Ulmer Abschlussbericht zur Evaluation des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes dadurch, dass den Kommunen die Aufgabe der allgemeinen Daseinsfürsorge zukommt, wodurch sie Strukturen vor Ort entwickeln können. Sie sind auch von ihrer Größe am ehesten geeignet, ein überschaubares und damit auch nutzbares lokales Netz zu knüpfen (s. Ulm/DJJuF 2010, 116).
  - » Grundsätzlich zeigen die Ergebnisse, dass die Jugendämter den **Ertrag der Netzwerkarbeit** durchwegs **positiv** bewerten. In keinem Fall wurde eine Verschlechterung in der Zusammenarbeit angegeben. Die positivsten Veränderungen werden beim Wissensstand der beteiligten Akteure sowie beim Informationsfluss gesehen. Die positiven Ergebnisse über den Ertrag der Netzwerkarbeit deuten an, dass die verbindliche Einrichtung von Netzwerken die Bildung längst notwendiger Kooperationsstrukturen gefördert hat. (s. Müller et al. 2010, 44.)
  - » Die Jugendämter kamen nach der Überprüfung zu dem Ergebnis, das in 13,5 Prozent der Fälle eine akute und in weiteren 37,7 Prozent der Fälle eine latente Kindeswohlgefährdung vorliegt. Damit haben die **Meldungen ein hohes Maß an Verlässlichkeit**. Die hohen Fallzahlen zeigen zweierlei: Es gibt eine starke öffentliche Aufmerksamkeit für die Bedarfe von Kindern und Jugendlichen, aber auch einen hohen Förder- und Unterstützungsbedarf in den Familien, der sich in der Einleitung einer „Hilfe zur Erziehung“ oder anderer niederschwelliger Hilfen widerspiegelt. (s. Lamberty et al. 2012, 5 f.)
  - » Die Befugnisnorm für Personen, die einer Schweige- und Geheimhaltungspflicht unterliegen, wird vor dem Hintergrund der geplanten Regelungen im Kinderschutzgesetz des Bundes noch stärker an Bedeutung gewinnen (s. Ulm/DJJuF 2010, 144). Einheitliche **Regelungen** zum **Datenschutz** sind deshalb unerlässlich.

Mittlerweile wurden **in allen Bundesländern neue Landesgesetze zum Kinderschutz** etabliert. Allen Gesetzen ist gemein, dass sie nach den tragischen Ereignissen von Kindstötungen 2006 auf den Weg gebracht wurden. Obwohl die Landesgesetze auf eine gemeinsame Initiative und gemeinsame Beschlüsse der Länderchefs und -chefinnen zurückgehen, sind sie in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich ausgestaltet und enthalten verschiedene Regelungsinhalte (s. Ulm/DJJuF 2010, 18). Hinsichtlich der Kooperationsstruktur lassen sich dabei drei Absichten erkennen (s. Ulm/DJJuF 2010, 24 ff.):

- » Die Mehrzahl der Bundesländer stellt das Ziel in den Vordergrund, durch Bildung von Netzwerkstrukturen Risiken für das Wohl von Kindern besser erkennen und rechtzeitige Hilfen sicherstellen zu können.
- » Thüringen verfolgt in seinem Gesetz zur Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Schule das Ziel der Weiterbildung und Verbesserung der zwischen diesen Bereichen bestehenden Kooperationen, um bedarfsgerechte Angebote zu entwickeln.
- » Für den Landesgesetzgeber von Bayern verknüpft sich mit der von ihm beabsichtigten Förderung einer engen Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst die primäre Vorstellung, abgestimmte und reibungslose Verfahrensabläufe garantieren zu können.

### 3.5.2 Sozialgesetzbuch VIII: Kinder- und Jugendhilfe (§ 35a)

Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen stellen die Schnittmenge zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe dar. Der **§ 35a SGB VIII** „Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“ wurde bei der Novellierung des SGB VIII durch das Gesetz zur **Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (KICK)** beibehalten, wenn auch verändert. Es zielt auf die Beibehaltung der sogenannten **kleinen Lösung** ab (s. Fegert et al. 2008, 281). Das bedeutet, dass im Gegensatz zur großen Lösung, die die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für alle Kinder fordern würde, nur Kinder und Jugendliche mit einer festgestellten seelischen Behinderung oder solche, die davon bedroht sind, in ihren Zuständigkeitsbereich fallen. Alle anderen Hilfen für Kinder und Jugendliche sind derzeit nach dem SGB XII (Sozialhilfe) zu erbringen. In der Stellungnahme der Bundesregierung findet sich jedoch ein eindeutiges Bekenntnis zur großen Lösung, was die derzeitige Regelung lediglich als Übergangsphase ausweist (s. Wiesner 2011, 195 ff.).

Grundsätzlich bietet der **§ 35a SGB VIII** eine **Chance zur fruchtbaren interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe**. Obwohl das Gesetz ausdrücklich dem Jugendamt die Federführung beim Prozess (Entscheidung über Art der Hilfe und Kosten) zuspricht, obliegt die Feststellung der Eingangsvoraussetzungen primär den Fachärzten und -ärztinnen der KJP oder Psychotherapeuten bzw. -therapeutinnen und Ärzten bzw. Ärztinnen mit besonderen Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Werden die Eingangsvoraussetzungen laut erstelltem Gutachten erfüllt, werden den Kindern und Jugendlichen entweder Hilfen nach **§ 35a SGB VIII** (Hilfe zur Erziehung) oder nach **§ 53 SGB XIII** (Integrationshilfe) gewährt. Der Gutachter kann außerdem Empfehlungen für den Behandlungsverlauf abgeben, diese müssen vom Jugendamt allerdings

nicht befolgt werden. Der Einfluss des Arztes bzw. der Ärztin beschränkt sich somit auf das reine Feststellen der Voraussetzungen des § 35a. Ansonsten ist er bzw. sie ohne Entscheidungsmacht (s. Roosen–Runge 2011, 176–192).

Nicht präzisiert wird in dem neuen Entwurf, wie das Feststellungsverfahren bezüglich der Teilhabebeeinträchtigung auszusehen hat bzw. welchen Standards es folgen sollte (s. Fegert et al. 2008, 281). Außerdem hat die Aufteilung der Zuständigkeiten aufwendige Zuordnungsbemühungen zur Folge, in denen versucht wird, geistige, psychische und seelische Behinderungen zu unterscheiden.

Nicht nur der § 35a verweist auf die Unterstützung der Jugendhilfe durch die KJP. Bei den Hilfen zur Erziehung (§§ 27–35) finden sich in § 27 Abs 3 Satz 1 SGB VIII auch direkte Hinweise auf therapeutische Leistungen, die durch die Jugendhilfe gewährleistet werden müssen, auch wenn dabei die erzieherischen Hilfen im Vordergrund stehen und therapeutische Hilfen lediglich eine unterstützende Funktion haben (s. Morsberger 2011, 173). Zu nennen wäre darüber hinaus der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung § 8a SGB VIII sowie die „Mitwirkung/Hilfeplan“ § 36.

### 3.5.3 Joint policy in den Niederlanden

Im Jahr 2005 wurde eine gemeinsame Strategie, der sogenannte „Youth care act“ (Jugendhilfegesetz), in den Niederlanden eingeführt. Er vereint die Strategien der Bereiche „psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen“, „Jugend–Sozialhilfe“ und „Versorgung für Menschen mit leichten Behinderungen“ zu einer nationalen Strategie. Zuständig ist das Gesundheitsministerium (s. Mommerency et al. 2011a; Mommerency et al. 2011b).

Die seit 2005 nachfolgenden Strategiepläne entwickelten den „Youth care act“ weiter. Wichtige Eckpunkte dieser Strategiepapiere waren die Etablierung von kind- und familienorientierten Dienstleistungen und die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Sektoren (s. Mommerency et al. 2011a, 77). Das Jugend- und Familienprogramm (2007) „Every Opportunity for Every Child“ des Jugend- und Familienministeriums beispielsweise baut auf einer dreifachen Strategie auf (s. Mommerency et al. 2011b, 86):

- » Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern,
- » Fokus auf Prävention und Entwicklung von Primärversorgung,
- » Festlegung bindender Verpflichtungen für alle Stakeholder, die mit Kindern und Familien arbeiten.

Zudem wurde festgelegt, dass es 2012 in jeder Gemeinde ein Jugend- und Familienzentrum geben soll, das Familien bei Erziehungsaufgaben unterstützt, sowie Schulberatungsteams (ZATs), die im ganzen Land zugänglich sein müssen (ebd., 89).

Auch wurden nach dem „Youth care act“ 2005 „Youth care agencies“ (Jugendämter) eingerichtet, die als gemeinsame Zuweisungsstelle zur spezialisierten KJP–Versorgung, Jugendhilfeversorgung sowie zur Versorgung von Menschen mit leichten Behinderungen dienen. Insgesamt gibt es

mittlerweile 15 davon in den Niederlanden: in jeder Provinz eines sowie zusätzlich eines in Amsterdam, Rotterdam und The Hague. Sie werden von den Provinzen finanziert, und ihre Strategien werden in den strategischen Rahmenvereinbarungen der Provinzen dargestellt. Die strategische Rahmenvereinbarung baut auf Daten der Jugendämter und der Jugendhilfeanbieter, der Gemeinden, der Krankenversicherungen und des Ministeriums für Sicherheit und Recht auf. (ebd., 90.)

Die Hauptaufgabe der „Youth care agencies“ liegt einerseits in Begutachtung, Diagnostik und Weiterverweisung in geeignete Hilfsysteme sowie in der Koordination der verschiedenen Hilfen. Sie spielen eine wichtige Rolle in der Verknüpfung der verschiedenen Dienste für Jugendliche, vor allem wenn mehrere Dienste in Anspruch genommen werden müssen. Auch wenn der Bildungssektor nicht unter den „Youth care act“ fällt, kann auch in spezialisierte Bildungseinrichtungen überwiesen werden. Während zur spezialisierten Jugendhilfeversorgung nur die „Youth care agencies“ überweisen können, können auch Allgemeinmediziner, Psychologen und medizinisches Fachpersonal zur spezialisierten KJP-Versorgung überweisen, müssen aber die „Youth care agencies“ informieren. Zusätzlich wirken die „Youth care agencies“ in Einrichtungen der Primärversorgung mit (z. B. in Jugend- und Familienzentren, Schulberatungsteams), was eine Zusammenarbeit mit diesen erleichtert. (s. Mommerency et al. 2011a, 81.)

Weitere Aufgaben der „Youth care agencies“ sind die Umsetzung der Aufgaben des Meldezenters für Kindsmisbrauch und -vernachlässigung sowie die Umsetzung von Jugendschutzbestimmungen und Wiedereingliederungsmaßnahmen (s. Mommerency et al. 2011b, 90).

Im Großen und Ganzen wird der „Youth care act“ positiv bewertet und trägt zu einer effizienteren Zusammenarbeit innerhalb der traditionellen Bereiche der Jugendsozialhilfe bei. Hauptkritikpunkt am bestehenden System ist die praktische Implementierung der 2005 formulierten gemeinsamen Strategie. Die meisten Überweisungen zur spezialisierten psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen etwa werden weiterhin durch Allgemeinärzte getätigt, und auch Kinder und Jugendliche mit geistigen Behinderungen werden nur selten in „Youth care agencies“ behandelt. Zudem wird die Kompetenz der „Youth care agencies“, richtige Diagnosen zu stellen und Unterstützungsangebote in den einzelnen Bereichen zu vergeben, angezweifelt. Auch deren bürokratisches Vorgehen und die zusätzlichen Kosten, die durch deren Implementierung anfallen, werden kritisiert. (s. Mommerency et al. 2011a, 82 f.)

Es handelt sich um kulturelle, organisatorische und Finanzierungsunterschiede zwischen den einzelnen in der gemeinsamen Strategie involvierten Bereichen, die deren praktische Umsetzung erschweren und zu Schwierigkeit in der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren führen. Obwohl die spezialisierten Einrichtungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen in der Strategie enthalten sind, sind sie vom Gesichtspunkt der Finanzierung und der Organisation noch immer Teil des Gesundheitssektors. Das bedeutet u. a., dass der größte Teil der spezialisierten KJP-Versorgung durch private Versicherungen finanziert wird, die dem marktwirtschaftlichen Prinzip unterliegen, während Jugendsozialhilfe öffentlich finanziert wird. Auch muss Jugendsozialhilfe innerhalb einer bestimmten Zeit nach Indikationsstellung bereitgestellt werden, nicht so psychosoziale Unterstützung. (ebd.)

Die Regierung nimmt sich der oben beschriebenen Probleme an und hat unter anderem vorgeschlagen, die gesamte Finanzierung aller Sektoren, die in der gemeinsamen Strategie inkludiert sind, den Gemeinden zu unterstellen, die dann für die Bereitstellung aller Hilfen zuständig wären. Dies wäre auch deshalb vorteilhaft, da die Gemeinden die lokalen Bedürfnisse besser kennen, die Hilfe näher an den Familien wäre und integrierte Hilfe und Zusammenarbeit erleichtert würde. Heftige Kritik an diesem Vorschlag kommt jedoch von Seiten der KJP-Ärzeschaft, von Psychologen und Psychologinnen und anderen Berufsgruppen, die in der psychosozialen Versorgung tätig sind. Diese sind dagegen, die spezialisierten Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen aus der psychosozialen Versorgung bzw. aus dem Gesundheitssektor generell herauszunehmen. (ebd.)

### 3.6 Integrierte Versorgungsmodelle durch aufsuchende Betreuung

Aufsuchende Betreuung stellt eine Möglichkeit dar, Kinder und Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen zu erreichen, die von sich aus nicht oder erst zu einem späteren Zeitpunkt das kinder- und jugendpsychiatrische System in Anspruch genommen hätten, und so durch frühere Intervention eine Verschlechterung der Situation des Kindes oder Jugendlichen zu verhindern. Aufsuchende Betreuung kann in verschiedenen Settings stattfinden: zuhause bei der Familie oder in Form von Konsiliar- und Liaisondiensten in Einrichtungen der Jugendwohlfahrt, in der Schule bzw. im Kindergarten.

In einigen Ländern stellt die aufsuchende Betreuung mittlerweile einen Schwerpunkt der spezialisierten KJP-Versorgung dar. In England etwa betreuen sogenannte „outreach“-Teams ausgehend von speziellen Einrichtungen andere Einrichtungen sowie Betroffene zuhause. Auch die Betreuung in Schulen wurde in Form eines nationalen Projekts (TaMHS) in Angriff genommen (s. Abschnitt 3.6.13.6.1).

Aufsuchende Angebote der KJP in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe, wie sie in den Abschnitten 3.6.2 und 3.6.3 beschrieben werden, stellen aufgrund der großen Anzahl an Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe, die psychische Störungen aufweisen bzw. gefährdet sind, solche zu entwickeln, eine wichtige Maßnahme dar, um Krisen und stationäre KJP-Aufnahmen und damit ein Pendeln der Kinder und Jugendlichen zwischen den Systemen zu verhindern.

#### 3.6.1 Intersektorale Zusammenarbeit in England

Ein Fokus der Versorgung auf der spezialisierten Versorgungsebene liegt in der aufsuchenden Betreuung. Sogenannte „**outreach**“-Teams betreuen aus speziellen Einrichtungen andere Einrichtungen der Basisversorgung, spezielle Einrichtungen in anderen Versorgungsbereichen und Betroffene zuhause. Die aufsuchende Versorgung kann spontan für einzelne Fälle durch

spezielle Personen, die in Teams anderer Sektoren integriert sind, erfolgen. (s. Mommerency et al. 2011a, 97).

Ein Beispiel für ein Projekt zur aufsuchenden Betreuung ist das **TaMHS-Projekt** (2008–2011) (s. ChiMat 2012). Hier handelte es sich um ein nationales Projekt mit früher Intervention durch Spezialisten in der Versorgung von psychisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen im Schulbereich (von Kindern zwischen fünf und 13 Jahren), das im Jahr 2008 in 25 englischen Gemeinden („Local areas“) startete. Hauptziel war es, die Art und Weise der Unterstützungsleistungen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche so zu verändern, dass sich für die Kinder eine Verbesserung ihrer psychischen Gesundheit ergibt. Das Unterstützungssystem sollte durch folgende zwei Aspekte ein schnelleres Bekämpfen der Problemlagen betroffener Kinder ermöglichen:

1. Integration aller Institutionen, die mit psychisch kranken Kinder und Jugendlichen zu tun haben, um frühzeitig flexible und effektive Interventionen zu gewährleisten;
2. evidenzbasierte Praxisplanung, um lokalen Anforderungen gerecht zu werden und Wissen über positive Versorgungsmodelle zu verbreiten.

Das Projekt wurde in der Folge bis 2010 verlängert und auf 150 Gemeinden ausgeweitet. Es wurde sowohl von den Lehrpersonen an beteiligten Schulen als auch von den Eltern und betroffenen Kindern selbst gut aufgenommen (s. Department for Education (Hg.) 2011).

Ein weiteres Element der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Institutionen und Disziplinen stellt das **Team around the Child (TAC)** dar (s. Mommerency et al. 2011b, 122). TAC ist ein multidisziplinäres Team, das von Fall zu Fall Kinder und Jugendliche unterstützt. Das Team trifft sich in regelmäßigen Abständen, wobei die Mitglieder je nach Bedarf variieren. Es gibt einen Koordinator, und die Vorgehensweise wird in einem TAC-Unterstützungsplan zusammengefasst. Alle Arten der Versorgung werden integriert. Das Team kann zu einem Team „around the family“ (TAF) oder „school“ (TAS) erweitert werden. Grundsätzlich versteht sich das Team als Unterstützungsgruppe, wobei ein „Leader“ gewählt wird, dem die Aufgabe zuteilwird, sich darum zu kümmern, dass alle geplanten Leistungen von den jeweiligen Institutionen auch wirklich erbracht werden. Neben dieser „Überwachungsfunktion“ fungiert er als Bezugspunkt für die betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern (s. Lambeth 2012).

### 3.6.2 Aufsuchendes, multimodales ambulantes Behandlungsprogramm für Heimkinder (Evaluationsstudie)

Als **Ziel** des Projektes sollte mithilfe eines aufsuchenden und milieuzentrierten Interventionsprogrammes die Vermeidung bzw. Verkürzung stationärer Behandlungen erfolgen (s. Goldbeck/Fegert 2008). Ansatzpunkt war die Früherkennung und -behandlung sowie eine kontinuierliche, leitlinienkonforme Behandlung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher in der Obhut der Jugendhilfe. Das Interventionsprogramm setzt auf ein gemeinsames Fallkonzept mit der Integration von pädagogischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Interventionen. (ebd.)

**Kooperationspartner** waren 26 stationäre Jugendhilfeeinrichtungen aus Baden-Württemberg, Bayern und Niedersachsen und Kinder- und Jugendpsychiater aus fünf Studienzentren (KJP Ulm, Abteilung für KJP Weissenau, Klinik für KJP Lüneburg, Sozialpsychiatrische Gemeinschaftspraxis für Kinder und Jugendliche Friedrichshafen und Praxis für KJP Biberbach) (ebd.).

**Zentrale Bausteine** des Programms waren (ebd. 9 f.):

- » Errichtung ambulanter Liaisondienste in Form von aufsuchenden Sprechstunden eines Facharztes für KJP in den Einrichtungen in ein- bis zweiwöchigem Abstand, in denen psychotherapeutische und -pharmakologische Behandlungen durchgeführt wurden,
- » Behandlungskontinuität,
- » regelmäßige störungsspezifische Fortbildungsveranstaltungen für die Pädagogen vor Ort sowie bei Bedarf Teambesprechung oder -coaching,
- » Kooperation der Fachärzte und -ärztinnen mit den Fachdiensten und Betreuern bzw. Betreuerinnen der Einrichtungen und des Jugendamts,
- » Vereinbarung einer Kriseninterventionsvereinbarung, die bei Selbst- und Fremdgefährdung zunächst ein ambulantes Krisenmanagement außerhalb der regulären Sprechzeiten der KJP und erst als zweite Wahl eine möglichst umgrenzte stationäre Krisenintervention vorsah,
- » störungsspezifische Gruppeninterventionen (z. B. soziales Kompetenztraining, Training der Emotionsregulation) in den Einrichtungen.

Die **Ergebnisse** bestätigten die Vermutung, dass viele Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe unter behandlungsbedürftigen psychischen Störungen leiden. In der Folge konnten durch die Interventionsgruppe mehr Kinder und Jugendliche fachärztlich betreut werden, und es kam zu weniger stationären Pflegetagen als in der Kontrollgruppe. (ebd.)

### 3.6.3 Liaisondienst in der stationären Jugendhilfe (Schweiz)

Die Beschreibung des folgenden aufsuchenden Angebots beruht auf Beiträgen von Marc Schmid: einem Tagungsbeitrag (PPP) im Rahmen des Symposiums „Krieg net die Krise, Oida“ (2012b), einem Experteninterview (s. Schmid 2012a) sowie auf einem Publikationsbeitrag (s. Schmid 2012c).

**Ausgangspunkt** ist, dass psychische Belastungen in der stationären Jugendhilfe eher die Regel als die Ausnahme sind. Über 60 Prozent der Heimkinder/-jugendlichen leiden unter psychischen Störungen, und mehr als ein Viertel aller stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelten Patientinnen und Patienten wird in eine stationäre Jugendhilfemaßnahme entlassen (s. Schmid 2012b).

**Ziel** ist es daher, durch eine gute Kooperation zwischen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Heimeinrichtung Krisen und stationäre Aufnahmen zu verhindern, gemeinsam eine kontinuierliche ambulante Behandlung in der stationären Jugendhilfe zu realisieren und somit die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Heimkindern und -jugendlichen zu



verbessern. Die **Liaison** zielt insbesondere darauf ab, gemeinsam mit den sozialpädagogischen Fachkräften in der Jugendhilfe ein gemeinsames Fallverständnis zu erarbeiten und das milieutherapeutische Team zu unterstützen. (s. Schmid 2012c.) Der Liaisondienst wurde bereits in Bern, Basel, Winterthur<sup>8</sup> und im Thurgau umgesetzt. Es ist geplant, den Liaisondienst in der Schweiz konstant weiter auszubauen (s. Schmid 2012a).

**Zielgruppe** dieser Intervention sind sowohl Kinder und Jugendliche, die bereits in stationären bzw. teilstationären Jugendhilfeeinrichtungen leben und dort im Verlauf der Betreuungszeit psychisch auffällig werden, als auch Kinder und Jugendliche, für die nach einem stationären Klinikaufenthalt eine geeignete Unterbringungsmöglichkeit gefunden werden muss (s. Schmid 2012a).

Die **Kernelemente der Liaison** sind eine aufsuchende Sprechstunde, feste Kriseninterventionsvereinbarungen, Teamberatungen, Supervisionen sowie regelmäßige Fortbildungen mit intensivem praxisorientierten Austausch mit den Fachkräften (s. Schmid 2012c).

In der aufsuchenden Sprechstunde in der Jugendhilfeeinrichtung wird mit allen Personen, die mit dem Fall vertraut sind, ein Gespräch über die Patientin / den Patienten geführt. Eine Psychologin bzw. ein Psychologe ist üblicherweise zweimal pro Woche vor Ort. In Heimeinrichtungen mit stärkerem Beobachtungs- und Therapieauftrag gehören Psychologinnen bzw. Psychologen und Therapeutinnen bzw. Therapeuten zum Team der Jugendhilfeeinrichtung. Gewöhnlich besteht ein Team aus einer Psychologin bzw. einem Psychologen und einer Ärztin / einem Arzt (nur bei hohem Bedarf in der Heimeinrichtung wird jedoch gemeinsam behandelt). (s. Schmid 2012a.)

Als **Vorteile der Liaisonarbeit** werden folgende Aspekte gesehen (s. Schmid 2012a):

- » niederschwelliger Einstieg in die Inanspruchnahme von therapeutischen Hilfen,
- » leichtere Umsetzbarkeit für Heimeinrichtungen (kein Fahrweg),
- » Aufbau einer nachhaltigen Motivation für eine längere Therapie,
- » zuverlässige Unterstützung in Krisen,
- » Unterstützung des pädagogischen Teams mittels gemeinsamer Fallberatung,
- » geringere Hürden für die betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Grundsätzlich ist zu erwähnen, dass viele Heimkinder und -jugendliche für einen erfolgreichen Prozess sowohl eine fundierte sozialpädagogische Betreuung als auch eine gute kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung benötigen. Eine enge Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie erscheint unabdingbar; die Strukturen der Zusammenarbeit sollten dabei unabhängig von einzelnen Fällen aufgebaut werden (s. Schmid 2012b).

**Rahmenbedingungen** für eine erfolgreiche Liaison in der stationären Jugendhilfe sind unter anderem (s. Schmid 2012a; Schmid 2012c):

- » Aufbau von stabilen Kooperationsstrukturen, unabhängig von einzelnen Fällen,

---

8 Modellstation Somosa: <http://www.somosa.ch/>.

- » personelle Kontinuität in der pädagogischen und der kinder- und jugendpsychiatrischen Institution,
- » spezifische Kenntnisse von Arbeit und Struktur der stationären Jugendhilfe,
- » Antizipation und Auflösung von Kooperationsproblemen,
- » ausreichend zeitliche Ressourcen,
- » direkter Zugang zu den Teams – zuverlässige und transparente Weitergabe von Informationen in den Teams,
- » Vertrauen in die Milieuthérapie – Probleme sollten dort gelöst werden, wo sie entstehen,
- » Rechtzeitiges Kennenlernen der Kinder (möglichst schon im Aufnahmeprozess),
- » Wertschätzung für die pädagogische Arbeit.

## 4 Bedarfswahlen

Im Rahmen der gegenständlichen Projektarbeiten sollte auch recherchiert werden, welche Richtwerte und Planungsgrundlagen zur ambulanten KJP-Versorgung empfohlen bzw. in Österreich oder anderen europäischen Ländern erarbeitet wurden. Die Ergebnisse sind in diesem Kapitel zusammenfassend dargestellt.

### Empfehlungen der WHO

- » Die WHO empfiehlt für die stationäre KJP-Versorgung Planungsrichtwerte von mindestens 0,08 und von höchstens 0,1 Betten pro 1.000 Einwohner/innen (EW).
- » Für die Ausstattung einer KJP-Ambulanz wird von folgendem Personalbedarf ausgegangen: 2 Kinder- und Jugendpsychiater/innen, 2 Psychologinnen und Psychologen bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten und 2 Sozialarbeiter/innen.
- » Es gibt einen Richtwert für KJP-Fachärztinnen/-ärzten im niedergelassenen Bereich von 0,8 KJP-Fachärztinnen/Fachärzten für 250.000 EW.  
(s. WHO-Empfehlungen, zit. n. Thun-Hohenstein 2011, 83 ff.)

### Richtwerte zur stationären Versorgung in Österreich

Gemäß Österreichischem Strukturplan Gesundheit (**ÖSG 2012**) ist für die KJP ein Richtwert von 0,08 bis 0,13 Betten pro 1.000 Einwohner/innen (EW) als Rahmen festgelegt (s. ÖSG 2012, 17). Die KJP ist ein überregional zu planendes Leistungsangebot, das auch die Nahtstellen zur PSO-KJ sowie zum heilpädagogischen Bereich (Jugendwohlfahrt) und zum Sozialbereich durch Leistungsabstimmungen und regionale Kooperationen berücksichtigen soll. Der ÖSG sieht zur künftigen Planung die Vorhaltung einer Abteilung für KJP mit Vollversorgungsfunktion für ein Einzugsgebiet von mindestens 300.000 EW vor. Es wird grundsätzlich eine Mindestgröße von 30 Betten (inklusive Tagesklinik-Plätze) gefordert. Zur Optimierung der Wohnortnähe der Versorgung sind kleinere Einheiten möglich. (S. ÖSG 2012, 49f.)

Hinsichtlich des Ausbaus der KJP-Versorgungsstrukturen wird auf die Notwendigkeit zur Abstimmung mit den Planungen zur psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen hingewiesen. Der ÖSG enthält für die PSO-KJ einen Richtwert von 0,02 bis 0,03 Betten pro 1.000 EW (s. ÖSG 2012, 17).

Im ÖSG sind neben den Richtwerten zur stationären Versorgung auch Planungsempfehlungen zur ambulanten KJP-Versorgung enthalten:

- » Vorhaltung einer ambulanten KJP-Einheit für ein Einzugsgebiet von rund 250.000 EW.

## Empfehlungen der Expertenkommission der deutschen Bundesregierung

Die Empfehlungen der Expertenkommission der deutschen Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen Bereich beziehen sich auch auf quantitative Richtwerte (s. BMJFFG (Hg.) 1988).

Die Expertenkommission hat die erforderliche Personalausstattung der für die Versorgung psychisch Kranker und Beeinträchtigter notwendigen Hilfen in Bezug auf eine Versorgungsregion und nicht in Bezug auf einzelne Einrichtungen und Dienste ermittelt. Die personellen Ressourcen einer Region müssen dem Bedarf insbesondere der chronisch psychisch Kranken und Beeinträchtigten angemessen sein. Von welcher Einrichtung die jeweils notwendigen Hilfen im ambulanten und teilweise auch im komplementären Bereich angeboten werden, ist dabei nachrangig. Von Bedeutung ist, dass die notwendigen Leistungen in einem engen räumlichen und personellen Verbund koordiniert und dem individuellen Bedarf entsprechend bereitgestellt werden. Daher empfahl die Expertenkommission für die Planung und Koordination der Hilfen sowie für die allgemeine Bedarfserhebung in einer Region die Gründung von gemeindepsychiatrischen Verbänden.

In Bezug auf die ambulante bzw. komplementäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen wurden folgende Empfehlungen getroffen:

- » 1 kinder- und jugendpsychiatrischer Dienst an Gesundheitsämtern in Städten (500.000 bis 700.000 EW) mit je 1 Arzt, 1 Sozialarbeiter, 0,5 Psychologe, 0,5 Verwaltung; mobile kinder- und jugendpsychiatrische Dienste in ländlichen bzw. unterversorgten Gebieten durch 1 niedergelassenen FA für KJP, 1 Psychologe, 1 Sozialarbeiter, 0,5 Verwaltung („Marburger Modell“);
- » 1 Erziehungsberatungsstelle / 50.000 EW mit mind. 3 Fachkräften aus unterschiedlichen Fachrichtungen (Mitwirkung von KJ-FÄ erforderlich);
- » 1 Einrichtung zur Frühförderung in jedem Landkreis;
- » Übergangsheime (zur Fortsetzung der medizinischen Rehabilitation unter Einbeziehung erzieherischer und sozialpädagogischer Hilfen, enge Kooperation mit stationären Behandlungseinrichtungen): 15–20 Plätze / 500.000 bis 750.000 EW; Aufenthaltsdauer bis zu 2 Jahre; Empfehlungen zur personellen Ausstattung: 0,5 Psychologen, 1 Sozialarbeiter, 1 Erzieher, 1 Pflegekraft, 0,5 pädagogisches Personal, Einbeziehung KJP-Kompetenz (angestellt oder Konsiliarversorgung, allerdings im Ausmaß von 0,5 VZÄ erforderlich);
- » Wohngruppen für Jugendliche: 6–8 Plätze / 500.000 bis 750.000 EW; personelle Ausstattung: 0,10 VZÄ KJP (konsiliar), 0,5 Sozialarbeiter, 0,5 pädagogisches Personal.

## **Empfehlungen zur psychotherapeutischen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendliche<sup>9</sup>**

In diesem Abschnitt wird am Beispiel der Versorgungssituation in Baden-Württemberg versucht, den psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungsgrad psychisch kranker Kinder und Jugendlicher anhand epidemiologischer und verfügbarer Versorgungsdaten abzuschätzen (s. Nübling et al. 2006, 247–257). Dabei wird anhand einer Modellrechnung die Versorgungskapazität sowie – in Relation zu den Bedarfszahlen – der Versorgungsgrad ermittelt (ebd.).

Baden-Württemberg ist ein vergleichbar gut versorgtes Bundesgebiet in Bezug auf ambulante Psychotherapie. Mit 26,4 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner kann von der relativ besten Versorgung eines Flächenlandes ausgegangen werden. Ein umgekehrtes Verhältnis besteht bezüglich der BMZ für kinder- und jugendpsychiatrische/–psychotherapeutische Kliniken (Betten pro 10.000 EW bis 18 Jahre), bei der Baden-Württemberg mit 2,0 die niedrigsten Werte aufweist. (ebd., 247 f.)

Nach den durchgeführten Modellrechnungen wird auf eine bestehende Unterversorgung deutlich hingewiesen. Bezieht man sich auf die epidemiologische Datenlage (1-Jahres-Prävalenz zwischen 7 und 20 %), so kann davon ausgegangen werden, dass je nach Berechnungsgrundlage zwischen 4 und 35 Prozent der betroffenen Kinder und Jugendlichen versorgt werden. (ebd., 255.)

Bestätigt wird die Unterversorgung auch durch die langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz und die Erfahrung der Vermittlungsstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, nur für einen Teil der Kinder einen Therapieplatz vermitteln zu können. Des Weiteren berichten Versorgungsstudien, dass nur etwa 15 bis 20 Prozent der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen tatsächlich einen Behandler aufsuchen oder finden. Würde man den Versorgungsgrad nur auf die Kinder und Jugendlichen beziehen, die auch eine Behandlung in Anspruch nehmen, ergäbe sich ein psychotherapeutischer „Versorgungsgrad“ zwischen etwa 20 und maximal 75 Prozent. (ebd., 255.)

### **Psychotherapiebedarf für Kinder und Jugendliche – GÖG/ÖBIG 2005**

Die GÖG/ÖBIG hat sich im Jahr 2005 mit dem Bedarf an Psychotherapie für Kinder und Jugendliche beschäftigt. Das Ergebnis nach ausführlichen Literaturrecherchen (GÖG/ÖBIG, 27):

---

9 Seit dem 1. Jänner 2009 wurde im GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) eine Mindestquote festgesetzt, nach der 20 Prozent der psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten hauptsächlich Kinder und Jugendliche behandeln sollen (<http://www.aerzteblatt.de/archiv/74832/Kinder-und-Jugendlichenpsychotherapeuten-n.Mindestquote-noch-nicht-erreicht?src=search>).

Der Psychotherapiebedarf wird auf mindestens 0,6 bis etwa 2,1 Prozent der Kinder und Jugendlichen bis 19 Jahre geschätzt.

### **Aktualität von Richtwerten und ihres Einsatzes in der Planung**

Becker et al. (2008) sind in einer umfassenden Studie der Frage nachgegangen, ob es in der Literatur Messziffern gibt, die über die bisher üblichen Bettenmessziffern hinaus die Versorgung verschiedener europäischer Versorgungsregionen umfassend darstellen, und ob sich gegebenenfalls aus diesen Angaben Richtwerte für eine zeitgemäße, qualitativ hochwertige und trotzdem kosteneffektive psychiatrische Versorgung ableiten lassen. Dazu wurden Literaturrecherchen (Statistiken, Untersuchungen, Planungsstudien zur psychiatrischen Versorgung) durchgeführt und im Vergleich mit anderen Ländern bzw. Versorgungsregionen dargestellt.

Die Ergebnisse von Becker et al. 2008 sowie die von der GÖG/ÖBIG in den Jahren 2010 und 2012 durchgeführten Recherchen zeigten, dass in Hinblick auf die Verwendung von Richtwerten in den letzten Jahren in anderen europäischen Ländern praktisch keine Aktualisierungen erfolgt sind. Fallweise werden in Deutschland noch immer jene Richtwerte verwendet, die 1988 von der Expertenkommission (s. BMJFFG (Hg.) 1988) erarbeitet wurden und auch die Basis für die bisher in Österreich verwendeten Richtwerte bildeten.

Im Unterschied zum Beginn der Planungen zur (außer)stationären psychiatrischen Versorgung im deutschsprachigen Raum, wo immer auch bevölkerungsbezogene Messziffern bzw. Planungsrichtwerte verwendet wurden, zeichnet sich derzeit ab, dass in aktuellen Psychiatrieplänen bzw. in einschlägigen Publikationen nur selten konkrete Richtwerte genannt werden. Das gilt sowohl für die Erwachsenenpsychiatrie, wie die Arbeiten der GÖG/ÖBIG im Jahr 2010 zeigten, als auch für die aktuellen Recherchen zum Bedarf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Das Hauptaugenmerk wird vielmehr auf die für eine bedarfsgerechte Steuerung erforderlichen Strukturen, Prozesse und damit Verantwortlichkeiten gelegt. Parameter, die auch in den „traditionellen“ Planungsansätzen beinhaltet sind, die jedoch in neueren Konzepten wie „Personenzentrierte Planung und Steuerung“, „Regionales Psychiatriebudget“, „Integrierte Versorgung“ u. Ä. weiterentwickelt wurden. Dabei wird Planung als zyklischer Prozess verstanden, der unter Einbindung aller Beteiligten laufend an regionale Gegebenheiten angepasst werden muss (s. GÖG 2010, 10)

Fazit der Arbeiten zum „Bedarf in der außerstationären psychiatrischen Versorgung“ (s. GÖG 2010) war, dass Psychiatrie-Pläne künftig mehr die Form eines dynamischen Regelwerks annehmen müssen. Die steuernden und operativen Prozesse müssen von kompetenten Gremien bei gleichzeitiger Partizipation aller relevanten Interessengruppen getragen werden (s. GÖG 2010, 50 ff). Wie die gegenständlichen Projektarbeiten zeigten, gilt dies auch für die Planungen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie, weil es sich dabei um ein äußerst komplexes Zusammenspiel verschiedenster Sektoren handelt.

Die Frage, inwiefern die Verwendung von bevölkerungsbezogenen Richtwerten in Bezug auf erforderliche Leistungsangebote (Kapazitäten an Plätzen, Personal etc.) als Steuerungsinstru-

mente für die extramurale psychiatrische Versorgung nach wie vor aktuell sind, lässt sich nicht generell beantworten. Grundsätzlich sind bevölkerungsbezogene Richtwerte Bestandteil jeglicher Gesundheitsversorgungsplanung, und laut Einschätzung von Becker et al. (2008) sind sie als Steuerungsinstrumente für die psychiatrische Versorgung nach wie vor erforderlich, aber nur, wenn sie umfassend für eine Versorgungsregion und für sämtliche Versorgungsbausteine vorliegen und damit eine Gesamtschau im Planungsprozess und bei der Finanzierung möglich ist.

Nach Einschätzung der Autorinnen können Basisrichtwerte insbesondere im Bereich der extramuralen psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen hilfreich sein, weil dieses Versorgungssegment in Österreich erst im Aufbau begriffen ist und entsprechende Richtwerte hier als „Orientierungshilfe“ dienen können. Da jedoch nur eingeschränkt auf bereits vorliegende quantitative Empfehlungen zurückgegriffen werden kann und diese bei weitem nicht alle erforderlichen Versorgungsbausteine betreffen, müssten zur Erarbeitung von einheitlichen Bedarfsrichtwerten für Österreich weitere Schritte gesetzt werden.

# 5 Zusammenfassung und Empfehlungen

## 5.1 Empfehlungen der WHO

Die WHO gibt **Empfehlungen zur Sicherstellung einer optimalen Zusammenarbeit** zwischen verschiedenen „mental health“-Sektoren (s. WHO 2005, 30 ff.), die folgende Elemente enthalten:

- » **Teilnehmer/innen:** Es sollte in der Eingangsplanung genau überlegt werden, wer für die Zusammenarbeit ausgewählt wird, und alle Teilnehmer/innen sollten in einem nächsten Schritt ein gemeinsames Verständnis dafür entwickeln, warum sie zusammenarbeiten sollen. Dies ist ein entscheidender Schritt, um ein Commitment zu erreichen.
- » **Strukturelle Einbettung:** Branchenübergreifende Zusammenarbeit sollte institutionalisiert sein und nicht abhängig von Ad-hoc-Übereinkünften und Gefälligkeiten. Folgende Formen der Institutionalisierung sind möglich:
  - » Erschaffen von Anreiz- bzw. Belohnungssystemen für Maßnahmen der branchenübergreifenden Zusammenarbeit,
  - » Erschaffung von Jobmöglichkeiten/Berufsbildern, die traditionelle Grenzen durchbrechen,
  - » Personalentwicklung, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit unterstützen;
- » **Befassen mit unterschiedlichen Zielen und Perspektiven:**
  - » Die unterschiedlichen Sektoren müssen sich über die gemeinsamen Ziele und Aufgaben bewusst sein und darüber, wie jeder spezialisierte Bereich zur Erfüllung dieser Ziele und Aufgaben beitragen kann.
  - » Es müssen Möglichkeiten geschaffen werden, um die unterschiedlichen Sektoren zusammenzubringen, da die Vorteile der Zusammenarbeit oft erst im „Tun“ erkannt werden.
  - » Eine Institutionalisierung der Zusammenarbeit hilft dabei, Strukturen zu erschaffen, die die einzelnen Sektoren zwingt, zusammenzuarbeiten, und durch das Zusammenarbeiten werden gemeinsame Ziele und Beiträge erkannt.
    - » Das Hervorheben einer gemeinsamen Erfahrung in den verschiedenen Sektoren kann ein intersektorales Vorgehen erleichtern. In diesem Zusammenhang ist ein Setting-Ansatz ein Weg, gemeinsame Themen zu diskutieren.
    - » Die Vorteile von Zusammenarbeit müssen identifiziert und Ängste und Widerstände angesprochen werden.
    - » Der Gesundheitssektor muss sich über den multidimensionalen Charakter seiner Arbeit bewusst werden, um die Wichtigkeit zu erkennen, dass andere Sektoren beim Befassen mit Problemen und Anforderungen miteinzubeziehen sind.
- » **Ressourcen:** Ressourcen (finanzielle, personelle, zeitliche) müssen für sektorenübergreifende Aktionen bereitgestellt werden. Auch sollte die Angst vor dem Verlust von Ressourcen mitbedacht werden und herausgestrichen werden, wie gemeinsames Handeln für alle Beteiligten



kosteneffektiv wirkt. Zudem muss Klarheit darüber geschaffen werden, wer wofür verantwortlich ist.

» **Klärung von Verantwortlichkeiten:**

- » Zuständigkeiten müssen geklärt werden, um mit Belangen, in denen es geteilte Verantwortlichkeiten gibt, umzugehen.
- » Belange betreffend Vertretung und Einbindung müssen geklärt sein, um die Kommunikation innerhalb des Systems zu gewährleisten.
- » Gruppendynamische Prozesse müssen berücksichtigt werden, um eine optimale Einbindung zu erwirken.
- » Eine ausgeglichene Einbindung der verschiedenen Sektoren ist erforderlich.

» **Politische Handlungsfelder:**

- » Die politischen Vorteile für alle Abteilungen oder Ministerien einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sollten betont werden.
- » Es sollte eine formalisierte gemeinsame Vereinbarung zwischen dem Gesundheitsministerium und anderen Ministerien geben.
- » Erfolgreiche sektorenübergreifende Zusammenarbeit ist abhängig von der breiteren Organisation der Regierung im Land – die Art und Weise, wie Abteilungen und Ministerien verknüpft sind und miteinander kommunizieren, wird Art und Ausmaß sektorenübergreifender Zusammenarbeit beeinflussen.

## 5.2 Empfehlungen aus Literatur und Modellprojekten

Die nachfolgenden Problemfelder und Handlungsempfehlungen können als Kernaussagen der behandelten Modellprojekte und der Literatur angesehen werden. Generell werden Kooperationen häufig als personen- und situationsabhängig erlebt, wie aus den Modellprojekten hervorgeht. Vielerorts müssen sich erst funktionierende Strukturen entwickeln, um eine dauerhafte Kooperation zu gewährleisten. Außerdem ergaben sich teilweise Schwierigkeiten bei der Einbindung aller relevanten Akteure in die Netzwerke, wie z. B. bei der Schule oder bei niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern.

Als wichtigste Punkte für eine gelingende Kooperation können folgende Aspekte gelten (s. Darius/Hellwig 2004, 511):

- » Kooperation verbessert sich, wenn nicht nur im Einzelfall zusammengearbeitet wird, sondern wenn übergreifende Kooperationsstrukturen aufgebaut werden.
- » Gleichberechtigung der Kooperationspartner ist Voraussetzung.
- » Kooperation braucht ein gemeinsames Handlungsfeld, gemeinsame Arbeitsformen.
- » Kooperation muss für beide Systeme gewinnbringend sein.
- » Kooperation benötigt als Basis wechselseitiges Vertrauen.
- » Kooperation ist personenabhängig – dennoch müssen Strukturen und Prozedere gefunden werden, um diese Abhängigkeit zu relativieren.

Außerdem muss für die interdisziplinäre Kommunikation eine gemeinsame Sprache gefunden und das Rollenverständnis für beide Bereiche geklärt werden (s. Ziegenhain/Kölch 2011, 183).

Aus den Projekten in Berlin wurden zusätzlich noch folgende Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit abgeleitet (s. Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg (Hg.) 2009):

- » verbindliche Kooperationsvereinbarungen und -strukturen;
- » gemeinsame, effektive Instrumente;
- » Festlegung von Fall- und Prozessverantwortlichen mit klaren Aufgabenbereichen und Funktionen;
- » Einrichtung von koordinierenden Instanzen in den jeweiligen Institutionen;
- » geeignete Rahmenbedingungen, flexible Strukturen und eigene Arbeitskapazitäten für die Kooperationsarbeit;
- » verbindliche Standards für Überleitungen (z. B. bei Krisen);
- » Ressourcen (finanziell, personell, strukturell);
- » Entwicklung eines gemeinsamen Fallverständnisses;
- » gemeinsame Aktivitäten (wie z. B. Fortbildungen);
- » wechselseitige Einbindung in die Bedarfsplanung;
- » Einbindung der Betroffenen;
- » größere Netzwerke (überbezirklich oder überregional), in denen lokale Abläufe und Strukturen verbreitet werden können;

Darius und Hellwig (2004, 512 ff.) formulieren neben allgemeinen Empfehlungen zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit auch spezifische Empfehlungen für die jeweiligen Sektoren.

- » Allgemeine Möglichkeiten zur Verbesserung der Kooperation: regionale Arbeitskreise, Gestaltung gemeinsamer Fort- und Weiterbildungen, Entwicklung zuverlässiger Strukturen und Arbeitsweisen, geregelte Übergaben, gemeinsame Planung und Abstimmung der Angebote, gemeinsame Clearingstelle, Einbeziehung disziplinübergreifender Aspekte in der Ausbildung
- » Möglichkeiten der Jugendhilfeeinrichtungen und -dienste: eigene Kompetenzen in Krisen entwickeln, gesicherte Wiederaufnahme nach einer Krisenintervention, bei Überweisung endet die Zuständigkeit nicht
- » Möglichkeiten der Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendpsychiatrie: über Jugendhilfe informieren und sie als gleichwertig ansehen, Diagnosen verständlich darstellen, Jugendamt zeitgerecht benachrichtigen; Ausbau ambulanter Angebote (Bp. Institutsambulanz in Rheinland-Pfalz)
- » Möglichkeiten der Jugendämter: klare Zuständigkeiten, Kinder- und Jugendpsychiater zeitgerecht zu Hilfeplangesprächen hinzuziehen, Diagnosen von ihnen ernst nehmen, ausreichende Informationen für die Kooperationspartner

- » Möglichkeiten auf Landesebene: (finanzielle) Unterstützung der Kooperationsbeteiligten, Einrichtung einer übergeordneten Informations- und Koordinationsstelle, flexiblere Finanzierungsform für Grenzfälle.

## 5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse des Workshops

Im Zuge des Projektes wurde auch ein **Workshop** abgehalten, um die Situation der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich mit Experten und Expertinnen zu diskutieren. Es gab **neun Präsentationen** zu folgenden Themen:

- » „Leben mit einer psychischen Erkrankung in der Familie – Aspekte neben den therapeutischen Angeboten“,
- » „Psychosoziale Aspekte in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie“,
- » „Kinder- und Jugendkompetenzzentrum Innviertel“,
- » „Sozialpsychiatrische Liaisondienste zu Einrichtungen der Jugendwohlfahrt“,
- » „Kinder- und Jugendpsychiatrie in Niederösterreich“,
- » „Das Kindernetzwerk Industrieviertel. Eine Vision und erste Schritte einer Realisierung“,
- » „Ambulante Betreuung von Kindern und Jugendlichen bei psychischen Problemen am Beispiel des Burgenlandes“,
- » „Strategie psychische Gesundheit der Sozialversicherung“,
- » „3-Jahres-Evaluation einer gemeindenahen Versorgungsstruktur: die entwicklungsdiagnostischen und therapeutischen Ambulatorien von pro mente kijufa in Kärnten“.

Anschließend fanden **vier Arbeitsgruppen** zu ausgewählten Problemstellungen statt:

- » „Personelle und finanzielle Ressourcen für Vernetzung“,
- » „Aufbau von Kooperationsstrukturen“,
- » „Informations- und Datenfluss“,
- » „Umgang mit unterschiedlichen fachlichen Sichtweisen“.

Im nächsten Abschnitt werden die Kernaussagen der Arbeitsgruppen zusammengefasst<sup>10</sup> und in Verbindung zu den Herausforderungen, die in der Literatur beschrieben werden (s. Abschnitt 5.2), gesetzt.

---

<sup>10</sup> Die Präsentationen der Vorträge und die Inhalte der einzelnen Arbeitsgruppen (Protokolle) werden auf der GÖG-Website ab Jänner 2013 zugänglich sein.

Einige Aspekte, die in den Arbeitsgruppen thematisiert wurden, können unter der Bezeichnung „**Schaffen einer gemeinsamen Basis**“ subsumiert werden. Dazu zählt insbesondere *Definitionsarbeit*:

- » gemeinsame Ziele (des Projektes bzw. einer Kooperation), an denen gemeinsam gearbeitet wird,
- » Bestimmung der Zielgruppen und ihres Bedarfs an Versorgungsstrukturen bzw. Versorgungsprozessen, d. h. klare Zielgruppenorientierung,
- » klare Abgrenzung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten bzw. Zuständigkeiten,
- » klare Regeln für die kooperative Zusammenarbeit,
- » die jeweiligen Begrifflichkeiten klären und eine gemeinsame Sprache entwickeln,
- » den finanziellen Rahmen und die Grenzen der Möglichkeiten klären.

Wichtig für die gemeinsame Basis ist das *Commitment* zur Kooperation auf allen Ebenen (Führungs- und Ausführungsebene):

- » Sichtbarmachen des Kooperationsnutzens für jeden Bereich bzw. Vertreter/Vertreterin,
- » Einigkeit über die Kooperationsziele,
- » Bereitschaft zur Veränderung;
- » Das „Standing“ innerhalb der eigenen Organisation ist evtl. unsicher/unklar (Kooperationsbemühungen haben in eigener Organisation evtl. geringen Stellenwert), daher muss es ein Commitment aus der eigenen Institution bzw. Führungsebene geben.

Als essentiell werden aber auch guter *Informationsfluss* und gute *Kommunikationsstrukturen* gesehen. In diesem Zusammenhang wurden folgende Lücken und Probleme, aber auch Vorschläge genannt:

- » Kommunikationsprobleme aufgrund von unterschiedlichen Fachsprachen und settingspezifischen Wahrnehmungen,
- » „blinde Flecken“ (durch fehlende Information bzw. Dokumentation),
- » fehlendes Wissen über die jeweils anderen Aufgaben- und Verantwortungsbereiche,
- » Ansprechpartner in den unterschiedlichen Systemen, die für den Kommunikationsfluss zuständig sind,
- » bzw. Institutionalisierung der Kommunikation, d. h. regelmäßige Rituale zum Austausch,
- » ausreichender und regelmäßiger Informationsaustausch über den Status eines Projektes,
- » gemeinsame Fortbildungen, Helferkonferenzen usw.,
- » auch informelle Kontakte und Vorarbeiten.

Es wurde aber auch als wichtig erachtet, dass bei allen Systempartnern ein gemeinsames Verständnis und eine gemeinsame Sichtweise im Rahmen einer bio-psycho-sozialen Betrachtung entwickelt werden muss. Es bedarf einer Vertrauensbasis zu den anderen Kooperationspartnern, und die Kooperation sollte einladend und nicht fordernd sein (maximale Wertschätzung, Verstehen und ausreichend Informationen als Werkzeuge in der disziplinären Arbeit). Dazu zählt neben einer persönlichen Kontinuität der Kooperationspartner auch, dass diese ihre eigenen Interessen und eventuell bestehende Interessenkonflikte offenlegen. Als hilfreich wurde es gesehen, getroffene Kooperationsvereinbarungen zu verschriftlichen (wer macht was bis wann

und wie). Als Basis der Zusammenarbeit wurden funktionierende Gremien genannt, da man an deren Entscheidungsstrukturen festhalten könne.

Einige Punkte, die in den Workshops diskutiert wurden, können unter dem Schlagwort **Ressourcen** zusammengefasst werden. Das betrifft einerseits finanzielle und andererseits personelle Ressourcen. Grundsätzlich wird konstatiert, dass beim Schaffen neuer Angebote oder Strukturen zuerst analysiert werden soll, welche Angebote es bereits gibt, welche Angebote noch gebraucht werden; und erst in einem letzten Schritt soll geklärt werden, wie das Angebot finanziert werden kann. In Bezug zur Vernetzung wurde angemerkt, dass es einen Mangel an Personal gebe (insbesondere Fachärzte und -ärztinnen für KJP sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten für Kinder und Jugendliche) und sich diese daher als schwierig gestalte.

Auch wurde kritisiert, dass es in den Bundesländern bezüglich der Grundausstattung der Versorgung keinen Konsens gebe und Vernetzung ohne ausreichende Grundversorgung nicht möglich sei. Es bedürfe zuerst einer Definition und Finanzierung dieser Versorgung. Als den Aufbau von Kooperationsstrukturen behindernd wurden fehlende zeitliche Ressourcen, persönliche Unstimmigkeiten zwischen den Akteuren und Akteurinnen und die Konkurrenz um Macht und finanzielle Ressourcen der verschiedenen Träger/Einrichtungen genannt.

Aus Sicht der österreichischen Expertinnen und Experten sollen **Modelle für eine gemeinsame Finanzierung** entworfen und ein klarer finanzieller Rahmen für Kooperationen definiert werden. Positiv hervorgehoben wurde die Möglichkeit eines Pauschalfinanzierungssystems, das einen bestmöglichen Ressourceneinsatz mit weniger strikten Grenzen gewährleisten könnte.

Im Zusammenhang mit dem Thema **Daten bzw. Datenschutz** zeigte sich, dass nicht unbedingt zu wenige Daten vorhanden sind, sondern dass die Zugänglichkeit zu diesen ein Problem darstelle, insbesondere dann, wenn verschiedene Daten miteinander verknüpft werden müssten, um sie besser einsetzen zu können. Dabei wurde darauf verwiesen, dass der Datenschutz in Österreich besonders streng sei und durchaus aufgelockert werden könnte, da er in diesem Maße nicht von der EU vorgeschrieben sei. Es wurde festgehalten, dass es ein Ziel sein sollte, vorhandene Daten besser nutzbar zu machen. Zur besseren Planung wäre die Ermöglichung der Verknüpfung von personenbezogenen Daten notwendig (z. B. Einspeisung von verschiedenen Daten in einen Datensatz, der allen Beteiligten anonymisiert zur Verfügung gestellt wird). Auf der Praxisebene sind folgende Daten für die tägliche Arbeit wichtig:

- » Problematik/en, die das Kind aufweist,
- » sozioökonomische Daten,
- » Informationen zu den Eltern (z. B. psychische Probleme),
- » Bindungsverhalten,
- » Schulkarriere,
- » Informationen zum sozialen Umfeld.

Diese Daten werden zwar von den verschiedenen Systemen (Schule, Medizin, Jugendwohlfahrt) (mit)erhoben, jedoch größtenteils nicht ausreichend beachtet, genutzt bzw. zusammengeführt. Genau diese Daten sind aber notwendig, um den Bedarf integrierter Versorgung eines Kindes festzustellen: Das sind genau die Informationen, die zeigen, welche Unterstützungssysteme

mobilisiert werden müssen. Es bräuchte daher eine Art „Frühwarnsystem“, das diese Informationen sammelt, bei einer gewissen Anzahl an Faktoren „Alarm schlägt“ und ein Kind als Risikokind identifiziert, was zur Aktivierung eines **Casemanagers** führen würde, der den Fall über die Institutionen hinweg koordiniert. Das Problem mit dem Datenschutz könnte gelöst werden, indem die Eltern einer Datenweitergabe an andere Institutionen zustimmen (wie z. B. teilweise in Deutschland üblich). In der Praxis laufe in Österreich bisher viel auf informellem Weg.

# Literatur

- AG KJPP (2010): Bericht der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für den Landespsychiatriebeirat Berlin Teil II – Ambulante Versorgung Landespsychiatriebeirat, Berlin
- Aster, Matthias von; Löffler; Reithmeier (2004): Projektstandort Landshut (Bayern): Integrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus durch Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Schule In: Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Hg. v. J. Jungmann/G. Roosen-Runge. Aachen: Shaker Verlag, 334–352
- Aufgaben und Struktur der Schulpsychologie-Bildungsberatung 1993: Aufgaben und Struktur der Schulpsychologie-Bildungsberatung (vormals Organisationsstatut für die Schulpsychologie-Bildungsberatung). Wiederverlautbarung des unter ho. GZ 149.074-V/16/67 vom 13. März 1968 im Ministerialverordnungsblatt Nr. 34/1968 veröffentlichten Organisationsstatutes für die Schulpsychologie-Bildungsberatung. R u n d s c h r e i b e n Nr. 30/1993, 1993
- Becker, T.; Hoffmann, H.; Puschner, B.; Weinmann, S. (2008): Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart
- Benz, Robert (2011): Das Projekt JUST – Jugendsuchttherapie, eine integrierte Hilfeform. In: Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe! : Tagungsdokumentation Kassel, 8/9 November 2010. Hg. v. A. P. Kranke/P. Weiß/R. Peukert. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 155–162
- Berthold, Franziska ; Benz, Torsten (2011): Vernetzte Hilfen in Rostock. In: Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe! : Tagungsdokumentation Kassel, 8/9 November 2010. Hg. v. A. P. Kranke/P. Weiß/R. Peukert. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 205–208
- Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg (Hg.) (2009): Abschlussbericht des Modellprojekts: „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Berlin Südwest. 2005 – 2008. Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg von Berlin. Abteilung Gesundheit und Soziales, Berlin
- BMFSFJ (Hg.) (2012a): Bundeskinderschutzgesetz. Der Inhalt in Kürze. Hg. v. S. Bundesministerium für Familien, Frauen und Jugend.)
- BMFSFJ (2012b): Das Bundeskinderschutzgesetz [Online]. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119832.html> [Zugriff am 18.11.2012]
- BMG (2011): Kindergesundheitsstrategie. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2012): Rahmen-Gesundheitsziele – Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. In:
- BMJFFG (Hg.) (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Hg. v. F. Expertenkommission der deutschen Bundesregierung: Bundesministerium für Jugend, Frauen und Gesundheit Bonn
- BMWFJ (2012a): Jugendwohlfahrt [Online]. Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend. <http://www.bmwfj.gv.at/Familie/Jugendwohlfahrt/Seiten/default.aspx> [Zugriff am 3.12.2012]
- BMWFJ (2012b): Jugendwohlfahrtsrecht [Online]. Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend. <http://www.bmwfj.gv.at/Familie/Jugendwohlfahrt/Seiten/Jugendwohlfahrtsrecht.aspx> [Zugriff am 3.12.2012]

- Brederode, Michael van; Jäger, Bernd; Mertens, Rolf; Schmieder, Gerda; Strunk, Christine (2010): Netzwerkmanagement – NBQM – zur Verbesserung von Kooperation und Vernetzung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und Jugendhilfe. LVR-Dezernat Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen – Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement, Köln
- BSG Hamburg (2007): Ein Klima der Kooperation fördern. Hamburger Handlungsleitfaden für eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Freie und Hansestadt Hamburg
- ChiMat (2012): Targeted Mental Health in Schools (TaMHS) [Online]. Child and Maternal Health Observatory. <http://www.chimat.org.uk/camhs/schools/tamhs> [Zugriff am 11.11.2012]
- Darius, Sonja; Hellwig, Ingolf (2004): Zur Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Befunde und Empfehlungen aus einem Forschungs- und Entwicklungsprojekt in Rheinland Pfalz. In: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie Interdisziplinäre Kooperation. Hg. v. J. Fegert/C. Schrapper. Weinheim/München: Juventa Verlag, 505–516
- Department for Education (Hg.) (2011): Me and My School: Findings from the National Evaluation of Targeted Mental Health in Schools 2008–2011.
- DIFU (2011): „Psychisch gestört oder „nur verhaltensauffällig“ – Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem schwierigen Dunkelfeld Hg. v. D. I. f. U. gGmbH, Berlin
- Direktion Kantonale Psychiatrische Dienste Baselland(Hg.) (2010): diagonal, Lüdin AG. Liestal
- Direktion Kantonale Psychiatrische Dienste Baselland(Hg.) (2011): diagonal, Lüdin AG. Liestal
- Dreistein, Erika (2004): Kooperation und Koordination zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Jugendhilfe. Das Projekt "KuK" im Jugendamt Dortmund. In: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie Interdisziplinäre Kooperation. Hg. v. J. Fegert/C. Schrapper. Weinheim/München: Juventa Verlag, 517–524
- Fegert, J. M.; Roosen-Runge, G.; Thoms, E.; Kirsch, U.; Kolch, M. (2008): Stellungnahme zur Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII der Kommission Jugendhilfe der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 36/4, 279–286
- Feiri, Werner; Hoehne, Dagmar (2011): Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie im Bodenseekreis (Power-Point Präsentation) [Online]. <http://www.apk-ev.de/public/projekte.asp?pid=11&bid=71&mod=User> (30.09.2012) [Zugriff am 30.09.2012]
- Gebietskörperschaft Wiesbaden, (k.A.): Entwicklung integrierter Hilfeplanung und – umsetzung für auffällige Wiesbadener Jugendliche unter Beteiligung von Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Justiz. Wiesbaden
- GÖG (2010): Bedarfsschätzungen zur außerstationären psychiatrischen Versorgung. Gesundheit Österreich GmbH. Wien
- GÖG (2011): Planung Psychiatrie 2011. Auf- und Ausbau der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Gesundheit Österreich GmbH. Wien
- Goldbeck, Lutz; Fegert, Jörg (2008): Abschlussbericht. Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte. Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm. Ulm
- Haller, Siegfried (2011): Arbeitsgruppe 5: Blackbox – Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule. In: „Psychisch gestört oder „nur verhaltensauffällig“ – Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem schwierigen Dunkelfeld Hg. v. D. I. f. U. gGmbH. Berlin, 154–163



- Harkenthal, Thomas (2011): „Psychisch gestört oder „nur verhaltensauffällig“ – Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem schwierigen Dunkelfeld Hg. v. D. I. f. U. gGmbH. Berlin, 164–176
- Haug, Volker; Kemmer, Wolfgang; Herbst, Sabine (2009): Integrierte Versorgung zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und psychosomatischen Störungen In: neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Hg. v. J.N.Weatherly/R. Lägel. Berlin, 175–181
- Hoehne, Dagmar (2005): Sozialpsychiatrische Arbeit und Gemeinwesenorientierung. 10 Jahre sozialpsychiatrische Arbeit – Ein Erfahrungsbericht. In: Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2005/4, 40–47
- Hoehne, Dagmar; Feiri, Werner (2011): Modelle integrierter Hilfeplanungen von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe! Tagungsdokumentation Kassel, 8/9 November 2010. Hg. v. A. P. Kranke/P. Weiß/R. Peukert. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Hübler, Hannelore (2004): Projektstandort Berlin: regionale Vernetzung von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Sozialpädiatrischen Zentren innerhalb einer psychosozialen Pflichtversorgungsregion. In: Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Hg. v. J. Jungmann/G. Roosen-Runge. Aachen: Shaker Verlag, 207–232
- Jaksch-Ratajczak, Wojciech (2004): Zum Einsatz von Hilfspersonen in der Jugendwohlfahrt und den damit zusammenhängenden haftungsrechtlichen Fragen. In: Der Österreichische Amtsvormund Onlineversion ohne Seitenangaben
- Jugendamt Leipzig (Hg.) (2009): „Komplexer Hilfebedarf“ Perspektiven der Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule – Abschlussbericht zum Landesmodellprojekt des Jugendamtes Leipzig und der Universität Leipzig in Zusammenarbeit mit dem Landesjugendamt (November 2007 – September 2009). Leipzig
- Jugendamt Landkreis Kassel (Hg.) (2006): Regionalprojekt. Clearingstelle für suchtgefährdete und suchtmittelabhängige Kinder und Jugendliche im Rahmen des vom Hessischen Sozialministerium initiierten Gesamtprojektes "Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Psychiatrie in Hessen". Hg. v. J. L. Kassel. Kassel
- Jungmann, Joachim (2002): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung und externen Koordination des Modellprojektes des Landes Sachsen-Anhalt „Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche durch Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendamt, Gesundheitsamt, Sozialamt und Bildungsweisen“.
- Jungmann, Joachim ; Roosen-Runge, Gotthard (2004): Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Hg. v. i. A. d. B. f. G. u. S. Sicherung. Shaker Verlag Aachen
- Jungmann, Joachim; Seitz, Gottfried (2004): Weinsberg/Heilbronn (Baden-Württemberg): Integrative Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie durch Kombination praxisgeleiteter und klinikgeleiteter Behandlungsstrukturen (IBKJPP) In: Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Hg. v. J. Jungmann/G. Roosen-Runge. Aachen: Shaker Verlag, 253–319
- JWG 1989: Gesamte Rechtsvorschrift für Jugendwohlfahrtsgesetz 1989, Bundesgesetz vom 15. März 1989, mit dem Grundsätze über die Mutterschafts-, Säuglings- und Jugendfürsorge aufgestellt und unmittelbar anzuwendende Vorschriften in diesem Bereich erlassen werden (Jugendwohlfahrtsgesetz 1989 – JWG). RIS, 161/1989
- Keil, Miriam / Amt für Jugend, Familie und Bildung. Abteilung Planung und Fachaufsicht. Sachgebiet Hilfen zur Erziehung (2012): Ihre Anfrage zur Kooperation von Jugendhilfe,

- Psychiatrie und Schule bei komplexem Hilfebedarf. Email, S. Sagerschnig/J. Anzenberger am 16.11.2012
- Kirschenbauer, Hans-Joachim; Gerhards, Bernhard (2005): Projekt ALFI (Ablauf-Logistik für Institutionen). Abschlussbericht der Projektplanung: 01.01.2004 – 31.07.2005. Stadt Frankfurt am Main. Der Magistrat. Stadtgesundheitsamt. Abt. Psychiatrie
- Kölch, Michael (2011): Arbeitsgruppe 3: Strategien der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe im oberschwäbischen Raum und die damit gesammelten Erfahrungen in der kommunalen Praxis. In: Psychisch gestört oder „nur verhaltensauffällig“ – Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem schwierigen Dunkelfeld Hg. v. D. I. f. U. gGmbH. Berlin, 131–139
- Krützberg, Thomas (2011a): Arbeitsgruppe 1: Kennenlern-Seminar, Fallkonsultation und Krisentelefon,...Kooperationsstrategien in der Stadt Duisburg. In: „Psychisch gestört oder „nur verhaltensauffällig“ – Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem schwierigen Dunkelfeld Hg. v. D. I. f. U. gGmbH. Berlin, 103–110
- Krützberg, Thomas (2011b): Die Praxis in Duisburg. In: „Psychisch gestört oder „nur verhaltensauffällig“ – Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem schwierigen Dunkelfeld Hg. v. D. I. f. U. gGmbH. Berlin, 59–61
- Kühl, Kerstin (2005): Erfahrungen mit der sozialpsychiatrischen Arbeitsweise im Land Brandenburg. In: Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2005/4, 48–49
- Lamberty, Jennifer; Martínez, Laura de Paz; Müller, Heinz (2012): Kinderschutz und Hilfen zur Erziehung. Evaluationsbericht zur Umsetzung §a SGB VIII in den Jugendämtern (2010). Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz Mainz
- Lambeth (2012): Introduction to TAC [Online]. Lambeth council. <http://www.lambeth.gov.uk/Services/EducationLearning/TeamAroundTheChild/IntroTAC.htm>
- Lischka, Erika; Neumann, Margarete (2004): Projektstandort Uchtspringe (Sachsen/Anhalt): Vernetzung von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Pädiatrie In: Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Hg. v. J. Jungmann/G. Roosen-Runge. Aachen: Shaker Verlag, 253–319
- LKindSchuG: L a n d e s g e s e t z zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit, 7. März 2008
- MASGFF RLP (2011): Bericht der Landesregierung über die Umsetzung, die Auswirkungen sowie den Weiterentwicklungsbedarf der im Landeskinderschutzgesetz (LKindSchuG) festgelegten Maßnahmen. Hg. v. S. Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz
- Mattejat, F.; Trosse, M.; John, K.; Bachmann, M.; Remschmidt, H. (2006): Modell-Forschungsprojekt zur Qualität ambulanter kinder- und jugend- psychiatrischer Behandlungen (Abschlussbericht). Bd. Verlag Görlich & Weiershäuser, Marburg
- Metzelaars, Jana (2011): "Aufsuchende Schulsprechstunden" der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des LVA-Klinikums Essen. In: Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe! : Tagungsdokumentation Kassel, 8/9 November 2010. Hg. v. A. P. Kranke/P. Weiß/R. Peukert. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 269–272
- Meyer, Eberhard; Markloff, Elli (2006): Kooperationsvereinbarung zwischen Kreisjugendamt Groß-Gerau und der Klinik für Psychotherapie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Riedstadt. Klinik für Psychotherapie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Riedstadt, Riedstadt
- Miot, Walter (2006): Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen Kooperationsprojekt Hochtaunuskreis. Bag Homburg

- Möller, Peter; Krug, Goerges; Mertens, Rolf (2007): Damit sich Kompetenzen ergänzen – Kooperationsleitfaden für die Kinder- & Jugendpsychiatrie im Rheinland und die Jugendhilfe. Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Schule, Jugend / Landesjugendamt, Dezernat Gesundheit, Heilpädagogische Netzwerke, Köln
- Mommerency, Gijs; Heede, Koen van den; Verhaeghe, Nick; Swartenbroekx, Nathalie; Annemans, Lieven; Schoentjes, Eric; Eyssen, Marijke (2011a): Organisation of child and adolescent mental health care: study of the literature and an international overview. Belgian Health Care Knowledge Center
- Mommerency, Gijs; Heede, Koen van den; Verhaeghe, Nick; Swartenbroekx, Nathalie; Annemans, Lieven; Schoentjes, Eric; Eyssen, Marijke (2011b): Organisation of child and adolescent mental health care: study of the literature and an international overview – Appendix. Belgian Health Care Knowledge Center
- Mörsberger, Heribert (2011): Das Verhältnis zur Kinder- und Jugendpsychiatrie aus der Sicht des SGB VIII. In: Fachübergreifend helfen Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Erziehungshilfe. Hg. v. H. Hölzl, et al., Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Möstl, Sandra (2009): Erziehungsbedürftig oder krank? Grenzfälle und Kooperationen zwischen stationärer Einrichtung der Jugendwohlfahrt und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Steiermark. Dissertation an der Karl-Franzens Universität Graz
- Müller, Heinz; Michel-Schilling, Andrea; Lamberty, Jennifer (2010): Kinderschutz und Kindergesundheit in Rheinland-Pfalz. Ergebnisse zur Umsetzung des Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit für das Berichtsjahr 2009. Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz, Mainz
- Naumann, H.; Bilke, Oliver (2008): Bericht der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für den Landespsychiatriebeirat Berlin. Landespsychiatriebeirat Berlin, Berlin
- Nöcker, Susanne; Bischoff, Annedore (2003): Konzept zur psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und zur Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen. Hessisches Sozialministerium, Wiesbaden
- Nöcker, Susanne; Bischoff, Annedore (2006): Projekt "Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Hessen" (01.04.2004 bis 31.03.2006) Abschlussbericht. Hessisches Sozialministerium
- Nübling, Rüdiger; Reisch, Michael; Raymann, Trudi (2006): Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg. In: Psychotherapeutenjournal 3/247-257
- obds (2012): Stellungnahme des obds zum Entwurf eines Bundes – Kinder – und Jugendhilfegesetzes 2012. Österreichischer Berufsverband der SozialarbeiterInnen
- ÖGKJP (k. A.): Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur geplanten Novelle des Jugendwohlfahrtsgesetzes. Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ÖSG 2012: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012. Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), Gesundheit Österreich GmbH (Verf.). Wien
- Otte-Frank, Beate; Mühleck, Elvira Arbeitstitel " Kooperation bei komplexen Problemlagen von Kindern und Jugendlichen im Vogelsbergkreis". Vogelsberg
- Paul, Irene (2011): Die Praxis im Landkreis Ostvorpommern. In: „Psychisch gestört oder „nur verhaltensauffällig“ – Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem schwierigen Dunkelfeld Hg. v. D. I. f. U. gGmbH. Berlin, 62-66
- Pewesin, Christoph (2011): Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste in Berlin. In: Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe! : Tagungsdokumentation Kassel, 8/9 November 2010. Hg. v. A. P. Kranke/P. Weiß/R. Peukert. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 288-294
- Porr, Claudia; Scholten, Bernhard (2011): Vernetzung von Hilfen auf kommunaler Ebene in Rheinland-Pfalz. In: Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen

- braucht Hilfe! : Tagungsdokumentation Kassel, 8/9 November 2010. Hg. v. A. P. Kranke/P. Weiß/R. Peukert. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 126–131
- Ravens-Sieberer, U.; Wille, N.; Bettge, S.; Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Mental health of children and adolescents in Germany. Results from the BELLA study within the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50/5–6, 871–878
- Reissner, Volker (2011): Arbeitsgruppe 6. Med in NRW – Ein Projekt zur Schulverweigerung und Arbeitslosigkeit bei jungen Erwachsenen in Essen. In: „Psychisch gestört oder „nur verhaltensauffällig“ – Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem schwierigen Dunkelfeld Hg. v. D. I. f. U. gGmbH. Berlin, 164–176
- Rhein, Margarete von (2005): Editorial: 10 Jahre Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. In: Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2005/4, 2–4
- Rhein, Nikolaus von (2005): Das hätte der Erwachsenenpsychiater auch gern. In: Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2005/4, 17–19
- RKI (2006): Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Robert-Koch-Institut, Berlin
- Roosen-Runge, Gotthard (2000a): Praxis und Theorie der Sozial-Psychiatrischen Versorgungsform (SPV) in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Teil I Die Struktur und Arbeitsweise einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis mit SPV in einer schleswig-holsteinischen Kleinstadt. In: Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2000/2, (nur Onlinezugang)–
- Roosen-Runge, Gotthard (2000b): Praxis und Theorie der Sozial-Psychiatrischen Versorgungsform (SPV) in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Teil II Struktur der sozial-psychiatrischen Arbeitsweise und ihre Grundlagen. In: Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2000/2, (nur Onlinezugang)–
- Roosen-Runge, Gotthard (2011): Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatern und –psychotherapeuten mit der Jugendhilfe. In: Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe! : Tagungsdokumentation Kassel, 8/9 November 2010. Hg. v. A. P. Kranke/P. Weiß/R. Peukert. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 176–192
- Runschke, Sigrid (2005): Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung aus der Sicht des Teams. In: Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2005/4, 20–29
- Schepker, Renate (2005): 10 Jahre SPV aus Sicht der Klinik – ein essayistischer subjektiver Glück-Wunsch. In: Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2005/4, 10–16
- Schmid, Marc / Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik der Universitären Psychiatrischen Klinik Basel (2012a): Experteninterview zum Thema "Liaisondienst in der stationären Jugendhilfe". S. Valady/S. Sagerschnig am 19.09.2012
- Schmid, Marc (2012b): Psychisch belastete Heimkinder eine kooperative Herausforderung. Symposium "Krieg net die Krise, Oida!", Graz 9. /10. Februar 2012
- Schmid, Marc (2012c): Psychotherapie von Traumafolgestörungen im Kontext der stationären Jugendhilfe. In: Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen Hg. v. M. A. Landolt/T. Hensel. 2. Aufl., Göttingen Hogrefe, 404–440 (unveröffentlichte Vorabversion des Autors)
- Schmitt-Althaus, Johannes (2011): Kooperationsvereinbarung zwischen der Jugendhilfe und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Stuttgart. In: „Psychisch gestört oder „nur verhaltensauffällig“ – Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem schwierigen Dunkelfeld. Hg. v. D. I. f. U. gGmbH. Berlin, 111–116

- Schydlo, Reinhard (2005): Zur Geschichte der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. Persönliche Erinnerungen. In: Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2005/4, 5-9
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz ; Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport (Hg.) (2003): Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule. Berlin
- SGB 5. Buch: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (Gesetzliche Krankenversicherung). In der Fassung des Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) vom 21. Juli 2004. RIS, BGBl. I S. 1791
- Sozialpsychiatrie-Vereinbarung: Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 01.10.2012
- Stelter, Herbert / Freie und Hansestadt Hamburg. Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (2012): Anfrage Hamburger Handlungsleitfaden für eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Email, S. Sagerschnig/J. Anzenberger am 18.07.2012
- Stolle, Dörte (2004): Projektstandort Schleswig (Schleswig-Holstein): Kooperative Versorgung durch Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie von durch Suchtmittelabhängigkeit bedrohten psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. In: Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Hg. v. J. Jungmann/G. Roosen-Runge. Aachen: Shaker Verlag, 320-333
- Thun-Hohenstein, Leonhard (2011): Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Österreich – ein Update. In: Kinder und Jugendliche im besten Gesundheitssystem der Welt 4 Jahrestagung Politische Kindermedizin 2010. Hg. v. R. Kerbl, et al., Wien: Springer, 83-89
- Ulm, KJPP Universitätsklinikum; DJJuF (2010): Abschlussbericht der Evaluation des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKind-SchuG). Hg. v. K. f. K.-u. J. u. P. U. Ulm/Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (Hg.).
- Weiß, Peter; APK (2011): Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe! : Tagungsdokumentation Kassel, 8./9. November 2010. Aktion Psychisch Kranke, Vereinigung zur Reform der Versorgung Psychisch Kranker, 1. Aufl.. Aufl., Psychiatrie-Verl., Bonn
- WHO (2005): WHO Child and adolescent mental health policies and plans. geneva
- Wiesner, Reinhard (2011): Noch einmal zum Stand der Dinge: Was wäre, wenn die große Lösung käme? Und was sagt die Kinder- und Jugendhilfe dazu? In: „Psychisch gestört oder „nur verhaltensauffällig“ – Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem schwierigen Dunkelfeld Hg. v. D. I. f. U. gGmbH. Berlin, 195-204
- Ziegenhain, Ute; Kölch, Michael (2011): Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie unter den jetzigen gesetzlichen Rahmenbedingungen. In: Psychisch gestört oder „nur verhaltensauffällig“ – Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem schwierigen Dunkelfeld Hg. v. D. I. f. U. gGmbH. Berlin, 177-186



# Anhang

---

- Tabelle A 1: Übersicht Modellprojekte (Typ, Kooperationspartner, Ausgangslage/Hintergrund)
- Tabelle A 2: Übersicht Modellprojekte (Ziel, Zielgruppe)
- Tabelle A 3: Übersicht Modellprojekte (Umsetzungsschritte/Methoden, Problembereiche)
- Tabelle A 4: Übersicht Modellprojekte (Zielerreichung, Weiterführung des Projektes, Laufzeit, Quellen)





Tabelle A 1:

## Übersicht Modellprojekte (Typ, Kooperationspartner, Ausgangslage/Hintergrund)

	Bezeichnung des Modells/Projekt	Land/Region	Typ	Kooperationspartner	Ausgangslage/Hintergrund
regionale Ebene	Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Hessen	(D) Hessen	Rahmenprojekt Hessen	JH und KJP	Gutachter stellten im Auftrag des hessischen Sozialministeriums 2002 Defizite in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung und in der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe fest sowie steigende Anzahl an Kindern und Jugendlichen im Überschneidungsbereich beider Systeme
	Interdisziplinäre Fallberatung IkoFa – Kooperationsverbund Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugend- und Drogenberatung sowie Schule im Vogelsbergkreis	(D) Hessen/ Vogelsbergkreis	Modellprojekt Hessen	JH, KJP, Schule und Sucht- und Drogenberatung	-
	Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen Kooperationsprojekt Hochtaunuskreis	(D) Hessen/ Hochtaunuskreis	Modellprojekt Hessen	JH, Schule, KJP, Gesundheitsamt, Beratungsstelle für Eltern	-
	Kooperationsvereinbarung zwischen Kreisjugendamt Groß-Gerau und der Klinik für Psychotherapie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Riedstadt	(D) Hessen/ Groß-Gerau	Modellprojekt Hessen	JH und KJP	Qualität der Zusammenarbeit stark abhängig von der jeweiligen Einstellung der beteiligten professionellen Helfer
	Clearingstelle für suchtmittelgefährdete und suchtmittelabhängige Kinder und Jugendliche	(D) Hessen/ Kassel	Modellprojekt Hessen	JH, KJP, Schule, Drogenhilfe	Förderung der Entwicklung verbindlicher interdisziplinärer Kooperationsstrukturen zwischen Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Drogenhilfe durch regionalen Drogenhilfebericht, Projekt war Sprungbrett für Verwirklichung einer Clearingstelle in der Region
	Projekt ALFI (Ablauf-Logistik für Institutionen)	(D) Hessen/ Frankfurt	Modellprojekt Hessen	JH und KJP	Anstoß zum Projekt durch bestehenden „Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe“ in Frankfurt; Aufgabe war es, Problemfelder an der Schnittstelle zu identifizieren, Ansätze für deren Überwindung zu entwickeln und Kooperation zwischen den Systemen zu verbessern
	Entwicklung integrierter Hilfeplanung und -umsetzung für auffällige Wiesbadener Jugendliche unter Beteiligung von Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Justiz	(D) Hessen/ Wiesbaden	Modellprojekt Hessen	Justiz, JH und KJP	Kooperationsvereinbarung bestand in Wiesbaden bereits zu Projektbeginn; Kooperation jedoch noch verbesserungswürdig

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A 1 – Seite 2 von 7

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Typ	Kooperationspartner	Ausgangslage/Hintergrund
<b>regionale Ebene</b>	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Verbund: Modell integrierter Hilfeplanung von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie	(D) Baden-Württemberg/ Bodenseekreis	Kooperationsverbund	JH, KJP, Schule, Arbeit	Probleme rund um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Autismusstörungen
	Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule	(D) Berlin	Handlungsanleitung	JH, KJP, Schule	Inkrafttreten des Kinder- und Jugendhilfegesetzes führte zu Überschneidungen der Tätigkeitsbereiche verschiedener Fachdisziplinen → Abgrenzungsprobleme; Kommunikationsstörungen und mangelhafte Kooperation zwischen den Institutionen; konkurrierende Interessen; → erschwerter Zugang der Betroffenen zu adäquaten Hilfsangeboten
	Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule in der Region Berlin Südwest	(D) Berlin	Modellprojekt zur Handlungsanleitung Berlin	JH, KJP, Schule	Praxiserprobung der Empfehlungen und Leitlinien des Berichts „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule (2003)“ anhand eines Modellprojektes
	Bericht der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für den Landespsychiatriebeirat Berlin	(D) Berlin	Handlungsanleitung	-	Krankenhausplanung
	Bericht der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für den Landespsychiatriebeirat Berlin Teil II – Ambulante Versorgung	(D) Berlin	Handlungsanleitung	-	massive regionale Unterschiede in der Grundversorgung; geringe Inanspruchnahme und Erreichbarkeit von Risikogruppen; erhebliche Erhöhung der Intensität der Erkrankungen pro Kind bzw. Familie; deutlich mehr psychisch oder somatisch erkrankte Alkohol und Drogen konsumierende Eltern; erheblicher Anstieg der individuellen Komorbidität
	Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste in Berlin (KJPD)	(D) Berlin	Versorgungsansatz	JH, KJP, Schule	Der KJPD ist ein wichtiges Element in der Leistungskette der regionalen psychosozialen Versorgung in Berlin. Jede Dienststelle (eine pro Bezirk) ist mit 2 Fachärzten, 2 Psychologen, 2 Sozialarbeitern und 2 Verwaltungskräften besetzt.
	Psychotherapie und sozialpädiatrische Zentren innerhalb einer psychosozialen Pflichtversorgungsregion	(D) Berlin	Modellprojekt	KJP und sozialpädiatrische Zentren	Aufgrund von zu wenigen niedergelassenen FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgten stationäre Krankenhauseinweisungen mit fraglicher Indikation oder erst zu kritischem Zeitpunkt der Problem- bzw. Symptomentwicklung.

Fortsetzung nächste Seite

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Typ	Kooperationspartner	Ausgangslage/Hintergrund
regionale Ebene	Hamburger Handlungsleitfaden für eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie	(D) Hamburg	Handlungsanleitung	JH, KJP, Gesundheitsdienst und Fachbehörde BSG	Zur Förderung der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde auf Initiative der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) eine Arbeitsgruppe gebildet, deren Ziel es war, ein eigens auf Hamburg zugeschnittenes Konzept in Form eines Leitfadens zu entwickeln.
	Damit sich Kompetenzen ergänzen. Kooperationsleitfaden für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Jugendhilfe im Rheinland	(D) Rheinland-Pfalz	Handlungsanleitung	KJP und Jugendhilfe	Im Arbeitskreis „Kinder und Jugendliche als gemeinsames Klientel der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rheinland (AK Kinder) 1999“ wurde ersichtlich, dass in der Alltagsarbeit gewachsene Kooperationsformen existieren, Zusammenarbeit war jedoch situations- und einzelfallorientiert.
	Die Schwierigsten der Schwierigen: Das Kooperationsmodell eXtreme	(D) Rheinland-Pfalz	Modellprojekt zu Handlungsanleitung Rheinland-Pfalz	JH, KJP, externer Partner Conception	Ausgangspunkt: Regionalkonferenz südliches Rheinland, Gremium berät über Hilfemöglichkeiten für besonders schwierige Kinder und Jugendliche
	Essstörungen: Das Kooperationsmodell WABE	(D) Rheinland-Pfalz	Modellprojekt zu Handlungsanleitung Rheinland-Pfalz	JH und KJP	Einrichtung einer Wohngruppe für Mädchen mit Essstörungen
	ADHS: Zwei Professionen arbeiten zusammen	(D) Rheinland-Pfalz	Modellprojekt zu Handlungsanleitung Rheinland-Pfalz	JH, KJP, Schule, Familie	Ende 2002 wurde ein stationäres Intensivangebot (für Kinder/Jugendliche mit expansiven Störungsbildern eingerichtet, da die diesbezügliche Nachfrage gestiegen war. Die JH wurde auf die KJP Köln (Therapiekonzepte und Spezialisierung der Klinik) aufmerksam und regte eine Kooperation an.
	Kooperation als Voraussetzung einer qualifizierten Versorgung junger Suchtkranker	(D) Rheinland-Pfalz	Modellprojekt zu Handlungsanleitung Rheinland-Pfalz	KJP und JH	Landesprogramm gegen Sucht stellte fest, dass die Angebotssituation unbefriedigend ist und die Vernetzung der Hilfen Bestandteil neuer Konzepte sein soll; die Suchtproblematiken von Kindern und Jugendlichen wurden oft aus der Jugendhilfe ausgegrenzt und Ärzten und Psychotherapeuten zugeordnet.
	Selbstverletzendes Verhalten	(D) Rheinland-Pfalz	Modellprojekt zu Handlungsanleitung Rheinland-Pfalz	JH und KJP	Da selbstverletzendes Verhalten häufig im Jugendalter auftritt, sind Pädagogen, die mit Jugendlichen arbeiten, gefordert, auf erste Anzeichen zu reagieren und richtige Schritte einzuleiten.
	Suizidalität im Kindes- und Jugendalter	(D) Rheinland-Pfalz	Modellprojekt zu Handlungsanleitung Rheinland-Pfalz	JH, KJP, Schule	Bei den meisten Jugendlichen, die sich das Leben nahmen, waren im Vorfeld bereits psychische Störungen bekannt, daher Thema in beiden Hilfesystemen (Schnittstellenproblematik); Erkennen der Suizidgefahr wichtigste Voraussetzung für eine sinnvolle Interventionsstrategie.

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Typ	Kooperationspartner	Ausgangslage/Hintergrund
regionale Ebene	NBQM Managementkonzept	(D) Rheinland-Pfalz	Managementkonzept	JH und KJP	Kooperations-, Vernetzungs- und Schnittstellenprobleme im Gesundheits- und Sozialsystem
	Kooperationsansätze im Landkreis Ostvorpommern, Mecklenburg-Vorpommern	(D) Mecklenburg-Vorpommern/Ostvorpommern	Beschreibung der Kooperationsansätze	JH, KJP, ERW-P	Die Jugendhilfe stieß mit ihren vorhandenen Hilfen bei einigen Kindern und Jugendlichen an ihre Grenzen, die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde als sinnvoll gesehen, zeigte sich aber in der Praxis als problematisch.
	Kooperationsansätze in Duisburg	(D) Nordrhein-Westfalen/ Duisburg	Beschreibung der Kooperationsansätze	JH und KJP	Unterversorgung in der Akut- und Nachversorgung psychisch beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher; im Landesvergleich hoher Prozentsatz an Kindern und Jugendlichen
	„Children's trusts“	(UK) England	Versorgungsansatz	Gesundheitswesen, Jugendrechtsbereich sowie Sozial- und Erziehungsbereich	Im Jahr 2003 wurde eine gemeinsame Strategie/Politik zwischen den Ministerien für „Gesundheit“, „Erziehung“ und „Justiz“ erarbeitet. Ziel war es, integrierte Versorgung für Kinder durch intersektorale Zusammenarbeit zu fördern.
	„Integrierte Versorgung“ von Kindern und Jugendlichen	(BE) Belgien/ Flandern	Versorgungsansatz	ambulante KJP, Sektoren Sozial- und Behindertenbereich sowie Erziehung	Die Bereiche Gesundheit (inkl. KJP), Erziehung, Soziales und der Behindertenbereich sowie alle dazugehörigen Einrichtungen wurden einem Ministerium unterstellt.
	Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst (KJPD) im Kanton Basel-Landschaft	(CH) Basel-Landschaft	Versorgungsansatz	Polikliniken, KJP und Kinderklinik	-
	Kooperative Versorgung durch KJPP von durch Suchtmittelabhängigkeit bedrohten psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (Schleswig)	(D) Schleswig-Holstein/Schleswig	Modellprojekt	JH, KJP, Drogenhilfe	Die Schleswiger KJPP verfügte zu Projektbeginn über ein speziell differenziertes Behandlungskonzept für jugendliche Drogenabhängige mit psychischen Erkrankungen. Es fehlte jedoch ein Nachsorgeangebot.
	Vernetzte Hilfen in Rostock	(D) Mecklenburg-Vorpommern/Rostock	Versorgungsansatz	KJP, JH, weitere Einrichtungen für Kinder und Jugendliche	Erfordernis entsprechender Strukturen für eine zeitgemäße integrative Arbeitsweise, da Vernetzung sich als Notwendigkeit im Alltag der Fachkräfte verschiedenster Institutionen (zum Wohle des Kindes) entwickelt hat

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Typ	Kooperationspartner	Ausgangslage/Hintergrund
regionale Ebene	Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche durch Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendamt, Gesundheitsamt, Sozialamt und Bildungswesen	(D) Sachsen-Anhalt	Modellprojekt	JH, KJP, Schule, Kinder- und Jugendmedizin und Sozialhilfe	Aufbauend auf den positiven Ergebnissen eines Bundesmodellprojekts zur Kooperation zwischen KJP und JH und Bildungswesen, beschloss das Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, die entwickelten Kooperationsstrukturen auf interessierte Landeskreise des Bundeslandes zu übertragen.
	Kooperation und Koordination zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Jugendhilfe: Das Projekt „KuK“ im Jugendamt Dortmund	(D) Nordrhein-Westfalen/ Dortmund	Modellprojekt	JH, KJP, Pädiatrie	Ende der 1990er Jahre gab es im Rahmen einer bundesweiten Neuorganisation in Richtung „gemeindenaher Versorgung“ strukturelle Veränderungen (z. B. wurden Experten unterschiedlicher Fachrichtungen unter einem Dach untergebracht), die gleich im Sinne einer Zusammenarbeit genutzt wurden.
	Projekt JUST in Ravensburg: Projekt mit drogenabhängigen Jugendlichen	(D) Baden-Württemberg/ Ravensburg	Modellprojekt	JH, KJP, Suchtexperten	-
niedergelassene KJP	Vernetzung von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Pädiatrie (Uchtspringe)	(D) Sachsen-Anhalt/ Uchtspringe	Modellprojekt	KJP und Pädiatrie	-
	Integrative Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie durch Kombination praxisgeleiteter und klinikgeleiteter Behandlungsstrukturen (IBKJPP)	(D) Baden-Württemberg/ Weinsberg/ Heilbrunn	Modellprojekt	stationäre KJP und niedergel. KJP	Aufgrund mangelnden Kontakts zwischen klinisch und ambulant tätigen Therapeuten findet oft keine Abstimmung von klinischen und ambulanten Therapiephasen statt, der Prozess von Problemanalyse, Anamnese und Diagnostik erfolgt doppelt, der Verlust einer hergestellten therapeutischen Beziehung kann zu einer Gefährdung des Behandlungserfolgs führen.
	Ärztliche Schwerpunktpraxen	(D) Deutschland	Versorgungsansatz	niedergel. KJP, PHG, externe Institutionen	Psychiatrie-Enquete 1973 verwies auf die Tatsache, dass die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher das Zusammenspiel mehrerer Berufsgruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten und therapeutischen und diagnostischen Spezialisierungen erfordert; Schwierigkeiten verursachten die Eingliederung nichtärztlicher Leistungen in das ärztliche Gebührensystem.
	Integrierte Versorgung zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und psychosomatischen Störungen	(D) Baden-Württemberg	Modellprojekt	DAK, stat. KJP und niedergel. Fach- und Hausärzte	Die fehlende flächendeckende kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Baden-Württemberg führte zu langen Wartezeiten und zu nicht adäquaten Behandlungen.

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Typ	Kooperationspartner	Ausgangslage/Hintergrund
Schule	Integrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus durch Kooperation zwischen KJPP und Schule (Landshut)	(D) Bayern/ Landshut	Modellprojekt	KJP und Schule	Oft werden kindliche Auffälligkeiten von Eltern und Lehrern früh gesehen, aber nicht in Zusammenhang mit einer autistischen Störung gebracht, weshalb es oft erst sehr spät zu einer Vorstellung dieser Kinder in der KJP kommt. Integrationsprobleme zeigen sich häufig vor allem im schulischen Umfeld, spezifische Hilfen sind jedoch nur selten verfügbar. Eltern leiden häufig unter erheblichem Leidensdruck aufgrund der oftmals fehlgedeuteten Integrationsprobleme.
	„Aufsuchende Schulsprechstunden“ der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des LVA-Klinikums Essen	(D) Nordrhein- Westfalen/Essen	Modellprojekt	KJP und Schule	-
	Med in Nordrhein-Westfalen	(D) Nordrhein- Westfalen/Essen	Modellprojekt	KJP, Schule und Arbeitsamt	Sowohl der Liaisondienst der KJP im Jobcenter Essen als auch die Schulvermeiderambulanz in der Klinik machten ausschließlich Diagnostik, es zeigte sich eine fehlende Motivation der Klienten, Therapieempfehlungen umzusetzen.
	„Komplexer Hilfebedarf“ – Perspektiven der Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule	(D) Sachsen/Leipzig	Handlungsanleitung	JH, KJP, Schule	Probleme in der Zusammenarbeit der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und des Jugendamtes bei gemeinsamen Fällen
aufsuchende Betreuung	Aufsuchendes, multimodales ambulantes Behandlungsprogramm für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte	(D) Baden- Württemberg; Bayern; Niedersachsen	Modellprojekt	JH und KJP	Kinder und Jugendliche in stationärer Jugendhilfe sind eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischer Störungen und häufig psychiatrisch/psychotherapeutisch unterversorgt
	„Outreaching-Teams“	(BE) Belgien	Versorgungsansatz	ambulante Teams, stat. Psychiatrie, Schule und andere Hilfseinrichtungen	Bundesbehörde machte auf erhöhten Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung aufmerksam und verordnete die Einführung von „Outreaching-Teams“ in den Provinzen.
	Intersektorale Zusammenarbeit in England („outreach service“)	(UK) England	Versorgungsansatz	alle Sektoren	-
	Liaisondienst in der stationären Jugendhilfe	(CH) Bern; Basel; Winterthur; Thurgau	Versorgungsansatz	JH und KJP	Über 60 Prozent der Heimkinder/-jugendlichen leiden unter psychischen Störungen und über ein Viertel aller in der KJP-Klinik behandelten Kinder und Jugendlichen wird in eine stationäre Jugendhilfe entlassen.

Fortsetzung Tabelle A 1 – Seite 7 von 7

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Typ	Kooperationspartner	Ausgangslage/Hintergrund
<b>gesetzliche Grundlagen</b>	Vernetzung von Hilfen auf kommunaler Ebene in Rheinland-Pfalz	(D) Rheinland-Pfalz	Gesetz	-	Das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“, das Hinweise auf fehlende Vernetzung von Jugendhilfe und Gesundheitswesen lieferte, sowie die mediale Aufmerksamkeit durch Kindestötungsfälle bildeten den Ausgangspunkt für das Gesetz.
	Bundeskinderschutzgesetz	(D) Deutschland	Gesetz	-	Ausgangslage bildeten intensive Fachdialoge mit Expertinnen und Experten aus Verbänden, der Wissenschaft, den Ländern und Kommunen sowie Ergebnisse aus der Arbeit der runden Tische „Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“ und „Sexueller Kindesmissbrauch“, Erkenntnisse aus dem Aktionsprogramm „Frühe Hilfen“ und aus vielfältigen Projekten.
	SGB VIII (§ 35a)	(D) Deutschland	Gesetz	JH und KJP	Schnittstellenproblematik zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe
	„Joint policy“ / „youth care act“	(NL) Niederlande	Gesetz	Jugend-Sozialhilfe, KJP, Hilfe für Menschen mit leichten Behinderungen	2005 Einführung einer gemeinsamen Strategie (Youth care act) für die Bereiche psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Jugend-Sozialhilfe und Hilfe für Menschen mit leichten Behinderungen
<b>stationäre KJP</b>	Strategien der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe im oberschwäbischen Raum	(D) Baden-Württemberg/Ulm	Beschreibung der Kooperationsansätze	JH und KJP	Schwerst auffällige Kinder und Jugendliche werden zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrien hin- und hergeschoben, ohne dass sich ihre Probleme verbessern.
	Kooperationsvereinbarung zwischen Jugendhilfe und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	(D) Baden-Württemberg/Stuttgart	Handlungsanleitung	JH und KJP	Zu wenige Kooperationsgespräche zwischen den beteiligten Institutionen sowie misslungene Kooperationen im Einzelfall führten zu Unzufriedenheit auf beiden Seiten; Konflikte erreichten politische Ebene und Fachausschüsse des Gemeinderats.

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A 2:  
Übersicht Modellprojekte (Ziel, Zielgruppe)

	Bezeichnung des Modells/Projekt	Land/Region	Ziel	Zielgruppe
regionale Ebene	Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Hessen	(D) Hessen	jungen Menschen und ihren Familien ganzheitlich und schneller als bisher helfen, Beziehungsabbrüche reduzieren und in Krisen früher intervenieren sowie regionale Wegweiser installieren, um die Kommunikation zwischen den Helfern zu erleichtern	überregional: Experten und Expertinnen aus Arbeitsfeldern der Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Suchthilfe, regional: Fachkräfte der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in den regionalen Teilprojektgruppen
	Interdisziplinäre Fallberatung IkoFa – Kooperationsverbund Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugend- und Drogenberatung sowie Schule im Vogelsbergkreis	(D) Hessen/ Vogelsbergkreis	jungen Menschen und ihren Familien mit komplexem Hilfebedarf in der Region Hilfen anzubieten, die frühzeitig ansetzen und den jeweiligen Lebenskontext berücksichtigen	junge Menschen mit komplexem Hilfebedarf
	Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen Kooperationsprojekt Hochtaunuskreis	(D) Hessen/ Hochtaunuskreis	Erstellung einer Kooperationsvereinbarung	Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen
	Kooperationsvereinbarung zwischen Kreisjugendamt Groß-Gerau und der Klinik für Psychotherapie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Riedstadt	(D) Hessen/ Groß-Gerau	verbesserte Kooperation	
	Clearingstelle für suchtmittelgefährdete und suchtmittelabhängige Kinder und Jugendliche	(D) Hessen/Kassel	Sicherung einer die unterschiedlichen Hilfesysteme überschauenden Kooperation, Förderung eines frühestmöglichen Einstiegs in das jeweilige Hilfesystem, Handlungsleitfaden zum Umgang mit Suchtmittelkonsum in stationären Einrichtungen, Planung und bedarfsgerechte Weiterentwicklung von Hilfen	suchtmittelabhängige Kinder und Jugendliche
	Projekt ALFI (Ablauf-Logistik für Institutionen)	(D) Hessen/ Frankfurt	Regel-Einrichtungen der stationären Jugendhilfe (also Kinder- und Jugendheime, keine 35a-Einrichtungen im Sinne des SGB VIII) für die Aufnahme von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zu interessieren und zu qualifizieren	Kinder und Jugendliche, die bereits in stationären/teilstationären Jugendhilfeeinrichtungen leben und dort im Verlauf der Betreuungszeit psychisch auffällig werden, sowie Kinder und Jugendliche, für die nach einem stationären Klinikaufenthalt eine geeignete Unterbringungsmöglichkeit gefunden werden muss
	Entwicklung integrierter Hilfeplanung und -umsetzung für auffällige Wiesbadener Jugendliche unter Beteiligung von Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Justiz	(D) Hessen/ Wiesbaden	Erarbeitung eines gemeinsamen Hilfekonzepts für schwierigste Jugendliche (Jungen/Mädchen)	14-18 jährige Jugendliche, für die Maßnahmen der Erziehungshilfe gewährt werden, die in psychiatrischer Behandlung sind oder waren, die strafrechtlich auffällig geworden sind und möglichst frühzeitig Erfahrungen mit Grenzen bei gleichzeitiger Hilfestellung und Behandlung machen sollen

Fortsetzung nächste Seite



Fortsetzung Tabelle A 2 – Seite 2 von 8

	Bezeichnung des Modells/Projekt	Land/Region	Ziel	Zielgruppe
regionale Ebene	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Verbund: Modell integrierter Hilfeplanung von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie	(D) Baden-Württemberg/ Bodenseekreis	Gründung eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Verbundes, in dem übergreifend die Kompetenzen der Jugend- und Sozialhilfe, der KJP, der Schulen und des Bereichs Arbeit gebündelt sind. Ziele sind die individuelle Hilfeplanung „aus einer Hand“.	Kinder und Jugendliche mit komplexem psychosozialen Hilfebedarf
	Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule	(D) Berlin	Bildung einer Arbeitsgruppe, um auf Basis einer gemeinsamen Problemanalyse Handlungsempfehlungen und Umsetzungsstrategien zur Verbesserung der Kooperation und Koordination in den Berliner Bezirken zu entwickeln	Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf oder in akuten Lebenskrisen und Notsituationen
	Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule in der Region Berlin Südwest	(D) Berlin	Entwicklung und Abschluss einer ressortübergreifenden vertraglichen Kooperationsverpflichtung; Klärung der Verantwortungs- und Kompetenzbereiche; Entwicklung eines Organisationsmodells (auf Grundlage des Berichtes von 2003); Entwicklung und Erprobung eines Leitfadens zur Bestimmung des komplexen Hilfebedarfs; Entwicklung und Erprobung einer gemeinsamen Falldokumentation; ressortübergreifende Schulungen	Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf
	Bericht der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für den Landespsychiatriebeirat Berlin	(D) Berlin	Teilstellungnahme zur Gesamteinschätzung der aktuellen kinder- und jugendpsychiatrischen Angebotssituation	-
	Bericht der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für den Landespsychiatriebeirat Berlin Teil II – Ambulante Versorgung	(D) Berlin	Vorschläge zur Verbesserung der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Angebotsstruktur in Zusammenhang mit anderen Hilfsangeboten (detailliert auf einzelne „Störungsbilder“/Problembereiche bezogen)	Kinder und Jugendliche sowie junge Erwachsene mit psychiatrischen Erkrankungen
	Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste in Berlin (KJPD)	(D) Berlin	Zu den Aufgaben des KJPD zählen Diagnostik und Beratung, Krisenintervention, Hilfeplanung sowie Kooperation und Vernetzung (Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, Fachberatung und Mitwirkung in Gremien).	Kinder und Jugendliche sowie junge Erwachsene mit „komplexem fachübergreifendem Hilfebedarf“

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A 2 – Seite 3 von 8

	Bezeichnung des Modells/Projekt	Land/Region	Ziel	Zielgruppe
regionale Ebene	Psychotherapie und Sozialpädiatrischen Zentren innerhalb einer psychosozialen Pflichtversorgungsregion	(D) Berlin	Koordination diagnostischer und therapeutischer Leistungen auf den Gebieten der Sozialpädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, um Kindern und Jugendlichen früher als bisher adäquate Hilfe zukommen zu lassen	entwicklungsgestörte Kinder mit Bedarf an intensiver sozialpädagogischer Hilfe, bei denen wegen einer zusätzlich bestehenden psychiatrischen Störung/Erkrankung diagnostische/ therapeutische KJP- Kompetenz benötigt wird
	Hamburger Handlungsleitfaden für eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie	(D) Hamburg	Ermöglichung qualifizierterer Kooperationen der beiden Systeme, damit diese im Sinne der betroffenen Kinder und Jugendlichen optimal ausgeschöpft werden können. Transparentere, kalkulierbarere und effektivere Gestaltung bestehender Kooperationen	Praktiker, die mit Familien und deren Kindern (mit komplexem Hilfebedarf oder in akuten Krisensituationen) arbeiten; Personen, die Kooperationsvereinbarungen entwickeln
	Damit sich Kompetenzen ergänzen. Kooperationsleitfaden für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Jugendhilfe im Rheinland	(D) Rheinland-Pfalz	Bereitstellung einer Arbeitshilfe für Mitarbeiter der beiden Systeme und Orientierungshilfe über die Aufgabengebiete der jeweiligen Systeme für andere Akteure	Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf an der Schnittstelle zu beiden Systemen
	Die Schwierigsten der Schwierigen: Das Kooperationsmodell eXtreme	(D) Rheinland-Pfalz	Andere Perspektive im Zugang schaffen, Handlungsfähigkeit der Erwachsenen im Umgang mit diesen besonders Schwierigen Kindern und Jugendlichen stärken (Handlungs-, nicht Verstehensmodell)	schwierige Kinder und Jugendliche
	Essstörungen: Das Kooperationsmodell WABE	(D) Rheinland-Pfalz	Beschäftigung und gedanklicher Austausch in der VISITE mit der Krankheit und dem Körper, Visite als ritualisierter Raum mit begrenzter Öffentlichkeit soll Mädchen helfen, Zufriedenheit, Entwicklungsfähigkeit und verschiedenste Kompetenzen zu entwickeln	Mädchen mit Essstörungen in der Wohngruppe
	ADHS: Zwei Professionen arbeiten zusammen	(D) Rheinland-Pfalz	Berührungspunkte zwischen JH und KJP unproblematischer gestalten, Wirkfaktoren der Behandlung optimieren; Jugendliche auf die Integration in das alte Umfeld vorbereiten	Kinder und Jugendliche mit ADHS
	Kooperation als Voraussetzung einer qualifizierten Versorgung junger Suchtkranker	(D) Rheinland-Pfalz	Standards für Kinder und Jugendliche mit Suchtproblemen in Kooperation mit den Landesjugendämtern entwickeln, qualifiziertes, systemübergreifendes Hilfenetz für suchtkranke Jugendliche im Rheinland	Kinder und Jugendliche mit Suchtproblematiken
	Selbstverletzendes Verhalten	(D) Rheinland-Pfalz	richtiges Reagieren der Pädagogen	Kinder und Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A 2 – Seite 4 von 8

	Bezeichnung des Modells/Projekt	Land/Region	Ziel	Zielgruppe
regionale Ebene	Suizidalität im Kindes- und Jugendalter	(D) Rheinland-Pfalz	Verhinderung von Suiziden bei Kindern und Jugendlichen; die wichtigsten Voraussetzungen für eine sinnvolle Interventionsstrategie ist das Erkennen der Suizidgefahr; Warnsignale lesen lernen; Suizidprävention (Erkennung und Abklärung von Risikogruppen)	suizidgefährdete Kinder und Jugendliche
	NBQM Managementkonzept	(D) Rheinland-Pfalz	In kommunalen Zusammenhängen ein ganzheitliches, umfassendes Denken und Handeln der für die Versorgung Verantwortlichen fördern und damit Kooperation, Koordination und Integration unterstützen, sozialpsychologische als auch berufsständische Barrieren überwinden und Professionalisierungsdefizite in der Netzwerkarbeit reduzieren	Mitarbeiter der Leitungs- und der operativen Ebene unterschiedlicher Einrichtungen und Dienste des Gesundheits- und Sozialwesens
	Kooperationsansätze im Landkreis Ostvorpommern, Mecklenburg-Vorpommern	(D) Mecklenburg-Vorpommern/ Ostvorpommern	Verbesserung der Kooperation, um mit einem System von abgestimmten Maßnahmen der Gesundung und der Integration der Kinder und Jugendlichen ins Regelsystem zu helfen	Kinder und Jugendliche, die Hilfe beider Systeme benötigen
	Kooperationsansätze in Duisburg	(D) Nordrhein-Westfalen/ Duisburg	Erarbeitung von Kooperationsstrukturen, um eine bestmögliche Behandlungssituation zu ermöglichen	psychisch kranke und belastete Kinder und Jugendliche
	„Children’s trusts“	(UK) England	Umsetzung der Strategie auf lokaler Ebene	Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 18 Jahren
	„Integrierte Versorgung“ von Kindern und Jugendlichen	(BE) Belgien/ Flandern	Etablierung „integrierter Versorgung“ für Kinder und Jugendliche; Förderung regionaler Kooperation der Einrichtungen; Schaffung zentralen Zugangs für intensive, komplexe Leistungen	Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 18 Jahren
	Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst (KJPD) im Kanton Basel-Landschaft	(CH) Basel-Landschaft	erfolgreich die psychiatrische Versorgung der Kinder und Jugendlichen im Kanton Basel-Landschaft erfüllen, Weiterbildungsstätte der Kategorie A	Kinder und Jugendliche
	Kooperative Versorgung durch KJPP von durch Suchtmittelabhängigkeit bedrohten psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (Schleswig)	(D) Schleswig-Holstein/Schleswig	Bereitstellung eines vernetzten Hilfeangebots (ambulanter, klinischer und rehabilitativer Behandlung) im Rahmen eines medizinisch-sozialpädagogischen Verbundsystems	psychisch kranke Kinder und Jugendliche, deren Erkrankung in Zusammenhang mit der Einnahme psychotroper Substanzen steht

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A 2 – Seite 5 von 8

	Bezeichnung des Modells/Projekt	Land/Region	Ziel	Zielgruppe
regionale Ebene	Vernetzte Hilfen in Rostock	(D) Mecklenburg-Vorpommern/ Rostock	Ansiedlung verschiedener Leistungsangebote innerhalb eines gemeinsamen Hauses, in Form von sog. Lernwerkstätten, die wiederum eine Vielfalt an externen Kooperations- und Vernetzungspartner haben	Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf
	Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche durch Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendamt, Gesundheitsamt, Sozialamt und Bildungswesen	(D) Sachsen-Anhalt	Umsetzung der im Bundesmodellprojekt gewonnenen Erkenntnisse und Formulierung der organisatorischen und strukturellen Bedingungen, die für Verbesserung der ambulanten Versorgung durch qualifizierte Kooperation erforderlich sind Zielkriterien: Erleichterung der gezielten Inanspruchnahme der Fachdienste, Erhöhung der Treffsicherheit der Hilfeplanung, Optimierung des Ressourceneinsatzes, Stärkung der Kompetenz und Selbstbestimmung der Hilfeempfänger, Verbesserung der lösungsorientierten Einzelfallsteuerung	Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf
	Kooperation und Koordination zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Jugendhilfe: Das Projekt „KuK“ im Jugendamt Dortmund	(D) Nordrhein-Westfalen/ Dortmund	Zusammenarbeit der Institutionen optimieren und zugunsten der gemeinsamen Klientel verbessern; Aufschluss über Größe des Überschneidungsbereiches; verbindliche Kooperationsvereinbarungen; Selbstverständnis der gemeinsamen Sorge verankern; Informationsfluss verbessern	Kinder und Jugendliche im Schnittbereich der Systeme
	Projekt JUST in Ravensburg: Projekt mit drogenabhängigen Jugendlichen	(D) Baden-Württemberg/ Ravensburg	Integrierte Hilfe, die das „Phasenmodell“ Akutbehandlung → medizinische Rehabilitation → stationäre Jugendhilfe → Schule/Ausbildung „unter einem Dach“ abdeckt	schwer suchtkranke Jugendliche im Alter von 14 bis 18 Jahren

Fortsetzung nächste Seite

	Bezeichnung des Modells/Projekt	Land/Region	Ziel	Zielgruppe
niedergelassene KJP	Vernetzung von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Pädiatrie (Uchtspringe)	(D) Sachsen-Anhalt/Uchtspringe	Qualifizierung der Kooperation zwischen den Fachgebieten der Kinderheilkunde und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, um eine Verbesserung der familienbezogenen und das bisherige Lebens- und Erfahrungsumfeld des Kindes und Jugendlichen wertschätzenden fachärztlichen Behandlung in der Nähe des Kinderarztes zu erreichen	psychisch kranke Kinder mit sensorischen Beeinträchtigungen oder mit gravierenden Beeinträchtigungen der emotionalen und sozialen Entwicklung
	Integrative Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie durch Kombination praxisgeleiteter und klinikgeleiteter Behandlungsstrukturen (IBKJPP)	(D) Baden-Württemberg/Weinsberg/Heilbrunn	die Behandlung der psychisch kranken Kindern und Jugendlichen so weit wie möglich in der therapeutischen Beziehung und Verantwortung des niedergelassenen Facharztes zu belassen, auch wenn der Patient zeitweise klinische Behandlung benötigt; die klinisch notwendige Behandlung so kurz wie möglich zu halten und in das Lebensfeld des Kindes integriert zu erbringen	psychisch kranke Kinder und Jugendliche, die aufgrund der Schwere der Erkrankung eine längerfristige Behandlung mit verhaltenstherapeutischen, familientherapeutischen, psychopharmakologischen und soziotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen zur Reintegration in die Lebensgemeinschaft benötigen
	Ärztliche Schwerpunktpraxen	(D) Deutschland	Instrument zur Gestaltung vernetzter Behandlung für niedergelassene Fachärzte, Förderung der ambulanten Versorgung als Alternative zur stationären oder zu anderen institutionellen Betreuungsformen	Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr mit komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen
	Integrierte Versorgung zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und psychosomatischen Störungen	(D) Baden-Württemberg	Behandlungsqualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung von psychisch kranken Kinder und Jugendlichen verbessern; Entwicklung schneller, präziser und unbürokratischer Behandlungspfade, die auf die konkrete Bedürfnislage des Patienten zugeschnitten sind; Vermeidung bzw. Verkürzung stationärer Behandlungen und Nachfolgebehandlungen zur Senkung von Behandlungskosten	Kinder und Jugendliche mit psychischen und psychosomatischen Störungen

	Bezeichnung des Modells/Projekt	Land/Region	Ziel	Zielgruppe
<b>Schule</b>	Integrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus durch Kooperation zwischen KJPP und Schule (Landshut)	(D) Bayern/ Landshut	Erprobung einer Organisationsform für eine verbindliche interdisziplinäre Beratungsleistung in Zusammenarbeit zwischen der KJP und einer Beratungsschule, die der Prävention und Verkürzung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen für Kinder und Jugendliche mit einer solchen Diagnose dienen soll; Verbesserung der Früherkennung und Diagnosefindung durch niederschwellige Kooperation mit Beratungsschule; Verbesserung der Kenntnisse über Störungsbilder und den Umgang mit betroffenen Kindern in schwierigen pädagogischen Situationen, Entwicklung von Konzepten schulintegrierter Förderung von Kindern mit Autismus	Kinder und Jugendliche mit einer autistischen Wahrnehmungsstörung
	„Aufsuchende Schulsprechstunden“ der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des LVA-Klinikums Essen	(D) Nordrhein- Westfalen/Essen	Verbesserung der psychosozialen Gesundheit von Schülern sowie langfristig Verbesserung der Integration dieser Jugendlichen in den Arbeitsmarkt	Kinder und Jugendliche mit Hilfsbedarf, die von sich aus keine Hilfe in Anspruch nehmen würden
	Med in Nordrhein-Westfalen	(D) Nordrhein- Westfalen/Essen	übergeordnetes Ziel des „Med“-Projekts: Diagnostik bei vorhandenen Einrichtungen ausbauen und Vernetzungsmöglichkeiten suchen und dadurch Motivation zur Inanspruchnahme von Therapie verbessern; Ziel des Liaisondiensts/Support-25-Teams: Beratung des Fallmanagements und der Arbeitsvermittler, Verbesserung der psychischen Gesundheit der Arbeitslosen sowie Reintegration in den sozialen Kontext und somit Prävention von Folgeerkrankungen der Langzeitarbeitslosigkeit; Ziel der Schulverweiderambulanz: Diagnostik und Therapie von schulverweigernden Jugendlichen	schulvermeidende sowie arbeitslose Jugendliche mit seelischen Belastungen und ICD-10-Diagnose
	„Komplexer Hilfsbedarf“ – Perspektiven der Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule	(D) Sachsen/ Leipzig	Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen KJP, JH und weiteren Akteuren, die bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfsbedarf eine wichtige Rolle innehaben (z. B. Schule)	Kinder und Jugendliche mit komplexen Hilfsbedarf

Fortsetzung Tabelle A 2 – Seite 8 von 8

	Bezeichnung des Modells/Projekt	Land/Region	Ziel	Zielgruppe
aufsuchende Betreuung	Aufsuchendes, multimodales ambulantes Behandlungsprogramm für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte	(D) Baden-Württemberg; Bayern; Niedersachsen	Evaluation eines aufsuchenden und milieuzentrierten Interventionsprogrammes in der Jugendhilfe, Früherkennung, Frühbehandlung und kontinuierliche Behandlung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher in ihren Einrichtungen und dadurch Vermeidung bzw. Verkürzung stationärer Behandlungen	psychisch auffällige Kinder und Jugendliche aus der stationären Jugendhilfe
	„Outreaching-Teams“	(BE) Belgien	Behandlung zuhause als Alternative zu stationären Angeboten schaffen	Kinder und Jugendliche, die sonst keinen Zugang zu entsprechenden Hilfseinrichtungen haben
	Intersektorale Zusammenarbeit in England („outreach service“)	(UK) England	Etablierung aufsuchender Betreuung und intersektoraler Arbeit	-
	Liaisondienst in der stationären Jugendhilfe	(CH) Bern; Basel; Winterthur; Thurgau	Verbesserung der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung von Heimkindern/Jugendlichen durch Etablierung der Liaisonarbeit in Heimen	psychisch auffällige Kinder und Jugendliche aus der stationären Jugendhilfe
gesetzliche Grundlagen	Vernetzung von Hilfen auf kommunaler Ebene in Rheinland-Pfalz	(D) Rheinland-Pfalz	Verbesserung des Schutzes von Kindeswohl und Kindergesundheit	gefährdete Kinder und Jugendliche
	Bundeskinderschutzgesetz	(D) Deutschland	bestehende Lücken im Kinderschutz schließen	gefährdete Kinder und Jugendliche
	SGB VIII (§ 35a)	(D) Deutschland	Beibehaltung der „kleinen Lösung“: Kinder- und Jugendhilfe nur für Kinder und Jugendliche zuständig, die eine seelische Behinderung haben oder von ihr bedroht sind	Kinder und Jugendliche mit einer seelischen Behinderung oder solche, die davon bedroht sind
	„Joint policy“ / „youth care act“	(NL) Niederlande	Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Sektoren	Kinder und Jugendliche, die Hilfsysteme in Anspruch nehmen müssen
stationäre KJP	Strategien der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe im oberschwäbischen Raum	(D) Baden-Württemberg/Ulm	Verbesserung der Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen durch verstärkte formale und informelle Kooperation	„Problemkinder“, die oftmals die Grenzen zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe sprengen
	Kooperationsvereinbarung zwischen Jugendhilfe und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	(D) Baden-Württemberg/ Stuttgart	Verbesserung der Kooperation; größere Zufriedenheit der Akteure	Kinder und Jugendliche, die Hilfen beider Systeme benötigen

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A 3:

## Übersicht Modellprojekte (Umsetzungsschritte/Methoden, Problembereiche/Umsetzung)

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Umsetzungsschritte/Methoden	Problembereiche
regionale Ebene	Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Hessen	(D) Hessen	überregional: 3 Fachtagungen, regional: 6 Projektgruppen mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten	fehlende Möglichkeit zum fachlichen Austausch innerhalb der Gruppen, mangelnde Anerkennung der Kooperationsleistungen im Alltag, personelle und organisatorische Ressourcen nicht ausreichend
	Interdisziplinäre Fallberatung IkoFa – Kooperationsverbund Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugend- und Drogenberatung sowie Schule im Vogelsbergkreis	(D) Hessen/ Vogelsbergkreis	Gründung von Kooperationsverbund, bestehend aus Steuerungsgruppe und interdisziplinärer kollegialer Fallberatung (IkoFa) sowie Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung	–
	Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen Kooperationsprojekt Hochtaunuskreis	(D) Hessen/ Hochtaunuskreis	Inhalt der Kooperationsvereinbarung: » standardisierte Verfahren bei einem Zugang des Klienten über das Jugendamt sowie über die KJP sowie Vereinbarungen für Übergänge zwischen Hilfesystemen » Verfahren nach § 1631 b BGB, Bereitschaft der niedergelassenen Fachärzte zur Diagnostik vor Ort » Clearingverfahren in besonders schwierigen Fällen » Weiterführung der Fachgespräche Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie » gemeinsame Fortbildungen » jährliches Auswertungsgespräch mit den Beteiligten zur Überprüfung und Modifikation der Kooperationsvereinbarung	–
	Kooperationsvereinbarung zwischen Kreisjugendamt Groß-Gerau und der Klinik für Psychotherapie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Riedstadt	(D) Hessen/Groß-Gerau	Bildung von AG zur Erstellung einer Kooperationsvereinbarung, in der die Grundlagen der Zusammenarbeit geregelt sind; drei gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen	wenig Wissen über die jeweils andere Institution, kontroverse Positionen im Grundsätzlichen (z. B. über Rolle des Sozialdienstes der Klinik bei Einleitung von Jugendhilfemaßnahmen)
	Clearingstelle für suchtgefährdete und suchtmittelabhängige Kinder und Jugendliche	(D) Hessen/Kassel	Errichtung einer Clearingstelle und Durchführung von Tagungen	mögliche Gefahr, sich in Falldiskussionen zu verlieren oder schnellstmöglich Verfahrensregelungen festzulegen und Kooperationsabsprachen zu treffen, die sich mehr an den Institutionslogiken als an den Erfordernissen des Einzelfalles orientieren; fehlerhafter Versuch, niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater für eine Teilnahme zu gewinnen

Fortsetzung nächste Seite



Fortsetzung Tabelle A 3 – Seite 2 von 14

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Umsetzungsschritte/Methoden	Problembereiche
regionale Ebene	Projekt ALFI (Ablauf-Logistik für Institutionen)	(D) Hessen/Frankfurt	Entwicklung einer Präventions- und Kooperationsvereinbarung mit sieben Bausteinen	-
	Entwicklung integrierter Hilfeplanung und -umsetzung für auffällige Wiesbadener Jugendliche unter Beteiligung von Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Justiz	(D) Hessen/Wiesbaden	Durchführung von vier exemplarischen Fallbesprechungen zur Klärung folgender Fragen der Zusammenarbeit: » Wo klemmt es im bisherigen Verfahren? » Wie sieht die Zielgruppe aus? » Wie müsste ein verbessertes Verfahren aussehen?	-
	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Verbund: Modell integrierter Hilfeplanung von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie	(D) Baden-Württemberg/Bodenseekreis	JPV-Kooperationsvereinbarung, Hilfeplankonferenzen (1x im Monat), ausgehend vom individuellen Hilfebedarf, und Arbeits- und Trägergemeinschaftstreffen	-
	Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule	(D) Berlin	Bildung einer ressortübergreifenden Arbeitsgruppe; Durchführung und Auswertung von Erhebungen/Gesprächen in den Bezirken/Versorgungsregionen (gemeinsame Problem-analyse); Definition des Überschneidungsbereiches und der gemeinsamen Zielgruppe; Expertenanhörungen (Konkretisierung der Problembereiche); Erarbeitung von gemeinsamen Leitlinien und Empfehlungen für die Zusammenarbeit	Es wurden grundsätzliche Probleme beschrieben, die nicht mit dem Projekt an sich zusammenhingen. Deutlich wurden: ein zersplittertes System an Zuständigkeiten/ Abläufen/Selbstverständnissen; Zuständigkeit der verschiedenen Systeme eher kurzfristig; verschiedenste Datendokumentationen, die nicht einheitlich sind und keinen Zugriff für alle Zuständigen ermöglichen; Datenschutzgesetz
	Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule in der Region Berlin Südwest	(D) Berlin	Projektmanagementschulung der Projektbeteiligten; Gründung eines Lenkungsausschusses und eines Projektbeirates; Analyse der aktuellen Praxis in bestimmten Berliner Bezirken und der Rahmenbedingungen der verschiedenen Bereiche; Benennung der Aspekte, die die Kooperation fördern oder behindern; Erfassung gut funktionierender Kooperationen in einer bestimmten Region; Entwicklung von Instrumenten für die Zusammenarbeit, die während des Prozesses angepasst werden konnten (z. B. Kooperationsvereinbarung, Datenerfassungsbogen, Schweigepflichtentbindungserklärung, Einschätzungsbogen für Kinder und Jugendliche); gemeinsame Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter	Personelle Änderungen während des Projektes erschwerten Umsetzung; persönliche, personelle und strukturelle Probleme bei Kooperationen; Rahmenbedingungen der anderen Zuständigkeitsbereiche häufig nur wenig bekannt; keine gemeinsame Fallstatistik vorhanden.

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A 3 – Seite 3 von 14

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Umsetzungsschritte/Methoden	Problembereiche
regionale Ebene	Bericht der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für den Landespsychiatrie-beirat Berlin	(D) Berlin	Gründung einer Arbeitsgruppe: Einholen von Stellungnahmen einschlägiger kinder- und jugendpsychiatrischer Verbände; Durchführung eines Expertenhearings, um Erfahrungen und Einschätzungen von Praktikern sowie von Vertretern verschiedener zuweisender Institutionen und Fachleuten zu sammeln; Berichtserstellung	-
	Bericht der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für den Landespsychiatrie-beirat Berlin Teil II – Ambulante Versorgung	(D) Berlin	Gründung einer Arbeitsgruppe: Einholen von Stellungnahmen einschlägiger kinder- und jugendpsychiatrischer Verbände; Durchführung eines Expertenhearings, um Erfahrungen und Einschätzungen von Praktikern sowie von Vertretern verschiedener zuweisender Institutionen und Fachleuten zu sammeln; Berichtserstellung	-
	Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste in Berlin (KJPD)	(D) Berlin	unterschiedlich (je nach Projekt/Fall)	-
	Psychotherapie und Sozialpädiatrische Zentren innerhalb einer psychosozialen Pflichtversorgungsregion	(D) Berlin	Abschluss eines Kooperationsvertrages, dieser umfasst: Treffen von Kooperationsvereinbarungen (2x pro Jahr); fallbezogene Konsultations-, Konsiliar- und Liaisonstätigkeit als Adjuvans für die fallverantwortliche Institution (Casemanager); Fallkonferenzen (personenbezogen): Einbeziehung von Fachdiensten, wenn weitere Kompetenzen notwendig; übereinstimmende Befund- & Verlaufsdokumentation.	-
	Hamburger Handlungsleitfaden für eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie	(D) Hamburg	Gründung der Arbeitsgruppe „Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf“, die den Leitfaden für Hamburg entwickelte; Gründung der Hamburger Kooperationskonferenz (Mitglieder der Arbeitsgruppe sowie weitere Experten und Expertinnen)	-

Fortsetzung nächste Seite

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Umsetzungsschritte/Methoden	Problembereiche
regionale Ebene	Damit sich Kompetenzen ergänzen. Kooperationsleitfaden für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Jugendhilfe im Rheinland	(D) Rheinland-Pfalz	Implementierung von Regionalkonferenzen, einer Vermittlungsstelle sowie Entwicklung eines Kooperationsleitfadens mit Modellbeispielen gelungener Kooperationen (diese sind hier mit „Modellprojekt zu Handlungsanleitung Rheinland-Pfalz“ gekennzeichnet)	wechselseitige Erwartungen zu hoch: Umsetzung des Wunsches der Jugendhilfe auf sofortige Aufnahme von Kindern und Jugendlichen bei Krisen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht möglich; dem Anspruch der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf sofortige Unterbringung in der Jugendhilfe kann ohne Vorbereitung oftmals nicht nachgekommen werden; Konfliktfälle zwischen den Systemen sind auf unterschiedliche gesetzliche Regelungen und Leistungserbringer zurückzuführen
	Die Schwierigsten der Schwierigen: Das Kooperationsmodell eXtreme	(D) Rheinland-Pfalz	Wirkfaktorenanalyse: alltagstaugliche, klare Handlungsanweisungen für Kollegen der Erziehungshilfe formulieren (= praktikable Strategien), wirkfaktorenorientierte Betreuungsplanung (WoB)	
	Essstörungen: Das Kooperationsmodell WABE	(D) Rheinland-Pfalz	VISITE als zentraler gemeinsamer Baustein in der Kooperation von KJP und JH (1x pro Woche besucht die Medizin die Pädagogik und Therapie), Teilnahme an Fortbildungen und Veranstaltungen der Partner	
	ADHS: Zwei Professionen arbeiten zusammen	(D) Rheinland-Pfalz	Einrichtung einer Intensivgruppe, in der die Kinder werktags und in der Hälfte der Ferien leben und betreut werden. Konzept der Gruppe basiert auf drei Kernelementen: stark strukturierter Alltag, intensive Elternarbeit sowie zielgerichteter häufiger Austausch zwischen Gruppe, Schule, Eltern, Umfeld und therapeutischer Hilfe. Das Betreuungsteam der Gruppe koordiniert die Zusammenarbeit zwischen allen am erzieherischen Prozess Beteiligten. Alle medizinischen und therapeutischen Aspekte werden über Fachärzte und Therapeuten der Uniklinik Köln gesteuert. Für die Überträge aus Diagnose und Therapie ist eine Psychologin der Klinik zuständig, die auch regelmäßig an den Erziehungsplanungen des Betreuungsteams teilnimmt und für Kriseninterventionen beratend zur Verfügung steht. Für die gesundheitliche bzw. medizinische Versorgung sind eine Ärztin der Klinik und eine Hausärztin zuständig.	-

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Umsetzungsschritte/Methoden	Problembereiche
regionale Ebene	Kooperation als Voraussetzung einer qualifizierten Versorgung junger Suchtkranker	(D) Rheinland-Pfalz	ab 2005 im Rheinland 40 Plätze für den qualifizierten Entzug und 15 Reha-Plätze, eine Aufstockung auf 30 Plätze ist beschlossen, nach qualifizierter Entzugsbehandlung haben Jugendliche die Möglichkeit, an einer bis zu 26 Wochen dauernden stationären Entwöhnungstherapie teilzunehmen, Unterstützung in einer der Nachsorgeeinrichtungen der Jugendhilfe	-
	Selbstverletzendes Verhalten	(D) Rheinland-Pfalz	verschiedene Ansätze zur Intervention und Behandlung von selbstverletzendem Verhalten; sofern nicht eine akute Situation ein sofortiges Handeln erfordert, wird das Problem in Ruhe im Team analysiert	-
	Suizidalität im Kindes- und Jugendalter	(D) Rheinland-Pfalz	Information über Risikofaktoren für ein hohes Suizidrisiko sowie über Warnsignale für eine Suizidgefährdung; Beschreibung des Versorgungsweges von suizidalen Kinder- und Jugendlichen (ambulant, teilstationär, stationär je nach Höhe der Suizidgefährdung, der familiären Situation und Unterstützungsmöglichkeiten und des Commitments des Betroffenen); Umgang mit suizidalen Tendenzen bei Risikogruppen	schwierig, Kinder mit maskierten depressiv-suizidalen Syndromen zu identifizieren
	NBQM Managementkonzept	(D) Rheinland-Pfalz	Grundlage stellt ein systematisches zyklisches Arbeitsprogramm dar (NBQM-Zyklus): 1. systematische Selbstbewertung des erreichten Vernetzungsgrades (hierfür ist eine systematische Sammlung und Auswertung von für die Netzsteuerung und -entwicklung relevanten Daten und Informationen sinnvoll), 2. Identifikation von Verbesserungspotenzialen, 3. Ableitung sowie Vereinbarung, Durchführung von Entwicklungsmaßnahmen, 4. Überprüfung der Zielerreichung.	Stimulierung von regionalen Vernetzungsprozessen ist in hohem Maße abhängig vom Engagement Einzelner (zusätzlicher Aufwand ohne zusätzliche Entschädigung)

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Umsetzungsschritte/Methoden	Problembereiche
regionale Ebene	Kooperationsansätze im Landkreis Ostvorpommern, Mecklenburg-Vorpommern	(D) Mecklenburg-Vorpommern/ Ostvorpommern	Abschluss von Kooperationsvereinbarungen zwischen §-35a-Einrichtungen bzw. §-34-Einrichtungen (freie Träger der Jugendhilfe) und kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken (enthalten rechtliche Grundlagen beider Systeme, Aussagen zum Datenschutz und Orientierungen für Zusammenarbeit im Einzelfall sowie fallübergreifend), gemeinsame Weiterbildungen; 4x jährlich Treffen des Sozialen Diensten des Jugendamts mit der Klinik (Besprechen von Fachthemen und Einzelfällen); strukturelle Veränderungen: Etablierung einer Institutsambulanz (ermöglicht Klienten und Mitarbeitern des Jugendamtes kurze Wege und zeitnahe Absprachen), Eröffnung von Tagesklinik, Ansiedelung von Jugendhilfeeinrichtung räumlich an Kinder- und Jugendpsychiatrie; Erstellung eines Leitfadens zur Zusammenarbeit mit einer Beschreibung von Vorgehensweisen in bestimmten Situationen (z. B. fallbezogene Kooperation an einem dem Jugendamt bisher unbekanntem Fall); Zusammenarbeit mit Erwachsenenpsychiatrie: Modellprojekt Rückenwind (Hilfe für psychisch und suchtgefährdete Kinder)	Als wichtig für gute Kooperation zeigten sich: klar definierte Zuständigkeiten, Anerkennung der fachlichen Autonomie der Professionen, offener kollegialer Dialog, kurze Wege der Kommunikation (Austausch von Telefonnummer, E-Mail, Namen), gemeinsame Weiterbildungen
	Kooperationsansätze in Duisburg	(D) Nordrhein-Westfalen/ Duisburg	Netzwerke für Kinder psychisch kranker Eltern, psychosoziale AG bietet für Eltern in Kliniken Kliniksprechstunden an (Infos über Hilfsangebote für sich und Kinder, Beratung bei Schwierigkeiten und Ängsten in Versorgung und Erziehung etc.), Gruppenangebote für Kinder, Patenschaftsmodell und Unterrichtsangebote, Kooperationsvertrag zwischen Trägern stationärer Einrichtungen der Jugendhilfe, Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendamt mit dem Ziel der Entwicklung abgestimmter, dauerhafter Strukturen, Arbeitsweisen und Verfahren, eines Verfahrens in Krisensituationen sowie eines Ablaufschemas zum Verfahren nach Aufnahme in stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie; netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement (NBQM), stationäre Einrichtung der Jugendhilfe für psychisch kranke und belastete Kinder und Jugendliche (Haus Regenbogen)	-

Fortsetzung Tabelle A 3 – Seite 7 von 14

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Umsetzungsschritte/Methoden	Problembereiche
regionale Ebene	„Children's trusts“	(UK) England	Entwicklung neuer Konzepte zur Finanzierung; Vernetzung der lokalen Schlüsselpersonen aus den verschiedenen Versorgungsbereichen; Planung und Vorhaltung aller wichtigen Angebote vor Ort	-
	„Integrierte Versorgung“ von Kindern und Jugendlichen	(BE) Belgien/Flandern	Einrichtung einer zentralen Stelle für die Organisation; Entwicklung regionaler Netzwerke mit frei zugänglichen Serviceleistungen; Entwicklung einer Datenbank sowie eines „single central entrance to allocate intensive youth care services“	-
	Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst (KJPD) im Kanton Basel-Landschaft	(CH) Basel-Landschaft	Der KJPD verfügt über drei nach Regionen aufgeteilte Polikliniken und über drei stationäre Angebote. Die Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik mit 12-16 Betten im Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) fungiert als zentrale Schaltstelle und ist ein Notfall-, Kriseninterventions-, Abklärungs- und Behandlungszentrum zugleich. Dank hervorragender Kooperation zwischen dem KJPD Baselland und der KJPK Liestal sowie mit dem UKBB ist mit dieser Abteilung eine gemeinsam geführte Institution entstanden. Neben den Polikliniken ist die Abteilung eine der Triagestellen für die Zuweisung an spezialisierte psychiatrische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche. Zur ambulanten Weiterbehandlung wird an die Privatpraxen und regionalen Polikliniken weitergewiesen.	-
	Kooperative Versorgung durch KJPP von durch Suchtmittelabhängigkeit bedrohten psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (Schleswig)	(D) Schleswig-Holstein/Schleswig	Gründung eines Versorgungsverbundes zwischen der Klinik für KJP, 3 niedergel. Fachärzten für KJPP, den Diensten der Drogenhilfe und der Jugendhilfe (unter der Leitung der Klinik); Entwicklung eines bindenden Kooperationsvertrages	Unterschiedliche Herangehensweisen der Kooperationspartner an das Thema Drogenmissbrauch; die neuen Formen der Zusammenarbeit hatten noch keine standardisierten Abläufe, wie sie bei Drogenberatungsstellen üblich sind
	Vernetzte Hilfen in Rostock	(D) Mecklenburg-Vorpommern/Rostock	-	-

Fortsetzung nächste Seite

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Umsetzungsschritte/Methoden	Problembereiche
regionale Ebene	Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche durch Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendamt, Gesundheitsamt, Sozialamt und Bildungswesen	(D) Sachsen-Anhalt	Folgenden Arbeitsinstrumente wurden eingesetzt: 1. Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung, 2. Kooperationskonferenz, 3. Fallkonferenz, 4. personenbezogene Dokumentation, 5. Fallmoderation	Lehrende wurden nicht ausreichend über Arbeitsweise des Projekts informiert; unzureichende Vermittlung der Inhalte der Fallkonferenzen auf Verständnisebene der Eltern; Problemlagen bei Belangen des Datenschutzes
	Kooperation und Koordination zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Jugendhilfe: Das Projekt „KuK“ im Jugendamt Dortmund	(D) Nordrhein-Westfalen/Dortmund	Bekanntmachen des Modellprojektes bei den Kooperationspartnern; Bestandsaufnahme der Probleme; Anstellung einer Fachkraft beim Jugendamt für Koordinationsaufgaben und Konfliktlösung; 14-tägige Kooperationsitzungen (Jugendamt und KJP); Helferkonferenzen bei besonders schwierigen Fällen; Organisation von zwei Fachtagungen (März und November 2000); Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Fachärzte bzw. für das Pflege- und ärztliche Personal in den Kinderkliniken	Projekt wird vom Jugendamt vorerst sehr skeptisch angenommen; langjährige Probleme zwischen Jugendhilfe und KJP mussten in Angriff genommen werden
	Projekt JUST in Ravensburg: Projekt mit drogenabhängigen Jugendlichen	(D) Baden-Württemberg/Ravensburg	multiprofessionelles Team (Pädagogik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchtexperten); enge Kooperation mit anderen Hilfsnetzen; Einbezug der Familiensysteme; entwicklungsfördernde Angebote und Schulen; Komorbidität – suffiziente Behandlung	Kommunikationsprobleme zwischen den verschiedenen Professionen; aufgrund der Finanzierungsform war der Zugang zu hochschwierig
niedergelassene KJP	Vernetzung von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Pädiatrie (Uchtspringe)	(D) Sachsen-Anhalt/Uchtspringe	gemeinsames Casemanagement mit gemeinsamer Behandlungsplanung sowie Behandlungsbegleitung; KJP bot sich den beteiligten niedergelassenen Kinderärzten und -ärztinnen als ambulant verfügbarer Partner zur differentialdiagnostischen Hilfestellung und Behandlungsplanung an und erklärte sich bereit, auch im Praxiseumfeld des Kinderarztes bzw. der Kinderärztin ihre Leistungen zu erbringen	-

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Umsetzungsschritte/Methoden	Problembereiche
niedergelassene KJP	Integrative Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie durch Kombination praxisgeleiteter und klinikgeleiteter Behandlungsstrukturen (IBKJPP)	(D) Baden-Württemberg/ Weinsberg/Heilbrunn	Je nach Ausgangslage wurden drei Zugangs- und Ablaufformen definiert: <i>Praxisgeleitete Klinikbehandlung:</i> niedergelassener KJP hat therapeutische Verantwortung und leistet Fallführung, auch wenn sich das Kind in der Klinik befindet <i>klinikgeleitete Praxisbehandlung:</i> Klinikarzt / ärztlich delegierter Kinderpsychologe trägt weiterhin Behandlungsverantwortung und Fallführung unter Nutzung der Behandlungsressourcen der Facharztpraxis, um diese zur Überleitung therapeutischer Maßnahmen von Klinik in Praxis zu nutzen <i>gemeinsame Klinik- und Praxisbehandlung:</i> zur Abklärung klinischer Behandlungsbedürftigkeit (Clearing-Funktion): Praxisarzt und Klinikarzt / ärztlich delegierter Kinderpsychologe tragen gemeinsame Behandlungsverantwortung und Fallführung unter Nutzung der Behandlungsressourcen von Klinik und Praxis	Als Herausforderung stellte sich die große Komplexität einer gemeinsamen Betrachtung und Erfassung aller Lebensbereiche des Patienten bzw. der Patientin (Stationsalltag, Familie, Freizeit etc. ) dar, die die Gefahr der Überforderung bei Therapeuten und Familien barg.
	Ärztliche Schwerpunktpraxen	(D) Deutschland	Eine SPV-Praxis ist gekennzeichnet durch ein multiprofessionelles Team mit einer somato-psycho-sozialen Arbeitsweise und durch innere Organisationsstrukturen, die angelegt sind auf Kooperation mit den jeweiligen Familien und auf einen interdisziplinären Dialog mit im Einzelfall benötigten Praxismitgliedern sowie äußeren Institutionen (Patienten-Helfer-Gruppe). Ablauf einer Behandlung in einer SPV: » telefonisches Ersttelefonat, » Erstgespräch: mit Patient/in, Sorgeberechtigtem, behandelndem Arzt / der Ärztin und nichtärztlichen Fallmitarbeitern zur Klärung des Behandlungsauftrages, » Diagnostik: Erarbeitung eines möglichst ausgewogenes Bildes der somatischen, psychischen und sozialen Situation des Patienten, seiner Familie und des weiteren Umfeldes, » Familiengespräch: Aufklärung über die Untersuchungsergebnisse sowie Besprechung über den weiteren Therapieverlauf	Probleme bei der Zusammenarbeit mit den Schulen, Schwierigkeiten bei der Genehmigung von SPV-Praxen, Verantwortungsdruck bei Zuweisungsbereichen mit sozialen Brennpunkten, Finanzierung



	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Umsetzungsschritte / Methoden	Problembereiche
niedergelassene KJP	Integrierte Versorgung zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und psychosomatischen Störungen	(D) Baden-Württemberg	1. ambulantes Vorgespräch und Eingangsuntersuchung oder Aufnahmegespräch mit Festlegung eines Behandlungspfads, 2. meist mehrwöchige vollstationäre Aufnahme mit einem interdisziplinären komplexen Therapieprogramm durch multiprofessionelles Arbeitsteam, 3. ambulante Wiedervorstellung ca. 3 Monate nach Entlassung. Während des gesamten Prozesses findet eine intensive Einbindung der niedergelassenen Ärzte statt (stellen Indikation, weisen ins IV-Verfahren ein, vermitteln Kontakt zur Klinik, halten während des Aufenthalts mit Klinikärzten intensiven Kontakt, können an interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen, bekommen einen ausführlichen Bericht nach Entlassung).	stärkerer Miteinbezug der niedergel. Ärzte in Vertragsgestaltung sinnvoll, da sich sonst Verzögerungen bei Vertragsabschlüssen ergeben können, wenn deren Wünsche/Änderungen nachträglich abgestimmt werden mussten; zielorientiertere Evaluationen
Schule	Integrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus durch Kooperation zwischen KJPP und Schule (Landshut)	(D) Bayern/Landshut	Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung zwischen Beratungsschule und Klinik; Bildung von Team aus Mitarbeitern der Spezialsprechstunde und der Beratungsschule, die sich zum regelmäßigen fallbezogenen Austausch treffen sowie gemeinsame Diagnostik/Verhaltensbeobachtung, Beratung und Anleitung von Bezugspersonen im häuslichen und schulischen Umfeld durchführen; Einrichtung einer Spezialsprechstunde in der Klinik als Kompetenzzentrum; extra geschulte Mitarbeiter in diagnostischen und therapeutischen Verfahren zur Untersuchung von Kindern und Jugendlichen mit autistischen Störungen führten Patientenversorgung durch, berieten Kollegen und Kolleginnen und waren Ansprechpartner für Kooperation und krankheitsbildbezogene Vernetzung von Hilfen im Versorgungsgebiet; Einbeziehung der Jugendhilfe, anderer Dienste des Gesundheitswesens und der Arbeitsverwaltung jederzeit möglich	unzureichende ökonomische Basis für diese zeitaufwendige, aufsuchende Form der Intervention für niedergelassene Fachärzte
	„Aufsuchende Schulsprechstunden“ der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des LVA-Klinikums Essen	(D) Nordrhein-Westfalen/Essen	Planung und Durchführung von aufsuchenden Sprechstunden (fünf pro Schule) in zehn Essener Schulen: Erstgespräche mit dem betreffenden Schüler und mit mindestens einem sorgeberechtigten Elternteil, Diagnostiktermine in der Institutsambulanz sowie anschließend ein Abschlussgespräch zur Befundmitteilung, Beratung und Empfehlung weiterer Behandlungsmaßnahmen; zusätzlich 45-minütige Lehrersprechstunde	an einigen Schulen recht wenige Anmeldungen von Schülern; einige Schüler nahmen vereinbarte Diagnostiktermine nicht wahr

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Umsetzungsschritte/Methoden	Problembereiche
Schule	Med in Nordrhein-Westfalen	(D) Nordrhein-Westfalen/Essen	Projekt „Support 25“ (Liasiondienst der KJP im Jobcenter Essen): Fallmanager /ÄDPD weist bei Verdacht auf psychische Probleme Jugendliche auf kostenlose Beratung bei Support-25-Team vor Ort hin (freiwillig!), Durchführung von Diagnostik sowie weiterführende Diagnostik- und Therapieempfehlung; Schulvermeiderambulanz: Diagnostik innerhalb von 2 bis 4 Wochen nach Vorstellung sowie Überweisung in Therapie in Schulvermeiderambulanz oder in niedergelassenen Praxen für KJP; nach 9 Wochen Therapie folgt Entscheidung, ob Therapie weiterhin ambulant oder ob eine stationäre Aufnahme; Erstellung eines eigenen Therapiemanuals für Schulvermeider mit seelischen Problemen für die Therapie in der Ambulanz; Beratungsstelle „Schulvermeidendes Verhalten“: zentrale Vermittlungs- und Clearingstelle in Ruhrlandschule für Kranke, niederschwelliger Zugang	-
	„Komplexer Hilfebedarf“ – Perspektiven der Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule	(D) Sachsen/Leipzig	1. 2004 wurde eine Kooperationsvereinbarung zwischen 2 KJP-Kliniken in Leipzig und dem Jugendamt entwickelt: Vereinbarungsinhalte sowohl fallübergreifend (z. B. Kindeswohlgefährdung, Krisenintervention, Fallauswertungen etc.) als auch fallbezogen; zudem werden jährlich auf Leitungsebene Kooperationserfahrungen bilanziert, Einzelfälle diskutiert, Schlussfolgerungen zur Weiterentwicklung gezogen; 2. Landesmodellprojekt zur Überarbeitung der Kooperationsvereinbarung unter zusätzlicher Einbeziehung von Schule und ambulanten Partnern (niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten); 3. seit Februar 2011 existiert eine neue Kooperationsvereinbarung, die eine größere Anzahl von relevanten Akteuren einbindet; zudem werden in Arbeitsgruppen aktuelle Themen, bei denen sich Abstimmungsbedarf zeigt, diskutiert	Verbesserungspotenziale bei der Kooperationsvereinbarung von 2004 und deren Umsetzung: » Schaffung von noch größerer Transparenz: Festlegung von verbindlichen und jederzeit abrufbaren Regelungen, institutionsinterne Schulungen bzw. Arbeitstreffen mit Partnern zu Information und Austausch über institutsspezifische Regelungen sowie die Kooperationsvereinbarung; » klare Abgrenzung in der definitorischen Bestimmung von Fallsteuerung und Fallverantwortung; » Weiterentwicklung der Kooperationsvereinbarung in Hinblick auf Verbesserung der Handhabbarkeit und Lesbarkeit, Hervorheben der Handlungsorientierung, Verabreden und Festschreiben praxisrelevanter Arbeitsschritte, Entwicklung verbindlicher Strukturen (Fallsteuerung, Moderation ...), Verständigung über die Zielgruppe sowie Sicherstellung qualifizierter Evaluation

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Umsetzungsschritte/Methoden	Problembereiche
Schule				» Einbindung ambulanter Partner sowie des Bereichs Schule in die Weiterentwicklung der Kooperationsvereinbarung; rechtzeitige Einbindung der Eltern
aufsuchende Betreuung	Aufsuchendes, multimodales ambulantes Behandlungsprogramm für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte	(D) Baden-Württemberg; Bayern; Niedersachsen	gemeinsames Fallkonzept mit der Integration von pädagogischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Interventionen; zentrale Bausteine des Programms waren: » Errichtung ambulanter Liaisondienste in Form von aufsuchenden Sprechstunden eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Einrichtungen, » Behandlungskontinuität, » intensive Psychoedukation, » Vereinbarung einer Kriseninterventionsvereinbarung, » störungsspezifische Gruppeninterventionen	abwehrende Haltung einiger Mitarbeiter beider Disziplinen, überzogene Erwartungen an die jeweils andere Berufsgruppe, uneinheitliche Sprache
	„Outreaching-Teams“	(BE) Belgien	Interventionen im eigenen Umfeld, z. B. in Zusammenhang mit der Schule oder mit anderen familiären Hilfeinrichtungen	-
	Intersektorale Zusammenarbeit in England („outreach service“)	(UK) England	Etablierung von „outreach services“: Ausgehend von spezialisierten KJP-Einrichtungen, werden Einrichtungen der Basisversorgung, Einrichtungen anderer Versorgungsbereiche sowie Patienten zuhause betreut und beraten. Die aufsuchende Versorgung kann spontan für einzelne Fälle durch spezielle Personen, die in Teams anderer Sektoren integriert sind, erfolgen	-
	Liaisondienst in der stationären Jugendhilfe	(CH) Bern; Basel; Winterthur; Thurgau	Erarbeitung eines gemeinsamen Fallverständnisses gemeinsam mit den sozialpädagogischen Fachkräften in der Jugendhilfe; Kernelemente der Liaison sind: aufsuchende Sprechstunden, Teambesprechungen und -fortbildungen, Supervisionen, feste Kriseninterventionsvereinbarungen	-
gesetzliche Grundlagen	Vernetzung von Hilfen auf kommunaler Ebene in Rheinland-Pfalz	(D) Rheinland-Pfalz	Aufbau von lokalen und interdisziplinären Netzwerken (Netzwerkkonferenzen und Arbeitsgruppen); Entwicklung früher Hilfen; Förderung der Früherkennungsuntersuchung; Einrichtung der Servicestelle Kinderschutz	fehlende Zeitressourcen; langfristige Gesamtplanung; unzureichende Informationen; Schwierigkeiten mit dem Datenschutz; Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Netzwerkpartnern

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Umsetzungsschritte/Methoden	Problembereiche/Umsetzung
gesetzliche Grundlagen	Bundeskinderschutzgesetz	(D) Deutschland	Förderung des Aus- und Aufbaus früher Hilfen und verlässlicher Netzwerke; Regelungen für mehr Handlungs- und Rechtssicherheit; Schaffung verbindlicher Standards; Einführung von aussagekräftigen statistischen Daten	Zweifel, ob strukturelle Leistungsgrenzen von Netzwerken durch eine schematische Festschreibung im Bundesrecht überwunden werden können; keine finanzielle Beteiligung seitens des Gesundheitsressorts; bei der Begeisterung für Netzwerke werden die hohen Ansprüche oft übersehen.
	SGB VIII (§ 35a)	(D) Deutschland	Der Facharzt/Psychotherapeut stellt fest, ob Eingangsvoraussetzungen einer psychischen Störung nach § 35a vorliegen, und bestätigt dies in einem Gutachten / einer Stellungnahme für das Jugendamt, welches dann die Auswirkungen dieser Störung in Bezug auf die Teilhabe prüft und geeignete Hilfen implementiert.	fehlende Präzisierung des Feststellungsverfahrens bezüglich der Teilhabebeeinträchtigung (fehlende Standards); Aufteilung der Zuständigkeiten hat aufwendige Zuordnungsbemühungen zur Folge (Unterscheidung zwischen geistiger, psychischer und seelischer Behinderung)
	„Joint policy“ / „youth care act“	(NL) Niederlande	Einführung des „Youth care act“; flächendeckende Versorgung mit Jugend- und Familienzentren und Schulberatungsteams sowie Einrichtung von Jugendämtern als gemeinsame Zuweisungsstelle zur spezialisierten Versorgung in diesen Bereichen	Hauptkritikpunkt: praktische Implementierung der gemeinsamen Strategie. Die meisten Überweisungen zur spezialisierten psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen werden weiterhin durch Allgemeinärzte getätigt, und auch Kinder und Jugendliche mit geistigen Behinderungen werden nur selten in „youth care agencies“ behandelt; Vorgehen der Jugendämter zu bürokratisch, Implementierungskosten zu hoch
stationäre KJP	Strategien der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe im oberschwäbischen Raum	(D) Baden-Württemberg/Ulm	Folgende Schritte wurden gesetzt: 1. geregelte Wege der Information und wechselseitige Einbeziehung im Sinne des § 35a SGB VIII (z. B. frühzeitige Informationen des Jugendamtes über stationäre Aufnahme), 2. fallbezogene Kommunikation und Kooperation in Krise (kurzzeitige Aufnahme in KJPP unter der Bedingung, dass das Kind wieder in dieselbe Einrichtung zurückkehrt); 3. Heimkindersprechstunde (KJPP besucht Heime, schaut sich Kinder frühzeitig an, berät Teams in Hinblick auf mögliche Therapien)	

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Umsetzungsschritte/Methoden	Problembereiche
stationäre KJP	Kooperationsvereinbarung zwischen Jugendhilfe und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	(D) Baden-Württemberg/Stuttgart	<p>Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung mit folgenden drei Bausteinen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. „Der heiße Draht“: für akute Einzelfälle, wenn Zusammenarbeit nicht funktioniert, sollen fallbezogen die jeweiligen Leitungen eingeschaltet werden; Nutzung muss dokumentiert werden und wird ausgewertet;</li> <li>2. Kooperationsrunde JH und KJP: 3x jährlich; Drauf- und Rückschau auf Kooperationsfälle (wenn möglich, nicht aktuell laufende); Aufgabe: Verständigung über förderliche &amp; hinderliche Faktoren der Kooperation, Suche nach strukturellen Verbesserungsmöglichkeiten und fehlenden Unterstützungsstrukturen; Teilnehmer: 1 Vertreter KJP, JA und Erziehungshelferträger; plus wechselnd Fachkräfte, die Fälle einbringen;</li> <li>3. jährliches Spitzengespräch: mit Leitungen der KJP und JA, zwei Verantwortlichen für Kooperationsgespräche und einem Jugendhilfeplaner; Auswertung und Bewertung der Ergebnisse der anderen beiden Bausteine; Bestimmung der Aufmerksamkeitsrichtung für folgendes Jahr</li> </ol>	-

Tabelle A 4:

## Übersicht Modellprojekte (Zielerreichung, Weiterführung des Projektes, Laufzeit, Quellen)

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Zielerreichung	Weiterführung des Projektes	Laufzeit	Quellen
regionale Ebene	Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Hessen	(D) Hessen	alle Projektziele erreicht: Entwicklung verbindlicher Arbeits- und Kommunikationsstrukturen, Schaffung einer Grundlage für eine qualifizierte Kooperation, Versorgung und Behandlung junger Menschen mit komplexem Hilfebedarf, keine neuen Spezialeinrichtungen, Entwicklung kooperativer Arbeitsansätze, regionale Kooperation wird fortgesetzt	Wunsch nach Abschlussprojekt mit anderen inhaltlichen Schwerpunkten, aber gleicher Struktur, daraus entstand Projekt „Prävention und Krisenintervention in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Hessen 2006“	2004–2006	Nöcker/Bischoff (2003, 2006)
	Interdisziplinäre Fallberatung IkoFa – Kooperationsverbund Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugend- und Drogenberatung sowie Schule im Vogelsbergkreis	(D) Hessen/ Vogelsbergkreis	Zusammenarbeit durch die Teilnahme am Kooperationsprojekt positiv verändert, IkoFa tagt regelmäßig	–	Beginn 2009	Otte-Frank/ Mühleck (k. A.)
	Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen Kooperationsprojekt Hochtaunuskreis	(D) Hessen/ Hochtaunuskreis	Kooperationsgespräche erweitert; Zufriedenheit mit Kooperationsvereinbarung	Fragen der Prävention und Früherkennung psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und die Früherkennung von Teilleistungsstörungen in Schulen für weitere Fachgespräche relevant	2004–2006	Miot (2006)
	Kooperationsvereinbarung zwischen Kreisjugendamt Groß-Gerau und der Klinik für Psychotherapie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Riedstadt	(D) Hessen/ Groß-Gerau	Zusammenarbeit konnte durch die Erstellung des Kooperationspapieres intensiviert werden; Fortbildungsveranstaltung führten durch intensiven Informationsaustausch zur Erhöhung des Verständnisses füreinander; weitere Maßnahmen noch notwendig zur Verbesserung der Kooperation	Für 2006 waren noch gemeinsame Termine geplant	Beginn 2003	Meyer/Markloff (2006)
	Clearingstelle für suchtgefährdete und suchtmittelabhängige Kinder und Jugendliche	(D) Hessen/Kassel	Mit der Erarbeitung eines Handlungs- und Kooperationsleitfadens wurde begonnen, der dabei helfen soll, gemeinsam entwickelte Strategien zur Früherkennung und Frühintervention in diesem Arbeitsfeld zu implementieren	Bei Eröffnung einer Station zum qualifizierten Entzug von suchtmittelabhängigen Kindern und Jugendlichen wird erneut konzeptionelle und verfahrenstechnische Abstimmung mit der Clearingstelle erfolgen.	Beginn 2004	Jugendamt Landkreis Kassel (Hg.) (2006)

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A 4 – Seite 2 von 9

	Bezeichnung des Modells/Projektes	Land/Region	Zielerreichung	Weiterführung des Projektes	Laufzeit	Quellen
regionale Ebene	Projekt ALFI (Ablauf-Logistik für Institutionen)	(D) Hessen/ Frankfurt	Bessere Zusammenarbeit konnte erzielt werden.	ALFI ist mittlerweile ein fester Bestandteil der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Frankfurt	Beginn 2004	Kirschenbauer/ Gerhards (2005)
	Entwicklung integrierter Hilfeplanung und -umsetzung für auffällige Wiesbadener Jugendliche unter Beteiligung von Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Justiz	(D) Hessen/ Wiesbaden	Arbeitsergebnisse zunächst zurückhaltend (erstes Treffen der Kooperationspartner, Diskrepanz in Fachlichkeit, Handlungsstrategien, Problemdefinitionen, Lösungsvorschlägen und Erwartungen), Arbeitstreffen warfen häufig mehr Fragen als Antworten auf	Neue Planung zur Annäherung an eine wirkungsvolle Kooperation	Beginn 2004	Wiesbaden, Gebietskörperschaft (k. A.)
	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Verbund: Modell integrierter Hilfeplanung von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie	(D) Baden- Württemberg/ Bodenseekreis	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Verbund wurde gegründet; Hilfeplankonferenzen finden statt	JPV besteht	seit 2010	Feiri/ Hoehne (2011); Hoehne/ Feiri (2011)
	Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule	(D) Berlin	-	-	2000-2003	Senatsverwaltung für Gesundheit/ Senatsverwaltung für Bildung (2003)
	Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule in der Region Berlin Südwest	(D) Berlin	Alle Ziele erreicht, Analysephase wurde laut Angaben im Abschlussbericht nicht durchgängig zufriedenstellend abgeschlossen.	-	2005-2008	Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg (Hg.) (2009)
	Bericht der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für den Landespsychiatriebeirat Berlin	(D) Berlin	-	-	Veröffentlichung: 25. 11. 2008	Naumann/Bilke (2008)
	Bericht der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für den Landespsychiatriebeirat Berlin Teil II – Ambulante Versorgung	(D) Berlin	-	-	Veröffentlichung: 3. 6. 2010	AG KJPP (2010)
	Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste in Berlin (KJPD)	(D) Berlin	-	laufend	k. A.	Pewesin (2011)

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A 4 – Seite 3 von 9

	Bezeichnung des Modells/Projekt	Land/Region	Zielerreichung	Weiterführung des Projektes	Laufzeit	Quellen
regionale Ebene	Psychotherapie und Sozialpädiatrische Zentren innerhalb einer psychosozialen Pflichtversorgungsregion	(D) Berlin	Früherfassung einer komorbiden Störungssymptomatik bei jungen Kindern konnte gesichert werden. Es zeigte sich ein hoher psychischer Behandlungseffekt (10 Klienten).	-	2001-2003	Hübler (2004)
	Hamburger Handlungsleitfaden für eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie	(D) Hamburg	-	Bis Juni 2012 wurden neun Kooperationskonferenzen abgehalten.	2006-2007	BSG Hamburg (2007); Stelter (2012)
	Damit sich Kompetenzen ergänzen. Kooperationsleitfaden für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Jugendhilfe im Rheinland	(D) Rheinland-Pfalz	Etablierung von Kooperationsaktivitäten unterschiedlicher Intensität und Reichweite, ca. 45 % der 89 Jugendämter des Rheinlandes für eine verbindliche Kooperationsstruktur mit Kinder- und Jugendpsychiatrien gewonnen, an einem Standort jährliches Arbeitstreffen zur Zusammenarbeit mit Beteiligung weiterer sechs Jugendämter	-	Veröffentlichung: 09. 2007	Möller et al. (2010)
	Die Schwierigsten der Schwierigen: Das Kooperationsmodell eXtreme	(D) Rheinland-Pfalz	Von den bisher fünf begleiteten Kindern für vier in der Region eine geeignete Hilfeform entwickelt, damit verhindert, dass diese Kinder zwischen Einrichtungen und Kinder- und Jugendpsychiatrie pendeln oder in individualpädagogische Maßnahmen ins Ausland verschickt werden	-	k. A.	Möller et al. (2010)
	Essstörungen: Das Kooperationsmodell WABE	(D) Rheinland-Pfalz	-	-	Beginn 2002	Möller et al. (2010)
	ADHS: Zwei Professionen arbeiten zusammen	(D) Rheinland-Pfalz	Die Ergebnisse wurden mithilfe der „CBCL Child Behavior Checklist“ und des „TRF Teachers Report“ ausgewertet und als effektiv beurteilt (N = 12)	-	Beginn 2002	Möller et al. (2010)
	Kooperation als Voraussetzung einer qualifizierten Versorgung junger Suchtkranker	(D) Rheinland-Pfalz	spezialisierte stationäre Angebote und sozialtherapeutische und Nachsorge-Wohngruppen	Erste Jugendhilfeeinrichtung für die Nachsorge dieser Kinder und Jugendlichen eröffnet, für das Jahr 2007 sind weitere Öffnungen zu erwarten.	Beginn 2005	Möller et al. (2010)
	Selbstverletzendes Verhalten	(D) Rheinland-Pfalz	-	-	k. A.	Möller et al. (2010)

Fortsetzung nächste Seite



Fortsetzung Tabelle A 4 – Seite 4 von 9

	Bezeichnung des Modells/Projekt	Land/Region	Zielerreichung	Weiterführung des Projektes	Laufzeit	Quellen
regionale Ebene	Suizidalität im Kindes- und Jugendalter	(D) Rheinland-Pfalz	-	-	k. A.	Möller et al. (2010)
	NBQM Managementkonzept	(D) Rheinland-Pfalz	insgesamt positive Bilanz, Intensivierung der Kooperationsbeziehungen zwischen den Akteuren und Verbesserung der Zusammenarbeit, Aktivierung der Leitungsebenen	laufend	Erstversion seit 2006; Neuversion seit 2010	Brederode et al. (2010)
	Kooperationsansätze im Landkreis Ostvorpommern, Mecklenburg-Vorpommern	(D) Mecklenburg-Vorpommern/ Ostvorpommern	s. Umsetzungsschritte	-	k. A.	Paul (2011)
	Kooperationsansätze in Duisburg	(D) Nordrhein-Westfalen/ Duisburg	gute Erfolge bei der Arbeit der Netzwerke, NBQM: erst 2010 gestartet, noch keine augenfälligen Veränderungen oder Verbesserungen, hohe Fachlichkeit in AG-Sitzungen	-	seit 2002	Krützberg (2011a, 2011b)
	„Children’s trusts“	(UK) England	-	Mit der neuen Regierung 2010 wurden die „Children’s Trusts“ wieder abgeschafft	2003-2010	Mommerency et al. (2011)
	„Integrierte Versorgung“ von Kindern und Jugendlichen	(BE) Belgien/ Flandern	noch nicht abgeschlossen, da weitreichende Veränderungen notwendig sind	laufend	seit 2001	Mommerency et al. (2011)
	Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst (KJPD) im Kanton Basel-Landschaft	(CH) Basel-Landschaft	-	-	seit 1980	Direktion Kantonale Psychiatrische Dienste Baselland 2011 sowie 2010
	Kooperative Versorgung durch KJPP von durch Suchtmittelabhängigkeit bedrohten psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (Schleswig)	(D) Schleswig-Holstein/Schleswig	Bei den verschiedenen Helfern entstand durch die gemeinsame Projektarbeit eine größere Bereitschaft und eine konstruktive Sensibilisierung für verbindliche Kooperation.	abgeschlossen	2001-2003	Stolle (2004)
Vernetzte Hilfen in Rostock	(D) Mecklenburg-Vorpommern/ Rostock	Errichtung von vier Lernwerkstätten zwischen 2000 und 2010 mit unterschiedlichen Schwerpunkten	-	2000-2011	Berthold/ Benz (2011)	

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A 4 – Seite 5 von 9

	Bezeichnung des Modells/Projekt	Land/Region	Zielerreichung	Weiterführung des Projektes	Laufzeit	Quellen
regionale Ebene	Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche durch Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendamt, Gesundheitsamt, Sozialamt und Bildungswesen	(D) Sachsen-Anhalt	Erreichen von Niederschwelligkeit der gegenseitigen Inanspruchnahme bei komplexen Hilfeplanungen; verbesserte Zeitökonomie bei der Fallbearbeitung, Effektivitätssteigerung der Arbeit; Verminderung der Stigmatisierung der Fachdienste untereinander; früher einsetzender gemeinsamer Lösungsansatz; hohe Zufriedenheit der Sorgeberechtigten	Nach Abschluss der Projekte Neuformulierung der Vereinbarungen, Interesse von anderen Landkreisen für Projekte	1999–2002	Jungmann (2002)
	Kooperation und Koordination zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Jugendhilfe: Das Projekt „KuK“ im Jugendamt Dortmund	(D) Nordrhein-Westfalen/ Dortmund	Es wurden verbindliche Kooperationsvereinbarungen entwickelt; das Verständnis für die Arbeit der jeweils anderen Institutionen konnte ansatzweise verbessert werden.	Das Projekt bzw. eine kontinuierliche Kooperation mit der Dortmunder Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht weiter.	1998–2000	Dreistein (2004, 2012)
	Projekt JUST in Ravensburg: Projekt mit drogenabhängigen Jugendlichen	(D) Baden-Württemberg/ Ravensburg	Erfolge waren klar nachweisbar (laut Begleitevaluation).	Keine Aussicht auf Regelfinanzierung des Projekts trotz unabwiesbarer Erfolge → Arbeit aufgrund wirtschaftlicher Gründe eingestellt	2007–2011	Benz (2011)
niedergelassene K/P	Vernetzung von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Pädiatrie (Uchtsprünge)	(D) Sachsen-Anhalt/ Uchtsprünge	Die Beurteilung des Behandlungserfolgs war großteils positiv: personelle und finanzielle Kapazitäten wurden effektiver genutzt (weniger „Psychiatrietourismus“); die Zufriedenheit der Behandler und Behandlerinnen konnte erhöht werden; Verbesserung der psychosozialen Betreuung von Kindern und Jugendlichen durch Kooperation, solange gegenseitige Achtung, Wertschätzung und Akzeptanz vorhanden waren; Abbau von Vorbehalten und Ängsten der Eltern und Klienten und zu einer Veränderung der Sichtweise über die kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit	–	2001–2003	Lischka/ Neumann (2004)

Fortsetzung nächste Seite

	Bezeichnung des Modells/Projekt	Land/Region	Zielerreichung	Weiterführung des Projektes	Laufzeit	Quellen
niedergelassene KJP	Integrative Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie durch Kombination praxisgeleiteter und klinikgeleiteter Behandlungsstrukturen (IBKJPP)	(D) Baden-Württemberg/ Weinsberg/ Heilbrunn	positive Ergebnisse der Einführung dieser Kooperationsstrukturen: Überblick über und Transparenz aller Behandlungsmaßnahmen, Minimierung von Informations- und Reibungsverlusten, verbesserte Beziehungskontinuität zwischen Arzt und Patient, höhere Motivation zur Zusammenarbeit bei den Betroffenen, deutlichen Symptomverbesserungen sowie Stabilisierung von Umfeld und Familie bei allen Modell-Patienten und -Patientinnen; Kosteneinsparung erwartet trotz anfangs höheren Aufwands durch Klinikfinanzierung des niedergelassenen Arztes infolge einer Verkürzung der gesamtklinischen Verweildauer (war bei meisten Modell-Patienten der Fall) , aber für verlässliche Überprüfung bedarf es größerer Fallzahl	-	2001-2003	Jungmann/Seitz (2004)
	Ärztliche Schwerpunktpraxen	(D) Deutschland	Vorteile von SPV-Praxen: ermöglichen eine multimodale Arbeitsweise, die Anwendung breit gefächerter Methoden und Schwerpunkte, Schließen von Versorgungslücken als Folgen der Finanzierungslücken, Erleichterung des Umgangs mit schwierigen Patienten durch kurze Wege und Erreichbarkeit der Ärzte und Teammitglieder, gutes Arbeitsklima durch demokratische Problemlösungen und Abstimmungswege, Sparen von stationären Kosten, Gemeindenähe, Möglichkeit der Lastenverteilung auf das Team im Sinne der eigenen Psychohygiene	Seit 18. 2. 2009 ist der Beitritt zur Sozialpsychiatrievereinbarung nun deutschlandweit für alle Krankenkassen Pflicht	seit 1994	Jungmann/ Roosen-Runge (2004), Schydlo (2005), Roosen-Runge (2000a), Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, Roosen-Runge (2000b), Rhein, N. (2005), Runschke (2005), Schepker (2005), Kühl (2005), Rhein, M. (2005)

Fortsetzung Tabelle A 4 – Seite 7 von 9

	Bezeichnung des Modells/Projekt	Land/Region	Zielerreichung	Weiterführung des Projektes	Laufzeit	Quellen
niedergelassene KJP	Integrierte Versorgung zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und psychosomatischen Störungen	(D) Baden-Württemberg	Positive Entwicklung der Kommunikation zwischen beteiligten Ärzten (Klinik/niedergelassene); effektivere und besser auf Bedürfnisse des Jugendlichen zugeschnittene Behandlung; keine Wartezeiten bei Aufnahme in Klinik, Verminderung der Wiederaufnahmeraten und Fallkosten	Vertragsbeziehung existiert noch	seit 2005	Haug et al. (2009)
	Integrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus durch Kooperation zwischen KJPP und Schule (Landshut)	(D) Bayern/Landshut	Edukative Vermittlung störungsspezifischer Kenntnisse und Fertigkeiten im schulpädagogischen Umfeld wirkte sich präventiv auf krisenhafte Zuspitzungen und Krankenhaus-Bedürftigkeit aus; die Schwelle der Inanspruchnahme und die Akzeptanz wurde durch die Kooperation verbessert; eine Erweiterung der Maßnahmen um heilpädagogische Förderung und unterrichtsbegleitende Integrationshilfe durch die Beratungsschule wäre sinnvoll.	-	2001-2003	Aster et al. (2004)
Schule	„Aufsuchende Schulsprechstunden“ der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des LVA-Klinikums Essen	(D) Nordrhein-Westfalen/Essen	Evaluierung ergab positives Ergebnis: <ul style="list-style-type: none"> <li>» Es konnten Schüler und Eltern eingebunden werden, die sonst keine Hilfe in Anspruch genommen hätten,</li> <li>» das Setting Schule wurde als überwiegend erleichternd für Kontaktaufnahme empfunden,</li> <li>» die Gespräche mit der Psychologin wurden als offen und verständnisvoll erlebt,</li> <li>» es wurde eine deutliche Absicht signalisiert, Empfehlungen umzusetzen</li> <li>» es gab eine große Bereitschaft, Sprechstunde erneut zu besuchen oder diese weiterzuempfehlen,</li> <li>» insgesamt wurde hohe Zufriedenheit mit der Beratung signalisiert.</li> </ul>	Aufgrund des positiven Ergebnis wurden Sprechstunden über den Projektzeitraum hinaus fortgesetzt.	k. A.	Metzelaars (2011)
	Med in Nordrhein-Westfalen	(D) Nordrhein-Westfalen/ Essen	Projekt läuft noch	Projekt läuft noch	seit 2007	Reissner (2011)

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A 4 – Seite 8 von 9

	Bezeichnung des Modells/Projekt	Land/Region	Zielerreichung	Weiterführung des Projektes	Laufzeit	Quellen
Schule	„Komplexer Hilfebedarf“ – Perspektiven der Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule	(D) Sachsen / Leipzig	Die Kooperationsvereinbarung von 2004 brachte Verbesserungen in mehreren Bereichen: mehr Transparenz in den Verfahrensabläufen, mehr Klarheit im Zusammenhang mit Fallsteuerung und Fallverantwortung, mehr Verbindlichkeit in der Einhaltung von Absprachen, mehr Beteiligung von Eltern und vor allem eine genauere Kenntnis der jeweils anderen Seite.	Die Kooperationsvereinbarung von 2011 gilt zunächst für zwei Jahre und verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern nicht einer der Kooperationspartner kündigt.	seit 2004	Haller (2011), Jugendamt Leipzig (2009), Keil (2012)
aufsuchende Betreuung	Aufsuchendes, multimodales ambulantes Behandlungsprogramm für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugend-psychiatrischer Behandlungsaufenthalte	(D) Baden-Württemberg; Bayern; Niedersachsen	Durch die Intervention konnten mehr Kinder und Jugendliche fachärztlich betreut werden; es kam zu weniger stationären Pflagetage; es zeigte sich ein positiver Verlauf von psychischen Symptombelastungen und ein Anstieg von psychosozialem Funktionsniveau und Lebensqualität.	Nach Abschluss des Projekts fand eine gemeinsame Sitzung mit Teilnehmern der JH, KJP, Krankenkassen und Politik statt: Diskussion der Ergebnisse und Erarbeitung von Ideen für eine flächendeckende Umsetzung des Versorgungsmodells in der Praxis; Erarbeitung eines gemeinsamen Positionspapiers für Kooperation von JH und KJP.	2005–2007	Goldbeck / Fegert (2008)
	„Outreaching-Teams“	(BE) Belgien	13 Teams etabliert	laufend	k. A.	Mommerency et al. (2011)
	Intersektorale Zusammenarbeit in England (“outreach service”)	(UK) England	verschiedene Projekte wurden umgesetzt (z.B. TaMHS)	Ist in die Versorgung integriert.	k. A.	Mommerency et al. (2011)
	Liaisondienst in der stationären Jugendhilfe	(CH) Bern; Basel; Winterthur; Thurgau	Durch enge Kooperation (Jugendhilfe, KJP-Klinik) konnten Krisen und stationäre Aufnahmen reduziert werden;	Ist in die Versorgung integriert.	k. A.	Schmid (2012a, b, c)

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A 4 – Seite 9 von 9

	Bezeichnung des Modells/Projekt	Land/Region	Zielerreichung	Weiterführung des Projektes	Laufzeit	Quellen
gesetzliche Grundlagen	Vernetzung von Hilfen auf kommunaler Ebene in Rheinland-Pfalz	(D) Rheinland-Pfalz	Frühe Hilfen von den Eltern angenommen; lokale Netzwerke helfen dabei, die Arbeit vor Ort aufeinander abzustimmen	-	März 2008	Porr/Scholten (2011); LiKindSchuG
	Bundeskinderschutzgesetz	(D) Deutschland	-	-	Fassung vom 1. 1. 2012	BMFSFJ (2012b, 2012a); Turba (2012)
	SGB VIII (§ 35a)	(D) Deutschland	-	laufend	Fassung vom 1. 10. 2005	Feggert et al. (2008); Roosen-Runge (2011); Wiesner (2011)
	„Joint policy“ / „youth care act“	(NL) Niederlande	„Youth care act“ großteils positiv bewertet; effizientere Zusammenarbeit innerhalb der traditionellen Bereiche der Jugendsozialhilfe	Regierung nimmt sich der Umsetzungsprobleme an.	seit 2005	Mommerency et al. (2011)
stationäre KJP	Strategien der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe im oberschwäbischen Raum	(D) Baden-Württemberg/Ulm	größere Offenheit und Differenziertheit für die Sicht des anderen Systems (z. B. Gabe von Medikamenten), Entlastung der Heime, größere Beziehungskonstanz für betroffene Kinder und Jugendliche	Maßnahmen sind in die Versorgung integriert.	k. A.	Kölch (2011)
	Kooperationsvereinbarung zwischen Jugendhilfe und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	(D) Baden-Württemberg/Stuttgart	Verbesserung des Klimas zwischen KJP und JH; größere Sicherheit, Konflikte schnell ansprechen zu können; Wertschätzung ist gewachsen; gemeinsame Perspektiven sind wieder möglich, und gemeinsame Projekte werden angedacht.	Für 2011 ist das Augenmerk auf einzelne Aspekte der Kooperation im Einzelfall gerichtet (z. B. Standards der Zusammenarbeit, Übergabemodalitäten, Auftragsklärung)	seit 2009	Schmitt-Althaus (2011)

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung