

## „Vom Kind und der Familie aus denken, nicht von den Institutionen“

### **Ein gemeinsames Positionspapier zur Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie - BAG KJPP, des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – BKJPP, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – DGKJP sowie der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ**

Im Interesse der von ihnen unterstützten jungen Menschen müssen Fachkräfte an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (KJPP) und Kinder- und Jugendhilfe (KJH) ihre Zusammenarbeit gestalten. Um sowohl und zuallererst für die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, aber auch für die beteiligten Professionen, die Zusammenarbeit sinnvoll und möglichst erfolgreich zu gestalten, bedarf es einer guten Kooperation. Hierzu sind beide Bereiche, die u.a. aufgrund ihrer unterschiedlichen Verortung im Sozialgesetzbuch auch Systeme genannt werden, in ihren unterschiedlichen Arbeitskontexten und teils unter Einbeziehung weiterer Systeme gefordert. Im Folgenden findet eine Fokussierung auf hilfeplan(analog) gesteuerte Hilfen statt, obgleich damit die Bandbreite der Arbeitszusammenhänge keinesfalls vollumfänglich erfasst wird.

Die Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) und die kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände (BAG KJPP und BKJPP) und die wissenschaftliche Fachgesellschaft des medizinischen Fachgebietes KJPP (DGKJP) bestärken die in den Strukturen vor Ort tätigen Personen, sich dieser Zusammenarbeit zielgerichtet zu widmen und diese auch bei bereits bestehenden guten Kooperationsbeziehungen weiter voranzubringen. Mit dem Ziel, diese Zusammenarbeit im Sinne eines „Vom Kind und der Familie aus denken, nicht von den Institutionen“ zu fördern und bestehende Prozesse zu unterstützen, und um ggf. auch eine erneute Reflexion über bereits erstellte Kooperationsvereinbarungen anzuregen, haben sich AGJ, BAG KJPP, BKJPP und DGKJP als auf Bundesebene tätige Akteure auf folgende Positionen und Empfehlungen verständigt.<sup>1</sup>

#### **I. Historische Einordnung der Dichotomie beider Bereiche und daraus resultierende Schwierigkeiten**

KJH und KJPP haben gemeinsame Wurzeln, aber auch unterschiedliche Entwicklungslinien, die bis heute noch eine Grundlage ihrer Arbeit bilden. Mit der Professionalisierung der Erziehung, der öffentlichen Fürsorge und des Gesundheitswesens waren Kinder und Jugendliche im Fokus sowohl der Armen- und Jugendfürsorge des späten 19. Jahrhunderts als auch der

<sup>1</sup> Diesem Papier ging ein Verständigungsprozess innerhalb der jeweiligen Bereiche vorweg. Die 2015 entstandenen Papiere sind abrufbar unter: <https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2015/Kinder- und Jugendpsychiatrie und KJH .pdf> sowie [http://www.dgkjp.de/images/files/dgkjp/Jugendhilfe/Kooperation\\_KJP\\_KJH.pdf](http://www.dgkjp.de/images/files/dgkjp/Jugendhilfe/Kooperation_KJP_KJH.pdf).

sich entwickelnden medizinischen Professionalisierung. Um die „Definitionshoheit“, wer für benachteiligte Kinder und Jugendliche bzw. Kinder und Jugendliche mit Auffälligkeiten am besten die Entwicklung beeinflussen könne und wer in der Betreuung und Behandlung die Vorrangstellung innehat, bestand früh eine Auseinandersetzung. Beiden Bereichen gemeinsam ist, dass sie sich - ausgehend von wissenschaftshistorisch gut belegten und zeitgebunden einzuordnenden paternalistisch ausgerichteten Methoden, die insbesondere auch die Kontrolle der Kinder und Familien zum Inhalt hatten (inkl. der Folge der Stigmatisierung und Diskriminierung) – in ihrer Methodik weiterentwickelt, und inzwischen die Partizipation der betroffenen Kinder und Jugendlichen und der Familien im Hauptfokus haben. Vorrangig zielen beide Bereiche damit auf individuelle Unterstützung ab.

Die Kinder- und Jugendhilfe hat sich ausgehend von einem Selbstverständnis der Interdisziplinarität Sozialer Arbeit als Beratungsprofession an die Seite ihrer Adressatinnen und Adressaten gestellt, um ihnen bei der Selbstbefähigung, der Überwindung von Konflikten und Belastungen und der Ermöglichung einer förderlichen Entwicklung zu helfen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat sich in ihrer fachlichen Entwicklung an medizinischen Klassifikationen, sozialwissenschaftlicher, psychologischer, neurobiologischer und epidemiologischer Forschung ausgerichtet. Beide Systeme sind in der Betreuung derselben jungen Menschen und ihrer Bezugspersonen involviert. Beiden Systemen gemeinsam ist auch, dass sie bisweilen Aufgaben wahrnehmen, die ihnen im Rahmen des verfassungsrechtlichen Auftrags an die „staatliche Gemeinschaft“ (Art. 6 Abs. 2 GG) und mit dem Bundeskinderschutzgesetz explizit auch für KJPP benannt (§§ 3, 4 KKG) zum Schutz von Kindern übertragen sind. Allerdings arbeiten beide Bereiche auf der Basis unterschiedlicher Sozialgesetzbücher, die nur an wenigen Stellen aufeinander Bezug nehmen. Die KJPP arbeitet auf Grundlage des SGB V, die KJH auf Basis des SGB VIII. Zusätzlich tangieren weitere Sozialgesetzbücher (SGB II, III, IX, XII) die Arbeit beider Systeme. In den zugrundeliegenden gesetzlichen Regelungen folgen zuweilen differierende Logiken, die die Akteure in ihrer Arbeit binden, und die nicht immer im jeweils anderen Bereich bekannt sind.

Vorbehalte und Vorurteile gegenüber dem jeweils anderen Bereich bestehen. Sie beruhen teils auf den dargestellten historischen Zusammenhängen, teils auf persönlichen Erfahrungen, teils auf kolportierten Unterstellungen, auf jeweils systemimmanenten Bedingungen (wie etwa den zugrundeliegenden Sozialgesetzbüchern), sowie auch auf professionellen Kulturen. AGJ, BAG KJPP, BKJPP und DGKJP ist es wichtig, dazu aufzufordern, sich selbst von nachvollziehbaren Vorbehalten oder gar nach erlebten Enttäuschungen zwischen den Bereichen nicht im Bemühen um weitere Verbesserungen der Zusammenarbeit hindern zu lassen. Der in beiden Bereichen bestehende Wille, sich an den Interessen und Bedarfen der gemeinsamen Adressatinnen und Adressaten auszurichten, bildet eine tragfähige Grundlage für eine Annäherung der Systeme und es bestehen beiderseitige Bestrebungen, eine dauerhaft gute und tragfähige Kooperation zu etablieren. Es bedarf dazu gemeinsamer Anstrengungen, die Rahmenbedingungen für die Kinder und Jugendlichen, die von beiden Systemen betreut werden, zu verbessern – sowohl bzgl. der gesetzlichen Grundlagen als auch der Finanzierung der Systeme.

## **II. Gemeinsame Grundorientierung: Von Kind und Familie aus denken, nicht von den Institutionen**

Die Fachkräfte beider Bereiche sind auf die zunehmende Befähigung junger Menschen, auf die Stärkung ihrer Kompetenzen zur Ermöglichung altersgerecht eigenständiger, teilhabender Lebensführung ausgerichtet. KJH und KJPP arbeiten mit jungen Menschen in der Altersgruppe Kindheit/Jugend/Heranwachsen, mit ihren Familien und Bezugspersonen.

Beide Bereiche nehmen Entwicklungsverläufe in den Blick und sind gefordert, Antworten auf den Umgang mit Risikofaktoren für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zu finden (z. B. innerfamiliäre Konflikte, sozioökonomische Schwierigkeiten, Bildungsferne), die nicht selten transgenerational wirken. Eine relevante Zahl von Kindern und Jugendlichen bedürfen einer Unterstützung durch beide Hilfesysteme. In beiden Bereichen kommt es häufig zu sehr langen Hilfebeziehungen. Beratung und Beziehungsarbeit sind in beiden Bereichen zentrale Ansatzpunkte der Unterstützung.

Aufgabe der KJPP ist es, psychische Auffälligkeiten zu diagnostizieren bzw. auszuschließen, bestehende psychische Auffälligkeiten soweit als möglich zu behandeln, bzw. deren Auswirkungen zu reduzieren und die Lebensbedingungen so zu verändern, dass eine rasche Genesung begünstigt bzw. –wo diese nicht (ausreichend) möglich ist – eine Chronifizierung vermieden wird.

In der KJH ist für die Fachkräfte der Zugang zur Lebenssituation des Kindes oder Jugendlichen, seiner Eltern, Geschwister und weiteren Bezugspersonen zentral, um in einem Arbeitsbündnis mit den Adressatinnen und Adressaten eine sozialpädagogische Diagnose vorzunehmen und um Hilfe anbieten und erbringen zu können, damit für das Kind oder den Jugendlichen förderliche Bedingungen und sichere Orte für das Aufwachsen und die weitere Entwicklung geschaffen werden können.

In beiden Bereichen spielt die Mitwirkung und Verständigungsbereitschaft der Kinder und Jugendlichen und deren Bezugspersonen bzw. die Berücksichtigung des Lebenskontexts der Kinder und Jugendlichen eine entscheidende Rolle für das Gelingen. Gerade zu Beginn einer Hilfebeziehung besteht oft eine hohe Ambivalenz mit Vorsicht, Zurückhaltung bis hin zu Ablehnung einerseits und einer dennoch auch hohen intrinsischen Motivation der Adressatinnen und Adressaten andererseits.

Fachkräfte beider Bereiche sind damit konfrontiert, dass das Scheitern einer Maßnahme zugleich die Chancen auf den Erfolg einer weiteren Maßnahme deutlich reduziert. Die Kinder und Jugendlichen haben häufig bereits Beziehungsabbrüche (in familiären und/oder auch in professionellen Hilfekontexten) erlebt. Es muss daher ein besonderes Anliegen der KJH wie auch der KJPP sein, neben den im jeweiligen System bestehenden Erfolgshemmnissen insbesondere auch die Schnittstelle zwischen den Systemen in den Blick zu nehmen und Brüche, wo immer möglich, zu vermeiden.

## **III. Ähnliche systemimmanente Herausforderungen**

### **1. Koordination komplexer Systeme**

Sowohl die KJH als auch die KJPP sind in sich komplexe Strukturen. Es gibt eine Vielzahl von Akteuren in beiden Systemen, die ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen mit unterschiedlichem Hintergrund, Expertise und Auftrag erbringen. Auf Seiten der KJH agieren die

Träger der öffentlichen (insb. als Leistungsträger) sowie der freien Jugendhilfe (als Leistungserbringer), auf Seiten der KJPP Leistungserbringer im ambulanten, teilstationären und stationären Sektor, sowie die Krankenkassen als Leistungsträger.

Im Bereich der KJPP finden sich ambulante Angebote im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten, zum großen Teil auch in sogenannten sozialpsychiatrischen Praxen mit komplexen Versorgungsmöglichkeiten. Die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen. Ambulant arbeiten auch die psychiatrischen Institutsambulanzen, die an Kliniken angeschlossen sind und für besonders komplexe Fälle ausgerichtet sind. Das KJPP-Angebot wird durch teilstationäre und vollstationäre Angebote ergänzt, die meist einen vertraglich definierten Versorgungsauftrag für eine Region wahrnehmen und dabei u.a. die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Notfallversorgung einschließlich der Möglichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen sicherstellen sollen.

Im Bereich der KJH wird die Angebotspalette vor Ort gemeinsam von Trägern der öffentlichen und freien Jugendhilfe geplant. Die Leistungskataloge im SGB VIII zeichnen sich dadurch aus, dass sie flexible Gestaltung je nach örtlichen Gegebenheiten ermöglichen. Hierzu gehört auch die Gestaltungsoffenheit für eine Herstellung von Anschlussfähigkeit des Angebots mit Leistungen und Strukturen aus anderen Systemen wie der KJPP.

Die tatsächliche Ausgestaltung beider Bereiche ist regional in Deutschland äußerst unterschiedlich. Im Bereich der KJPP ist regional die Infrastruktur, wie z. B. die Zahl von Krankenhausbetten, Anzahl der Praxen etc. sehr heterogen. Bezüglich der KJH sind die Strukturen sowohl regional auf Landesebene als auch kommunal auf Jugendamtsebene ebenfalls äußerst verschieden. Daraus ergibt sich, dass Kooperation zwischen beiden Bereichen in der Praxis je nach Region sehr divers sein wird. In der Praxis findet sich bereits viel Zusammenarbeit. Oftmals gelingt diese im Alltag. Kooperation findet dabei oft fallbezogen und ohne vertragliche Regelungen statt, in vielen Fällen aber auch über bereits bestehende Kooperationsvereinbarungen, die die Zusammenarbeit strukturieren.

Die Fachkräfte beider Systeme sind gefordert, nicht nur die Unterstützungsvielfalt innerhalb des eigenen Systems, sondern auch des jeweils anderen Systems und weiterer externer Kooperationspartner (Schule, Eingliederungshilfe, Jobcenter, Arbeitsagenturen, Drogenhilfe, Pädiatrie, Frühförderung, Frauenunterstützung etc.) in den Blick zu nehmen und den jeweils gemeinsam betreuten Kindern und Jugendlichen das Wissen, ggf. auch Zugänge zu Hilfen zu eröffnen, die für ihre Bedarfe passgenau sind. Dabei gilt es vor allem, den Zugang zum jeweils anderen System zu unterstützen. Der Impuls für eine Kooperation zwischen den beiden Bereichen wird teils von Dritten gegeben, so z. B. durch den Bereich Schule oder aber auch der Eingliederungshilfe. Gerade diese beiden Bereiche können ebenfalls wichtige und in einen Hilfeprozess einzubeziehende Kooperationspartner sein.

## **2. Platzmangel, Ausstattung, Fachkräftebedarf**

In beiden Bereichen sind die Mitarbeiter mit wachsenden Fallzahlen und zunehmendem Kostendruck konfrontiert. Neben begrenzten Ressourcen der Einrichtungen, Dienste und Angebote (Plätze, Ausstattung, zeitlicher Umfang) führt der gewachsene Fachkräftebedarf zu Lücken. Dies erleichtert die Kooperation nicht. Die Begründungsanforderung hinsichtlich der Effektivität von Maßnahmen, die entweder öffentliche Mittel (KJH) oder Mittel der Solidargemeinschaft (KJPP) verwenden, steigt gesellschaftlich. Effektivität des Mitteleinsatzes ist bei Entwicklungsverläufen von Kindern und Jugendlichen aufgrund der Multikausalitäten jedoch kaum

sinnvoll zu messen oder gar zu belegen. Dieses Problem ist beiden Bereichen in der Rechtfertigung gegenüber den Kostenträgern gemeinsam. Andererseits lässt sich demographisch und sozialwissenschaftlich belegen, dass beide Bereiche mit der Entwicklung konfrontiert sind, dass die von ihnen betreuten Personen immer weniger eigene Ressourcen, auch immer weniger Zukunftsperspektiven haben. Die transgenerationalen Belastungen in den Familien nehmen zu, gesellschaftliche Perspektiven für die am meisten beeinträchtigten Familien fehlen.

Beide Systeme teilen die Forderung nach einer auskömmlichen Finanzierung. Sie sind beide damit konfrontiert, dass sich die demographische Entwicklung, der Kostendruck und die damit verbundenen Probleme absehbar nicht ändern werden. In anderen gesellschaftlichen Bereichen angewendete Optimierungsmaßnahmen, wie der Einsatz von Hilfskräften oder gar technische Unterstützungen, können aufgrund der spezifischen methodischen Herangehensweise (Sprache, Empathie, Beziehung) weder im einen noch im anderen Bereich einen Ausgleich bieten. Hoffnung auf Entlastung wird teils ins jeweils andere System projiziert. Bei einer Kooperation zwischen KJH und KJPP sind diese Gegebenheiten zu reflektieren und in die Ausgestaltung der Kooperation realistisch einzubeziehen, ggf. sollten auch Grenzen einer verbesserten Zusammenarbeit benannt werden.

#### **IV. Trennendes / Unterschiede**

##### **1. Probleme in der Einzelfallarbeit**

Erlebte Friktionen in der Zusammenarbeit beider Systeme dürfen nicht dazu führen, die Kooperation generell in Frage zu stellen. Ein in komplexen Kooperationsbeziehungen häufig zu beobachtendes Phänomen ist es, Brüche im eigenen System als bedauerliche Abweichung im Einzelfall zu erklären, während dem Gegenüber systembedingte Kontinuitäten unterstellt werden. Hilfreich ist indes regelmäßig, in der Kooperation beider Bereiche die Aufarbeitung problematischer Verläufe im Sinne einer Qualitätsentwicklung als Ansatzpunkte für eine Verbesserung des Gesamtprozesses zu begreifen.

Generell ist bei der Betreuung von entsprechenden Familien zu bedenken, dass aus Sicht der Beteiligten problematische Verläufe – unabhängig von der Profession – immer auch Ausdruck einer Hilflosigkeit der agierenden Fachkräfte sein können. Hilflosigkeit und Erfahrung eigener Grenzen ist beim Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit multiplen/chronischen Belastungen, traumatischen Erlebnissen, herausforderndem Verhalten keine Rarität. Es kommt zu Reinszenierung von Vorerfahrungen der Kinder und Jugendlichen. Der professionelle Umgang damit ist dann gerade nicht die Zuweisung von „Schuld“ an einen anderen Bereich, sondern die Reflexion und die Suche nach Unterstützung in diesem.

Empfindungen von Ohnmachtsgefühlen kann durch die Analyse ihrer Bedingungen entgegengewirkt und die Handlungssicherheit gesteigert werden. Gleichzeitig gibt eine Vielzahl positiver Verläufe bei gelingender Zusammenarbeit Anlass zur Hoffnung.

##### **2. Kulturen**

An der Schnittstelle von KJPP und KJH begegnen sich unterschiedliche Kulturen. Für deren unterschiedliche Handlungs- und Denkansätze gibt es systemisch-methodische Gründe: KJPP und KJH haben gebunden an ihre jeweiligen zentralen gesetzlichen Grundlagen (SGB V und SGB VIII) nicht nur unterschiedliche Aufträge. Auch der Zugang zu den jeweiligen Leis-

tungen, die Hilfe- bzw. Behandlungsplanung, die Entscheidungen über eine Leistungsberechtigung sowie die Abrechnungsmodalitäten und die professionelle und berufliche Sozialisation differieren.

### **2.1. Dominanz bzw. Hierarchie als Kooperationshindernis**

Ein oftmals gefühlter und wohl auch lange tradierter Konflikt liegt in der Rollenzuschreibung. In der KJH besteht die aus einer gesellschaftlichen und professionstheoretischen Zuschreibung gespeiste Anschauung, die Medizin, und damit auch die KJPP, genieße eine höhere Akzeptanz. Daher bestehe beispielsweise in der Wahrnehmung der Familien eine klare Hierarchie zugunsten der KJPP, wenn aus beiden Systemen Empfehlungen hinsichtlich der für sinnvoll gehaltenen Hilfen gemacht werden. Manche verwaltungsgerichtliche Entscheidung dürfte diese Annahme in der KJH bestärkt haben. Umgekehrt besteht in der KJPP die häufig auf Deutungen aus Erfahrungen in Einzelfällen basierende Anschauung, das „Amt“ entscheide und beziehe die fachliche Expertise der KJPP nur unzureichend ein, ja mitunter auch, die KJH nutze ihre größere Nähe, um die KJPP und ihre Expertise möglichst aus der Arbeit mit den jungen Menschen und ihren Familien rauszuhalten. Faktisch besteht zwischen den beiden Systemen indes kein hierarchisches Verhältnis. Die gesetzlichen Grundlagen zur Zusammenarbeit in § 35a und § 36 SGB VIII verteilen im Gegenteil die Rollen klar und weisen die Kompetenzen dem jeweiligen Bereich formal zu. Die genannten Annahmen aber verdeutlichen, wie sehr auf lokaler Ebene eine verdeutlichende Absprache zu den eigentlich gesetzlich geregelten Aspekten der Steuerungshoheit und Fachlichkeit gefunden werden muss.

In eine solche lokale Absprache müssen zwangsläufig auch Aspekte der Anerkennung der jeweiligen Fachlichkeit sowie bislang unausgesprochene Friktionen aufgrund vermuteter (Definitions-)Macht diskutiert werden.

### **2.2. Methoden der Bereiche**

Für die KJH ist das sog. lebensweltorientierte „Fallverstehen“ von zentraler Bedeutung, während in der KJPP beim Zugang zum Fallverstehen der medizinischen „Diagnosestellung“ zentrale Bedeutung zukommt. Diagnose und Fallverstehen sind methodisch unterschiedlich verankert, sie sind in eine jeweils eigene Fachsprache gefasst und werden jeweils unterschiedlich mit den Adressaten und Adressatinnen sowie anderen Beteiligten kommuniziert. Dabei stehen Diagnosestellung und Fallverstehen keinesfalls in einem Gegensatz zueinander. Es ist beiden gemeinsam, dass sie ein Verstehen der Problemlage des jungen Menschen anstreben und oft eine Prognose über den Entwicklungsverlauf beinhalten, welche in der Folgezeit zu überprüfen und ggf. anzupassen ist. Der Unterschied ist oftmals mehr ein terminologischer, denn ein inhaltlicher. Diagnosestellung und Fallverstehen sind Grundlage für eine möglichst passgenaue Intervention. Zudem ist festzuhalten, dass die beschriebenen, den beiden Bereichen zugeordneten Zugangswege sich in den vergangenen Jahrzehnten entwickelt und in Teilbereichen deutlich aufeinander zubewegt haben bzw. weiterzubewegen. So gibt es im Bereich der KJH sozialpädagogische Diagnostik, während in der KJPP ein multiaxialer Diagnosebegriff weit über eine primär krankheitsorientierte Betrachtung hinausgeht und insbesondere bei der Betrachtung von Teilhabebeeinträchtigungen nicht nur weitere, individuell kindbezogene Faktoren, sondern auch umfeldbezogene, soziale Einflussfaktoren, das soziale Funktionsniveau und Teilhabe zentral in die Diagnostik mit einbezieht.

Durch die den Bereichen zugrundeliegenden Sozialsysteme ist aber bedingt, dass z. B. gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen die Darstellung der Diagnostik in der KJPP problem-/einschränkungsorientiert erfolgen muss. Das bedeutet nicht, dass die KJPP nur defizitorientiert das Kind oder den Jugendlichen und seine Familie wahrnimmt, oder therapiert. Die Ressourcen von Familien und Menschen sind auch in der KJPP essentieller Bestandteil der Behandlungsplanung.

Methodisch überschneiden sich die Behandlungsplanung und Hilfeplanung auch unter dem Aspekt der Partizipation der Beteiligten. Dennoch gibt es Unterschiede zwischen einer Behandlungsplanung in der KJPP und der Hilfeplanung in der KJH. Diese sind u.a. in den Methoden, der Zeitachse und den Zielkriterien, wie sie in den jeweiligen Systemen und rechtlichen Rahmenbedingungen determiniert werden, begründet. In der KJPP werden die Diagnostik und daraus resultierende Handlungsentscheidungen immer weiter standardisiert und die Effektivität von Maßnahmen ebenfalls oft mittels standardisierten Methoden evaluiert. In der KJH gebietet die Lebensweltorientierung, sich auf einen Beteiligungs- und Verständigungsprozess einzulassen, bei dem die Adressatinnen und Adressaten in den Familien weiterhin zentraler Akteure der Gestaltung ihrer Lebensbedingungen auch in der Hilfeplanung bleiben und die sozialpädagogische Expertise sowie die fachlichen Standards in der sozialpädagogischen Diagnose bei der Erarbeitung von Perspektiven für Veränderungen zur Verfügung gestellt wird. Die Evaluation erfolgt in der Hilfeplanfortschreibung.

Beiden Bereichen ist auch gemein, dass sie mit existentiellen Gefährdungssituationen von Kindern und Jugendlichen konfrontiert sind, wie Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch, Suizidalität und (drohender) Verwahrlosung. Solche Situationen lösen in den Systemen sowohl Handlungsdruck wie auch rechtliche und fachliche Implikationen aus, ohne manchmal entsprechende Lösungsmöglichkeiten im eigenen System zur Verfügung zu haben. Zusätzlich besteht gerade in Krisen auch immer ein gewisser Druck aufgrund möglicher Konsequenzen in rechtlicher Sicht, aber auch in der öffentlichen Wahrnehmung.

## **V. Konkrete Implikationen für die Zusammenarbeit anhand unterschiedlicher Kooperationsanlässe**

### **1. Gutachterliche Stellungnahmen gem. § 35a Abs. 1, 1a SGB VIII**

#### **1.1 Anspruchsvoraussetzungen**

Anspruchsvoraussetzungen nach § 35a Abs. 1 Satz 1 SGB VIII sind eine mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichende seelische Gesundheit (Nr. 1) und eine daraus resultierende oder zu erwartende Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (Nr. 2). Der neue Behinderungsbegriff im SGB IX seit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) modifiziert – auch in Ablösung der bisherigen Begrifflichkeit der „Teilhabebeeinträchtigung“ – die Blickrichtung bei der Prüfung des Teilhabebedarfs durch eine Ergänzung um die Dimension der „Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe“ (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).

Die Abweichung der **seelischen Gesundheit** (§ 35a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VIII) wird medizinisch als psychische Störung und damit als medizinische Diagnose beschrieben. Der Begriff der **medizinischen Diagnose** beruht auf kategorialen oder dimensionaligen Symptomen, die ein Kind oder Jugendlicher zeigt und die entsprechend einem Klassifikationssystem eingeteilt

werden. Derzeit ist hierfür in Deutschland der ICD-10 gültig (der demnächst vom ICD-11 abgelöst wird). Die KJPP diagnostiziert seit vielen Jahren im Rahmen des multiaxialen Diagnoseschemas (MAS). Diese beinhaltet auf der 1. Achse psychische Störungen entsprechend ICD-10. Auf der 2. Achse werden medizinische Diagnosen im Rahmen von Entwicklungsstörungen nach ICD-10 diagnostiziert, auf der 4. Achse andere körperliche Erkrankungen. Sowohl auf der 1., der 2. wie der 4. Achse handelt es sich also um medizinische Diagnosen nach ICD-10. Die 3. Achse beschreibt das Intelligenzniveau, was unter anderem bei der derzeit notwendigen Abgrenzung von KJH und Eingliederungshilfe als Leistungsträger von Bedeutung sein kann. Die 5. und 6. Achse sind für die Betrachtung der Teilhabebeeinträchtigung von besonderer Relevanz: psychosoziale Belastungsfaktoren, die mit der psychischen Störung in Zusammenhang stehen, werden auf der 5. Achse erfasst und beschrieben; diese Faktoren (wie z. B. psychische Erkrankung eines Elternteils, Isolation einer Familie, schulische Desintegration etc.) können wichtige Bereiche der Teilhabebeeinträchtigung aufzeigen. Die 6. Achse wiederum definiert das psychosoziale Funktionsniveau, also das Zurechtkommen des Kindes oder Jugendlichen im Alltag, bzw. die Einschränkung darin und bildet somit die Schwere der Beeinträchtigung ab.

Psychische Störungen sind Diagnosen, die meist auch bereits in ihrer Symptomatik Auswirkungen auf relevante Teilhabebereiche zeigen, was jedoch individuell aufgrund verschiedener Faktoren (u.a. auch aufgrund familiärer Ressourcen) variieren kann. Bei vielen Diagnosen sind auch aufgrund vielfältiger Forschungsergebnisse robustere Aussagen zur Prognose möglich. So zeigen viele psychische Störungen – insbesondere wenn sie unbehandelt oder insuffizient behandelt bleiben – eine Tendenz zur Chronifizierung und im Entwicklungsverlauf zur Verschlimmerung der Symptome. Bei manchen Störungen kommt es auch zum zusätzlichen Auftreten weiterer charakteristischer Störungen (z. B. bei ADHS kann zusätzlich eine Substanzabhängigkeit oder/und eine Depression hinzutreten). Diese haben langfristig auch enorme Auswirkung auf die Teilhabefähigkeit.

Bei der Prüfung der **Teilhabebeeinträchtigung** (§ 35a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VIII) bzw. des Rehabilitationsbedarfs (§ 13 SGB IX), sind Feststellungen zu treffen, ob eine Behinderung vorliegt, welche Auswirkungen diese auf die Teilhabe des jungen Menschen hat, welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind (§ 13 Abs. 2 SGB IX). Im Bestreben, die Begrifflichkeiten und Praxiskonzepte mit der UN-Behindertenrechtskonvention in Einklang zu bringen, soll die Reduzierung auf eine defizitäre Sichtweise der individuellen Beeinträchtigung überwunden und vor allem in – positive wie negative – Wechselwirkungsbeziehung des jeweiligen Menschen zu seiner Umwelt weiterentwickelt werden (sog. bio-psychosoziales Modell). Die bio-medizinischen Aspekte eines Menschen (Körperfunktionen und -strukturen) werden hierbei um die Ebenen als handelndes (Aktivitäten), sowie als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (Partizipation/Teilhabe) erweitert. Die drei Betrachtungsperspektiven des jeweiligen Menschen werden in einem weiteren Schritt in Beziehung zu den Gegebenheiten seines jeweiligen gesamten Lebenshintergrundes gesetzt (sog. Kontextfaktoren), wobei hierbei nochmal Umweltfaktoren (z. B. Beziehungen zu Familie/Freunden, auf die Beeinträchtigung bezogene Vorurteile und Ängste, aber auch bauliche oder technische Hindernisse) sowie personenbezogene Faktoren (z. B. Alter, Geschlecht, sozialer Hintergrund, Charakter) unterschieden werden. Letztere können auf die drei Ebenen Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten und Teilhabe jeweils förderlich (Ressourcen) oder erschwerend (Barrieren) einwirken. Als kommunikativer und systemübergreifend strukturierender Ordnungsrahmen der Prüfung – nicht als Klassifizierungs- oder Diagnoseinstrument

– kann die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (ICF-CY) dienen.

Eine **seelische Behinderung** liegt dann vor, wenn die Teilhabebeeinträchtigung – zumindest auch – auf die psychische Störung zurückgeht.

## 1.2 Verknüpfung der Beiträge zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen

Die Definition, ob die seelische Gesundheit beeinträchtigt ist, also eine psychische Störung vorliegt, ist nach dem Gesetz Aufgabe der KJPP (oder weiterer medizinisch-psychologischer Berufsgruppen, wenn sie einschlägige, diesbezüglich spezifische Erfahrung mit Kindern und Jugendlichen haben). Die Beurteilung einer möglichen Teilhabebeeinträchtigung aufgrund der psychischen Störung ist dagegen die Aufgabe der KJH. Die Zusammenarbeit der KJPP und KJH im weiteren Verlauf ist im Kinder- und Jugendhilferecht geregelt (§ 36 Abs. 3 SGB VIII). Dort sind Jugendämter explizit und verbindlich aufgefordert, „bei der Aufstellung und Änderung des Hilfeplans sowie bei der Durchführung der Hilfe“ die Expertise der Personen einzubeziehen, die die im Rahmen des § 35a Abs. 1a SGB VIII erstellte Diagnose nach ICD-10 abgegeben haben (§ 36 Abs. 3 SGB VIII). In den Rechtsgrundlagen der KJPP, zentral dem SGB V, ist diese Aufforderung zur Zusammenarbeit in der Hilfeplanung weder gesetzlich noch finanziell hinterlegt.

Obwohl gesetzlich gerahmt, kommt es bei der Prüfung von Leistungsvoraussetzungen für Eingliederungshilfeleistungen nach § 35a SGB VIII immer wieder zu Missverständnissen und auch Unmut in der Zusammenarbeit. Missverständnis ärztlicherseits kann sein, dass die ärztliche Diagnose gleichgesetzt wird mit Behinderung oder Teilhabebeeinträchtigung. Ein weiterer sensibler Punkt ist, wenn aus der Diagnose explizit auf spezifische und konkrete Maßnahmen zur Verminderung der Teilhabebeeinträchtigung verwiesen wird, statt in anschlussfähiger Weise entsprechende Vorschläge aus ärztlicher Sicht zu unterbreiten. Umgekehrt kann es auf Seiten der Kinder- und Jugendhilfe zu Vorbehalten kommen, die sich so auswirken, dass die Diagnose angezweifelt wird oder aber die Hinweise aus dem Bereich der Medizin nicht ausreichend einbezogen werden, selbst wenn sie auf langjähriger Kenntnis der Kinder oder Jugendlichen und ihrer Familien beruhen. In Konsequenz fließen dann die Erkenntnisse aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Expertise in die sozialpädagogische Diagnostik und die daraus folgende Hilfeplanung zur Reduzierung des Teilhabebedarfs nicht (ausreichend) ein. U.a. ein von der Kommission Jugendhilfe der Fachgesellschaften der KJPP vor mehreren Jahren publiziertes Papier sowie ein Papier der AGJ haben verschiedene Fallkonstellationen beschrieben, die typischerweise zu Friktionen in der Zusammenarbeit führen können.<sup>2</sup>

Am Beispiel des § 35a SGB VIII manifestieren sich somit die oben beschriebenen Probleme, wie bspw. der mangelnden Kenntnis des anderen Systems oder der jeweiligen tradierten Zuschreibungen. Der KJH kann etwa unbekannt sein, dass im KJPP-System im Rahmen der Diagnostik mit dem multiaxialen Klassifikationssystem (MAS) auf den Achsen V und VI teilhaberelevante Bereiche erfasst werden. Ausführungen hierzu sind also nicht aufgabenüberschreitend, sondern können von der KJH als Hinweise bei ihrer Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung genutzt werden. Der KJPP wiederum kann die Fachlichkeit, Methodik sowie die

---

<sup>2</sup> Fegert JM, Roosen-Runge G, Thoms E, Kirsch U, Meysen T, Kölch M. (2008) Stellungnahme zur Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII (KJHG) der Kommission Jugendhilfe der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften, Das Jugendamt 81(4): 177-186; AGJ-Empfehlungen „Junge Menschen an der Schnittstelle von Kinder und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe“ zur Entwicklung gemeinsamer Eckpunkte der Zusammenarbeit beider Systeme v. 17.18.9.2015 – abrufbar unter: [https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2015/Kinder-und\\_Jugendpsychiatrie\\_und\\_KJH.pdf](https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2015/Kinder-und_Jugendpsychiatrie_und_KJH.pdf).

erweiterten Zugänge der KJH bei der Erfassung des Teilhabebedarfs und ihre Angebotsvielfalt nicht im Blick haben. Gleichwohl kann es im Einzelfall auch Differenzen geben über die notwendigen Maßnahmen, sogar Zuschreibungen einer Zuständigkeit für die Lösung der Probleme an das jeweils andere System mit dessen Mitteln. In solchen strittigen Fällen können viele Gründe die Ursache für die Divergenz der Empfehlungen sein: Es können banale Kostengründe ebenso eine Rolle spielen wie Unkenntnis über die Limitierungen der Methoden und Hilfsmöglichkeiten eines Systems, bis hin zu oben bereits thematisierter Überforderung beider Systeme aufgrund der Komplexität und des Verlaufs der Problemlage eines Kindes, Jugendlichen oder seiner Familie.

## **2. Während der Verläufe von Hilfen und Förderung**

### **2.1 Kontinuierlichen Einbezug in die Hilfeplanung und eine koordinierte Begleitung in der Routine etablieren**

In der Praxis wird immer wieder thematisiert, dass gerade bei den für die betreffenden Kinder und Jugendlichen typischen längeren Verläufen von Behandlung und Hilfen ein gegenseitiger Einbezug nicht ausreichend stattfindet. Hier gilt es, auf lokaler Ebene verlässlicher als bisher Wege zu finden, wie ein kontinuierlicher Austausch zum einzelnen Kind oder Jugendlichen systematisch und kontinuierlich stattfinden kann.

Insbesondere bei intensiveren Hilfemaßnahmen aus dem Bereich der KJH (wie stationären Hilfen) ist eine ambulante Begleitung durch die KJPP oftmals sinnvoll und kann bisweilen auch die Voraussetzung sein, dass die Hilfen aus der KJH gelingen. Die Inanspruchnahme der Leistung eines Bereichs darf nicht dazu führen, dass notwendige Hilfen des anderen Bereichs nicht genutzt werden. Die gemeinsame Betreuung der Kinder und Jugendlichen sollte, wo notwendig, die Regel sein. Probleme können sich dadurch ergeben, dass stationäre Hilfen der KJH oftmals räumlich entfernt vom bisherigen Lebensmittelpunkt eines Kindes oder Jugendlichen stattfinden, und damit auch die Zuständigkeit und Erreichbarkeit in der bisherigen Behandlungsbeziehung mit der KJPP (bis hin zu Notfallbehandlungen oder Kriseninterventionen) endet. Um bei im Zeitverlauf wechselnden Hilfebedarfen Diskontinuitäten im Lebensumfeld und den Hilfen sowie den Hilfebeziehungen bestmöglich zu vermeiden, ist gerade in solchen Fällen die Einbeziehung der bisherig zuständigen Person aus dem Bereich der KJPP sinnvoll (z. B. Information bzgl. Behandlungsmöglichkeiten im neuen Umfeld, Information der neuen Zuständigen über das Kind/den Jugendlichen etc.).

Ein kontinuierlicher gegenseitiger Einbezug während der Hilfeebringung sowie in die Behandlungs- und Hilfeplanung ermöglicht, potenzielle Probleme früher zu erkennen (z. B. Scheitern einer Maßnahme etc.), aber auch Erfolge und damit mögliche Beendigungen von Hilfen dem jeweils anderen System zur Kenntnis zu bringen. Die jeweiligen Hilfen können damit koordiniert geplant und durchgeführt werden. Eine kontinuierliche Kooperation ermöglicht es auch besser, ein gemeinsames Verständnis für die Problemlage des Kindes, Jugendlichen oder jungen Volljährigen und seiner Bezugspersonen zu entwickeln. Sie erleichtert die Abstimmung in der Ausrichtung im Alltag. Gerade bei komplexen Problemlagen kann die Abstimmung und Rollenzuteilung auch Erleichterung für beide Seiten sein.

## **2.2 Übergänge und Krisen während laufenden Hilfen**

Die Bedeutung des Begriffs Krise in der wissenschaftlichen und Fachliteratur ist breit und divers. Tatsächlich gibt es in den verschiedenen Systemen heterogene Definitionen, insbesondere aber unterschiedliche Umgangsweisen mit dem Phänomen, die zum Teil sogar auf sozialgesetzlichen Grundlagen beruhen. Eine eskalierende Krise in einer Jugendhilfeeinrichtung muss dabei nicht zwangsläufig eine stationäre Krankenhausbehandlung nach SGB V notwendig machen, auch wenn das Kind oder der Jugendliche nicht mehr in der Einrichtung tragbar zu sein scheint. In der Logik des Krankenhauses zur Indikationsstellung für eine stationäre Behandlung muss die Behandlungsbedürftigkeit gegeben sein, und zwar eine solche, die nur mit den Mitteln des Krankenhauses gewährleistet ist (§ 73 Abs. 4 SGB V). Eine Krise, und sei sie auch gefährlich, reicht nicht zwangsläufig für eine stationäre Aufnahme.

In der Realität stellt sich das Problem (und insbesondere wenn die Kooperation im Alltag wie oben beschrieben nicht gut funktioniert), dass es in einer Krisensituation zu Beendigung von Hilfen durch Träger der freien Jugendhilfe kommt, und die KJPP das Gefühl hat, Ausfallbürge für fehlende Maßnahmen im Bereich der KJH zu sein, ohne dass die o. g. Behandlungsbedürftigkeit besteht. Andererseits ist ein Aufzeigen von Grenzen in der KJH verständlich, wenn die Abstimmung der ambulanten Begleitung durch die KJPP als nicht hinreichend zur Bewältigung der Krisen erlebt wird.

Die KJH sieht sich mitunter ebenfalls mit kurzfristigen Unterbringungserwartungen wegen unmittelbar bevorstehender Entlassung aus einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik oder mit konkreten, nicht immer erfüllbaren intensiven Hilfe- und Unterbringungserwartungen der KJPP konfrontiert. Wenn in den Übergängen die frühzeitige Koordination und wechselseitige Solidarität zwischen den Akteuren beider Bereiche nicht gelingt, geraten gerade in Krisen die jungen Menschen leicht aus dem Blick und die Konflikte zwischen den Helfenden in den Vordergrund.

## **2.3 Fallkonstellationen, bei denen eine freiheitsentziehende Maßnahme i. S. d. § 1631b BGB erfolgt**

Gerade bei Maßnahmen zur freiheitsentziehenden Unterbringung oder freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, zu denen die Personensorgeberechtigten einer familiengerichtlichen Genehmigung nach § 1631b BGB bedürfen, können Probleme der Zusammenarbeit kulminieren (und eskalieren).

Oft spielt hier erneut die Unkenntnis über das jeweilig andere System eine entscheidende Rolle. Z. B. können die therapeutischen Möglichkeiten der KJPP überschätzt werden, und die Hoffnung, eine Therapie könnte oftmals jahrelange negative Verläufe zum Positiven wenden, muss seitens der KJPP fachlich enttäuscht werden. Die KJPP empfindet sich hier oft als letzter Bürge, ohne im Eigentlichen die Mittel für eine tatsächliche Behandlung zur Verfügung zu haben und hinterfragt die teils sehr grundsätzlich geäußerte Ablehnung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der KJH. Wirksame Behandlungen und/oder Hilfen können aber eben auch gerade nicht in einem stationären Aufenthalt gegen den Willen eines Jugendlichen bestehen, sondern eine komplexe Hilfeplanung mit langfristigen Perspektiven notwendig machen. Umgekehrt wird seitens der KJH Unverständnis geäußert, dass Kinder und Jugendliche nicht in Kliniken (weiter)behandelt werden bzw. entlassen werden, obwohl seitens der KJH eine Gefährdung gesehen wird. Hier besteht Unkenntnis über den Begriff der Behandlungsnotwendigkeit im Krankenhaus, aber auch die ärztlich einzuschätzende und eng gefasste Rechtfertigung von freiheitsentziehenden Maßnahmen/Zwangmaßnahmen.

Eine gemeinsame Planung solcher Maßnahmen, wo immer möglich im Vorfeld und kontinuierlich, sowie eine fallbezogene Einschätzung der Möglichkeiten zur Therapie und längerfristigen Hilfe im jeweiligen Bereich ist bei diesen Konstellationen besonders wichtig. Ansonsten wird es immer wieder dazu kommen, dass es bei den am meisten in ihrem Entwicklungsverlauf gefährdeten Kindern und Jugendlichen zu Delegationsketten eines scharf abgrenzenden Hin und Her (Drehtüreffekt) kommt was alle unzufrieden macht, und vor allem den Kindern und Jugendlichen wenig „bringt“. Stattdessen sollte ein sich gemeinsam verantwortlich sehendes Miteinander entstehen. Dazu gehört auch, dass auf regionaler Ebene strukturelle Überlegungen und Konzepte entwickelt werden müssen, wie mit solchen problematischen Entwicklungsverläufen umgegangen wird und wie Maßnahmen „Hand in Hand“ möglich sind. Dies bedarf auch der gesellschaftlichen und politischen Diskussion über notwendige Maßnahmen und Einrichtungen. Die Fragen der Finanzierung integrierter oder kombinierter Hilfen bedürfen ggf. einer Absicherung durch entsprechende Regelungen.

#### **2.4 Bei und nach „8a -Mitteilungen“**

Vielfach wird aus dem Bereich der KJPP beklagt, zu wenig oder keine Rückmeldung seitens der KJH zu erhalten, wenn dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung nach § 8a Abs. 1 SGBVIII mitgeteilt wurden. Die Einbeziehung in die Gefährdungseinschätzung wird mancherorts als mangelhaft empfunden. Wenn in solchen Fällen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen Hilfen der KJPP geleistet werden, so gilt auch hier die allgemeine Notwendigkeit der Kooperation, wie sie sich auch in der Beteiligung an der Hilfeplanung bzw. dann Schutzplanung entfaltet. Die Beachtung des Sozialdatenschutzes, ohne diesen auszuhebeln oder zu überhöhen, ist allerdings auch hier ein hohes Gut (hierzu sogleich VI.1.). Im Kontext möglicher oder festgestellter Kindeswohlgefährdung gilt es, lokal Strukturen der Kooperation zu schaffen. Dazu gehört auch, dass sich über Mittelungswege, Zuständigkeiten und Rückmeldungen sowie deren Voraussetzungen eine Verständigung stattfindet. Lokal sind durchaus gut funktionierende Beispiele vorhanden, die eine verlässliche Zusammenarbeit auch in Kinderschutzfällen, inklusive eines Zusammenwirkens bei der Gefährdungseinschätzung und einer kontinuierlichen Kooperation im Hilfeverlauf, ermöglichen. Darüber hinaus sind fallunabhängige Rückmeldungen denkbar, die abstrahiert vom Einzelfall die Rezeption der Mitteilung von Kindeswohlgefährdungen an das Jugendamt verdeutlichen, Abläufe im Kinderschutz konkret verdeutlichen und damit dem Einbezug eine Wertschätzung geben.

### **3. Fallübergreifende Kooperation**

Die Qualität der Zusammenarbeit erhöht sich regelmäßig deutlich durch Maßnahmen, die nicht im klienten- bzw. patientenbezogenen Einzelfall verortet sind. Gemeinsame Arbeitskreise, Fortbildungen, aber auch Austausch über die Angebotsplanung bis hin zur Konzeptionierung und Durchführung von möglichen gemeinsamen Angeboten führen sowohl zum besseren Kennen des jeweils anderen Bereichs, zur Verbesserungen von Angeboten, aber auch zu einer höheren Fachlichkeit in beiden Bereichen. Die sog. fallübergreifende Kooperation außerhalb spezieller Fälle und insbesondere jenseits von Krisen ist hierfür Voraussetzung, andererseits bedarf eine solche auch der Ressourcen in beiden Systemen.

## **VI. Hinweise/Empfehlungen auf strategische Lösungswege zur Etablierung funktionierender Kooperationsbeziehungen**

### **1. Sozialdatenschutz und Schweigepflicht**

Beiden Bereichen ist gemeinsam, dass strenge Regeln zum Datenschutz per se einen einfachen Austausch von Informationen zu betreuten Personen nicht zulassen. Die regelhafte Einholung der Schweigepflichtsentbindung der Betroffenen ist daher wichtig, damit Informationen (dort wo sie nötig sind) ausgetauscht und gleichzeitig die Vertrauensverhältnisse in den jeweiligen Hilfebeziehungen mit Transparenz und Selbstbestimmungsmöglichkeit geachtet werden können. Kooperationsvereinbarungen sollten dies bedenken und Lösungsmöglichkeiten vereinbaren. Oftmals bedarf es gerade im Bereich der KJPP einiger Beziehungsarbeit und Aufklärung, damit Sorgeberechtigte das Vertrauen erlangen, dass Informationen mit der KJH ausgetauscht werden. Doch lohnt dieser Aufwand, da so ein wichtiger Grundstein für eine vertrauensvolle, gelingende Überleitung ins andere System gelegt ist. Beides sollte in der Kooperation bedacht werden.

### **2. Etablierung von Kooperationsvereinbarungen auf regionaler Ebene**

Die Etablierung von Kooperationsvereinbarungen auf regionaler Ebene ist ein Schritt, die Zusammenarbeit zu systematisieren und zu verbessern. Dabei sollten die genannten Punkte diskutiert und auf lokaler Ebene jeweils passende Lösungen gesucht werden, um vor Ort eine den örtlichen Gegebenheiten bestmöglich entsprechende bessere Kooperation umsetzen zu können. Nur auf lokaler Ebene kann die Machbarkeit von einzelnen Aspekten der Kooperation beurteilt werden. Eine regelmäßige Evaluation der Kooperationsvereinbarungen bietet zudem die Möglichkeit der kontinuierlichen Weiterentwicklung und damit auch der Verbesserung der Kooperation.

Beschlossen im Dezember 2018 durch

den Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie - BAG KJPP,

den Vorstand des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – BKJPP,

den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie - DGKJP

den Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ