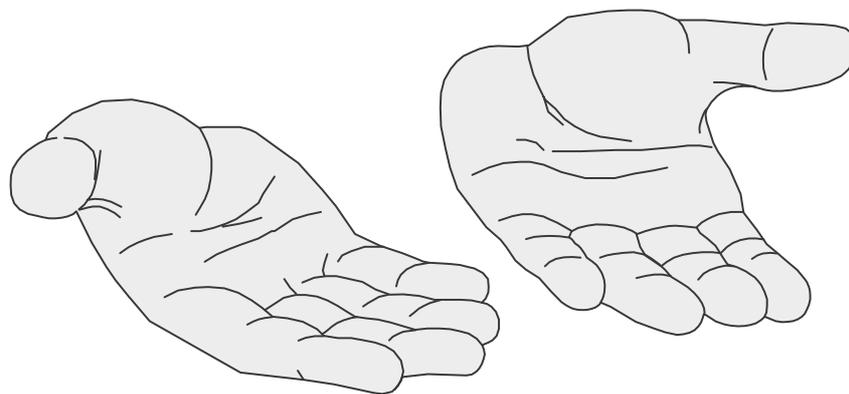


Leitfaden

Zur Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe

Arbeitshilfe



Arbeitshilfe

Vorwort

Die Zusammenarbeit zwischen den Systemen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in allen ihren Facetten ist nach wie vor ein Thema, das zu vielen Kontroversen führen, Reibungsverluste mit sich bringen kann und deren Probleme nicht selten auf Kosten der beteiligten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen diskutiert werden.

Bei allen systemimmanenten Schwierigkeiten und eingebauten Stolpersteinen kann die Kooperation strukturell verbessert werden und zu einem geregelten Miteinander führen. Wenn es gelingt, kann sowohl die Zufriedenheit, wie auch die Effektivität des Handelns aller Beteiligten auf diesem schwierigen Gebiet erhalten und erhöht werden.

Um dazu einen Beitrag zu leisten, wurde folgende Arbeitshilfe von einer interdisziplinär auf breiter Basis besetzten Arbeitsgruppe unter Federführung des Landesjugendamtes Westfalen-Lippe erarbeitet.

Mitglieder der Arbeitsgruppe waren, als Vertreter / Vertreterinnen der beteiligten Dienste, Institutionen, Berufsgruppen und Träger:

Hr. Ulrich Barz	Koordinator ASD, Jugendamt der Stadt Lünen
Hr. Klaus Bethlehem	SGL Beratung, LWL, Landesjugendamt und Westf. Schulen Münster
Fr. Erika Dreistein	Koordinatorin, Jugendamt der Stadt Dortmund
Fr. Gabriele Hermanns-Weland	Pflegedienstleiterin, Elisabeth-Klinik Dortmund
Fr. Dr.med. Ulrike Horacek	Leiterin des Jugendärztlichen Dienstes, Kreis Recklinghausen
Hr. Klaus Knippschild	ASD-Leiter, Jugendamt der Stadt Schwelm
Hr. Ralf Mengedoth	Päd. Leiter, Ev. Jugendhilfe Schweicheln
Fr. Andrea Mersbäumer	Sachbearbeiterin, LWL, Abt. Psychiatrie und Krankenhäuser Münster
Fr. Elisabeth Möllenbeck	Jugendhilfeplanerin, Jugendamt des Kreises Borken
Fr. Dr. med. Margarete von Rhein	Sprecherin der niedergelassenen Kinder- und JugendpsychiaterInnen in Westfalen-Lippe, Bottrop
Hr. Axel Ronig	Leiter des Jugendamtes der Stadt Hamm
Fr. PD Dr. med. Renate Schepker	Leitende Ärztin, Westf. Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Heilpädagogik Hamm
Hr. Hans-Joachim Scholz	Leitender Psychologe, Tagesklinik der WKJP In der Haard, Borken
Hr. Edwin Stille	Psychiatriekoordinator, Kreis Herford
Hr. Dr. med. Paul Erdélyi	Referent, SG Beratung, LWL, Landesjugendamt und Westf. Schulen, Münster – Federführung und Redaktion

Inhalt

1.	Leitgedanken	2
2.	Ziel der Arbeitshilfe	2
3.	Empfehlungen zur Strukturqualität	2
4.	Empfehlung zur Prozessqualität	4
4.1.	Aufnahme in die Jugendpsychiatrie bei Beteiligung der JH	4
4.1.1.	Geplante Aufnahme	5
4.1.2.	Aufnahme bei einer Krise	7
4.1.3.	Vorbereitung und Durchführung des Systemwechsels	7
4.1.3.1.	Aus einer JH-Einrichtung in die Klinik der KJPP	7
4.1.3.2.	Auf Anregung eines Jugendamtes	9
4.1.4.	Umgang mit Widerständen bezüglich Vorstellung / Aufnahme in der Klinik der KJPP	10
4.2.	Behandlung in der KJPP	11
4.2.1.	Prozess der Entscheidungsfindung und Hilfeanbahnung bei einem für das Jugendamt bisher unbekanntem Fall in der kinder-/ jugendpsychiatrischen Klinikbehandlung.	12
4.3.	Entlassungsprozessgestaltung	13
4.3.1.	Vorbereitung der Entlassung aus der Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei Beteiligung der Jugendhilfe	13
4.3.2.	Abschlussgespräch / Entlassungsmodalitäten	14
5.	Empfehlung zur Ergebnisqualität	15
6.	Kooperationsnotwendigkeit unter schwierigen Rahmenbedingungen	16
7.	Konfliktregelung	18

Anhang

Fragebogen

Glossar

Für die Kooperation relevante Gesetzestexte

Organigramme

1. Leitgedanken

„Das psychoreaktiv erkrankte Kind braucht Psychotherapie, weil es krank ist, und es braucht Pädagogik, weil es ein Kind ist“

(H. Herzka 1978)

„Therapie ist Pädagogik mit anderen Mitteln“

(S. Freud)

" Jedes Kind braucht Pädagogik.....", dieses Zitat von *Professor Herzka* beschreibt treffend die Notwendigkeit der Zusammenarbeit von Pädagogen und Therapeuten, von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Dabei sind von gemeinsamer Verantwortung getragene, lösungsorientierte Abläufe zum Vorteil des Kindes und seiner Familie anzustreben.

Ein wesentlicher Bestandteil der Kooperation ist dabei, die Autonomie des Anderen zu wahren und nicht in seine Kompetenz „hineinzuentcheiden“. Dies geschieht im Bewusstsein bestehender gesetzlicher Vorschriften, struktureller Rahmenbedingungen und finanzieller Vorgaben. Denn: Ziel ist, die bestmögliche Lösung für das Kind zu erreichen.

2. Ziel der Arbeitshilfe

Ausgehend von den Leitgedanken hat die interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern der öffentlichen und freien Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrien, sowie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes die hier folgenden Arbeitshilfe erarbeitet.

Ziel der Arbeitshilfe ist es, die unbedingt notwendige Kooperation so zu strukturieren, dass sie als Leitfaden für alle beteiligten Institutionen und Dienste die Aufgabenerfüllung erleichtern und unnötige Auseinandersetzungen ersparen. Auch angesichts knapper werdender Ressourcen ist gute Zusammenarbeit das Gebot der Zeit. Der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen und deren Evaluation ist aus Sicht der Arbeitsgruppe empfehlenswert und könnte auf dem hier niedergelegten basieren.

Die Aussagen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschreiben einen Optimalzustand, der anzustreben ist. Die Rahmenbedingungen vor Ort können Modifikationen erforderlich machen. Die Ziele der maximalen Vereinfachung und Transparenz, der Zufriedenheit aller Beteiligten und dadurch optimierten Qualität der Zusammenarbeit sollen jedoch im Mittelpunkt aller Bestrebungen stehen.

3. Empfehlungen zur Strukturqualität

Grundgedanken

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

Voraussetzung für eine Leistung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der **Behandlungsbedarf**. Über den Behandlungsbedarf entscheidet der Arzt, der mit dem Fall befasst ist, nach diagnostischer Abklärung des Krankheitsbildes. Die Familie kann gegen diese Entscheidung votieren und die Behandlung ablehnen.

Wenn es um die Klientel beider Helfersysteme geht, ist ein örtlich abgestimmtes Verfahren in Gestalt einer Kooperationsvereinbarung o.ä. empfohlen.

Dabei ist es erforderlich, dass die beteiligten Bereiche (ASD oder Familienhilfe des Jugendamtes, Pflegekinderdienst, Beratungsstellen, Kliniken, Ambulanzen und Tageskliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ambulante oder stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe) zunächst für sich klären, wie sie ihre Aufgabe verstehen, wie sie die Aufgaben umsetzen wollen und an welchen Schnittstellen Kooperation bzw. Zusammenarbeit erforderlich ist.

Die Einhaltung eines vereinbarten Verfahrens muss auf allen hierarchischen Ebenen als Arbeitshilfe und -unterstützung gewollt und anerkannt sein. Auf dieser Grundlage kann der notwendige Aushandlungsprozess (etwa im Rahmen einer **Arbeitsgemeinschaft nach § 78 SGB VIII**) mit dem Ziel stattfinden, gemeinsam festgelegte und akzeptierte Vereinbarungen oder Richtlinien einzusetzen. In dem Aushandlungsprozess wird es auch darauf ankommen, einen einheitlich vereinfachten Sprachgebrauch zu entwickeln, so dass ein "Aneinander-vorbei-reden" ausgeschlossen wird. Die Vereinfachung der Sprachen hilft sowohl den Helfer/-innen als auch den Betroffenen. Die Festschreibung, der Umgang mit den und die Fortschreibung der Vereinbarungen bzw. Richtlinien auf örtlicher Ebene geben Sicherheit, Verbindlichkeit und Vertrauen im gemeinsamen Miteinander der Disziplinen. Es empfiehlt sich, in beiden Bereichen die Grundsätze und Logik des anderen Systems bekannt zu machen.

Strukturelle Bedingungen

Zu einer tragfähigen und verlässlichen Zusammenarbeit sind einige strukturelle Minimalbedingungen zu erfüllen. Zu diesen Bedingungen gehören folgende:

⇒ Informationsvermittlung

Es ist ein regelmäßig zu aktualisierender Informationsstand durch Datenaustausch unter den Beteiligten zu gewährleisten mit Selbstverpflichtung aller zu:

- Angeboten, Zuständigkeiten, Entwicklungen, Fallzahlen...
- Organigramme, Telefonlisten...
- Informationen über Zugangskriterien, Aufnahmemodus...

- ⇒ Besprechungsstruktur
 - jährliche gemeinsame Konferenzen zur Überprüfung der Kooperation
- ⇒ Regelung evtl. auftretender Konflikte
 - fixe Ansprechpartner/innen für strittige Fälle (wenn direkt nicht lösbar
Einschaltung der nächst höheren Hierarchieebene...)
- ⇒ Brückenfunktion des Kliniksozialdienstes
- ⇒ Einrichtung einer Rufbereitschaft, die ein direktes Ansprechen in Krisensituationen ermöglicht
- ⇒ Technische Bedingungen: Ausrüstung / Hilfsmittel (Anrufbeantworter, Internet-Anschluss, E-Mail-Adresse, evtl. Call-Center usw.)
- ⇒ Gemeinsames Grundverständnis über Problemdefinition, Klientel usw., um konzertiert die passenden Hilfen zu gewährleisten
- ⇒ Gemeinsame Fortbildungen, um ein Grundverständnis zu erreichen durch:
 - Kenntnisse über die Arbeitsweisen der Anderen, Transparenz auch über Bedingungen, Zuordnungskriterien,
 - gegenseitige Impulse zur Verbesserung der eigenen Arbeit
 - Hospitation.

4. Empfehlung zur Prozessqualität

Grundgedanken

Die gemeinsame Aufgabe beider Hilfesysteme ist die fördernde Begleitung von Entwicklungsprozessen bei Kindern und Jugendlichen – insbesondere die hilfreiche Gestaltung von akuten Krisen.

Diese gemeinsame Aufgabe setzt die gegenseitige Akzeptanz der jeweiligen Fachlichkeit voraus (Behandlung ↔ Erziehung). Nur so ist eine gelungene Kooperation auf „gleicher Augenhöhe“ möglich.

Zusammenarbeit darf nicht von menschlichen Zufälligkeiten abhängen, sie ist fachlich und rechtlich gefordert.

Grundvoraussetzungen einer guten Zusammenarbeit

(„Good Practice“) sind die folgenden Bedingungen:

1. **Klarheit** bei den Verantwortungen und Arbeitsaufträgen
2. **Transparenz** der Handlungen
3. **Beteiligung** der Menschen
4. **Gemeinsame Gestaltung** der Übergänge
5. **Rechtzeitigkeit** der Kooperation
6. **Strukturierte Kommunikation** zur gemeinsamen Reflektion

4.1. Aufnahme in die Jugendpsychiatrie bei Beteiligung der Jugendhilfe

Grundsätze

In der Regel wird ein Systemwechsel nach vorheriger Klärung gut vorbereitet und miteinander abgestimmt wahrgenommen.

Krisen in den Einrichtungen bzw. Krisen, die unmittelbar das Jugendamt betreffen und zu einer Aufnahme in eine Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie führen können, sind die Ausnahmen.

Damit eine gute Zusammenarbeit gelingt, ist folgendes notwendig. Zentrale Bedeutung hat der erste Punkt:

Klarheit bei den Verantwortungen und Arbeitsaufträgen. Wir schlagen vor, einerseits von der „**Fallführung**“ und andererseits von der „Co-Verantwortung“ zu sprechen.

Zur Verdeutlichung das folgende Schema:

	Fallführung	Co-Verantwortung
Geplante Aufnahme	JH	
Krise in der JH / Einrichtung	JH	KJPP
Aufnahme in der KJPP	KJPP	JH
Rückkehr in die JH	JH	KJPP
<i>„nach der Krise ist vor der Krise“</i>		

Die „**Fallführung**“ soll auch die Kinder bzw. Jugendlichen vor zu vielen – vielleicht sogar gegensätzlichen – Interventionen schützen.

Das Schema macht deutlich, dass eine Aufnahme in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Jugendhilfe keine Zeit zum Aufatmen verschafft. Die Jugendhilfe bleibt auch deshalb weiter gefordert, weil die Verweildauer in der KJPP sich immer weiter reduziert.

Nach der Klinikentlassung ist die KJPP weiterhin gefordert mitzuarbeiten. Also: Die jeweilige Verantwortung bleibt – allerdings verändern sich die abgesprochenen Arbeitsaufträge.

Vor diesem gedanklichen Hintergrund werden im Folgenden die konkreten Merkmale der Prozessqualität beschrieben.

4.1.1. geplante Aufnahme

Die Regel dürfte es in diesen Fällen sein, dass der junge Mensch zunächst der Jugendhilfe bekannt geworden ist und sich im Rahmen der Hilfeplanung die Notwendigkeit zum Einbezug der Jugendpsychiatrie ergeben hat.

*Die Beteiligung beider Institutionen von Anfang an kann sich z.B. dadurch ergeben, dass ein beratender Kontakt zwischen einer Jugendhilfeeinrichtung und einer Kinder-/ Jugendpsychiatrie besteht (Kinder- und Jugendpsychiater/innen einer Klinik oder niedergelassene KJPP berät Einrichtung regelmäßig) oder dass ein/e Mitarbeiter/in des Jugendamtes die Sorgeberechtigten eines jungen Menschen von der Notwendigkeit überzeugt hat, den jungen Menschen in einer **KJPP** vorzustellen und ein Ambulanztermin vereinbart wurde.*

Ablauf des Aufnahmeverfahrens:

1. Das **Hilfeplangespräch** führt zu der Entscheidung, dass KJPP zur Diagnostik oder/und therapeutischer Unterstützung hinzugezogen werden sollte.
2. Das Jugendamt führt mit den Eltern / Sorgeberechtigten ein vorbereitendes Gespräch und begleitet sie ggfs. zum Erstgespräch in die Klinik. Sofern der junge Mensch in einer Jugendhilfeeinrichtung lebt, nimmt an dem Gespräch ein/e Mitarbeiter/in der Jugendhilfeeinrichtung teil. Das Jugendamt klärt im Vorfeld mit der Einrichtung, dass es sich dabei um eine/einen MitarbeiterIn handeln muss, der grundsätzlich für die Begleitung dieses Falles zuständig ist und als konstante/r Ansprechpartner/in seitens der Jugendhilfeeinrichtung sowohl für die Klinik als auch für das Jugendamt zur Verfügung steht.
3. In dem Erstgespräch mit der KJPP werden seitens der Jugendhilfe umfassende Informationen zu der vorhandenen Problematik gegeben. Diese Informationen beinhalten die Darstellung / Beschreibung:
 - der Auffälligkeiten/Störungen des jungen Menschen,
 - der Stärken, Ressourcen und Interessen des jungen Menschen,
 - der familiären und sozialräumlichen Lebensbedingungen des jungen Menschen,
 - der zugrunde gelegten Annahmen / Erklärungsansätze über die Verursachungszusammenhänge der Probleme,
 - der erfolgten Interventionen (pädagogische Maßnahmen, Jugendhilfemaßnahmen, Therapien etc.) und ihrer intendierten Wirkung,
 - der tatsächlich erzielten Ergebnisse/Wirkungen.Neben diesen Informationen formulieren die Vertreter der Jugendhilfe und die Sorgeberechtigten auch ihre Wünsche und Erwartungen an die KJPP, so dass erste Zielabsprachen möglich werden.
4. Stellt die KJPP fest, dass weder eine Diagnostik- noch eine **Behandlungsbedürftigkeit** besteht, darf sie das Kind nicht zu Lasten der Krankenkassen aufnehmen und behandeln. Die Beteiligung der KJPP endet dann bereits hier.
5. Wird dagegen festgestellt, dass eine psychiatrische Diagnostik erforderlich ist oder dass eine behandlungsbedürftige Erkrankung im Sinne des **SGB V** vorliegt, muss zunächst aus ärztlicher Sicht entschieden werden, ob die erforderlichen diagnostischen oder kurativen Maßnahmen ambulant, teilstationär oder stationär erbracht werden sollen.
6. Sinnvoll ist es dabei, vor einer abschließenden Entscheidung die Informationen / Vorstellungen von Sorgeberechtigten und Jugendhilfe mit einzubeziehen. So könnte z.B. aus rein symptomorientierter Sicht eine teilstationäre Behandlung noch ausreichend, unter Würdigung der aktuellen Lebensumstände des Kindes und seiner Familie / Heimgruppe

aber eine stationäre Behandlung erfolgversprechender sein oder auch umgekehrt könnte sich etwa der Zeitpunkt für eine stationäre Intervention im Lichte der aktuellen Lebensumstände als ungünstig erweisen.

7. Die gemeinsame Absprache aller Beteiligten zu dem weiteren Vorgehen ist eine wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Verlauf der Behandlung.

Dazu gehören, so weit wie möglich:

- Vereinbarungen zur zeitlichen Dimension (Beginn, Dauer);
- Vereinbarungen über wechselseitige Berichtspflichten (Was muss wem zwingend mitgeteilt werden?);
- Vereinbarungen über die Wahrnehmung von Aufgaben/Verpflichtungen, und die
- Benennung der jeweiligen festen und kontinuierlichen Ansprechpartner/innen auf Seiten der Klinik, des Jugendamtes und der Jugendhilfeeinrichtung.

Sofern das Jugendamt nicht sorgeberechtigt ist, gilt es zu klären, in welchem Umfang und zu welchen Anlässen (regelmäßig vs. besondere Anlässe) und in welcher Form das Jugendamt und / oder die Jugendhilfeeinrichtung beteiligt werden.

Für die Sicherstellung der Grundversorgung (z.B. Versorgung mit Taschengeld, Wäsche, Hilfsmittel etc.) des jungen Menschen während eines Klinikaufenthaltes sind grundsätzlich die Sorgeberechtigten bzw. die Jugendhilfeeinrichtung verantwortlich.

Sollten sich Schwierigkeiten bei der Erfüllung dieser Aufgabe ergeben, wendet sich zunächst der **Kliniksozialdienst** an die **Sorgeberechtigten** bzw. die Jugendhilfeeinrichtung. Können die Mängel trotz mehrfacher Intervention des Kliniksozialdienstes nicht behoben werden, nimmt der Kliniksozialdienst Kontakt zur Ansprechperson im Jugendamt auf. Gemeinsam werden dann Absprachen zum weiteren Vorgehen getroffen.

4.1.2. Aufnahme bei einer Krise

Um die Anforderungen an die Kooperation der beiden Hilfesysteme näher beschreiben zu können, sollen die Merkmale von Krisen näher betrachtet werden.

Krisen sind u.a. gekennzeichnet

- durch Grenzüberschreitungen und Gefährdungen
- durch einen großen Zeit- und Handlungsdruck
- durch die eigene Ohnmacht
- durch starke Emotionen

Gefahren und Chancen von Krisen bestehen darin, dass sie *das bisherige soziale Leben aufs Spiel* setzen.

Eine gelungene Kooperation in Krisensituationen soll vor allem die Verstehens- und Handlungsmöglichkeiten aller Akteure erweitern. Sie verbessert auch die sachgerechte Reflexion der Balance zwischen Hilfe und Kontrolle.

Ziel ist es dabei, die besonderen Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten in der Krise für die Kinder bzw. Jugendlichen nutzbar zu machen.

4.1.3. Vorbereitung und Durchführung des Systemwechsels

*Wir wissen manchmal sehr genau was die anderen tun sollen.
Wir wissen schon weniger was die anderen eigentlich wirklich tun können.
Und wir wissen manchmal auch nicht, was wir selber tun können.*

4.1.3.1. Aus einer JH-Einrichtung in die Klinik der KJPP

Die eigenen Möglichkeiten bedenken

Krisen machen betroffen, die in sie Verwickelten brauchen Hilfe von Außen. Dieser notwendige distanziertere Blick auf die Krise - bevor Entscheidungen getroffen werden - muss innerhalb der Jugendhilfe sichergestellt sein.

D.h. konkret:

- Die einrichtungsinternen Möglichkeiten und Ressourcen sollen zunächst bedacht und bewertet werden (Ortswechsel z.B. in eine andere Gruppe überlegen, Doppeldienste organisieren, Auszeit ermöglichen,...).
- Keine Anfrage bzw. keine Verlegung in die KJPP ohne Einschaltung der Einrichtungsleitung. Dies setzt funktionierende Leitungsrufbereitschaften (abends und am Wochenende) voraus.

Ziel aller internen Bemühungen ist es, die Verstehens- und Handlungsmöglichkeiten der Akteure zu erweitern und so eine krisenhafte stationäre Aufnahme in eine Klinik zu vermeiden.

Sich frühzeitig mit dem anderen Hilfesystem besprechen

Die Sicht des anderen Hilfesystems ist so früh wie möglich in die interne Diskussion einzubauen:

- Arbeitsweise, Rahmenbedingungen und Behandlungskonzept des anderen Hilfesystems müssen grundsätzlich bekannt sein.
- Medizinische und rechtliche Aspekte zur Erweiterung der eigenen Verstehens- und Handlungsmöglichkeiten müssen frühzeitig genutzt werden.
- Ambulante psychiatrische Optionen müssen rechtzeitig diskutiert und wenn notwendig in Anspruch genommen werden.
- Im Vorfeld von akuten Krisen müssen Absprachen für schwierige Situationen getroffen werden, die allen Beteiligten dann im Krisenfall Sicherheit geben.

Vor jeder Fahrt zur Psychiatrie werden die Situation und das Vorgehen telefonisch mit dem diensthabenden Arzt der zuständigen KJPP besprochen.

Beteiligung organisieren

Ganz wesentlich für den Entscheidungsprozess in einer Krise ist es, die Perspektiven der Beteiligten zu kennen. Beteiligt sind neben dem Kind bzw. dem Jugendlichen immer auch die anderen Kinder bzw. Jugendlichen in der konkreten Wohn- bzw. Lebenssituation, die Sorge-berechtigten (Eltern bzw. der Vormund) und die zuständige Fachkraft des Jugendamtes.

Dies setzt somit eine gute telefonische Erreichbarkeit z.B. des Jugendamtes voraus. Die Einrichtung hat die Verantwortung, diese **Beteiligung** vor bzw. nach der Einleitung einer Psychiatrieaufnahme zu organisieren.

Dabei ist insbesondere in hoch akuten Krisen gemeinsam zu reflektieren:

- Werden die Sicherheitsforderungen der Beteiligten erfüllt?
- Wird Abstand zum akuten Krisengeschehen ermöglicht?
- Werden verantwortliche Grenzen gesetzt?

Wesentlich für das Gelingen ist die eigene Offenheit und das Interesse *mit* dem Kind bzw. Jugendlichen die Situation besser verstehen zu wollen.

Klare Arbeitsaufträge abstimmen

Zusammenarbeiten kann nur, wer seine eigenen Aufgaben kennt.

Die Arbeitsaufträge müssen allen Beteiligten bekannt sein. Diese Arbeitsaufträge werden gemeinsam entwickelt und abgestimmt. Insbesondere die betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen müssen verstehen was passiert.

Der Arbeitsaufträge an die KJPP könnten sein:

- Durch eine psychiatrische Diagnose für alle besseres Verständnis dafür zu entwickeln was hinter den Verhaltensäußerungen steht (medizinische und psychologische Diagnose,)
- Reduzierung von Symptomen und Wieder-Befähigung am normalen Bildungsprozess teilzunehmen
- Schutz bei krankheitsbedingtem Verlust der Selbststeuerung (krankheitsbedingte Selbst- bzw. Fremdgefährdung)
- Einen Ort im Rahmen eines therapeutischen Prozesses für eine zeitweise Regression zu bieten

Die gegenseitigen Erwartungen sollen in den Arbeitsaufträgen genannt werden. Unausgesprochene Aufträge können nicht erfüllt werden.

Termine absprechen

Schon zu Beginn des Systemwechsels wird das nächste Hilfeplangespräch nach 3-4 Wochen (d.h. nach der Erstellung der psychiatrischen Diagnose) vereinbart. Dieses kann ggf. auch nach der Entlassung des Patienten aus der KJPP statt finden.

Die voraussichtliche Gesamtdauer der stationären Behandlung wird bereits zu Beginn benannt und zeitlich strukturiert.

Kriseninterventionen dauern i. d. R. bis zu 14 Tagen. Sollte sich eine längere Behandlungsdauer abzeichnen, wird dies so früh wie möglich kommuniziert.

Dokumentation des Beratungs- und Entscheidungsprozesses

Alle oben genannten Beratungs- und Abspracheprozesse werden schriftlich dokumentiert. Hierfür entwickelt jede Institution ein funktionales Dokumentationssystem.

Durchführung des Wechsels

- Die Mitarbeiter/innen der Jugendhilfe haben gegenüber dem Kind bzw. Jugendlichen eine Informationspflicht über den Ablauf und die KJPP ganz allgemein, um Ängste bei den Betroffenen abzubauen.
- Die notwendigen Formalitäten sind vorab geklärt. Alle erforderlichen Unterlagen werden mitgenommen.
- Das Kind bzw. der Jugendliche hat seine persönlichen Sachen dabei.
- Das Kind bzw. der Jugendliche wird von mindestens einer vertrauten Person aus der Einrichtung zur Klinik begleitet.

- Dank der vorherigen telefonischen Absprache wird das Kind bzw. der Jugendliche in der KJPP erwartet. Das Zimmer ist vorbereitet. Ein Mitarbeiter der KJPP hat Zeit für die individuelle Begleitung des Kindes bzw. des Jugendlichen.

Bei der Verabschiedung wird der nächste Besuchstermin verbindlich vereinbart.

4.1.3.2. Auf Anregung eines Jugendamtes

Die Krisen im ambulanten Jugendhilfefall, wobei das Jugendamt zur Klärung der Krise die Vorstellung in der KJPP in Anspruch nehmen will, wird folgendes Verfahrensschema empfohlen.

- Handelt es sich nach Einschätzung durch den/die Fall führende Mitarbeiter/-in um eine Krise, die einer sofortigen kinder- und jugendpsychiatrischen Vorstellung bedarf (Psychose, Suizidalität, lebensbedrohliche Magersucht...)
 - so nimmt er/sie direkt telefonischen Kontakt mit dem Arzt/der Ärztin vom Dienst (AvD) der zuständigen pflichtversorgenden Klinik auf und stellt anschließend das Kind / den/die Jugendliche/n vor.
 - Der AvD entscheidet nach erfolgter persönlicher Untersuchung über die Notwendigkeit der stationären Aufnahme als Krisenintervention. Er kann bei Bedarf den Hintergrunddienst der Klinik dazu zuziehen.
 - Wenn aus einer akuten Krise keine direkte Aufnahme erfolgt, aber der/die Jugendliche zur Zeit nicht in die Herkunftsfamilie zurückkehren kann, nimmt ihn das Jugendamt in Obhut
- Wenn es sich nach Einschätzung durch den/die Fall führende Mitarbeiter/-in um eine Zuspitzung einer länger andauernden Entwicklung handelt (Schulversäumnisse, wiederholte gewalttätige Übergriffe, wiederholter Drogengebrauch, wiederholte innerfamiliäre Konfliktsituationen, wiederholte Verhaltensauffälligkeiten im schulischen Bereich...) und keine akute Lebensgefahr besteht, kann folgendermaßen vorgegangen werden:
 - Zuerst empfiehlt sich, ein Gespräch mit den Sorgeberechtigten und Jugendlichen zu führen, um die Notwendigkeit der jugendpsychiatrischen Vorstellung zu erörtern und die Familie zu ermuntern, diese auch zu tun (Informationen über Jugendpsychiatrie, Vorgehensweisen... zu vermitteln, zu klären ob MA sie hin begleiten soll):
 - die jugendpsychiatrische Sprechstunde am zuständigen Gesundheitsamt aufzusuchen, oder
 - einen Termin bei einem/r niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater/-in, oder
 - einen Termin in der zuständigen kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz zu vereinbaren.

4.1.4. Umgang mit Widerständen bezüglich Vorstellung / Aufnahme in der Klinik der KJPP

Sofern ein Kind oder ein Jugendlicher sich nicht freiwillig zu einer Klinik begibt und sich evtl. aus Krankheitsgründen gegen eine Vorstellung beim AvD verwehrt, bietet sich folgende Vorgehensweise an:

- Wenn die Eltern einer Vorstellung, ggf. auch einer stationären Aufnahme zustimmen, sollten sie zunächst von einem klaren Auftreten gegenüber dem/r Jugendliche/n überzeugt werden. In den meisten Fällen reicht dies aus, den/die Jugendliche/n doch zu einer Vorstellung zu bewegen.
- Sofern hierzu keine Möglichkeit besteht, kann ein Beschluss des Familiengerichtes eingeholt werden, dass eine stationäre Aufnahme zum Zwecke der Untersuchung, ggf. unter geschlossenen Bedingungen, und gegen den Willen des/r Betroffenen unter Gewaltanwendung erlaubt wird. Zur Zuführung zur Untersuchung (nicht zu einer späteren Unterbringung nach § 1631 BGB) kann sich das Gericht der zuständigen Behörden bedienen (Ordnungsbehörden und Polizei s. § 70 i.V.m. §§ 70e und 68 Abs.3 u. 4 FGG). Zum Antrag beim Familiengericht ist ein ärztliches Attest Voraussetzung, d. h. es ist ein Notarzt oder ein Hausarzt mit Erfahrung in der Psychiatrie hinzu zuziehen, der den Betroffenen zu befragen und zu untersuchen hat.

Sofern die Sorgeberechtigten einer psychiatrischen Vorstellung und ggf. stationären psychiatrischen Aufnahme bei Hilfebedürftigkeit eines Kindes oder Jugendlichen nicht zustimmen, gelten die Voraussetzungen des **Psych KG NRW**. Auf dem Boden des Attestes eines Psychiatrie erfahrenen hinzugezogenen Arztes kann die zuständige Ordnungsbehörde, ggf. unter Zuziehung der Polizei, eine einstweilige Unterbringung verfügen. Neben dem PsychKG NRW besteht die Möglichkeit bei einer Nichtzustimmung der Eltern zu einer Untersuchung bzw. Unterbringung die Ersetzung der Zustimmung beim Familiengericht zu beantragen (Eingriff in das Sorgerecht).

Gemäß § 17 PsychKG müssen die aufnehmenden Ärzte in jedem Fall das Vorliegen der Voraussetzungen einer geschlossenen Unterbringung aus medizinischer Sicht überprüfen. Sollte sich herausstellen, dass diese nicht vorliegen, ist der Patient wieder zu entlassen, es sei denn er wandelt seinen Aufenthalt in einen freiwilligen um. Bei nicht Vorliegen der Voraussetzung zahlt die Staatskasse die Kosten eines evtl. Aufenthaltes.

Primäre Aufgabe jedes an diesem Prozess Beteiligten ist die Deeskalation der Situation. Eine freiwillige Aufnahme und Behandlung ist für die Prognose sehr viel günstiger als eine unfreiwillige. Für die Einstellung einer pflichtversorgenden Klinik auf das Bewältigen der Krise ist es unabdingbar, den AvD vorher oder auf dem Weg zur Klinik über die Sachlage zu informieren, damit die Klinik entsprechende Dispositionen treffen kann, etwa problematische Wartezeiten im Eingangsbereich mit Ausreissversuchen des Jugendlichen zu vermeiden.

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

4.2. Behandlung in der KJPP

Allgemeine Grundsätze

- Die **Fallführung** liegt nun in der KJPP. Damit die Zusammenarbeit gelingt, wird die Co-Verantwortung der Jugendhilfe bewusst und gemeinsam gestaltet. Der „Beziehungsfaden“ soll nicht reißen.
Das Zimmer des Kindes bzw. Jugendlichen in der Jugendhilfeeinrichtung wird nicht verändert oder neu belegt.
- Die Jugendhilfe ist durch Besuche, Besprechungen,... regelmäßig präsent in der KJPP
- Es gibt keine generellen Besuchs- oder Kontaktsperren durch die KJPP. (Ausnahme: Qualifizierte Entzugsbehandlung)
- In der Jugendhilfeeinrichtung wird am Verstehen des Vorgefallenen gearbeitet, sofern nach Krise aufgenommen bzw. an einem Verständnis der Störung - sowohl im Arbeiterteam (evtl. mit einem Gast aus der KJPP), als auch in der Kinder- bzw. Jugendlichengruppe.
- Das Hilfeplangespräch (oder ein Fachgespräch) nach der 3. Behandlungswoche wird von allen ausführlich vorbereitet.
- Das zuständige Jugendamt stellt die notwendigen materiellen Ressourcen (Arbeitszeit, Fahrtkosten, Betreuungsgelder, etc.) für die Jugendhilfeeinrichtung während des Krankenhausaufenthalts sicher („Abwesenheitsregelung“).
- Die KJPP informiert bei besonderen Vorfällen die Jugendhilfeeinrichtung, die Sorgeberechtigten und das zuständige Jugendamt umgehend telefonisch.
- Die Einbeziehung der Sorgeberechtigten ist die gemeinsame Aufgabe von JH und KJPP. Während der klinischen Behandlung liegt auch hier die Fallführung bei der KJPP.

4.2.2. **Prozess der Entscheidungsfindung und Hilfeanbahnung bei einem für das Jugendamt bisher unbekanntem Fall in der kinder-/jugendpsychiatrischen Klinikbehandlung.**

Wenn während des Therapieprozesses die Idee zur Einleitung einer Jugendhilfemaßnahme entsteht, erfolgt zunächst eine Beratung innerhalb des therapeutischen Rahmens mit der Familie und dem betroffenen Jugendlichen. Die Idee wird i.d.R. im Rahmen der Familientherapie, meist mehrfach, thematisiert; die Beratung der Familie hinsichtlich der einzuschreitenden Wege des Beantragungsverfahrens usw. erfolgt durch den Kliniksozialdienst. In Abhängigkeit vom Selbstverständnis der Familie als Anspruchsberechtigte und dem Vorliegen von **Schweigepflichtsentbindungen** wird Kontakt zum Jugendamt aufgenommen. Je nach Konstellation erfolgt dies entweder durch den Kliniksozialdienst, der eine Helferkonferenz / Fachgespräch / Informationsgespräch in der Klinik koordiniert. Andererseits kann der Kontakt auch durch die Familie erfolgen, die ein erstes informatorisches Vorgespräch

mit dem/der zuständigen ASD-Mitarbeiter/in sucht, der/die ggf. über den Klinik-Sozialdienst vorinformiert wird.

Eltern steht das Recht zu, sich auch direkt mit dem Jugendamt oder mit einem betreuenden Verband zusammenzusetzen.

Nur in Ausnahmefällen, wenn z.B. Eltern die stationäre Behandlung des Kindes nicht wollen und eine Gefährdung des Kindeswohls vorliegt oder Gefahr im Verzug ist, kann die Klinik ohne Vorliegen einer Schweigepflichtsentbindung, ggf. auch ohne Wissen der Eltern, von sich aus Kontakt zum Jugendamt aufnehmen. Das Jugendamt kann eine **Inobhutnahme** in der Klinik initiieren, die durch den Familienrichter überprüft und ggf. bestätigt werden muss.

Nach der Kontaktaufnahme (d.h.: nach erster Information der Kooperationspartner) erfolgt ein **Fachgespräch** zum Informationsaustausch. Es findet in der Regel in der Klinik statt mit Eltern, ggfs. mit dem Patienten, der Klinik (hier in der Regel dem/r behandelnden Therapeuten/in und dem/r zuständigen Kliniksozialarbeiter/in, ggfs. auch mit einer Bezugsperson aus dem Pflege- und Erziehungsdienst), dem Jugendamt / der Einrichtung über schon vorliegende Diagnosen, Erkenntnisse und Empfehlungen der Klinik. Anschließend wird das Protokoll von allen Teilnehmenden unterzeichnet und dient als Grundlage für die weitere Hilfeplanung im Sinne einer Vorklärung des Hilfebedarfs. Ein gesonderter Bericht der Klinik ist zu diesem Zeitpunkt nicht mehr nötig.

In schwierigen Konstellationen hat es sich bewährt, dem Informations-/ Fachgespräch unter Beteiligung der Eltern und ggfs. Des/r Jugendlichen ein informatorisches Vorgespräch zwischen Therapeuten/innen, Jugendhilfevertretern/innen und Kliniksozialdienst vor zu schalten, um die im anschließenden Gespräch zu erwartende Familiendynamik zu erörtern und die diagnostischen Erkenntnisse auch in ihren negativen prognostischen Aspekten erörtern zu können.

Um genügend Zeit für das weitere Vorgehen zu lassen, erfolgt dieses Fachgespräch so früh wie irgend möglich nach der Kontaktaufnahme.

Nach dem informatorischen Fachgespräch erfolgt im Jugendamt der dort jeweils etablierte Prozess zur fachlichen Beratung und Festlegung der zu empfehlenden Hilfen. Anschließend erfolgt das **Hilfeplangespräch** mit den Beteiligten gem. SGB VIII.

Nach dem Hilfeplangespräch werden die arbeitsteiligen Schritte festgelegt, die für die Umsetzung der Hilfen notwendig sind.

Hier sind Regelungen / individuelle Absprachen dahingehend zu treffen, ob das Jugendamt oder der Kliniksozialdienst in frage kommende Einrichtungen oder /Anbieter anfragt, wer die Vorstellungen des Patienten und der Familie dort initiiert und begleitet, wer den Erfolg der Erstvorstellung verantwortlich auswertet und wer die Umsetzung der Maßnahme zum Entlassungszeitpunkt und danach begleitet.

In der Regel erfolgt in dieser Phase eine Begleitung der Familie parallel durch beide Systeme:

- Beratung,
- Antragstellung,

- Abklärung der materiellen Situation der Familie zwecks Errechnen des Eigenanteils und der Haushaltsersparnis beim Jugendamt,
- Begleitung der Annahme der Hilfe, der familiendynamischen Implikationen, der Fragen der Familie an mögliche Einrichtungen / Helfer durch die Klinik, umgekehrt auch Klärung von Fragen der inhaltlichen Betreuung, der Auswirkung der Störung auf den Alltag für die pädagogischen Hilfen etc. durch die Klinik.

4.3. Entlassungsprozessgestaltung

4.3.1. Vorbereitung der Entlassung aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie bei Beteiligung der Jugendhilfe

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

Vor der Entlassung

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

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

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

- etwa Kontaktaufnahme zu zuständigem **SPFH, Erziehungsbeistand**, Leiter einer ambulanten Jugendhilfegruppe, Vermittlung eines Kontaktes oder mehrerer im Rahmen der Klinik, Informationsaustausch, gemeinsame Familiensitzungen.
- bei ambulanten Eingliederungshilfen zur Erleichterung des Übergangs im Rahmen des § 35 a SGB VIII in Form von Fachleistungsstunden (vgl. KuK-Projekt in Dortmund) ist deren Umfang frühzeitig medizinisch zu indizieren, durch ein gesondertes Attest nachzuweisen (§ 36 SGB VIII) und hinsichtlich der Erfolgskriterien quasi gutachterlich zu beschreiben
- Anbahnung und Vermittlung therapeutischer Weiterbehandlung vor Ort erfolgt durch die Klinik.

Die Klinik sollte eine Durchschrift des Protokolls zum Hilfeplanverfahren und ggf. der folgenden Hilfeplangespräche erhalten (zwingend, wenn durch die Klinik-Ambulanz weitere Behandlung erfolgt). Die Jugendhilfe darf nach Schweigepflichtsentbindung durch die Sorgeberechtigten eine Durchschrift des Entlassberichtes zur Verfügung gestellt bekommen.

4.3.2 Abschlussgespräch / Entlassungsmodalitäten

Rückkehr in die JH-Einrichtung

Die gemeinsamen Erkenntnisse aus der Krise und der Krisenbearbeitung bzw. der Therapie werden mit dem Kind bzw. Jugendlichen, seinen Eltern und der Jugendhilfe von der KJPP schriftlich festgehalten.

- Der Arbeitsauftrag und die Ziele der Jugendhilfemaßnahme sind gemeinsam neu und konkret in einem Hilfeplangespräch definiert worden. Das Protokoll liegt vor.
Die Möglichkeiten der Jugendhilfe lauten allgemein formuliert:
 - basale Versorgung sicherstellen
 - Schutzraum bieten
 - Alltag strukturieren
 - soziales Lernen begleiten
 - Auseinandersetzung anbieten
 - belastbare Beziehungen anbieten
- Bereits am Entlassungstag gibt es einen ärztlichen Kurzbrief der KJPP für die JH und evtl. für den weiter behandelnden Arzt.
- Der ärztliche Abschlussbericht liegt spätestens 6 Wochen nach Entlassung vor. Es wurde vorher gemeinsam besprochen, ob und in welchem Rahmen das Kind bzw. der Jugendliche den Bericht lesen kann. Diese Absprache steht auch im Abschlussbericht.
Zwischen KJPP und JH sind weitere Beratungskontakte (Teilnahme von KJPP an Fallgespräch in der JH oder am nächsten Hilfeplangespräch, telefonische Kontakte,...) fest vereinbart und terminiert.
Ein Ansprechpartner in der KJPP für die JH ist definiert worden.
- Falls notwendig ist eine ambulante psychiatrische Nachsorge organisiert.
- Der Übergang in die Schule ist von der KJPP und der JH soweit wie möglich gemeinsam vorbereitet. (Schule ist informiert und in die Entwicklung einbezogen, eine evtl. notwendige besondere Begleitung zur Schule ist organisiert).
- Die Rolle/Aufgabe der Eltern bei der Rückkehr in die Jugendhilfeeinrichtung ist abgesprochen und organisiert.
- Das Kind bzw. der Jugendliche hat Gelegenheit sich in der KJPP angemessen zu verabschieden.
- Mindestens ein vertrauter Mitarbeiter der JH holt das Kind oder den Jugendlichen ab oder mindestens ein vertrauter Mitarbeiter der KJPP bringt das Kind bzw. den Jugendlichen zurück in die JH, ggf. gemeinsam mit der Sorgeberechtigten.
- Das Zimmer ist in der JH-Einrichtung vorbereitet. Der Dienstplan ist so organisiert, dass für das Kind bzw. den Jugendlichen exklusive Zeit vorhanden ist. Die Kinder- bzw. Jugendlichengruppe ist auf die Rückkehr vorbereitet.

Dies gilt sowohl für die Rückkehr in eine bekannte Jugendhilfeeinrichtung oder für Aufnahme in neue stationäre Jugendhilfeeinrichtungen.

5. Empfehlung zur Ergebnisqualität

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

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

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

Die im Anhang vorgestellte Abfrage (Fragebogen) verfolgt das Ziel, mit einem für die Fachkräfte möglichst geringem Aufwand, Rückmeldungen und Einschätzungen zur erfolgten Kooperation zu erhalten.

Die Anzahl der Fragen beschränkt sich deshalb ganz bewusst auf einige wenige grundlegende Aussagen zur Qualität der Zusammenarbeit. Die Ergebnisse, die auf diese Weise ermittelten Rückmeldungen bilden eine gute Basis für gemeinsame Gespräche, die in vereinbarten zeitlichen Abständen auch auf der den Einzelfall über greifenden Ebene geführt werden sollten. Dieser Einzelfall über greifende fachliche Austausch erweist sich als ein unverzichtbares Instrument zur Steuerung und Gestaltung der Zusammenarbeit.

Das Vorhandensein einer ausreichend großen Anzahl von Rückmeldungen kann dabei zu einer Versachlichung der Auswertungsgespräche beitragen. Eingeschränkt wird, durch die größere Anzahl der Rückmeldungen, die zu beobachtende Tendenz einer generalisierenden Bewertung der Zusammenarbeit aufgrund einzelner möglicherweise recht „spektakulärer“ Fälle, in denen die Zusammenarbeit für einen oder für mehrere Beteiligte ausgesprochen unbefriedigend verlief.

Die Kooperation der beteiligten Institutionen und Dienste soll in regelmäßigen Abständen überprüft und ausgewertet werden. Empfohlen ist es diese einmal jährlich in Rahmen eines gemeinsamen Evaluationsworkshops aller Beteiligten zu tun.

6. Kooperationsnotwendigkeit unter schwierigen Rahmenbedingungen

"Ohne Kooperation werden Schnittstellen zu Druckstellen" ¹

Das Diktat der leeren Kassen in den Haushalten der Kommunen in Nordrhein-Westfalen macht auch vor der öffentlichen Jugendhilfe nicht halt.

Die Haushaltssicherungskonzepte der Städte und Gemeinden lassen nur noch geringe Steuerungselemente zu, um den immer stärker werdenden gesellschaftlichen Problemen und Veränderungen entgegenzuwirken. Ist es im Sinne des SGB VIII erforderlich, Leistungen für die positive Entwicklung von Kindern, Jugendlichen und Familien ausreichend bereitzustellen und antizyklisch auf Fehlentwicklungen mit entsprechenden Investitionen zu agieren, führt es oftmals in der Realität in den Bereichen der Prävention und der sinnvoll auszugestaltenden Hilfe zur Erziehung zu einschneidenden

¹ Jugendliche zwischen Heimerziehung, Psychiatrie und Strafvollzug/Neue Schriftenreihe, Heft 56/1999, des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge/Ffm

Sparmaßnahmen und zu einem enormen Legitimationsdruck. Spürbar ist dies auch in der Ausgestaltung des personellen Einsatzes.

Personalstellenkürzungen, Einstellungsstops und Vakanzregelungen führen zu z.T. extrem hohen Fallzahlbelastungen. Fortbildungen und Weiterqualifikationen können weniger wahrgenommen werden und an deren Ende oft ein falsch verstandener Begriff des "Fallmanagements" steht, der letztlich nur Fallverwaltung meint.

Gleichwohl sind die Fachkräfte der Jugendhilfe unter diesen strukturellen Rahmenbedingungen immer wieder in der Lage qualitative Hilfen und Maßnahmen zu entwickeln und gemeinsam mit ihren Partnern umzusetzen.

Die Kliniken und Dienste der Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen unter analogem Legitimationsdruck der Krankenkassen gegenüber. Unter immer kürzeren stationären Behandlungsdauern sind sie in vielen Fällen auf die gute Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe angewiesen.

Bekannter weise treten unter den gegebenen Rahmenbedingungen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe an den Schnittstellen noch schneller "Druckstellen" auf, die auf der Einzelfallebene zu teilweise erheblichen Kooperationsproblemen führen. Wichtig ist es deshalb insbesondere verlässliche Kooperationen einzugehen und diese für alle Partner gleichermaßen selbstverpflichtend zu gestalten, um die Verfahren und somit auch die Helfer nicht mehr als erforderlich zu belasten. Für die gemeinsame Klientel bedeutet dies eine Optimierung der einzuleitenden Hilfe.

Die Kooperationspartner wissen um die von ihnen nicht beeinflussbaren strukturellen Bedingungen. Diese sind u.a. gesetzliche Vorgaben, finanzielle Rahmenbedingungen, ökonomische Vorgaben. Um trotzdem gute Arbeit zu leisten streben sie deshalb an, die von ihnen beeinflussbaren Faktoren zur Erfolg versprechenden Kooperation zu nutzen.

Kooperation kann nur gelingen, wenn drei Voraussetzungen gegeben sind:

1. Man muss kooperieren wollen.
2. Die Autonomie des anderen darf nicht verletzt werden.
3. Die Beteiligten müssen hiervon einen Nutzen haben.

Von wesentlicher Bedeutung ist dabei, dass die beiden Systeme die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Strukturen des jeweiligen anderen Kooperationspartners kennen und damit umzugehen lernen.

Zum Beispiel gibt es in der Jugendhilfe folgende unveränderbare Vorgaben:

- ⇒ die örtliche Zuständigkeit bei der Hilfestellung
- ⇒ Hilfeplanung nach § 36 Kinder- und Jugendhilfegesetz
- ⇒ Antragsverfahren für die Einleitung von Erzieherischen Hilfen
- ⇒ Unterhaltsverpflichtung von Eltern

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind folgende Vorgaben bindend:

- ⇒ Es muss sich nachweislich um Krankenhausbehandlung handeln, d.h. eine durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüfbare psychiatrische Störung liegt vor, die nur unter stationären Bedingungen behandelt werden kann, und Therapie (durch geschultes Pflegepersonal,

- stets rufbereiten Arzt und das multiprofessionelle abgestimmte Team) muss aktuell im Vordergrund stehen und Aussicht auf Erfolg haben
- ⇒ Sozialhilfeempfänger benötigen vor Aufnahme (Notfälle ausgenommen) eine Kostenzusage
 - ⇒ Kontakt zur Jugendhilfe setzt (rechtfertigender Notstand ausgenommen) eine Schweigepflichtsentbindung durch Sorgeberechtigte voraus
 - ⇒ Zwangsmaßnahmen sind gesetzlich geregelt
 - ⇒ Ohne Zustimmung der Sorgeberechtigten kann nur bei starker Gefährdung (PsychKG NW) des Patienten oder nach vormundschaftsrichterlicher Erlaubnis unter Eingriff in das Sorgerecht eine Behandlung erfolgen
 - ⇒ Der gesellschaftlich (Gesetzgeber, Kostenträger) erwünschte ökonomische Einsatz der Ressource teurer stationärer Behandlung bedeutet, dass Patienten zu einem Zeitpunkt entlassen werden, zu dem sie ambulant weiterbehandelt werden können, aber noch nicht gesundet sind.

In einer konstruktiven Zusammenarbeit besteht die Chance, eingefahrene Wege zu verlassen und künftig eine **gemeinsame** Arbeitsstruktur zu schaffen.

7. Konfliktregelung

Bei einer verbindlich und einvernehmlich vereinbarten Zusammenarbeit ist die Wahrscheinlichkeit der aus der Vergangenheit bekannten kleinen und oft zur Eskalation tendierenden Alltagskonflikte auf das geringste reduziert. Trotzdem sind diese nicht auszuschließen und bedürfen einer Regelung.

Im Falle eines klienten(patienten)bezogenen Konfliktes sollen die nächst höheren hierarchischen Ebenen – Oberarzt/ärztin, Bereichsleiter/in usw. – zur Klärung zugezogen werden. Wenn der Konflikt auch auf dieser Weise nicht lösbar sein sollte ist die oberste Leitungsebene einzuschalten.

Es könnte über die Schaffung einer Clearingstelle für auf diesem Weg nicht zu lösende Konflikte nachgedacht werden. Diese könnte als „neutrale“ Moderationsinstanz wirken.

Bei den aus den verschiedenen Organisations- und Finanzierungsstrukturen entstehenden Konfliktfaktoren sollten die Trägerebenen eingeschaltet und ggf. an die Politik herangetreten werden.

Es ist zu empfehlen in den Kooperationsvereinbarungen explizite Regeln zur Konfliktbehandlung fest zu halten.

RÜCKMELDUNG ÜBER DIE KOOPERATION

BETEILIGTE KOOPERATIONSPARTNER :

Name der Klinik : _____

Name des Jugendamtes _____

Name der Jugendhilfeeinrichtung _____

KOOPERATIONSZEITRAUM : von200. bis200.

ANSPRECHPARTNER BEI RÜCKFRAGEN ZUM FRAGEBOGEN

Name :

Telefon:

1. Wurde zu Beginn der Kooperation ein gemeinsames Problemverständnis erarbeitet ?

ja

nein

Falls nein - welche Gründe werden dafür gesehen ?

2. Wurden Arbeitsaufträge und Verantwortungen klar geregelt und Absprachen zum wechselseitigen Informationsaustausch getroffen?

ja

nein

Falls nein - welche Gründe werden dafür gesehen ?

3. Wurden die unter Frage 2 genannten Absprachen eingehalten?

ja

nein

Falls nein - welche Gründe werden dafür gesehen ?

4. Bestand während der Kooperation auf beiden Seiten Transparenz über die Handlungen?

ja

nein

Falls nein - welche Gründe werden dafür gesehen ?

5. Wurde die Erreichbarkeit der/des benannten Kooperationspartner ohne nennenswerte Verzögerungen gewährleistet?

ja

nein

Falls nein - welche Gründe werden dafür gesehen ?

Glossar

⇒ **Arbeitsgemeinschaft nach § 78 SGB VIII**

Ein wichtiges Element der Jugendhilfeplanung und Abstimmung zwischen den Trägern. Solche AG zu bilden ist Aufgabe des öffentlichen Trägers der Jugendhilfe (Jugendamt). Nähere Vorschriften zur Bildung enthalten die Landesausführungsgesetze.

(N. Struck in Birtsch, Münstermann, Trede [Hg.]
Handbuch Erziehungshilfe, Votum Münster 2001)

⇒ **Behandlungsbedarf**

Der Bedarf besteht in der Gesundheitsversorgung also zunächst aus zwei u.U. nicht deckungsgleichen Elementen: 1. Der subjektiven Annahme (subjektiver Bedarf) und 2. der objektivierenden Feststellung einer Krankheit oder Behinderung. Hinzutritt als drittes Element die Feststellung eines objektiven Behandlungsbedarfs; dies setzt das prinzipielle Vorhandensein von geeigneten Behandlungsverfahren und Einrichtungen, um die Krankheit oder Behinderung aussichtsreich zu behandeln oder Leiden zu lindern, voraus.

Auf dieser Basis ließe sich Bedarf verkürzt definieren als ein Zustand, dessen Behandlung durch spezifizierbare Maßnahmen gesundheitlichen Nutzen erwarten lässt.

(Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen,
Arbeitspapier 2000)

⇒ **Behandlungsbedürftigkeit**

Im Kontext der Gesundheitsversorgung kann Nachfrage so definiert werden, dass bei einem Individuum ein subjektiver Wunsch bzw. gewisse Präferenzen für eine Behandlung oder Versorgung vorliegen und von ihm die Inanspruchnahme entsprechender Leistungen tatsächlich gewünscht und versucht wird. Dieser subjektive und ausgedrückte Wunsch nach Versorgung (Nachfrage) wird in der Literatur (Brüggemann 1978; Schwartz 1978) auch als "subjektiver Bedarf" (oder "Bedürfnis") definiert.

(Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen,
Arbeitspapier 2000)

⇒ **Beteiligung**

Im SGB VIII auf verschiedenen Stellen verbindliche fachliche Forderung, die Adressaten bei der Festlegung und Ausgestaltung von Hilfen und Angeboten zu beteiligen. (§ 5 Wunsch - und Wahlrecht; § 8 Das Recht sich in allen Angelegenheiten der Erziehung und Entwicklung an das Jugendamt zu wenden; § 36 Hilfeplan, § 80 Jugendhilfeplanung...)

(nach N. Struck in Birtsch, Münstermann, Trede (Hg.)
Handbuch Erziehungshilfe, Votum Münster 2001)

⇒ **Erzieherischer Bedarf**

Unbestimmter Rechtsbegriff, dient zur Erfassung und Ausgestaltung der Hilfen zur Erziehung, wenn aus irgend einem Grund dem Kindeswohl dienende Erziehung alleine durch die Herkunftsfamilie nicht gewährleistet werden kann. Braucht in jedem Fall neu und konkret erfasst werden.

⇒ **Erziehungsbeistand**

Erziehungsbeistandschaft ist eine der möglichen Hilfen zur Erziehung (§ 30 SGB VIII)... Die Aufgabe des E. ist es, Kinder und Jugendliche zu unterstützen, ihnen bei Problemen zu helfen und dabei das Lebensumfeld und die Familie in diese Hilfe einzubeziehen...

(N. Struck in Birtsch, Münstermann, Trede (Hg.)
Handbuch Erziehungshilfe, Votum Münster 2001)

⇒ **Fachgespräch**

Teilschritt im Hilfeplanverfahren. Nach Beratung der Hilfesuchenden werden nach gründlicher Vorbereitung die Alternativen und in Frage kommenden Hilfemaßnahmen im Gespräch mit dazu gezogenen Fachpersonen erörtert. Dient zur Unterstützung der fallführenden Mitarbeiter/-innen des Jugendamtes. Wird vor dem Hilfeplangespräch durchgeführt. Die Entscheidung ist „im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte getroffen werden“ [§ 36 (2) SGB VIII]

⇒ **Fallführung**

Eine Aufgabe der für den konkreten Fall verantwortlichen Fachkraft, auch dann, wenn eine zeitweilige Unterbringung zur Diagnostik oder Behandlung in der KJPP erforderlich wird.
(Analog Case Management)

⇒ **Hilfeplanung (gem. § 36 SGB VIII)**

Hilfeplanung nach dem KJHG ist ein Instrument mittels Hilfeplangespräch und dokumentiertem Hilfeplan das komplexe Geschehen bei der Gewährung erzieherischer Hilfen bedarfsgerecht zu steuern und abzusichern.

Das SGB VIII verlangt, dass dabei Kinder und Jugendliche und deren Personensorgeberechtigten in die Auswahl und Planung der Hilfen einbezogen und an den Entscheidungen beteiligt werden. So soll gewährleistet werden, dass nicht "über die Köpfe hinweg" entschieden wird, sondern die Hilfe in einem partizipativen Prozess ausgehandelt und gestaltet wird.

Dies geschieht aus der Erkenntnis, dass tragfähige Perspektiven nur unter Berücksichtigung der Lebenssituation und der Biographie der betroffenen Menschen zu entwickeln sind.

Für das **Hilfeplangespräch** ist der fallzuständige (fallführende) Mitarbeiter im Jugendamt "Herr des Verfahrens". Er lädt zu dem Hilfeplangespräch (HPG) ein, leitet das Gespräch und führt das Protokoll. Im Protokoll sollen alle wesentlichen Gesprächsinhalte zusammen gefasst sowie die vereinbarten Ziele dokumentiert werden. Es ist von allen Teilnehmern zu unterschreiben. Jeder Teilnehmer hat das Recht, sachgemäße Ergänzungen und für ihn notwendige Veränderungen schriftlich darzustellen. Diese Änderungen sind dem Protokoll beizufügen. Jeder Teilnehmer erhält eine Kopie des Protokolls.

Der Hilfeplanung wird eine große Bedeutung beigemessen und es stellt für die Teilnehmer eine hohe Verbindlichkeit her.

⇒ **Hilfeplanverfahren**

Die Empfehlungen zum Hilfeplanverfahren gemäß § 36 SGB VIII sind von der Webseite des Landesjugendamtes in Pdf-Format herunter zu laden:

www.lwl.org/LWL/Jugend/Landesjugendamt

> Jugendhilfe von A-Z > Hilfeplanung > Materialien

Für die Ausgestaltung und Gewährung von Hilfen nach § 27 ff. SGB VIII unter Einbeziehung des Hilfeplanverfahrens nach § 36 SGB VIII wird ein örtlich abgestimmtes Verfahren in Gestalt einer Kooperationsvereinbarung, Richtlinien o.ä. empfohlen.

(wie z.B. bezogen auf den Bereich Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie die „Kooperationsvereinbarung zwischen der WIKJPPH Hamm und die Jugendämter im Kreis Unna“ oder „Leitfaden zur Zusammenarbeit der Jugendämter in Kreis Borken mit den Kinder- und Jugendpsychiatrien WKKJP in der Haard, Vestische Kinderklinik Datteln, Clemens-August-Jugendklinik Neuenkirchen“.

Anfragen sind an die Jugendämter zu richten.)

⇒ **Inobhutnahme**

Eine vorübergehende Unterbringung eines Hilfe suchenden Kindes oder Jugendlichen durch das Jugendamt, als eine Form der Krisenintervention. Ebenso kann es wegen einer dringenden Gefahr für das Wohl des Kindes zur Inobhutnahme kommen, auch gegen den Willen des Kindes.

Die Personensorgeberechtigten sind unmittelbar zu informieren, oder ein Beschluss des Familiengerichts zu erwirken. Sie ist auf kürzere Zeit angelegt, bis zur Rückführung in die Familie, oder Klärung des weiteren Hilfebedarfes und Einleitung der notwendigen Maßnahmen oder Angebote.

(nach Gernert (Hg.) Handwörterbuch für Jugendhilfe und Sozialarbeit, Boorberg Verl. 2001)

⇒ **JH:** in diesem Kontext: Einrichtung der Jugendhilfe

⇒ **Jugendhilfeplanung:** Aufgabe der Jugendhilfeplanung ist es sicherzustellen, dass für alle im SGB VIII genannten Leistungsbereiche der Jugendhilfe ein ausreichendes und geeignetes Angebot an Einrichtungen und Diensten bereit gestellt wird. Dies erfordert die Durchführung von Bestands- und Bedarfsermittlungen sowie eine daraus resultierende Maßnahmeplanung. Jugendhilfeplanung ist somit für den öffentlichen Träger der Jugendhilfe ein Instrument zur Steuerung und Entwicklung der Jugendhilfe insgesamt. (s. §§ 79, 80, 81 SGB VIII)

⇒ **KJPP** in dem Kontext Klinik, Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie

⇒ **Kliniksozialdienst**

Durch die Klärung sozialrechtlicher Fragestellungen, Beratung, Behandlung, Begleitung der Kinder- und Jugendlichen und Koordination mit Aktivitäten anderer Hilfesysteme und der Sorgeberechtigten trägt der Sozialdienst zum Erfolg der Behandlungsbemühungen bei.

(Vgl. Leitbild des Westf. Instituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Heilpädagogik Hamm)

⇒ **Pflegesatzverordnung**

- ⇒ in den Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ⇒ in den Einrichtungen der Jugendhilfe

⇒ **Schweigepflichtsentbindung**

Die von einem Geheimnis Betroffenen entbinden die zu bestimmten Fachgruppen gehörigen Personen (Ärzte, Psychologen, Sozialberufe...) schriftlich der Pflicht der Bewahrung dieses Geheimnisses gegenüber bestimmten Personen oder Institutionen zu bestimmten Zwecken. Ausnahmen sind nur zulässig bei rechtfertigendem Notstand, Anzeigepflichterfüllung bei geplanten Straftaten usw. (s. StGB: entsprechende §§)

⇒ **SGB V** (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) Gesetzliche Krankenversicherung

⇒ **Sorgeberechtigte (Personensorgeberechtigte)**

Inhaber der Personensorge. **P.** als Bestandteil der elterlichen Sorge und Kernstück des Elternrechts (gesetzliche Vertretung; Recht und Pflicht zur Pflege und Erziehung; Aufenthaltsbestimmung, Beaufsichtigung usw. s. BGB § 1626 ff). Diese Rechte können teils oder ganz aberkannt und auf andere Personen so auch auf das Jugendamt als Rechtsperson übertragen werden.

(nach: Fachlexikon der sozialen Arbeit DV 1980)

⇒ **SPFH** (sozialpädagogische Familienhilfe)

Eine der Hilfen zur Erziehung (§ 31 SGB VIII). Sozialpädagogische Fachkräfte begeben sich in den Alltag von Familien, um diese intensiv zu begleiten und zu unterstützen und die familialen Ressourcen zur Bewältigung des Alltags und zur Lösung von Konflikten zu erweitern.

(N. Struck in Birtsch, Münstermann, Trede (Hg.)
Handbuch Erziehungshilfe, Votum Münster 2001)

⇒ **Träger der Jugendhilfe**

⇒ **freie Träger:** das Gesetz räumt den Trägern der freien Jugendhilfe die Möglichkeit des Tätigwerdens in Ergänzung oder ersatzweise oder auch völlig unabhängig von dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe ein (s. dort). Sie können Leistungen der Jugendhilfe erbringen. Wenn sie es tun, soll die öffentliche Jugendhilfe von gleichartigen Angeboten in eigener Trägerschaft verzichten.

(in Detail: T. Breul in Gernert [Hg.]: Handwörterbuch für Jugendhilfe und Sozialarbeit, Boorberg 2001)

⇒ **öffentliche Träger:** sind als örtliche Träger die Kreise und kreisfreien Städte gesetzlich verpflichtet die zur Erledigung der Aufgaben erforderlichen und geeigneten Einrichtungen, Dienste und Veranstaltungen den verschiedenen Grundrichtungen der Erziehung rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung zu stellen. Die Gesamtverantwortung für das bedarfsgerechte Angebot bleibt auch bei Tätigwerden der freien Träger beim öffentlichen Träger. Eine besondere Rolle kommt den Landesjugendämtern als überörtlichen Träger zu.

(in Detail: B. Büning in Gernert (Hg.): Handwörterbuch für Jugendhilfe und Sozialarbeit, Boorberg 2001)

⇒ **Zwangsmaßnahmen**

In besonderen Fällen kann es dazu kommen, dass eine Untersuchung oder Unterbringung gegen den Willen der Betroffenen durchgeführt werden muss (Weigerung oder Widerstand bei psychiatrischen Erkrankungen, unmittelbare Gefährdung der Person usw...). In solchen Fällen regelt den Umgang das Psych KG NRW.

Anhang 3: Relevante Gesetztestexte / Paragraphen

⇒ SGB VIII

§ 5 Wunsch- und Wahlrecht

- (1) Die Leistungsberechtigten haben das Recht, zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger zu wählen und Wünsche hinsichtlich der Gestaltung der Hilfe zu äußern. Sie sind auf dieses Recht hinzuweisen.
- (2) Der Wahl und den Wünschen soll entsprochen werden, sofern dies nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist. Wünscht der Leistungsberechtigte die Erbringung einer in § 78a genannten Leistung in einer Einrichtung, mit deren Träger keine Vereinbarungen nach § 78b bestehen, so soll der Wahl nur entsprochen werden, wenn die Erbringung der Leistung in dieser Einrichtung im Einzelfall oder nach Maßgabe des Hilfeplanes (§ 36) geboten ist.

§ 8 Beteiligung von Kindern und Jugendlichen

- (1) Kinder und Jugendliche sind entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen. Sie sind in geeigneter Weise auf ihre Rechte im Verwaltungsverfahren sowie im Verfahren vor dem Familiengericht, dem Vormundschaftsgericht und dem Verwaltungsgericht hinzuweisen.
- (2) Kinder und Jugendliche haben das Recht, sich in allen Angelegenheiten der Erziehung und Entwicklung an das Jugendamt zu wenden.
- (3) Kinder und Jugendliche können ohne Kenntnis des Personensorgeberechtigten beraten werden, wenn die Beratung aufgrund einer Not- und Konfliktlage erforderlich ist und solange durch die Mitteilung an den Personensorgeberechtigten der Beratungszweck vereitelt würde.

§ 8 a Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

- (1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen. Dabei sind die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten anzubieten.
- (2) In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass deren Fachkräfte den Schutzauftrag nach Absatz 1 in entsprechender Weise wahrnehmen und bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuziehen. Insbesondere ist die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte bei den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die angenommenen Hilfen nicht ausreichend erscheinen, um die Gefährdung abzuwenden.
- (3) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.
- (4) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

§ 10 Verhältnis zu anderen Leistungen und Verpflichtungen

- (1) Verpflichtungen anderer, insbesondere Unterhaltspflichtiger oder der Träger anderer Sozialleistungen, werden durch dieses Buch nicht berührt. Leistungen anderer dürfen nicht deshalb versagt werden, weil nach diesem Buch entsprechende Leistungen vorgesehen sind.
- (2) Die Leistungen nach diesem Buch gehen Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz vor. Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz für junge Menschen, die körperlich oder geistig behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, gehen Leistungen nach diesem Buch vor. Landesrecht kann regeln, dass Maßnahmen der Frühförderung für Kinder unabhängig von der Art der Behinderung vorrangig von anderen Leistungsträgern gewährt werden.

§ 27 Hilfe zur Erziehung

- (1) Ein Personensorgeberechtigter hat bei der Erziehung eines Kindes oder eines Jugendlichen Anspruch auf Hilfe (Hilfe zur Erziehung), wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist.
- (2) Hilfe zur Erziehung wird insbesondere nach Maßgabe der §§ 28 bis 35 gewährt. Art und Umfang der Hilfe richten sich nach dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall; dabei soll das engere soziale Umfeld des Kindes oder des Jugendlichen einbezogen werden.
- (3) Hilfe zur Erziehung umfasst insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen. Sie soll bei Bedarf Ausbildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen im Sinne des § 13 Abs. 2 einschließen.

§ 28 Erziehungsberatung

Erziehungsberatungsstellen und andere Beratungsdienste und -einrichtungen sollen Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrundeliegenden Faktoren, bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennung und Scheidung unterstützen. Dabei sollen Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen zusammenwirken, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind.

§ 29 Soziale Gruppenarbeit

Die Teilnahme an sozialer Gruppenarbeit soll älteren Kindern und Jugendlichen bei der Überwindung von Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensproblemen helfen. Soziale Gruppenarbeit soll auf der Grundlage eines gruppenpädagogischen Konzepts die Entwicklung älterer Kinder und Jugendlicher durch soziales Lernen in der Gruppe fördern.

§ 30 Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer

Der Erziehungsbeistand und der Betreuungshelfer sollen das Kind oder den Jugendlichen bei der Bewältigung von Entwicklungsproblemen möglichst unter Einbeziehung des sozialen Umfelds unterstützen und unter Erhaltung des Lebensbezugs zur Familie seine Selbstständigkeit fördern.

§ 31 Sozialpädagogische Familienhilfe

Sozialpädagogische Familienhilfe soll durch intensive Betreuung und Begleitung Familien in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen unterstützen und Hilfe zur Selbsthilfe geben. Sie ist in der Regel auf längere Dauer angelegt und erfordert die Mitarbeit der Familie.

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

§ 32 Erziehung in einer Tagesgruppe

Hilfe zur Erziehung in einer Tagesgruppe soll die Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen durch soziales Lernen in der Gruppe, Begleitung der schulischen Förderung und Elternarbeit unterstützen und dadurch den Verbleib des Kindes oder des Jugendlichen in seiner Familie sichern. Die Hilfe kann auch in geeigneten Formen der Familienpflege geleistet werden.

§ 33 Vollzeitpflege

Hilfe zur Erziehung in Vollzeitpflege soll entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen und seinen persönlichen Bindungen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie Kindern und Jugendlichen in einer anderen Familie eine zeitlich befristete Erziehungshilfe oder eine auf Dauer angelegte Lebensform bieten. Für besonders entwicklungsbeeinträchtigte Kinder und Jugendliche sind geeignete Formen der Familienpflege zu schaffen und auszubauen.

§ 34 Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform

Hilfe zur Erziehung in einer Einrichtung über Tag und Nacht (Heimerziehung) oder in einer sonstigen betreuten Wohnform soll Kinder und Jugendliche durch eine Verbindung von Alltagserleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten in ihrer Entwicklung fördern. Sie soll entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie

1. eine Rückkehr in die Familie zu erreichen versuchen oder
2. die Erziehung in einer anderen Familie vorbereiten oder
3. eine auf längere Zeit angelegte Lebensform bieten und auf ein selbständiges Leben vorbereiten.

Jugendliche sollen in Fragen der Ausbildung und Beschäftigung sowie der allgemeinen Lebensführung beraten und unterstützt werden.

§ 35 Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung

Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung soll Jugendlichen gewährt werden, die einer intensiven Unterstützung zur sozialen Integration und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung bedürfen. Die Hilfe ist in der Regel auf längere Zeit angelegt und soll den individuellen Bedürfnissen der Jugendlichen Rechnung tragen.

§ 35 a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kindern und Jugendlichen

- (1) Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn
 1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht, und
 2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.
- (2) Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall
 1. in ambulanter Form,
 2. in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
 3. durch geeignete Pflegepersonen und
 4. in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet.
- (3) Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Leistungen richten sich nach §§ 53 und 54 des SGB XII, soweit diese Bestimmungen auch auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden.

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

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

§ 36 Mitwirkung, Hilfeplan

- (1) Der Personensorgeberechtigte und das Kind oder der Jugendliche sind vor der Entscheidung über die Inanspruchnahme einer Hilfe und vor einer notwendigen Änderung von Art und Umfang der Hilfe zu beraten und auf die möglichen Folgen für die Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen hinzuweisen. Vor und während einer langfristig zu leistenden Hilfe außerhalb der eigenen Familie ist zu prüfen, ob die Annahme als Kind in Betracht kommt. Ist Hilfe außerhalb der eigenen Familie erforderlich, so sind die in Satz 1 genannten Personen bei der Auswahl der Einrichtung oder der Pflegestelle zu beteiligen. Der Wahl und den Wünschen ist zu entsprechen, sofern sie nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden sind. Wünschen die in Satz 1 genannten Personen die Erbringung einer in § 78 a genannten Leistung in einer Einrichtung, mit deren Träger keine Vereinbarungen nach § 78 b bestehen, so soll der Wahl nur entsprochen werden, wenn die Erbringung der Leistung in dieser Einrichtung nach Maßgabe des Hilfeplanes nach Absatz 2 geboten ist.
- (2) Die Entscheidung über die im Einzelfall angezeigte Hilfeart soll, wenn Hilfe voraussichtlich für längere Zeit zu leisten ist, im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte getroffen werden. Als Grundlage für die Ausgestaltung der Hilfe sollen sie zusammen mit dem Personensorgeberechtigten und dem Kind oder dem Jugendlichen einen Hilfeplan aufstellen, der Feststellungen über den Bedarf, die zu gewährende Art der Hilfe sowie die notwendigen Leistungen enthält; sie sollen regelmäßig prüfen, ob die gewählte Hilfeart weiterhin geeignet und notwendig ist. Werden bei der Durchführung der Hilfe andere Personen, Dienste oder Einrichtungen tätig, so sind sie oder deren Mitarbeiter an der Aufstellung des Hilfeplans und seiner Überprüfung zu beteiligen.
- (3) Erscheinen Hilfen nach § 35 a erforderlich, so soll bei der Aufstellung und Änderung des Hilfeplans sowie bei der Durchführung der Hilfe ein Arzt, der über besondere Erfahrungen in der Hilfe für Behinderte verfügt, beteiligt werden. Erscheinen Maßnahmen der beruflichen Eingliederung erforderlich, so sollen auch die Stellen der Bundesanstalt für Arbeit beteiligt werden.

§ 36a Steuerungsverantwortung, Selbstbeschaffung

- (1) Der Träger der öffentlichen Jugendhilfe trägt die Kosten der Hilfe grundsätzlich nur dann, wenn sie auf der Grundlage seiner Entscheidung nach Maßgabe des Hilfeplans unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts erbracht wird; dies gilt auch in den Fällen, in denen Eltern durch das Familiengericht oder Jugendliche und junge Volljährige durch den Jugendrichter zur Inanspruchnahme von Hilfen verpflichtet werden. Die Vorschriften über die Heranziehung zu den Kosten der Hilfe bleiben unberührt.
- (2) Abweichend von Absatz 1 soll der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die niedrighschwellige unmittelbare Inanspruchnahme von ambulanten Hilfen, insbesondere der Erziehungsberatung, zulassen. Dazu schließt er mit den Leistungserbringern Vereinbarungen, in denen die Voraussetzungen und die Ausgestaltung der Leistungserbringung sowie die Übernahme der Kosten geregelt werden.
- (3) Werden Hilfen abweichend von den Absätzen 1 und 2 vom Leistungsberechtigten selbst beschafft, so ist der Träger der öffentlichen Jugendhilfe zur Übernahme der erforderlichen Aufwendungen nur verpflichtet, wenn
1. der Leistungsberechtigte den Träger der öffentlichen Jugendhilfe vor der Selbstbeschaffung über den Hilfebedarf in Kenntnis gesetzt hat,
 2. die Voraussetzungen für die Gewährung der Hilfe vorlagen und
 3. die Deckung des Bedarfs

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

- a) bis zu einer Entscheidung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe über die Gewährung der Leistung oder
- b) bis zu einer Entscheidung über ein Rechtsmittel nach einer zu Unrecht abgelehnten Leistung keinen zeitlichen Aufschub geduldet hat.

War es dem Leistungsberechtigten unmöglich, den Träger der öffentlichen Jugendhilfe rechtzeitig über den Hilfebedarf in Kenntnis zu setzen, so hat er dies unverzüglich nach Wegfall des Hinderungsgrundes nachzuholen.

§ 40 Krankenhilfe

Wird Hilfe nach den §§ 33 bis 35 oder nach § 35 a Abs. 2 Nr. 3 oder 4 gewährt, so ist auch Krankenhilfe zu leisten; für den Umfang der Hilfe gelten die §§ 47, 48 und 52 des SGB XII entsprechend. Das Jugendamt kann in geeigneten Fällen die Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung übernehmen, soweit sie angemessen sind.

§ 41 Hilfe für junge Volljährige

- (1) Einem jungen Volljährigen soll Hilfe für die Persönlichkeitsentwicklung und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung gewährt werden, wenn und solange die Hilfe aufgrund der individuellen Situation des jungen Menschen notwendig ist. Die Hilfe wird in der Regel nur bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres gewährt; in begründeten Einzelfällen soll sie für einen begrenzten Zeitraum darüber hinaus fortgesetzt werden.
- (2) Für die Ausgestaltung der Hilfe gelten § 27 Abs. 3 sowie die §§ 28 bis 30, 33 bis 36, 39 und 40 entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Personensorgeberechtigten oder des Kindes oder des Jugendlichen der junge Volljährige tritt.
- (3) Der junge Volljährige soll auch nach Beendigung der Hilfe bei der Verselbständigung im notwendigen Umfang beraten und unterstützt werden.

§ 42 Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen

- (1) Das Jugendamt ist berechtigt und verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn
 - 1. das Kind oder der Jugendliche um Obhut bittet oder
 - 2. eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen die Inobhutnahme erfordert und
 - a) die Personensorgeberechtigten nicht widersprechen oder
 - b) eine familiengerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann oder
 - 3. ein ausländisches Kind oder ein ausländischer Jugendlicher unbegleitet nach Deutschland kommt und sich weder Personensorge- noch Erziehungsberechtigte im Inland aufhalten.

Die Inobhutnahme umfasst die Befugnis, ein Kind oder einen Jugendlichen bei einer geeigneten Person, in einer geeigneten Einrichtung oder in einer sonstigen Wohnform vorläufig unterzubringen; im Fall von Satz 1 Nr. 2 auch ein Kind oder einen Jugendlichen von einer anderen Person wegzunehmen.

- (2) Das Jugendamt hat während der Inobhutnahme die Situation, die zur Inobhutnahme geführt hat, zusammen mit dem Kind oder dem Jugendlichen zu klären und Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung aufzuzeigen. Dem Kind oder dem Jugendlichen ist unverzüglich Gelegenheit zu geben, eine Person seines Vertrauens zu benachrichtigen.
Das Jugendamt hat während der Inobhutnahme für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen zu sorgen und dabei den notwendigen Unterhalt und die Krankenhilfe sicherzustellen. Das Jugendamt ist während der Inobhutnahme berechtigt, alle Rechtshandlungen vorzunehmen, die zum Wohl des Kindes oder Jugendlichen notwendig sind; der mutmaßliche Wille der Personensorge- oder der Erziehungsberechtigten ist dabei angemessen zu berücksichtigen.

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

- (3) Das Jugendamt hat im Fall des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten unverzüglich von der Inobhutnahme zu unterrichten und mit ihnen das Gefährdungsrisiko abzuschätzen. Widersprechen die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten der Inobhutnahme, so hat das Jugendamt unverzüglich
1. das Kind oder den Jugendlichen den Personensorge- oder Erziehungsberechtigten zu übergeben, sofern nach der Einschätzung des Jugendamts eine Gefährdung des Kindeswohls nicht besteht oder die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten bereit und in der Lage sind, die Gefährdung abzuwenden oder
 2. eine Entscheidung des Familiengerichts über die erforderlichen Maßnahmen zum Wohl des Kindes oder des Jugendlichen herbeizuführen. Sind die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten nicht erreichbar, so gilt Satz 2 Nr. 2 entsprechend. Im Fall des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 3 ist unverzüglich die Bestellung eines Vormunds oder Pflegers zu veranlassen. Widersprechen die Personensorgeberechtigten der Inobhutnahme nicht, so ist unverzüglich ein Hilfeplanverfahren zur Gewährung einer Hilfe einzuleiten.
- (4) Die Inobhutnahme endet mit
1. der Übergabe des Kindes oder Jugendlichen an die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten,
 2. der Entscheidung über die Gewährung von Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch.
- (5) Freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen der Inobhutnahme sind nur zulässig, wenn und soweit sie erforderlich sind, um eine Gefahr für Leib oder Leben des Kindes oder des Jugendlichen oder eine Gefahr für Leib oder Leben Dritter abzuwenden. Die Freiheitsentziehung ist ohne gerichtliche Entscheidung spätestens mit Ablauf des Tages nach ihrem Beginn zu beenden.
- (6) Ist bei der Inobhutnahme die Anwendung unmittelbaren Zwangs erforderlich, so sind die dazu befugten Stellen hinzuzuziehen.

§ 65 Besonderer Vertrauensschutz in der persönlichen und erzieherischen Hilfe

- (1) Sozialdaten, die dem Mitarbeiter eines Trägers der öffentlichen Jugendhilfe zum Zweck persönlicher und erzieherischer Hilfe anvertraut worden sind, dürfen von diesem nur weitergegeben werden
1. mit der Einwilligung dessen, der die Daten anvertraut hat, oder
 2. dem Vormundschafts- oder dem Familiengericht zur Erfüllung der Aufgaben nach § 50 Abs. 3, wenn angesichts einer Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen ohne diese Mitteilung eine für die Gewährung von Leistungen notwendige gerichtliche Entscheidung nicht ermöglicht werden könnte, oder
 3. unter den Voraussetzungen, unter denen eine der in § 203 Abs. 1 oder 3 des Strafgesetzbuches genannten Personen dazu befugt wäre. Gibt der Mitarbeiter anvertraute Sozialdaten weiter, so dürfen sie vom Empfänger nur zu dem Zweck weitergegeben werden, zu dem er diese befugt erhalten hat.
- (2) § 35 Abs. 3 des Ersten Buches gilt auch, soweit ein behördeninternes Weitergabeverbot nach Absatz 1 besteht.

§ 72a Persönliche Eignung

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen hinsichtlich der persönlichen Eignung im Sinne des § 72 Abs. 1 insbesondere sicherstellen, dass sie keine Personen beschäftigen oder vermitteln, die rechtskräftig wegen einer Straftat nach den §§ 171, 174 bis 174 c, 176 bis 181 a, 182 bis 184 e oder § 225 des Strafgesetzbuches verurteilt worden sind. Zu diesem Zweck sollen sie sich bei der Einstellung und in regelmäßigen Abständen von den zu beschäftigenden Personen ein Führungszeugnis nach § 30 Abs. 5 des Bundeszentralregistergesetzes vorlegen lassen. Durch Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten sollen die Träger der öffentlichen Jugendhilfe auch sicherstellen, dass diese keine Personen nach Satz 1 beschäftigen.

Anhang 3: Relevante Gesetztestexte / Paragraphen

§§ 78 a – f Vereinbarungen über Leistungsangebote, Entgelte und Qualitätsentwicklung

§ 78 a Anwendungsbereich

- (1) Die Regelungen der §§ 78 b bis 78 g gelten für die Erbringung von
 1. Leistungen für Betreuung und Unterkunft in einer sozialpädagogisch begleiteten Wohnform (§ 13 Abs. 3),
 2. Leistungen in gemeinsamen Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder (§ 19),
 3. Leistungen zur Unterstützung bei notwendiger Unterbringung des Kindes oder Jugendlichen zur Erfüllung der Schulpflicht (§ 21 Satz 2),
 4. Hilfe zur Erziehung
 - a) in einer Tagesgruppe (§ 32),
 - b) in einem Heim oder einer sonstigen betreuten Wohnform (§ 34) sowie
 - c) in intensiver sozialpädagogischer Einzelbetreuung (§ 35), sofern sie außerhalb der eigenen Familie erfolgt,
 5. Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche in
 - a) anderen teilstationären Einrichtungen (§ 35 a Abs. 2 Nr. 2 Alternative 2),
 - b) Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen (§ 35 a Abs. 2 Nr. 4),
 6. Hilfe für junge Volljährige (§ 41), sofern diese den in den Nummern 4 und 5 genannten Leistungen entspricht, sowie
 7. Leistungen zum Unterhalt (§ 39), sofern diese im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 gewährt werden; § 39 Abs. 2 Satz 3 bleibt unberührt.
- (2) Landesrecht kann bestimmen, dass die §§ 78 b bis 78 g auch für andere Leistungen nach diesem Buch sowie für vorläufige Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen (§§ 42, 43) gelten.

§ 78 b Voraussetzungen für die Übernahme des Leistungsentgelts

- (1) Wird die Leistung ganz oder teilweise in einer Einrichtung erbracht, so ist der Träger der öffentlichen Jugendhilfe zur Übernahme des Entgelts gegenüber dem Leistungsberechtigten verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband Vereinbarungen über
 1. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungsangebote (Leistungsvereinbarung),
 2. differenzierte Entgelte für die Leistungsangebote und die betriebsnotwendigen Investitionen (Entgeltvereinbarung) und
 3. Grundsätze und Maßstäbe für die Bewertung der Qualität der Leistungsangebote sowie über geeignete Maßnahmen zu ihrer Gewährleistung (Qualitätsentwicklungsvereinbarung) abgeschlossen worden sind.
- (2) Die Vereinbarungen sind mit den Trägern abzuschließen, die unter Berücksichtigung der Grundsätze der Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erbringung der Leistung geeignet sind.
- (3) Ist eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht abgeschlossen, so ist der Träger der öffentlichen Jugendhilfe zur Übernahme des Leistungsentgelts nur verpflichtet, wenn dies insbesondere nach Maßgabe der Hilfeplanung (§ 36) im Einzelfall geboten ist.

§ 78 c Inhalt der Leistungs- und Entgeltvereinbarungen

- (1) Die Leistungsvereinbarung muß die wesentlichen Leistungsmerkmale, insbesondere
 1. Art, Ziel und Qualität des Leistungsangebots,
 2. den in der Einrichtung zu betreuenden Personenkreis,
 3. die erforderliche sächliche und personelle Ausstattung,
 4. die Qualifikation des Personals sowie
 5. die betriebsnotwendigen Anlagen der Einrichtungfestlegen. In die Vereinbarung ist aufzunehmen, unter welchen Voraussetzungen der Träger der Einrichtung sich zur Erbringung von Leistungen verpflichtet. Der Träger muß gewährleisten, daß die Leistungsangebote zur Erbringung von Leistungen nach § 78 a Abs. 1 geeignet sowie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind.

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

- (2) Die Entgelte müssen leistungsgerecht sein. Grundlage der Entgeltvereinbarung sind die in der Leistungs- und Qualitätsentwicklungsvereinbarung festgelegten Leistungs- und Qualitätsmerkmale. Eine Erhöhung der Vergütung für Investitionen kann nur dann verlangt werden, wenn der zuständige Träger der öffentlichen Jugendhilfe der Investitionsmaßnahme vorher zugestimmt hat. Förderungen aus öffentlichen Mitteln sind anzurechnen.

§ 78 d Vereinbarungszeitraum

- (1) Die Vereinbarungen nach § 78 b Abs. 1 sind für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum) abzuschließen. Nachträgliche Ausgleiche sind nicht zulässig.
- (2) Die Vereinbarungen treten zu dem darin bestimmten Zeitpunkt in Kraft. Wird ein Zeitpunkt nicht bestimmt, so werden die Vereinbarungen mit dem Tage ihres Abschlusses wirksam. Eine Vereinbarung, die vor diesen Zeitpunkt zurückwirkt, ist nicht zulässig; dies gilt nicht für Vereinbarungen vor der Schiedsstelle für die Zeit ab Eingang des Antrages bei der Schiedsstelle. Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums gelten die vereinbarten Vergütungen bis zum Inkrafttreten neuer Vereinbarungen weiter.
- (3) Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen der Annahmen, die der Entgeltvereinbarung zugrunde lagen, sind die Entgelte auf Verlangen einer Vertragspartei für den laufenden Vereinbarungszeitraum neu zu verhandeln. Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend.
- (4) Vereinbarungen über die Erbringung von Leistungen nach § 78 a Abs. 1, die vor dem 1. Januar 1999 abgeschlossen worden sind, gelten bis zum Inkrafttreten neuer Vereinbarungen weiter.

§ 78 e Örtliche Zuständigkeit für den Abschluß von Vereinbarungen

- (1) Soweit Landesrecht nicht etwas anderes bestimmt, ist für den Abschluß von Vereinbarungen nach § 78b Abs. 1 der örtliche Träger der Jugendhilfe zuständig, in dessen Bereich die Einrichtung gelegen ist. Die von diesem Träger abgeschlossenen Vereinbarungen sind für alle örtlichen Träger bindend.
- (2) Werden in der Einrichtung Leistungen erbracht, für deren Gewährung überwiegend ein anderer örtlicher Träger zuständig ist, so hat der nach Absatz 1 zuständige Träger diesen Träger zu hören.
- (3) Die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene und die Verbände der Träger der freien Jugendhilfe sowie die Vereinigungen sonstiger Leistungserbringer im jeweiligen Land können regionale oder landesweite Kommissionen bilden. Die Kommissionen können im Auftrag der Mitglieder der in Satz 1 genannten Verbände und Vereinigungen Vereinbarungen nach § 78b Abs. 1 schließen. Landesrecht kann die Beteiligung der für die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 85 Abs. 2 Nr. 5 und 6 zuständigen Behörde vorsehen.

§ 78 f Rahmenverträge

Die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene schließen mit den Verbänden der Träger der freien Jugendhilfe und den Vereinigungen sonstiger Leistungserbringer auf Landesebene Rahmenverträge über den Inhalt der Vereinbarungen nach § 78 b Abs. 1. Die für die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 85 Abs. 2 Nr. 5 und 6 zuständigen Behörden sind zu beteiligen.

§ 78 g Schiedsstelle

- (1) In den Ländern sind Schiedsstellen für Streit- und Konfliktfälle einzurichten. Sie sind mit einem unparteiischen Vorsitzenden und mit einer gleichen Zahl von Vertretern der Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowie von Vertretern der Träger der Einrichtungen zu besetzen. Der Zeitaufwand der Mitglieder ist zu entschädigen, bare Auslagen sind zu erstatten. Für die Inanspruchnahme der Schiedsstellen können Gebühren erhoben werden.
- (2) Kommt eine Vereinbarung nach § 78b Abs. 1 innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Partei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, so entscheidet die

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

Schiedsstelle auf Antrag einer Partei unverzüglich über die Gegenstände, über die keine Einigung erreicht werden konnte. Gegen die Entscheidung ist der Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten gegeben. Die Klage richtet sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsstelle. Einer Nachprüfung der Entscheidung in einem Vorverfahren bedarf es nicht.

- (3) Entscheidungen der Schiedsstelle treten zu dem darin bestimmten Zeitpunkt in Kraft. Wird ein Zeitpunkt für das Inkrafttreten nicht bestimmt, so werden die Festsetzungen der Schiedsstelle mit dem Tag wirksam, an dem der Antrag bei der Schiedsstelle eingegangen ist. Die Festsetzung einer Vergütung, die vor diesen Zeitpunkt zurückwirkt, ist nicht zulässig. Im übrigen gilt § 78 d Abs. 2 Satz 4 und Abs. 3 entsprechend.
- (4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu bestimmen über
 1. die Errichtung der Schiedsstellen,
 2. die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung ihrer Mitglieder,
 3. die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für ihren Zeitaufwand,
 4. die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie die Verteilung der Kosten und
 5. die Rechtsaufsicht.

§ 79 Gesamtverantwortung, Grundausrüstung

- (1) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe haben für die Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch die Gesamtverantwortung einschließlich der Planungsverantwortung.
- (2) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen gewährleisten, daß die zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlichen und geeigneten Einrichtungen, Dienste und Veranstaltungen den verschiedenen Grundrichtungen der Erziehung entsprechend rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen; hierzu zählen insbesondere auch Pfleger, Vormünder und Pflegepersonen. Von den für die Jugendhilfe bereitgestellten Mitteln haben sie einen angemessenen Anteil für die Jugendarbeit zu verwenden.
- (3) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe haben für eine ausreichende Ausstattung der Jugendämter und der Landesjugendämter zu sorgen; hierzu gehört auch eine dem Bedarf entsprechende Zahl von Fachkräften.

§ 80 Jugendhilfeplanung

- (1) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe haben im Rahmen ihrer Planungsverantwortung
 1. den Bestand an Einrichtungen und Diensten festzustellen,
 2. den Bedarf unter Berücksichtigung der Wünsche, Bedürfnisse und Interessen der jungen Menschen und der Personensorgeberechtigten für einen mittelfristigen Zeitraum zu ermitteln und
 3. die zur Befriedigung des Bedarfs notwendigen Vorhaben rechtzeitig und ausreichend zu planen; dabei ist Vorsorge zu treffen, daß auch ein unvorhergesehener Bedarf befriedigt werden kann.
- (2) Einrichtungen und Dienste sollen so geplant werden, daß insbesondere
 1. Kontakte in der Familie und im sozialen Umfeld erhalten und gepflegt werden können,
 2. ein möglichst wirksames, vielfältiges und aufeinander abgestimmtes Angebot von Jugendhilfeleistungen gewährleistet ist,
 3. junge Menschen und Familien in gefährdeten Lebens- und Wohnbereichen besonders gefördert werden,
 4. Mütter und Väter Aufgaben in der Familie und Erwerbstätigkeit besser miteinander vereinbaren können.
- (3) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe haben die anerkannten Träger der freien Jugendhilfe in allen Phasen ihrer Planung frühzeitig zu beteiligen. Zu diesem Zweck sind sie vom Jugendhilfeausschuß, soweit sie überörtlich tätig sind, im Rahmen der Jugendhilfeplanung des überörtlichen Trägers vom Landesjugendhilfeausschuß zu hören.
Das Nähere regelt das Landesrecht.

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

- (4) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen darauf hinwirken, daß die Jugendhilfeplanung und andere örtliche und überörtliche Planungen aufeinander abgestimmt werden und die Planungen insgesamt den Bedürfnissen und Interessen der jungen Menschen und ihrer Familien Rechnung tragen.

§ 81 Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe haben mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen, deren Tätigkeit sich auf die Lebenssituation junger Menschen und ihrer Familien auswirkt, insbesondere mit

1. Schulen und Stellen der Schulverwaltung,
2. Einrichtungen und Stellen der beruflichen Aus- und Weiterbildung,
3. Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes,
4. den Stellen der Bundesanstalt für Arbeit,
5. den Trägern anderer Sozialleistungen,
6. der Gewerbeaufsicht,
7. den Polizei- und Ordnungsbehörden,
8. den Justizvollzugsbehörden und
9. Einrichtungen der Ausbildung für Fachkräfte, der Weiterbildung und der Forschung im Rahmen ihrer Aufgaben und Befugnisse zusammenzuarbeiten.

⇒ SGB V

§ 2 Leistungen

- (1) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.
- (2) Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.
- (3) Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen.
- (4) Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, daß die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

§ 5 Versicherungspflicht

- (1) Versicherungspflichtig sind
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
 6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
 7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
 8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

- erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
- (4a) Auszubildende, die im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet werden, stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gleich. Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

§ 10 Familienversicherung

- (1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern, wenn diese Familienangehörigen
1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
 2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
 3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
 4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
 5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet;
bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt.
- Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht.
- Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.
- (2) Kinder sind versichert
1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
 2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
 3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr i. S. d. Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres leisten; wird die Schuloder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus,
 4. ohne Altersgrenze, wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.
- (3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.
- (4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). Kinder,

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.

§ 11 Leistungsarten

- (1) Versicherte haben nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen
 1. (weggefallen)
 2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24 b),
 3. zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26),
 4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52).Ferner besteht Anspruch auf Sterbegeld (§§ 58 und 59).
- (2) Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. Die Leistungen nach Satz 1 werden unter Beachtung des Neunten Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist.
- (3) Bei stationärer Behandlung umfassen die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten.
- (4) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind.

§ 13 Kostenerstattung

- (1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.
- (2) Freiwillige Mitglieder sowie ihre nach § 10 versicherten Familienangehörigen können für die Dauer der freiwilligen Versicherung anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Es dürfen nur die im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringer in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95 b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen und eine bestimmte Mindestzeit festzulegen, für deren Dauer die Versicherten an die Wahl der Kostenerstattung gebunden sind.
- (3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet.

§ 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

- (1) Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind,
 1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
 2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
 3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
 4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Anhang 3: Relevante Gesetztestexte / Paragraphen

- (2) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 nicht aus, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbringen. Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen, einen Zuschuß von bis zu 13 Euro täglich vorsehen. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder kann der Zuschuss nach Satz 2 auf bis zu 21 Euro erhöht werden.
- (3) In den Fällen der Absätze 1 und 2 sind die §§ 31 bis 34 anzuwenden.
- (4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, kann die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht.
- (5) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Absatz 4 sowie die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Leistungen nach Absatz 4 sollen für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorgeeinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet haben; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach Absatz 2 können nicht vor Ablauf von drei, Leistungen nach Absatz 4 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.
- (6) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 4 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 40 Abs. 5 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.
- (7) Medizinisch notwendige stationäre Vorsorgemaßnahmen für versicherte Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sollen in der Regel für vier bis sechs Wochen erbracht werden.
- (8) Die jährlichen Ausgaben der Krankenkasse je Mitglied für Leistungen nach Absatz 4 zusammen mit denen nach § 40 Abs. 2 dürfen sich für das jeweils folgende Kalenderjahr höchstens um die nach § 71 Abs. 3 und 2 Satz 2 maßgebliche Veränderungsrate verändern; § 71 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend. Der Veränderung für das Kalenderjahr 2000 sind die in Satz 1 genannten jährlichen Ausgaben der Krankenkasse im Kalenderjahr 1999 zu Grunde zu legen. Überschreitungen des in Satz 1 genannten Ausgabenrahmens vermindern die für das auf die Überschreitung folgende Kalenderjahr nach Satz 1 zur Verfügung stehenden Ausgaben entsprechend.
- (9) Die Krankenkasse kann in der Satzung Schutzimpfungen mit Ausnahme von solchen aus Anlass eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts vorsehen.

§ 24 a Empfängnisverhütung

- (1) Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung. Zur ärztlichen Beratung gehören auch die erforderliche Untersuchung und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln.
- (2) Versicherte bis zum vollendeten 20. Lebensjahr haben Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln, soweit sie ärztlich verordnet werden; § 31 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend.

§ 26 Kinderuntersuchung

- (1) Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

geringfügigem Maße gefährden. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, der Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. Die Leistungen nach Satz 2 werden bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.

§ 27 Krankenbehandlung

- (1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfaßt
1. Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
 2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
 3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
 4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
 5. Krankenhausbehandlung,
 6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.
- Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit, wenn diese Fähigkeit nicht vorhanden war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verlorengegangen war.
- (2) Versicherte, die sich nur vorübergehend im Inland aufhalten, zur Ausreise verpflichtete Ausländer, deren Aufenthalt aus völkerrechtlichen, politischen oder humanitären Gründen geduldet wird, sowie
1. asylsuchende Ausländer, deren Asylverfahren noch nicht unanfechtbar abgeschlossen ist,
 2. Vertriebene im Sinne des § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3 des Bundesvertriebenengesetzes sowie Spätaussiedler im Sinne des § 4 des Bundesvertriebenengesetzes, ihre Ehegatten, Lebenspartner und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes haben Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz, wenn sie unmittelbar vor Inanspruchnahme mindestens ein Jahr lang Mitglied einer Krankenkasse (§ 4) oder nach § 10 versichert waren oder wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist.

§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

- (1) Die ärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.
- (2) Die zahnärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschußt werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen sel-

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

tene vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

- (3) Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien nach § 92 durchgeführt. Spätestens nach den probatorischen Sitzungen gemäß § 92 Abs. 6 a hat der Psychotherapeut vor Beginn der Behandlung den Konsiliarbericht eines Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung sowie, falls der somatisch abklärende Vertragsarzt dies für erforderlich hält, eines psychiatrisch tätigen Vertragsarztes einzuholen.

§ 33 Hilfsmittel

- (1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfaßt nicht die Kosten des Brillengestells.
- (2) Ist für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 festgesetzt, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags. Für andere Hilfsmittel übernimmt sie die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten von Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie eine Zuzahlung von 20 vom Hundert des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages an die abgebende Stelle zu leisten; der Vergütungsanspruch nach den Sätzen 1 und 2 verringert sich um diesen Betrag.
- (3) Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnet werden. Wählen Versicherte statt einer erforderlichen Brille Kontaktlinsen und liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, zahlt die Krankenkasse als Zuschuß zu den Kosten von Kontaktlinsen höchstens den Betrag, den sie für eine erforderliche Brille aufzuwenden hätte. Die Kosten für Pflegemittel werden nicht übernommen.
- (4) Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nach Absatz 1 besteht für Versicherte, die das vierzehnte Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend erforderliche Fälle kann der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien nach § 92 Ausnahmen zulassen.
- (5) Die Krankenkasse kann den Versicherten die erforderlichen Hilfsmittel auch leihweise überlassen. Sie kann die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, daß die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen.

§ 37a Soziotherapie

- (1) Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Die Soziotherapie umfaßt im Rahmen des Absatzes 2 die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall.

Anhang 3: Relevante Gesetztestexte / Paragraphen

- (2) Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung nach Absatz 1, insbesondere
1. die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist,
 2. die Ziele, den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie,
 3. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind,
 4. die Anforderungen an die Therapiefähigkeit des Patienten,
 5. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

§ 39 Krankenhausbehandlung

- (1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115 a) sowie ambulant (§ 115 b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfaßt auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.
- (2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.
- (3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Bundesknappschaft und die See-Krankenkasse gemeinsam erstellen unter Mitwirkung der Landeskrankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung ein Verzeichnis der Leistungen und Entgelte für die Krankenhausbehandlung in den zugelassenen Krankenhäusern im Land oder in einer Region und passen es der Entwicklung an (Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte). Dabei sind die Entgelte so zusammenzustellen, daß sie miteinander verglichen werden können. Die Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, daß Vertragsärzte und Versicherte das Verzeichnis bei der Verordnung und Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung beachten.
- (4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 14 Tage 9,- € je Kalendertag an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 S. 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 5 S. 2 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- (1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in wohnortnahen Einrichtungen erbringen.
- (2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, kann die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht.
- (3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 so-

Anhang 3: Relevante Gesetztestexte / Paragraphen

wie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Leistungen nach Abs. 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Abs. 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet haben; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. § 23 Abs. 7 gilt entsprechend.

- (4) Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 31 des Sechsten Buches solche Leistungen nicht erbracht werden können.
- (5) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag 9,-- € an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.
- (6) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluß an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlußrehabilitation), zahlen den sich nach § 39 Abs. 4 ergebenden Betrag für längstens 14 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluß auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 S. 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 2 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.
- (7) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich und unter Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft nach § 282 (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) Indikationen fest, bei denen für eine medizinisch notwendige Leistung nach Absatz 2 die Zuzahlung nach Absatz 6 Satz 1 Anwendung findet, ohne daß es sich um Anschlußrehabilitation handelt. Vor der Festlegung der Indikationen ist den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitation auf Bundesebene maßgebenden Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

§ 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Die Krankenkasse kann neben den Leistungen, die nach § 44 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 sowie nach §§ 53 und 54 des Neunten Buches als ergänzende Leistungen zu erbringen sind,

1. solche Leistungen zur Rehabilitation ganz oder teilweise erbringen oder fördern, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, aber nicht zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören,
2. wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist, wenn zuletzt die Krankenkasse Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet.

§ 43a Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen

Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; § 30 des Neunten Buches bleibt unberührt.

⇒ SGB IX

§ 2 Behinderung

- (1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

§ 4 Leistungen zur Teilhabe

- (1) Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung
1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
 3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
 4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.
- (2) Die Leistungen zur Teilhabe werden zur Erreichung der in Absatz 1 genannten Ziele nach Maßgabe dieses Buches und der für die zuständigen Leistungsträger geltenden besonderen Vorschriften neben anderen Sozialleistungen erbracht. Die Leistungsträger erbringen die Leistungen im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften nach Lage des Einzelfalls so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden.
- (3) Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder werden so geplant und gestaltet, dass nach Möglichkeit Kinder nicht von ihrem sozialen Umfeld getrennt und gemeinsam mit nicht behinderten Kindern betreut werden können. Dabei werden behinderte Kinder alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung der einzelnen Hilfen beteiligt und ihre Sorgeberechtigten intensiv in Planung und Gestaltung der Hilfen einbezogen.

§ 5 Leistungsgruppen

Zur Teilhabe werden erbracht

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

§ 6 Rehabilitationsträger

- (1) Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) können sein
1. die gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen nach § 5 Nr. 1 und 3,
 2. die Bundesanstalt für Arbeit für Leistungen nach § 5 Nr. 2 und 3,
 3. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 4,

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

4. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 3, die Träger der Alterssicherung der Landwirte für Leistungen nach § 5 Nr. 1 und 3,
 5. die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 4,
 6. die Träger der öffentlichen Jugendhilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1, 2 und 4,
 7. die Träger der Sozialhilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1, 2 und 4.
- (2) Die Rehabilitationsträger nehmen ihre Aufgaben selbständig und eigenverantwortlich wahr.

§ 9 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

- (1) Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen; im Übrigen gilt § 33 des Ersten Buches. Den besonderen Bedürfnissen behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den besonderen Bedürfnissen behinderter Kinder wird Rechnung getragen.
- (2) Sachleistungen zur Teilhabe, die nicht in Rehabilitationseinrichtungen auszuführen sind, können auf Antrag der Leistungsberechtigten als Geldleistungen erbracht werden, wenn die Leistungen hierdurch voraussichtlich bei gleicher Wirksamkeit wirtschaftlich zumindest gleichwertig ausgeführt werden können. Für die Beurteilung der Wirksamkeit stellen die Leistungsberechtigten dem Rehabilitationsträger geeignete Unterlagen zur Verfügung. Der Rehabilitationsträger begründet durch Bescheid, wenn er den Wünschen des Leistungsberechtigten nach den Absätzen 1 und 2 nicht entspricht.
- (3) Leistungen, Dienste und Einrichtungen lassen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände und fördern ihre Selbstbestimmung.
- (4) Die Leistungen zur Teilhabe bedürfen der Zustimmung der Leistungsberechtigten.

§ 10 Koordinierung der Leistungen

- 1) Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der nach § 14 leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. Die Leistungen werden entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst und darauf ausgerichtet, den Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls die den Zielen der §§ 1 und 4 Abs. 1 entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen. Dabei sichern die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf und gewährleisten, dass die wirksame und wirtschaftliche Ausführung der Leistungen nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen erfolgt.
- (2) Absatz 1 gilt entsprechend auch für die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen und sonstige Hilfen für schwerbehinderte Menschen nach Teil 2.
- (3) Den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen wird Rechnung getragen.
- (4) Die datenschutzrechtlichen Regelungen dieses Gesetzbuchs bleiben unberührt.

§ 12 Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

- (1) Im Rahmen der durch Gesetz, Rechtsverordnung oder allgemeine Verwaltungsvorschrift getroffenen Regelungen sind die Rehabilitationsträger verantwortlich, dass

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

1. die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden,
 2. Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt werden,
 3. Beratung entsprechend den in §§ 1 und 4 genannten Zielen geleistet wird,
 4. Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden sowie
 5. Prävention entsprechend dem in § 3 genannten Ziel geleistet wird.
- (2) Die Rehabilitationsträger und ihre Verbände sollen zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Teilhabe behinderter Menschen insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

§ 13 Gemeinsame Empfehlungen

- (1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 vereinbaren zur Sicherung der Zusammenarbeit nach § 12 Abs. 1 gemeinsame Empfehlungen.
- (2) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 vereinbaren darüber hinaus gemeinsame Empfehlungen,
 1. welche Maßnahmen nach § 3 geeignet sind, um den Eintritt einer Behinderung zu vermeiden, sowie über die statistische Erfassung der Anzahl, des Umfangs und der Wirkungen dieser Maßnahmen,
 2. in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitations-bedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, insbesondere um eine durch eine Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung zu verhindern,
 3. in welchen Fällen und in welcher Weise die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten ist sowie über die Ausgestaltung des in § 14 bestimmten Verfahrens,
 4. in welcher Weise die Bundesanstalt für Arbeit von den übrigen Rehabilitationsträgern nach § 38 zu beteiligen ist,
 5. wie Leistungen zur Teilhabe zwischen verschiedenen Trägern koordiniert werden,
 6. in welcher Weise und in welchem Umfang Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, gefördert werden,
 7. wie während der Ausführung ambulanter Leistungen zur Teilhabe Leistungen zum Lebensunterhalt (§ 45) untereinander und von anderen Entgeltersatzleistungen abzugrenzen sind, soweit für diesen Zeitraum Anspruch auf mehrere Entgeltersatzleistungen besteht,
 8. in welchen Fällen und in welcher Weise der behandelnde Hausarzt oder Facharzt und der Betriebs- oder Werksarzt in die Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe einzubinden sind,
 9. zu einem Informationsaustausch mit behinderten Beschäftigten, Arbeitgebern und den in § 83 genannten Vertretungen zur möglichst frühzeitigen Erkennung des individuellen Bedarfs voraussichtlich erforderlicher Leistungen zur Teilhabe sowie
 10. über ihre Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen.
- (5) An der Vorbereitung der gemeinsamen Empfehlungen werden die Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe über die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter sowie die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen und sonstige Hilfen für schwerbehinderte Menschen nach dem Teil 2 über die Arbeitsgemeinschaft, in der sich die Integrationsämter zusammengeschlossen haben, beteiligt. Die Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe orientieren sich bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch an den vereinbarten Empfehlungen oder können diesen beitreten.

§ 14 Zuständigkeitsklärung

- (1) Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach § 40 Abs. 4 des Fünften Buches. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Muss für eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung in der Frist nach Satz 1 nicht möglich, wird der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zugeleitet, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt. Wird der Antrag bei der Bundesanstalt für Arbeit gestellt, werden bei der Prüfung nach den Sätzen 1 und 2 Feststellungen nach § 11 Abs. 2a Nr. 1 des Sechsten Buches und § 22 Abs. 2 des Dritten Buches nicht getroffen.

- (2) Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest. Muss für diese Feststellung ein Gutachten nicht eingeholt werden, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang. Wird der Antrag weitergeleitet, gelten die Sätze 1 und 2 für den Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, entsprechend; die in Satz 2 genannte Frist beginnt mit dem Eingang bei diesem Rehabilitationsträger. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten sinngemäß, wenn der Rehabilitationsträger Leistungen von Amts wegen erbringt. Dabei tritt an die Stelle des Tages der Antragstellung der Tag der Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs.
- (4) Wird nach Bewilligung der Leistung durch einen Rehabilitationsträger nach Abs. 1 Satz 2 bis 4 festgestellt, dass ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig ist, erstattet dieser dem Rehabilitationsträger, der die Leistung erbracht hat, dessen Aufwendungen nach den für diesen geltenden Rechtsvorschriften. Die Bundesanstalt für Arbeit leitet für die Klärung nach Satz 1 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Feststellung nach § 11 Abs. 2 a Nr. 1 des Sechsten Buches an die Träger der Rentenversicherung nur weiter, wenn sie konkrete Anhaltspunkte dafür hat, dass der Träger der Rentenversicherung zur Leistung einer Rente unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage verpflichtet sein könnte. Für unzuständige Rehabilitationsträger, die eine Leistung nach Absatz 2 Satz 1 und 2 erbracht haben, ist § 105 des Zehnten Buches nicht anzuwenden.
- (5) Der Rehabilitationsträger stellt sicher, dass er Sachverständige beauftragen kann, bei denen Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, beauftragt der Rehabilitationsträger unverzüglich einen geeigneten Sachverständigen. Er benennt den Leistungsberechtigten in der Regel drei möglichst wohnortnahe Sachverständige unter Berücksichtigung bestehender sozialmedizinischer Dienste. Haben sich Leistungsberechtigte für einen benannten Sachverständigen entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Der Sachverständige nimmt eine umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung vor und erstellt das Gutachten innerhalb von zwei Wochen. Die in dem Gutachten getroffenen Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf werden den Entscheidungen der Rehabilitationsträger zugrunde gelegt. Die gesetzlichen Aufgaben der Gesundheitsämter bleiben unberührt.
- (6) Hält der leistende Rehabilitationsträger weitere Leistungen zur Teilhabe für erforderlich und kann er für diese Leistungen nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 sein, wird Absatz 1 Satz 2 entsprechend angewendet. Die Leistungsberechtigten werden hierüber unterrichtet.

§ 15 Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

- (1) Kann über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb der in § 14 Abs. 2 genannten Fristen entschieden werden, teilt der Rehabilitationsträger dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mit. Erfolgt die Mitteilung nicht oder liegt ein zureichender Grund nicht vor, können Leistungsberechtigte dem Rehabilitationsträger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass sie sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist der zuständige Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet. Die Erstattungspflicht besteht auch, wenn der Rehabilitations-

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

träger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für die Träger der Sozialhilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge.

- (2) Die Rehabilitationsträger erfassen,
 1. in wie vielen Fällen die Fristen nach § 14 nicht eingehalten wurden,
 2. in welchem Umfang sich die Verfahrensdauer vom Eingang der Anträge bis zur Entscheidung über die Anträge verringert hat,
 3. in wie vielen Fällen eine Kostenerstattung nach Absatz 1 Satz 3 und 4 erfolgt ist.

§ 17 Ausführung von Leistungen

- (1) Der zuständige Rehabilitationsträger kann Leistungen zur Teilhabe
 1. allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern,
 2. durch andere Leistungsträger,
 3. unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freien und gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen (§ 19) oder
 4. durch ein persönliches Budget ausführen. Er bleibt für die Ausführung der Leistungen verantwortlich. Satz 1 Nr. 1 bis 3 gilt insbesondere dann, wenn der Rehabilitationsträger die Leistung dadurch wirksamer oder wirtschaftlicher erbringen kann.
- (2) Budgets nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 werden so bemessen, dass eine Deckung des festgestellten Bedarfs unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit möglich ist.
- (3) Die Rehabilitationsträger erproben die Einführung persönlicher Budgets durch Modellvorhaben.

§ 19 Rehabilitationsdienste und –einrichtungen

- (1) Die Rehabilitationsträger wirken gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dabei achten sie darauf, dass für eine ausreichende Zahl solcher Rehabilitationsdienste und -einrichtungen Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen. Die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände werden beteiligt.
- (2) Soweit die Ziele nach Prüfung des Einzelfalls mit vergleichbarer Wirksamkeit erreichbar sind, werden Leistungen unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände in ambulanter, teilstationärer oder betrieblicher Form und gegebenenfalls unter Einbeziehung familienentlastender und -unterstützender Dienste erbracht.
- (3) Bei Leistungen an behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Kinder wird eine gemeinsame Betreuung behinderter und nichtbehinderter Kinder angestrebt.
- (4) Nehmen Rehabilitationsträger zur Ausführung von Leistungen besondere Dienste (Rehabilitationsdienste) oder Einrichtungen (Rehabilitationseinrichtungen) in Anspruch, erfolgt die Auswahl danach, welcher Dienst oder welche Einrichtung die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt; dabei werden Dienste und Einrichtungen freier oder gemeinnütziger Träger entsprechend ihrer Bedeutung für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen berücksichtigt und die Vielfalt der Träger von Rehabilitationsdiensten oder -einrichtungen gewahrt sowie deren Selbstständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit beachtet. § 35 Satz 2 Nr. 4 ist anzuwenden.
- (5) Rehabilitationsträger können nach den für sie geltenden Rechtsvorschriften Rehabilitationsdienste oder -einrichtungen fördern, wenn dies zweckmäßig ist und die Arbeit dieser Dienste oder Einrichtungen in anderer Weise nicht sichergestellt werden kann.
- (6) Rehabilitationsdienste und -einrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung sollen Arbeitsgemeinschaften bilden.

§ 21 Verträge mit Leistungserbringern

Anhang 3: Relevante Gesetztestexte / Paragraphen

- (1) Die Verträge über die Ausführung von Leistungen durch Rehabilitationsdienste und -einrichtungen, die nicht in der Trägerschaft eines Rehabilitationsträgers stehen, enthalten insbesondere Regelungen über
 1. Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen, das beteiligte Personal und die begleitenden Fachdienste,
 2. Übernahme von Grundsätzen der Rehabilitationsträger zur Vereinbarung von Vergütungen,
 3. Rechte und Pflichten der Teilnehmer, soweit sich diese nicht bereits aus dem Rechtsverhältnis ergeben, das zwischen ihnen und dem Rehabilitationsträger besteht,
 4. angemessene Mitwirkungsmöglichkeiten der Teilnehmer an der Ausführung der Leistungen,
 5. Geheimhaltung personenbezogener Daten sowie
 6. die Beschäftigung eines angemessenen Anteils behinderter, insbesondere schwerbehinderter Frauen.
- (2) Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass die Verträge nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden; sie können über den Inhalt der Verträge gemeinsame Empfehlungen nach § 13 sowie Rahmenverträge mit den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen vereinbaren. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz wird beteiligt.
- (3) Verträge mit fachlich nicht geeigneten Diensten oder Einrichtungen werden gekündigt.
- (4) Absatz 1 Nr. 1 und 3 bis 6 wird für eigene Einrichtungen der Rehabilitationsträger entsprechend angewendet.

§ 22 Aufgaben der Servicestellen

- (1) Gemeinsame örtliche Servicestellen der Rehabilitationsträger bieten behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten nach § 60 Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere,
 1. über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen der Rehabilitationsträger, besondere Hilfen im Arbeitsleben sowie über die Verwaltungsabläufe zu informieren,
 2. bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und der besonderen Hilfen im Arbeitsleben sowie bei der Erfüllung von Mitwirkungspflichten zu helfen,
 3. zu klären, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, auf klare und sachdienliche Anträge hinzuwirken und sie an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten,
 4. bei einem Rehabilitationsbedarf, der voraussichtlich ein Gutachten erfordert, den zuständigen Rehabilitationsträger darüber zu informieren,
 5. die Entscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers in Fällen, in denen die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe offenkundig ist, so umfassend vorzubereiten, dass dieser unverzüglich entscheiden kann,
 6. bis zur Entscheidung oder Leistung des Rehabilitationsträgers den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen unterstützend zu begleiten,
 7. bei den Rehabilitationsträgern auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen hinzuwirken und
 8. zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten auch während der Leistungserbringung zu koordinieren und zu vermitteln.Die Beratung umfasst unter Beteiligung der Integrationsämter auch die Klärung eines Hilfebedarfs nach Teil 2 dieses Buches. Die Pflegekassen werden bei drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit an der Beratung und Unterstützung durch die gemeinsamen Servicestellen beteiligt. Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfe-gruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen werden mit Einverständnis der behinderten Menschen an der Beratung beteiligt.
- (2) § 14 des Ersten Buches und § 8 des **SGB XII** bleiben unberührt. Auskünfte nach § 15 des Ersten Buches über Leistungen zur Teilhabe erteilen alle Rehabilitationsträger.

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

§ 23 Servicestellen

- (1) Die Rehabilitationsträger stellen unter Nutzung bestehender Strukturen sicher, dass in allen Landkreisen und kreisfreien Städten gemeinsame Servicestellen bestehen. Gemeinsame Servicestellen können für mehrere kleine Landkreise oder kreisfreie Städte eingerichtet werden, wenn eine ortsnahe Beratung und Unterstützung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gewährleistet ist. In den Ländern Berlin, Bremen und Hamburg werden die Servicestellen entsprechend dem besonderen Verwaltungsaufbau dieser Länder eingerichtet.
- (2) Die zuständigen obersten Landessozialbehörden wirken mit Unterstützung der Spitzenverbände der Rehabilitations-träger darauf hin, dass die gemeinsamen Servicestellen unverzüglich eingerichtet werden.
- (3) Die gemeinsamen Servicestellen werden so ausgestattet, dass sie ihre Aufgaben umfassend und qualifiziert erfüllen können, Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen und Wartezeiten in der Regel vermieden werden. Hierfür wird besonders qualifiziertes Personal mit breiten Fachkenntnissen insbesondere des Rehabilitationsrechts und der Praxis eingesetzt. § 112 Abs. 3 ist sinngemäß anzuwenden.
- (4) In den Servicestellen dürfen Sozialdaten nur erhoben, verarbeitet und genutzt werden, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach § 22 Abs. 1 erforderlich ist.

§26 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- (1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um
 1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflege-bedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.
- (2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere
 1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
 2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,
 3. Arznei- und Verbandmittel,
 4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
 5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
 6. Hilfsmittel,
 7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie.
- (3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Abs. 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere
 1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
 2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
 3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
 4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
 5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
 6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
 7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

§ 27 Krankenbehandlung und Rehabilitation

Anhang 3: Relevante Gesetztestexte / Paragraphen

Die in § 26 Abs. 1 genannten Ziele sowie § 10 gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung.

§ 30 Früherkennung und Frühförderung

- (1) Die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 umfassen auch
1. die medizinischen Leistungen der mit dieser Zielsetzung fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtungen,
 2. nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, auch in fachübergreifend arbeitenden Diensten und Einrichtungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Behandlungsplan aufzustellen.

Leistungen nach Satz 1 werden als Komplexleistung in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen (§ 56) erbracht.

- (2) Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder umfassen des Weiteren nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen, wenn sie erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen oder die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern.
- (3) Zur Abgrenzung der in den Absätzen 1 und 2 genannten Leistungen und der sonstigen Leistungen dieser Dienste und Einrichtungen, zur Übernahme oder Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern, zur Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte sowie zur Finanzierung werden gemeinsame Empfehlungen vereinbart; § 13 Abs. 3, 4 und 6 gilt entsprechend. Landesrecht kann vorsehen, dass an der Komplexleistung weitere Stellen, insbesondere die Kultusverwaltung, zu beteiligen sind. In diesem Fall ist eine Erweiterung der gemeinsamen Empfehlungen anzustreben.

§ 33 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- (1) Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.
- (3) Die Leistungen umfassen insbesondere
1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen,
 2. Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
 3. berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
 4. berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
- (5) Die Leistungen werden auch für Zeiten notwendiger Praktika erbracht.
- (6) Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere
1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
 2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
 3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
 5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
 6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
 7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
 8. Beteiligung von Integrationsfachdiensten im Rahmen ihrer Aufgabenstellung (§ 110).
- (7) Zu den Leistungen gehört auch die Übernahme
1. der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Ausführung einer Leistung eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolges der Teilhabe notwendig ist,
 2. der erforderlichen Kosten, die mit der Ausführung einer Leistung in unmittelbarem Zusammenhang stehen, insbesondere für Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung und Arbeitsgerät.
- Die Leistung nach Satz 1 Nr. 3 wird für die Dauer von bis zu drei Jahren erbracht und in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 durch das Integrationsamt nach § 102 Abs. 4 ausgeführt. Der Rehabilitationsträger erstattet dem Integrationsamt seine Aufwendungen. Der Anspruch nach § 102 Abs. 4 bleibt unberührt.

§ 42 Zuständigkeiten für Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen

- (1) Die Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich erbringen
 1. die Bundesanstalt für Arbeit, soweit nicht einer der in den Nummern 2 bis 4 genannten Träger zuständig ist,
 2. die Träger der Unfallversicherung im Rahmen ihrer Zuständigkeit für durch Arbeitsunfälle Verletzte und von Berufskrankheiten Betroffene,
 3. die Träger der Rentenversicherung unter den Voraussetzungen der §§ 11 bis 13 des Sechsten Buches,
 4. die Träger der Kriegsopferfürsorge unter den Voraussetzungen der §§ 26 und 26a des Bundesversorgungsgesetzes.
- (2) Die Leistungen im Arbeitsbereich erbringen
 1. die Träger der Unfallversicherung im Rahmen ihrer Zuständigkeit für durch Arbeitsunfälle Verletzte und von Berufskrankheiten Betroffene,
 2. die Träger der Kriegsopferfürsorge unter den Voraussetzungen des § 27 d Abs. 1 Nr. 3 des Bundesversorgungsgesetzes,
 3. die Träger der öffentlichen Jugendhilfe unter den Voraussetzungen des § 35 a des Achten Buches,
 4. im Übrigen die Träger der Sozialhilfe unter den Voraussetzungen des SGB XII.

§ 43 Arbeitsförderungsgeld

Die Werkstätten für behinderte Menschen erhalten von dem zuständigen Rehabilitationsträger zur Auszahlung an die im Arbeitsbereich beschäftigten behinderten Menschen zusätzlich zu den Vergütungen nach § 41 Abs. 3 ein Arbeitsförderungsgeld. Das Arbeitsförderungsgeld beträgt monatlich 26 Euro für jeden im Arbeitsbereich beschäftigten behinderten Menschen, dessen Arbeitsentgelt zusammen mit dem Arbeitsförderungsgeld den Betrag von 325 Euro nicht übersteigt. Ist das Arbeitsentgelt höher als 299 Euro, beträgt das Arbeitsförderungsgeld monatlich den Unterschiedsbetrag zwischen dem Arbeitsentgelt und 325 Euro. Erhöhungen der Arbeitsentgelte auf Grund der Zuordnung der Kosten im Arbeitsbereich der Werkstatt gemäß § 56 des SGB XII in der ab 1. August 1996 geltenden Fassung oder gemäß § 56 können auf die Zahlung des Arbeitsförderungsgeldes angerechnet werden.

§ 55 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

- (1) Als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden die Leistungen erbracht, die den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen und nach den Kapiteln 4 bis 6 nicht erbracht werden.
- (2) Leistungen nach Absatz 1 sind insbesondere
 1. Versorgung mit anderen als den in § 31 genannten Hilfsmitteln oder den in § 33 genannten Hilfen,
 2. heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,
 3. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen,
 4. Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
 5. Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht,
 6. Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,
 7. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

§ 56 Heilpädagogische Leistungen

- (1) Heilpädagogische Leistungen nach § 55 Abs. 2 Nr. 2 werden erbracht, wenn nach fachlicher Erkenntnis zu erwarten ist, dass hierdurch
 1. eine drohende Behinderung abgewendet oder der fortschreitende Verlauf einer Behinderung verlangsamt oder
 2. die Folgen einer Behinderung beseitigt oder gemildert werden können. Sie werden immer an schwerstbehinderte und schwerstmehrfachbehinderte Kinder, die noch nicht eingeschult sind, erbracht.
- (2) In Verbindung mit Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung (§ 30) und schulvorbereitenden Maßnahmen der Schulträger werden heilpädagogische Leistungen als Komplexleistung erbracht.

§ 57 Förderung der Verständigung

Bedürfen hörbehinderte Menschen oder behinderte Menschen mit besonders starker Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit auf Grund ihrer Behinderung zur Verständigung mit der Umwelt aus besonderem Anlass der Hilfe Anderer, werden ihnen die erforderlichen Hilfen zur Verfügung gestellt oder angemessene Aufwendungen hierfür erstattet.

⇒ PsychKG NRW

§ 1 Anwendungsbereich

- (1) Dieses Gesetz regelt
 1. Hilfen für Personen, bei denen Anzeichen einer psychischen Krankheit bestehen, die psychisch erkrankt sind oder bei denen die Folgen einer psychischen Krankheit fortbestehen (Betroffene),
 2. die Anordnung von Schutzmaßnahmen durch die untere Gesundheitsbehörde, soweit gewichtige Anhaltspunkte für eine Selbstgefährdung oder eine Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer auf Grund einer psychischen Krankheit bestehen, und
 3. die Unterbringung von den Betroffenen, die psychisch erkrankt sind und dadurch sich selbst oder bedeutende Rechtsgüter anderer erheblich gefährden.
- (2) Psychische Krankheiten im Sinne dieses Gesetzes sind behandlungsbedürftige Psychosen sowie andere behandlungsbedürftige psychische Störungen und Abhängigkeitserkrankungen von vergleichbarer Schwere.
- (3) Dieses Gesetz gilt nicht für Personen, die auf Grund der §§ 63, 64 StGB, 81, 126 a, 453 c in Verbindung mit § 463 StPO, §§ 7, 73 JGG und §§ 1631 b, 1800, 1915 sowie 1906 BGB untergebracht sind.

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

§ 3 Ziel und Art der Hilfen

- (1) 1. Die Hilfen sollen Betroffene aller Altersstufen durch rechtzeitige, der Art der Erkrankung angemessene medizinische und psychosoziale Vorsorge- und Nachsorgemaßnahmen befähigen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu führen, sowie Anordnungen von Schutzmaßnahmen und insbesondere Unterbringungen vermeiden.
 2. Befinden sich die Betroffenen in ärztlicher, psychologisch psychotherapeutischer oder kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischer (ärztlicher und psychotherapeutischer) Behandlung, werden die Hilfen ergänzend gewährt.
- (2) 1. Art, Ausmaß und Dauer der Hilfen richten sich, soweit dieses Gesetz nicht bestimmte Maßnahmen vorschreibt, nach den Besonderheiten des Einzelfalles.
 2. Sie werden nur geleistet, wenn sie freiwillig angenommen werden.

§ 4 Anspruch auf Hilfen

- (1) Die Hilfen sind zu gewähren, sobald dem Träger dieser Hilfen durch begründeten Antrag Hilfebedürftiger oder Dritter bekannt wird, dass die in § 1 Abs. 1 Nr.1 bezeichneten Voraussetzungen vorliegen.
- (2) Der Träger der Hilfen soll darüber hinaus von Amts wegen tätig werden, wenn Anhaltspunkte vorliegen, dass Hilfebedürftige nicht in der Lage sind, Hilfen zu beantragen.

§ 5 Träger der Hilfen

- (1) 1. Die Hilfen obliegen den Kreisen und kreisfreien Städten –unteren Gesundheitsbehörden– als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung und werden insbesondere durch Sozialpsychiatrische Dienste geleistet.
 2. Die unteren Gesundheitsbehörden haben darauf hinzuwirken, dass insbesondere ambulante Dienste und Einrichtungen, die die klinische Versorgung ergänzen, in Anspruch genommen werden können.
 3. § 5 Abs. 3 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) vom 25. November 1997 (GV. NRW. S. 430) in der jeweils geltenden Fassung bleibt unberührt.

§ 6 Zusammenarbeit

1. Zur Unterstützung und Ergänzung der eigenen Maßnahmen arbeitet der Träger der Hilfen insbesondere mit
 - Betroffenen- und Angehörigenorganisationen,
 - Krankenhäusern im Sinne von. § 10 Abs.2 Satz 1,
 - niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten,
 - niedergelassenen psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (Psychotherapeuten),
 - Einrichtungen der Suchthilfe,
 - sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens,
 - der Sozial- und Jugendhilfe,
 - Betreuungsbehörden und - vereinen und
 - den Verbänden der freien Wohlfahrtspflegezusammen.
2. Dabei ist die Koordination der psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung gemäß §§ 3 und 23 ÖGDG in der jeweils geltenden Fassung zu gewährleisten.

Anhang 3: Relevante Gesetzestexte / Paragraphen

§ 10 Unterbringung und Aufsicht

- (1) Ziel der Unterbringung ist es, die in § 11 Abs. 1 und 2 genannten Gefahren abzuwenden und die Betroffenen nach Maßgabe dieses Gesetzes zu behandeln.
- (2) 1. Eine Unterbringung im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn Betroffene gegen ihren Willen oder gegen den Willen Aufenthaltsbestimmungsberechtigter oder im Zustand der Willenlosigkeit in ein psychiatrisches Fachkrankenhaus, eine psychiatrische Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Hochschulklinik (Krankenhaus) eingewiesen werden und dort verbleiben.
 2. Die §§ 1631 b, 1800, 1915 und 1906 BGB bleiben unberührt.
 3. Die Krankenhäuser haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass sich die Betroffenen der Unterbringung nicht entziehen.

§ 11 Voraussetzungen der Unterbringung

- (1) 1. Die Unterbringung Betroffener ist nur zulässig, wenn und solange durch deren krankheitsbedingtes Verhalten gegenwärtig eine erhebliche Selbstgefährdung oder eine erhebliche Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer besteht, die nicht anders abgewendet werden kann.
 2. Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt allein keine Unterbringung.
- (2) Von einer gegenwärtigen Gefahr im Sinne von Absatz 1 ist dann auszugehen, wenn ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist.

§ 13 Anwendung der Vorschriften über die freiwillige Gerichtsbarkeit

- (1) Für einstweilige, längerfristige und Unterbringungen zur Begutachtung sowie für das gerichtliche Verfahren gelten die Vorschriften des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG).
- (2) Gemäß § 70 d Abs. 1 und § 70 g Abs. 2 FGG gibt das Gericht vor Unterbringungsmaßnahmen auch dem Sozialpsychiatrischen Dienst der unteren Gesundheitsbehörde Gelegenheit zur Äußerung und teilt ihm die Entscheidung mit.

§ 14 Sofortige Unterbringung

- (1) 1. Ist bei Gefahr im Verzug eine sofortige Unterbringung notwendig, kann die örtliche Ordnungsbehörde die sofortige Unterbringung ohne vorherige gerichtliche Entscheidung vornehmen, wenn ein ärztliches Zeugnis über einen entsprechenden Befund vorliegt, der nicht älter als vom Vortage ist.
 2. Zeugnisse nach Satz 1 sind grundsätzlich von Ärztinnen oder Ärzten auszustellen, die im Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie weitergebildet oder auf dem Gebiet der Psychiatrie erfahren sind.
 3. Sie haben die Betroffenen persönlich zu untersuchen und die Notwendigkeit einer sofortigen Unterbringung schriftlich zu begründen.
 4. Will die örtliche Ordnungsbehörde in der Beurteilung der Voraussetzungen für eine sofortige Unterbringung von einem vorgelegten ärztlichen Zeugnis abweichen, hat sie den Sozialpsychiatrischen Dienst der unteren Gesundheitsbehörde zu beteiligen.
- (2) 1. Nimmt die örtliche Ordnungsbehörde eine sofortige Unterbringung vor, ist sie verpflichtet, unverzüglich beim Amtsgericht – Vormundschaftsgericht - einen Antrag auf Unterbringung zu stellen.
 2. In diesem Antrag ist darzulegen, warum andere Hilfsmaßnahmen nicht ausreichen und eine gerichtliche Entscheidung nicht möglich war.
 3. Ist die Unterbringung und deren sofortige Wirksamkeit nicht bis zum Ablauf des auf den Beginn der sofortigen Unterbringung folgenden Tages durch das Gericht angeordnet, so sind die Betroffenen von der ärztlichen Leitung des Krankenhauses, bei selbstständigen

Anhang 3: Relevante Gesetztestexte / Paragraphen

Abteilungen von der fachlich unabhängigen ärztlichen Leitung der Abteilung (ärztliche Leitung), zu entlassen.

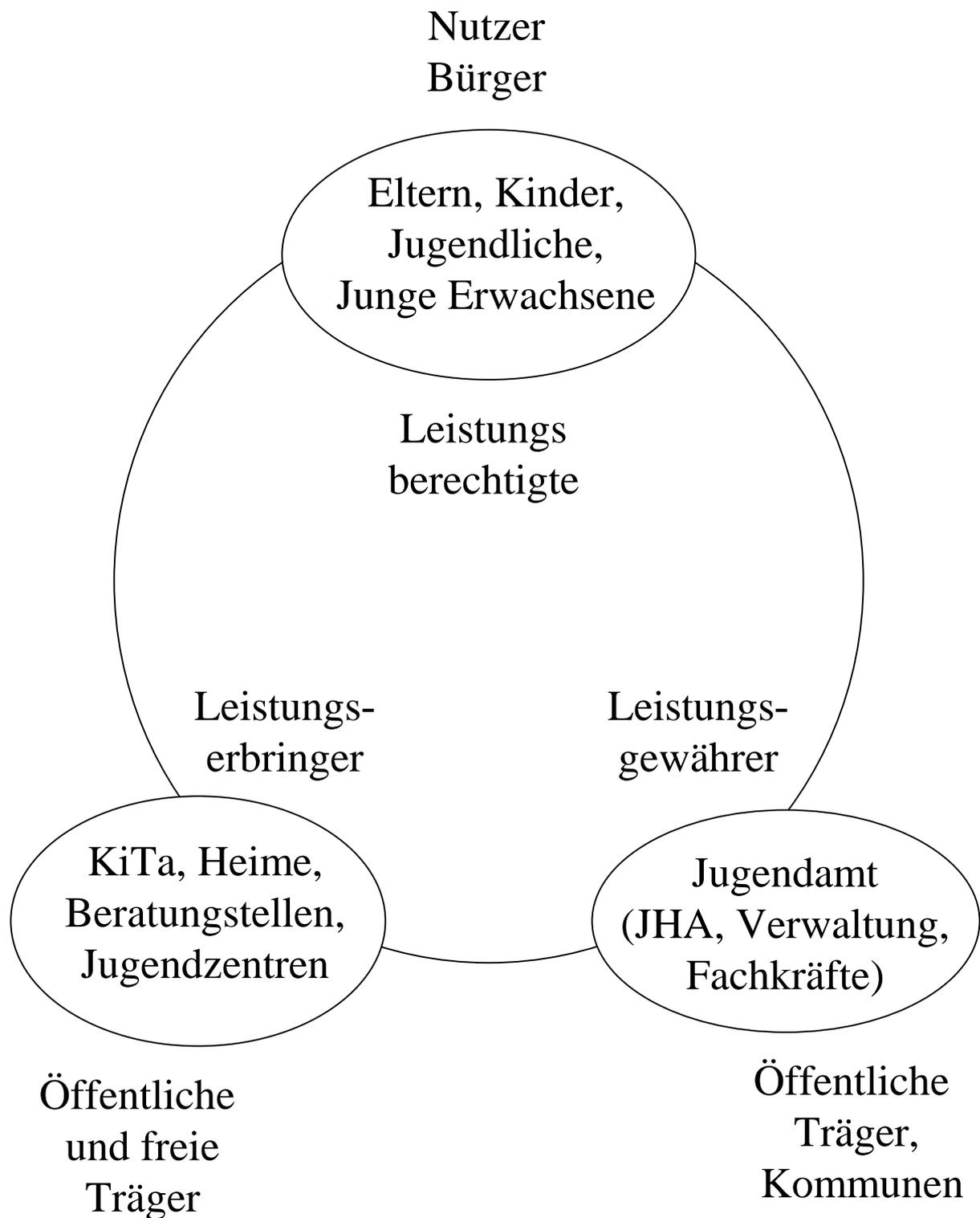
§ 15 Beendigung der Unterbringung

- 1 Ordnet das Gericht nicht die Fortdauer der Unterbringung an, sind die Betroffenen nach Ablauf der festgesetzten Unterbringungszeit durch die ärztliche Leitung zu entlassen.

§ 17 Aufnahme und Eingangsuntersuchung

- (1)
 1. Bei der Aufnahme unterrichtet das Krankenhaus die Betroffenen mündlich und schriftlich über ihre Rechte und Pflichten.
 2. Eine Person ihres Vertrauens ist unverzüglich über die Aufnahme zu benachrichtigen.
 - 3 Satz 1 gilt für die Vertrauensperson entsprechend.
- (2)
 1. Nach der Aufnahme sind die Betroffenen sofort ärztlich zu untersuchen.
 2. Es ist sicherzustellen, dass die Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung fortlaufend ärztlich überprüft und dokumentiert wird.
- (3)
 1. Ergibt eine ärztliche Untersuchung, dass die Unterbringungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen, hat die ärztliche Leitung die in § 15 Satz 2 Genannten unverzüglich zu unterrichten.
 2. Bis zur Entscheidung des Gerichts können die Betroffenen sofort nach § 25 beurlaubt werden.

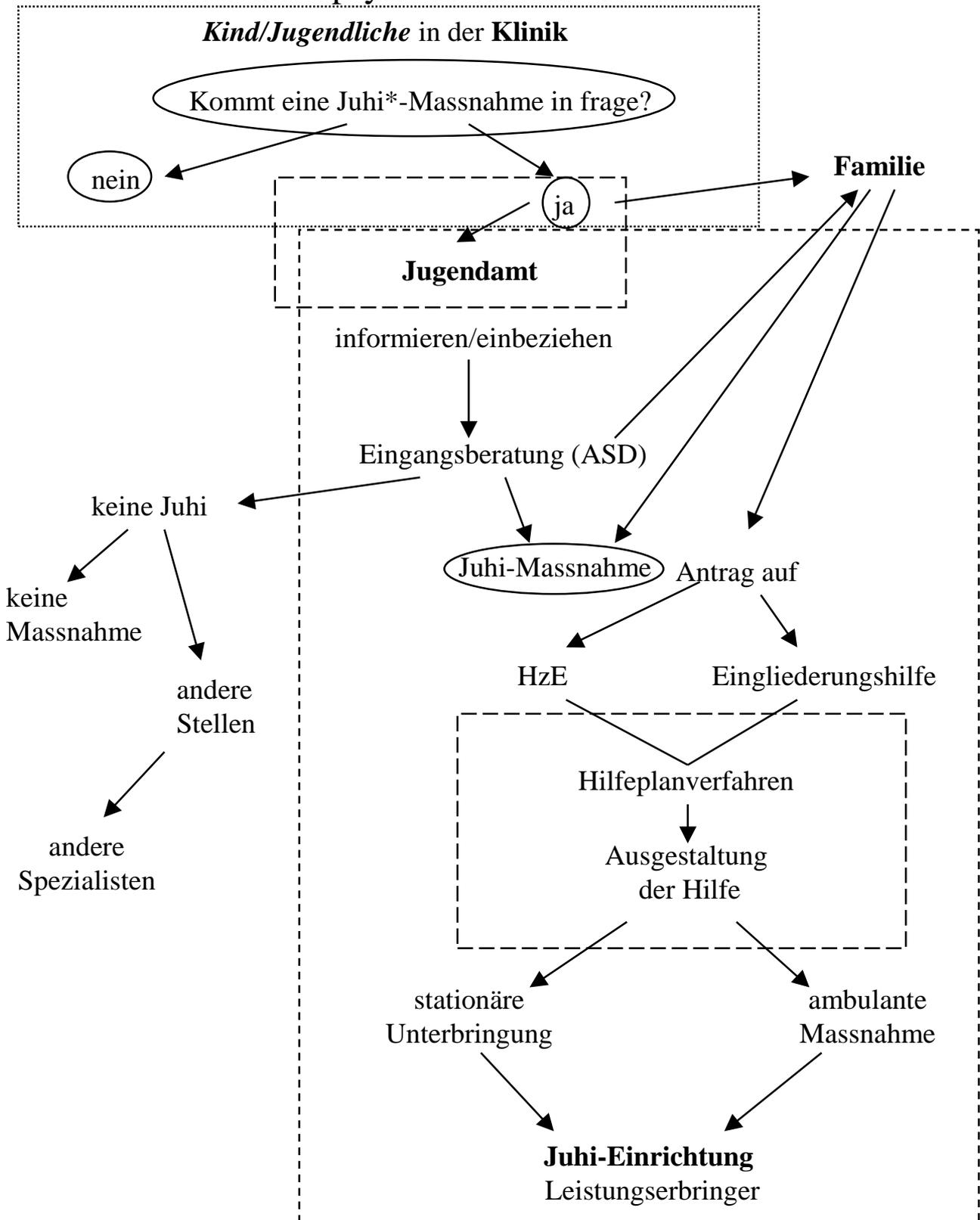
Strukturen / Organisation



Dr. P. Erdélyi 2002

Fallmanagement in der Jugendhilfe (Prozesskarte - Ablauf)

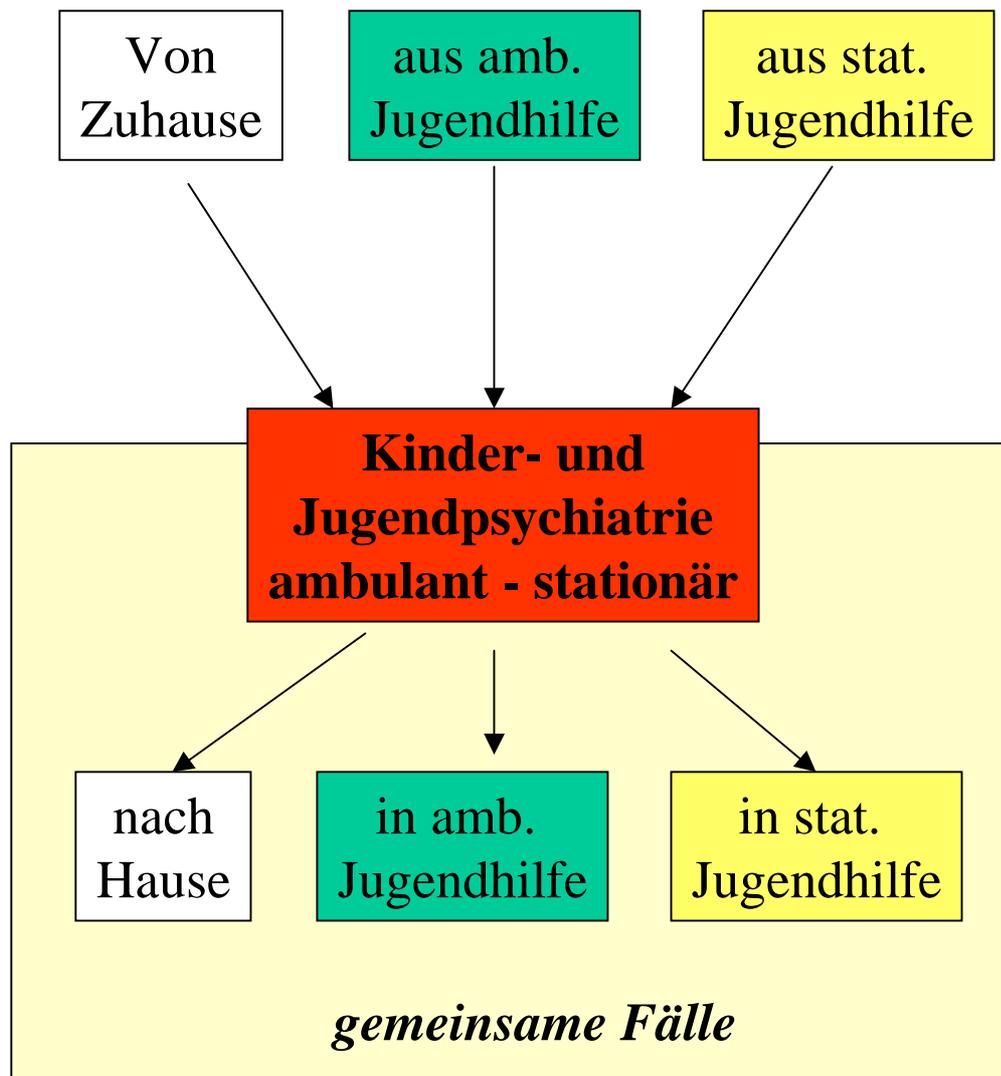
Schnittstellen Juhi/Jupsy



*Juhi = Jugendhilfe

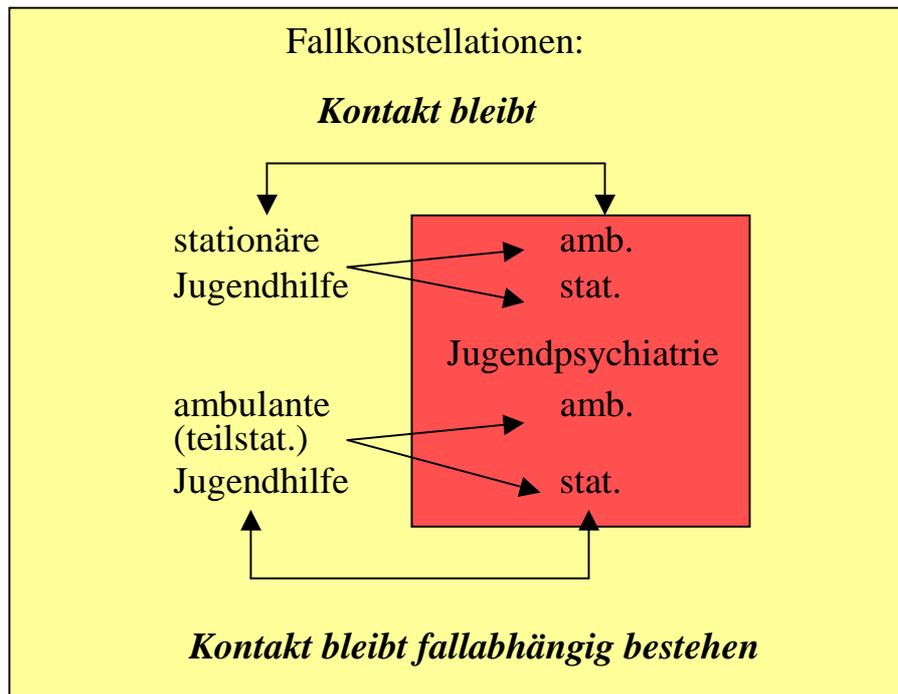
Dr. P. Erdélyi 2002

Zugänge und Abgänge

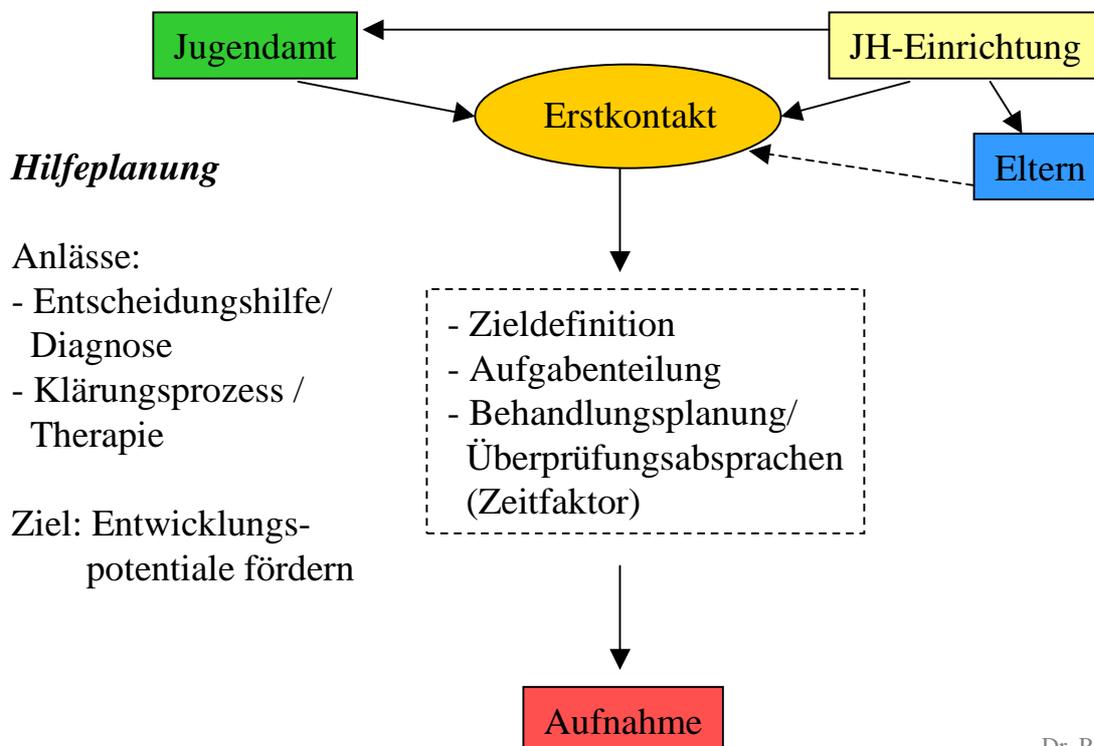


Dr. P. Erdélyi 2002

Gemeinsamer Fall - geplante Aufnahme aus einer Einrichtung

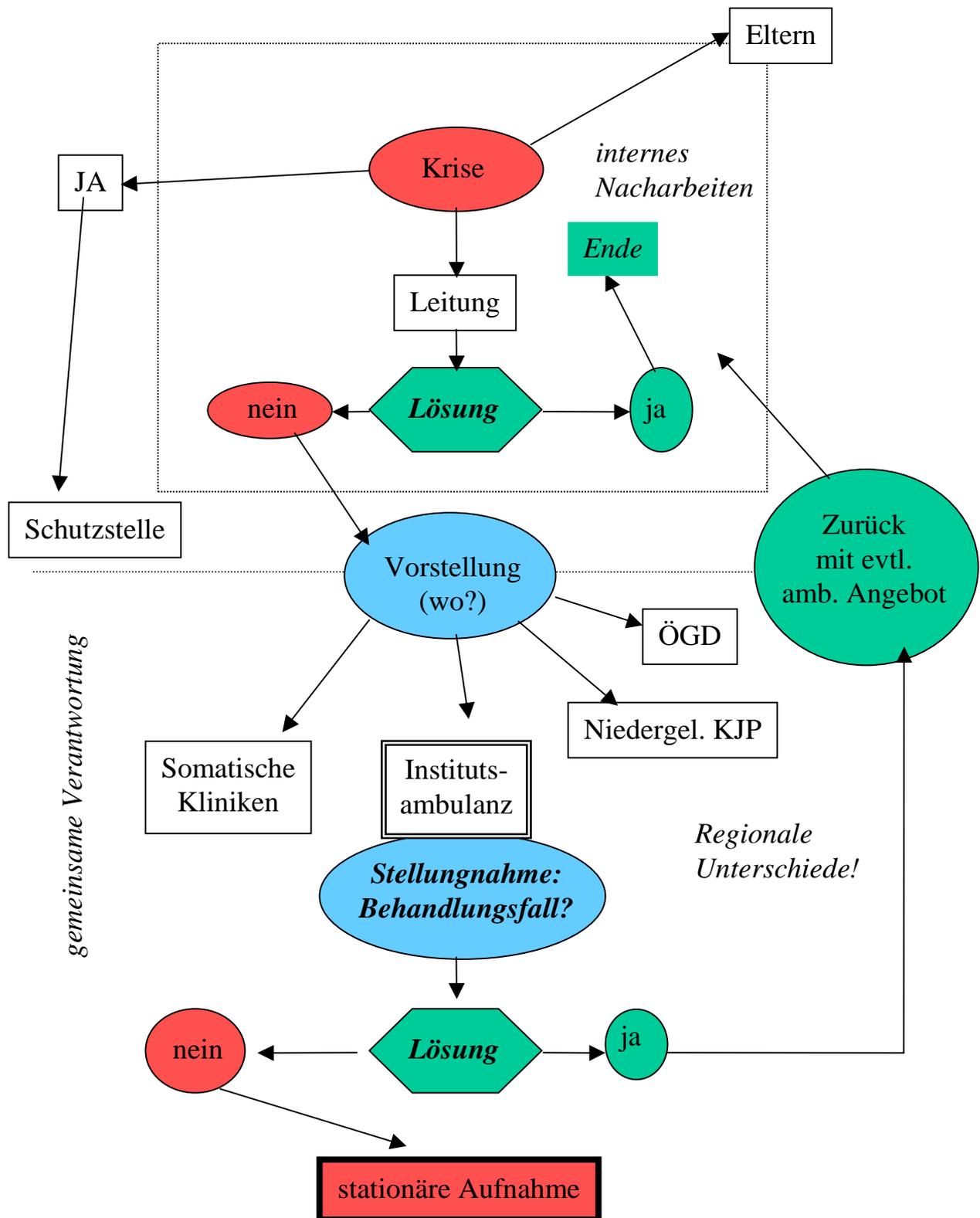


Vor der Aufnahme



Dr. P. Erdélyi 2002

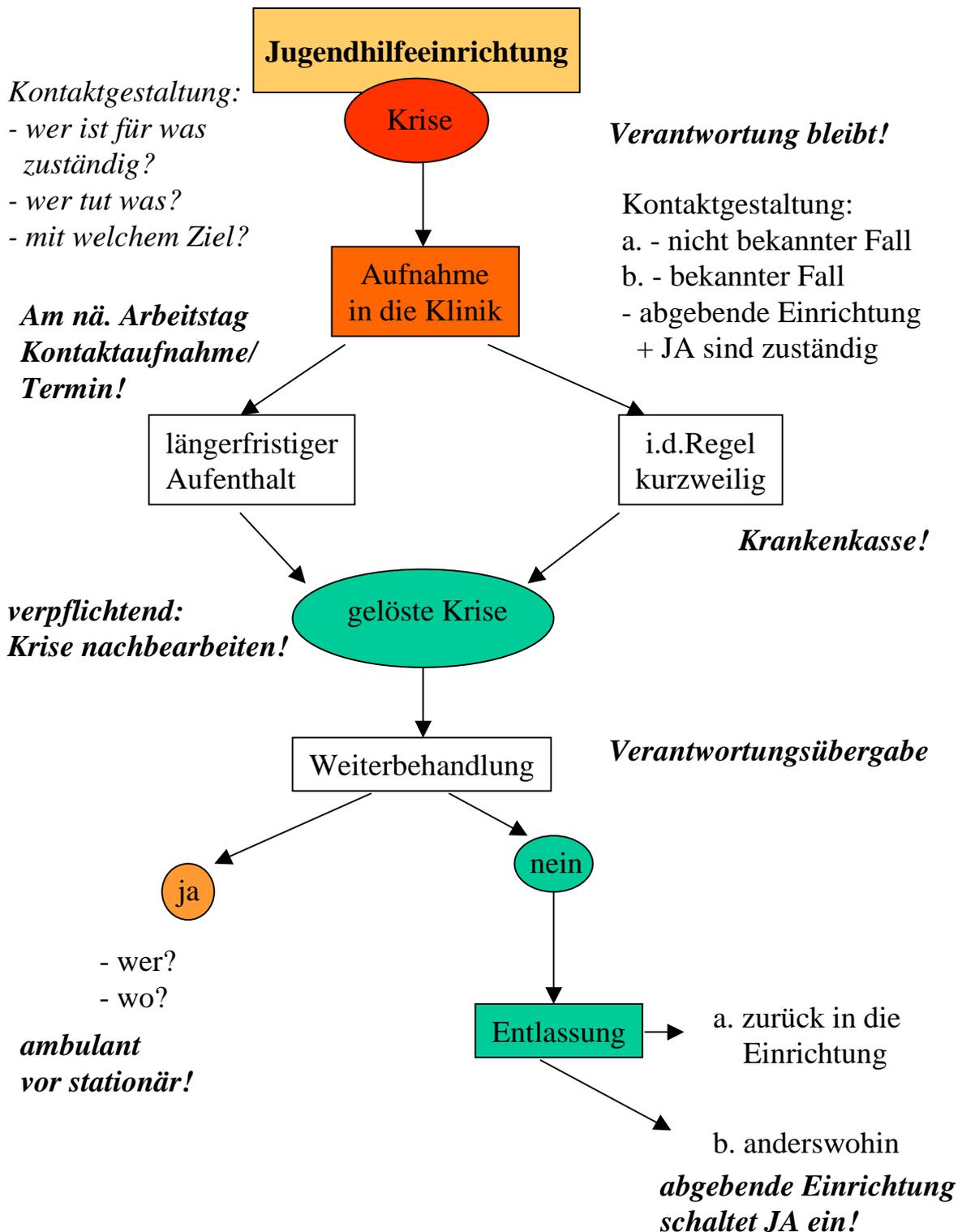
Krisenmanagement in der Einrichtung



Dr. P. Erdélyi 2002

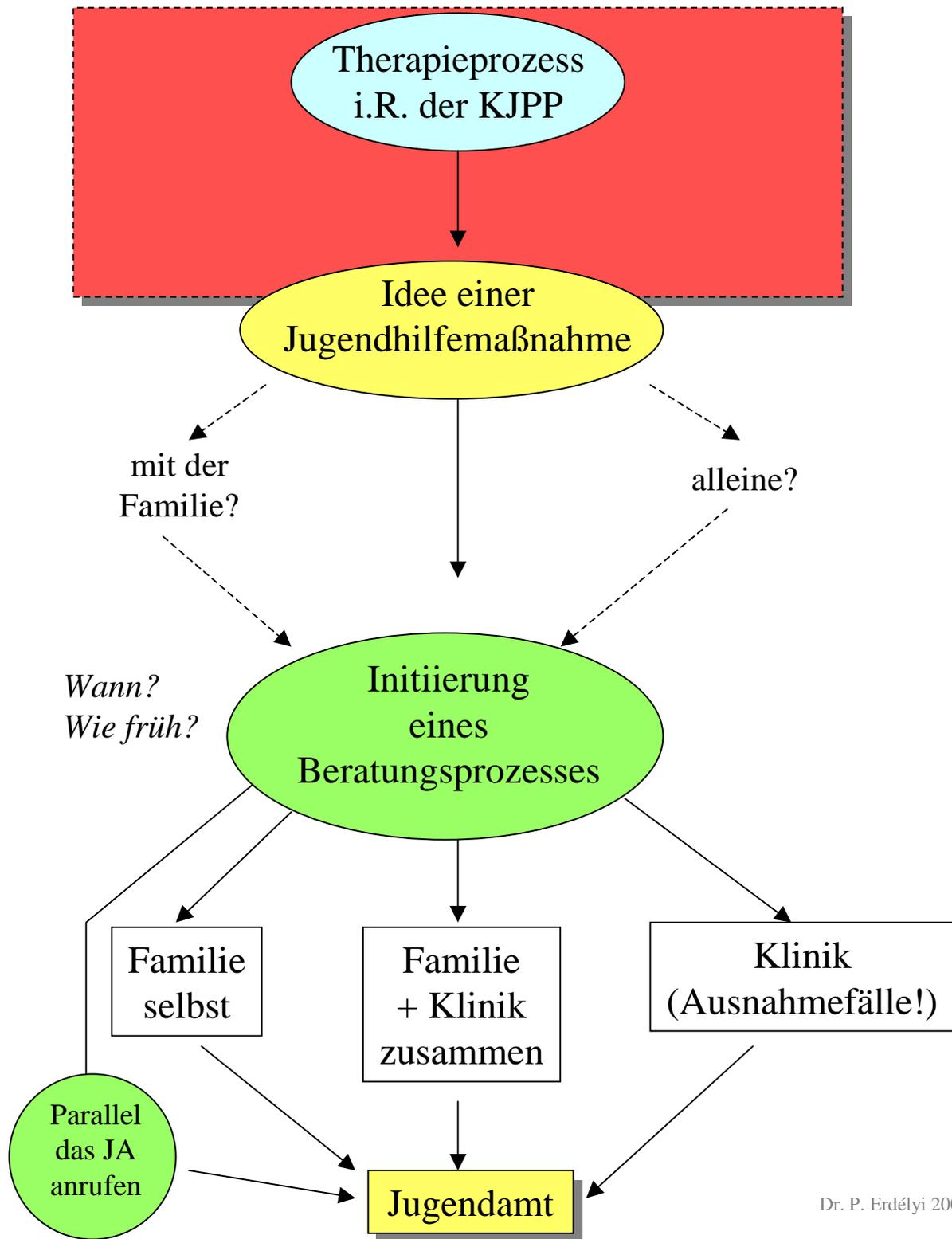
Umgang mit Krisen in einer Jugendhilfeeinrichtung

Unter Einbeziehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie



Dr. P. Erdélyi 2002

Wechsel in die Jugendhilfe bei einem für das Jugendamt unbekanntem Fall



Dr. P. Erdélyi 2002