

RONALD G. M. SCHMIDT
PSYCHOTHERAPIE IN DER JUGENDHILFE
HANDBUCH 2017



Ronald G. M. Schmidt

HANDBUCH
DER PSYCHOTHERAPIE
IN DER JUGENDHILFE

Die Entwicklung der Psychotherapie
als Maßnahme der Jugendhilfe
im Rahmen des SGB VIII

Berlin, April 2017
4. überarbeitete und erweiterte digitale Auflage

Der Autor

Ronald Schmidt ist Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut. Er hat 39 Jahre als Klinischer Psychologe und Psychotherapeut im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD) des Gesundheitsamtes Reinickendorf von Berlin gearbeitet. Als „Psychotherapiebeauftragter“ der AG Berliner KJPD war er seit den 1980er Jahren an der Gestaltung der psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der Berliner Jugendhilfe beteiligt.

Er arbeitet heute in eigener Praxis als Psychotherapeut mit Erwachsenen, Jugendlichen und Paaren, sowie als Ausbilder, Supervisor und Lehrtherapeut.

Copyright 2017
Ronald Schmidt
www.ronpraxis.de
Kontakt: ronpraxis@web.de

Inhalt

	Vorwort zur 4. Auflage	
	<i>Von Dorothee Hillenbrand/ Norbert Rosansky</i>	5
	Vorwort zur 3. Auflage	
	<i>Von Ronald Schmidt</i>	6
	Vorwort zur 2. Auflage	
	<i>Von Josef Schreiner</i>	7
	Einleitung	8
1.0	Wie die Psychotherapie in die Jugendhilfe kam	9
1.1	Phase 1 : Psychotherapie und Bundessozialhilfegesetz 1970er und 1980er Jahre	10
1.2	Phase 2 : Psychotherapie und Kinder- und Jugendhilfegesetz 1990–2000	11
1.3	Phase 3 : Psychotherapeutengesetz und die Neuorganisation der Psychotherapie als Jugendhilfeleistung im SGBVIII ab 2000	12
1.4	Phase 4 Die Reform des SGB VIII – Die inklusive Lösung – Das Kinder- und Jugendstärkungsgesetz	15
2.0	Indikations- und Abgrenzungskriterien	16
2.1	Allgemeines	16
2.2	Psychotherapie im SGB V in der Fassung vom 23.11.2016	17
2.3	Psychotherapie im SGB VIII in der Fassung vom 6.3.2017	17
2.4	Rahmenleistungsbeschreibung zu den ambulanten therapeutischen Leis- tungen im SGB VIII	18
2.4.1	Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung gemäß § 27 SGB VIII	19
2.4.2	Psychotherapie als Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII	20
2.4.3	Psychotherapie als Hilfe für junge Volljährige gemäß § 41 SGB VIII	20
3.0	Behandlungsziele und Leistungen im SGB VIII	21
3.1	Behandlungsziele	21
3.2	Leistungen	22
3.3	Wirksamkeitsevaluation.....	22
4.0	Besonderheiten und Qualifikationsanforderungen	23
4.1.	Das Jugendhilfe-Fortbildungscurriculum.....	24
4.1.1	Module 1–10.....	24
4.1.2	Supervision.....	25
4.1.3	Fallkolloquium/Abschlusskolloquium	25
4.2.	Trägervertrag	26

4.3	Kindeswohl und die Therapeutenrolle.....	26
4.3.1	Kinderschutz.....	27
4.3.2	Therapeutenrolle.....	27
5.0	Hilfeplanung und Qualitätssicherung.....	28
5.1.	Antrags- und Hilfeplanverfahren.....	29
5.1.1	Fachleistungsstunde	29
5.1.2	Kontingentbildung	30
5.1.3	Kurzzeittherapie.....	30
5.1.4	Doppelstunden	31
5.1.5	Rechnungserstellung.....	31
5.1.6	Ausfälle.....	31
5.2	Therapieberichte und Kostenpläne.....	31
5.2.1	Therapiebericht bei Erstantrag	32
5.2.2	Therapiebericht bei Verlängerung	33
5.2.3	Abschlussbericht.....	34
5.2.4	Kostenplan	35
5.2.5	Gutachterliche Stellungnahme	36
5.3	Kooperationsgespräche und Konferenzen	38
5.4	Verfahrensabläufe in den Bezirken	39
5.4.1	Charlottenburg	40
5.4.2	Friedrichshain-Kreuzberg	40
5.4.3	Lichtenberg	41
5.4.4	Marzahn-Hellersdorf	42
5.4.5	Mitte.....	42
5.4.6	Neukölln	43
5.4.7	Pankow.....	44
5.4.8	Reinickendorf	46
5.4.9	Spandau	48
5.4.10	Steglitz-Zehlendorf	49
5.4.11	Tempelhof-Schöneberg.....	49
5.4.12	Treptow-Köpenick	50
6.0	Fallbeispiele	51
6.1	Fallbeispiel 1.....	51
6.2	Fallbeispiel 2.....	52
6.3	Fallbeispiel 3.....	53
6.4	Fallbeispiel 4.....	54
6.5	Fallbeispiel 5.....	55
6.6	Fallbeispiel 6.....	56
6.7	Fallbeispiel 7.....	57
6.8	Fallbeispiel 8.....	59
6.9	Fallbeispiel 9.....	60
6.10	Fallbeispiel 10.....	61
7.0	Zusammenfassung.....	63
8.0	Schlussworte.....	65

9.0	Literatur	66
10.0.	Adressen	67
10.1	Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste (Gesundheitsamt).....	68
10.2	Fachkliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	69
10.3	Erziehungs- und Familienberatungsstellen (Jugendamt)	70
10.4	Schulpsychologische Beratungs- und Unterstützungszentren.....	71
10.5	Psychotherapeutenkammer Berlin	72
10.6	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie	73
11.0	Rundschreiben/Vereinbarungen	73
11.1	Peter Ellesat, Kinderschutzbeauftragter der PTK Berlin: Ergänzende Hinweise zum Kinderschutz	74
11.2	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft*: Vertragskommis- sion Jugend, Beschluss Nr. 4/2006, Rahmenleistungsbeschreibung zu den ambulanten therapeutischen Leistungen gemäß SGB VIII, 1.6.2006	75
11.3	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft*: Jugend-Rundschreiben Nr. 66/2006, 30.11.2006	83
11.4	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft*: Jugend-Rundschreiben Nr. 2/2008, 30.4.2008	89
11.5	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft*: Jugend-Rundschreiben Nr. 1/2009, 13.3.2009	93

*Zu 11.2-11.5: Die heutige Bezeichnung lautet Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie

Vorwort der Herausgeber zur 4. Auflage

Seit ihrer Gründung 2001 hat die Psychotherapeutenkammer Berlin (PTK Berlin) den Versorgungsbereich „Psychotherapie im Rahmen der Jugendhilfe“ kontinuierlich unterstützt.

Gesundheits- und jugendpolitische Probleme in der Versorgung hat die PTK Berlin durch Informationsveranstaltungen, ihre Mitarbeit in bezirklichen und auch in Senatsgremien, durch Kooperationen mit anderen Berufsgruppen und insbesondere mittels der „KJHG-Kommission: „Psychotherapie in der Jugendhilfe“ fachlich begleitet.

Als Berufsvertretung der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten war uns von Anfang an daran gelegen, hohe Qualitätsstandards für die Arbeit in diesem Bereich zu entwickeln, zu überprüfen und allen Beteiligten zu vermitteln.

Zunächst ging es vorrangig um die Vermittlung der „Besonderheit“ in der Darstellung von Indikationsstellung und Zieldefinition psychotherapeutischer Behandlungen im Feld der Jugendhilfe. Bald folgten Angebote zur Qualitätsentwicklung und zur spezifischen Fortbildung, - auch in Zusammenarbeit mit Berliner Ausbildungsinstituten.

Die Senatsverwaltung leistete große Unterstützung, und so konnten wir Rahmenleistungsvereinbarungen mitgestalten, die für das ganze Land Berlin noch heute die verbindliche Grundlage für dieses Versorgungsangebot sind.

Das bisher Erarbeitete - insbesondere das „KJHG-Fortbildungscurriculum“ - wird den sich verändernden gesellschaftlichen Bedingungen kontinuierlich angepasst werden, d. h. Inhalte und Umfang werden im Zusammenhang mit Gesetzesnovellierungen stetig überprüft.

Ronald Schmidt zeichnet den langen Weg der Entwicklung dieses Versorgungsangebotes für psychisch belastete/gestörte Kinder, Jugendliche und deren Familien nach. In diesem Prozess war Ronald Schmidt uns ein engagierter und kompetenter Kollege, der von Anfang an als Mitglied in unseren Gremien die institutionelle Seite der bezirklichen fachdiagnostischen Dienste vertrat.

Das so entstandene Handbuch soll allen psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen bei der Beantragung und Ausgestaltung psychotherapeutischer Hilfen Orientierung geben. Es wird gleichzeitig auch allen bezirklichen, fachdiagnostischen Diensten und der Senatsfachverwaltung zur Verfügung gestellt.

Die Psychotherapeutenkammer Berlin freut sich, dieses Handbuch herausgeben zu können und bedankt sich bei Ronald Schmidt für die geleistete Arbeit.

Dorothee Hillenbrand, Vizepräsidentin der PTK Berlin

Norbert Rosansky, Sprecher des Ausschusses „Kinder- und Jugendpsychotherapeutische Versorgung“ der PTK Berlin

Vorwort zur 3. Auflage

Nachdem ich vor einem Jahr die ersten beiden Auflagen dieses Kompendiums konzipiert und geschrieben habe, ist es nun an der Zeit, die fachlichen Rückmeldungen und Erfahrungen bei der Vermittlung dieses Stoffes in diversen Fortbildungsveranstaltungen zu verarbeiten und einen Ausblick auf die Auswirkungen durch die bevorstehende Änderung des SGB VIII zu geben.

In den psychosozialen und sozialpädagogischen Fachdiensten der Jugend-, Gesundheits- und Schulämter findet gerade ein enormer Personal- und Generationswechsel statt, dem die Zeit für einen ausreichenden Wissenstransfer fehlt. Dasselbe gilt für die psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachkliniken und für die neue Generation von Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Erfreulicherweise ist das Interesse unter den jungen Kolleginnen und Kollegen gestiegen, sich für die Arbeit in psychosozialen Belastungssituationen zu engagieren, wie sie in der Jugendhilfe all- täglich ist. All diesen soll das vorliegende Kompendium Wissen und Können für ihre Arbeit vermitteln.

Ich möchte in der vorliegenden 3. Auflage nach der Darstellung der Entwicklungsgeschichte und der sozialrechtlichen Fundierung des Einsatzes von psychotherapeutischen Methoden in der Jugendhilfe differenzierter und ausführlicher auf die verschiedenen Schritte und Abläufe im Antrags- und Hilfeplanverfahren eingehen. Die Fallbeispiele werden dagegen weniger in ihrem Verlauf dargestellt, sondern eine Vielzahl von Beispielen soll einen Überblick geben, in welchen Problemsituationen die Psychotherapie im Richtlinienverfahren zu kurz oder gar nicht greifen würde und deshalb der Einsatz psychotherapeutischer Methoden im Rahmen des Jugendhilfeansatzes hilfreicher und zielführender ist.

Ein Adressteil wird eingefügt, um den Beteiligten einen Überblick zu verschaffen und um die erforderlichen Kontakte leichter herstellen zu können. Versehen mit einem detaillierten Inhaltsverzeichnis, soll das vorliegende Kompendium als Nachschlagewerk für den täglichen Gebrauch genutzt werden.

Letztendlich geht mein Blick in die anderen Bundesländer, in denen es die Möglichkeit psychotherapeutischer Jugendhilfearbeit, so wie sie in Berlin geregelt ist, bisher immer noch nicht gibt. Viele Fachleute beschreiben zwar einen deutlichen Bedarf an psychotherapeutischer Fachkompetenz in der Jugendhilfe und bedauern die Hemmnisse, die eine Einbindung psychotherapeutischer Angebote in das Jugendhilfenetz be- und verhindern. Aber wenig geschieht, um dem abzuhelpen. Ich finde das sträflich. Das Berliner Modell der psychotherapeutischen Jugendhilfeleistung im SGB VIII ist ein hervorragendes Beispiel, wie die alten Parallelstrukturen von Krankenversorgung und Jugendhilfe überwunden werden können und zum Wohle der bedürftigen Familien eine kooperative, konstruktive Hilfeleistung entstehen kann.

Ich danke allen, die mich bei meiner Arbeit unterstützt haben und mir Informationen und Unterlagen zu Verfügung gestellt haben.

Ronald Schmidt, im Oktober 2016

Vorwort zur 2. Auflage

Das vorliegende Kompendium ist wahrlich eine sehr informative, interessante und aufschlussreiche Handreichung zum Leistungsspektrum der psychotherapeutischen Jugendhilfen im Rahmen des SGB VIII, die ich unseren Mitarbeitern nicht vorenthalten möchte. Gerade für unsere neuen KollegInnen in den Jugendämtern sind diese Hintergrundinformationen und die Entwicklungsgeschichte dieser Hilfemaßnahme, angereichert mit ihren vereinbarten Verfahrensstandards, von hohem Erkenntniswert.

Dem nunmehr unumstrittenen, exklusiven Stellenwert psychotherapeutischer Leistungen im Land Berlin ging bekanntlich, so meine Erfahrungen, ein jahrelanger, auch mit Reibungsflächen verbundener, fachübergreifender Diskurs unterschiedlicher Berufsbilder, Perspektiven und Deutungshoheiten über „richtige Sichtweisen“ zur Indikation, Diagnostik, Teilhabe und auch Meinungsführerschaft voraus. Allemal scheint dies mehr oder weniger – so sehe ich das zumindest für Reinickendorf – überwunden, zumal nur in einem ganzheitlichen Verstehen und im Zusammenführen unterschiedlicher beruflicher Perspektiven der Schlüssel für Gelingensprozesse dieser Leistung begründet ist. Will man beispielsweise die soziale und psychische Bedeutung einer Teilhabebeeinträchtigung hinreichend differenziert verstehen und mit geeigneten Interventionen verändern, muss man sie stets aus mehreren Perspektiven betrachten und das setzt Kooperationsformen und -praktiken ebenso voraus wie den Verzicht auf Hierarchiebildungen in den Disziplinen, d. h. der fachliche Austausch muss auf Augenhöhe erfolgen. Das zu organisieren, zu moderieren, zu gestalten und ggf. anzunehmen, bleibt immer eine spannende Aufgabe – auch und gerade für unsere MitarbeiterInnen im Jugendamt.

Sehr schön, dass auf die WIMES Studie mit Blick auf die effektive Wirkungstiefe der therapeutischen Leistungen hingewiesen wird. Freilich erschließt sich dies auch schon daraus, dass diesen Hilfearten à priori kein intervenierender Charakter (wie beispielsweise bei einer Heimeinweisung) innewohnt und sie deshalb eher stabil(er) verlaufen können.

Josef Schreiner, im Oktober 2015
Bezirksamt Reinickendorf von Berlin
Abteilung Jugend, Familie und Soziales
Stellvertretender Leiter des Jugendamtes

Einleitung

Zur Einleitung möchte ich ein Gleichnis über eine (fast) typische Familie unserer heutigen Zeit erzählen.

Als Vater des Sozialgesetzbuches VIII, dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG), gilt allgemein Prof. Dr. Reinhard Wiesner. Von der Mutter wissen wir nichts Genaues. Aber es ist zu vermuten, dass es die ehemalige Jugendwohlfahrt ist. Diese war Jahre zuvor fremdgegangen mit dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) und hat mit diesem eine außereheliche Tochter, die Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte, in die Welt gesetzt.

Diese Tochter wiederum hatte selbst eine uneheliche Tochter, nämlich die sog. „BSHG-Therapie“ (Psychotherapie als Eingliederungshilfe). Hier war wiederum der Vater ungewiss. Gerüchten zufolge soll es der Mangel gewesen sein; nämlich der Mangel in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen psychosozialen Problemen.

Von ihren Eltern ungeliebt und vernachlässigt, kam dieses Mädchen nach Berlin in eine Pflegefamilie namens Jugendamt, und zwar mitsamt dem Sorge- und Aufenthaltsbestimmungsrecht. Derart behaftet mit dem Makel eines illegitimen Kindes erging es dem Mädchen in seiner Pflegefamilie allerdings nicht wirklich gut. Das wurde auch nicht besser, nachdem sich das Jugendamt scheiden ließ, das Kinder- und Jugendhilfe-Gesetz (KJHG) heiratete und das Kind im Rahmen der Namensangleichung den Namen „KJHG-Therapie“ annehmen durfte.

Zum Glück hatte es aber den KJPD (den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst der Gesundheitsämter) als engagierten Vormund an die Seite gestellt bekommen. Und fortan musste dieser mal wie ein Verfahrenspfleger im Sorgerechtsstreit vermitteln, schlichten und um Verständnis werben, mal musste er wie ein großer Bruder auf das Kind aufpassen, und mal musste er auch wie ein Rechtsanwalt dafür kämpfen, dass das Mädchen nicht ins Heim gesteckt wurde.

Nach vielen Jahren und anstrengenden, fachübergreifenden Hilfekonferenzen gelang es, dass dieses Pflegekind endlich von seiner neuen Pflegefamilie adoptiert wurde. Und zwar, wie es so schön heißt, mit allen Rechten und Pflichten. Von da an blühte das Mädchen auf, hatte viele neue Freunde und bekam sehr gute Schulnoten, die sogar besser waren als die seiner Adoptivgeschwister. Ihre Pflegeeltern sind heute stolz auf sie.

Und wenn sie nicht ...

Aber zurück zur nüchternen Realität. Ich will im Folgenden versuchen, die Entwicklungsgeschichte zu erzählen, wie die Psychotherapie überhaupt in die Jugendhilfearbeit kam, wie sie dort weiter ausgeformt wurde und heute zum erfolgreichsten und ökonomischsten Bestandteil des Leistungsspektrums sowohl der Erziehungs- als auch Eingliederungshilfe-Maßnahmen im SGB VIII gehört.

1.0 Wie die Psychotherapie in die Jugendhilfe kam

Um die Besonderheiten des Einsatzes psychotherapeutischer Methoden in der Berliner Jugendhilfe zu verstehen, müssen wir zurückgehen in die Zeit Ende der 1960er und Anfang der 1970er Jahre. Die jugend-, sozial- und gesundheitspolitische Landschaft der alten Bundesländer der BRD und Westberlins war geprägt durch das damalige **Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG)** von 1961, das **Bundessozialhilfegesetz (BSHG)** von 1962 und die **Reichsversicherungsverordnung (RVO)** aus der Vorkriegszeit.

Auf der bezirklichen Versorgungsebene sah das folgendermaßen aus:

In den Jugendämtern konnten sich die SozialarbeiterInnen der **Familienfürsorge** damals noch selbst im Rahmen des JWG um die Nöte bzw. das Wohl „ihrer“ Familien kümmern. Externe Hilfen wie pädagogische Einzel- und Gruppenbetreuungen kamen eher selten zum Einsatz. Ebenfalls im Jugendamt angesiedelt, betreuten die SozialarbeiterInnen der **Behindertenfürsorge** im Rahmen des BSHG Kinder und Jugendliche mit geistigen, körperlichen und auch seelischen Behinderungen.

Für die Beratung bei Erziehungsproblemen und seelischen Störungen hatte jedes Jugendamt eine **Erziehungs- und Familienberatung (EFB)**, die wie eine autonome Therapiepraxis arbeitete, jedoch keine fachliche Beratung für die SozialarbeiterInnen der Familienfürsorge anbot.

Für die Schulen standen die internen Beratungsstellen der **Schulpsychologie** zur Verfügung, die nur im Rahmen der Schulen kooperierte oder eigene Betreuungen durchführte.

Im Bereich der öffentlichen **Gesundheitsfürsorge** gab es zwar ein umfangreiches Netz von Kleinkinderfürsorge- und SchulärztInnen, aber westberlinweit nur zwei kinder- und jugendpsychologisch bzw. -psychiatrisch ausgerichtete Beratungsstellen:

- seit 1951: die **Beratungs- und Forschungsstelle für seelische Störungen im Kindesalter** im damaligen Kinderkrankenhaus Wedding im Verbund mit der Psychiatrie-Abteilung der Freien Universität, gegründet und geleitet durch Prof. Horst-Eberhard Richter.¹
- seit 1961: die **Beratungsstelle für Kinder- und Jugendpsychiatrie** des Gesundheitsamtes Reinickendorf, anfangs räumlich und z. T. personell verbunden mit der „Klinik Wiesengrund“ für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Diese Beratungsstelle war für alle Westberliner Stadtbezirke, ausgenommen Wedding, zuständig und kooperierte mit den jeweiligen Familienfürsorgen und besonders den Behindertenfürsorgen der zuständigen Jugendämter. Als gemeinsame Arbeitsgrundlage hatten beide Amtsbereiche das BSHG.

¹ Horst-Eberhard Richter hat in diesen Jahren zwei Standardwerke für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und Familientherapeuten geschrieben: 1. „Eltern-Kind und Neurose“, 1963. 2. „Patient Familie“, 1970.

1.1 Phase 1: Psychotherapie und Bundessozialhilfegesetz 1970er und 1980er Jahre

In Berlin (West) wurde nach Kriegsende bundesweit einzigartig geregelt, dass für die (Wieder-) Eingliederung und Rehabilitation von körperlich, geistig und seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen im Rahmen des BSHG die Jugendämter zuständig waren. Dadurch begründete sich eine enge Kooperation zwischen den Jugendämtern und den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsdiensten der Gesundheitsämter, die ab 1979 analog zu der zuvor genannten Reinickendorfer Beratungsstelle in allen Bezirken eingerichtet wurden.

Im Zuge der Amtshilfe wurden diese von Anfang an auch als fachdiagnostische Dienste für die Jugendämter tätig. Ihre Hauptklientel jedoch bestand damals zu ca. 70 Prozent aus Selbstmeldern oder Kindern, die im Rahmen der Gesundheitsfürsorge untersucht werden sollten. Erst 1990 wurde mit der Umsetzung des neuen SGB VIII, dem Kinder- und Jugendhilfe-Gesetz, und mit der Wiedervereinigung Deutschlands die Zuständigkeit der Jugendämter für die Eingliederung und Rehabilitation seelisch behinderter junger Menschen bundesweit in allen Ländern festgelegt und geregelt.

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgte im Berlin (West)² der 1960er und 1970er Jahren hauptsächlich durch das AOK-Institut für Psychogene Erkrankungen von Annemarie Dührssen³ im Bezirk Wedding und durch die wenigen, ausnahmslos psychoanalytischen, Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen, die damals noch Psychagogen hießen. Ähnlich wie die KindertherapeutInnen in den EFB arbeiteten diese nur mit gut motivierten Familien an (im engeren Sinne) neurotischen Problemen und klar umrissenen Symptomen. Kinder mit sozialen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, geschweige denn mit komplexen psychosozialen Störungen oder aus schwierigen Familienmilieus fanden so gut wie keine psychologisch-therapeutische Betreuung.

Fehlende Hilfen und mangelnde Behandlungsmöglichkeiten über die Krankenkassen hatten bei vielen Kindern und Jugendlichen zu einer Verschlimmerung und Chronifizierung ihrer Störungen und Auffälligkeiten geführt. Nicht selten wurden stationäre Behandlungen oder gar Zwangseinweisungen in psychiatrischen Kliniken erforderlich und vielen Jugendlichen drohte eine schulische und soziale Ausgrenzung.

Diese Situation änderte sich erst, als in den 1970er Jahren zunehmend Psychologen und Psychologinnen mit, zumeist universitär vermittelter, psychotherapeutischer Qualifikation (Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Klientenzentrierte Kinderspieltherapie) auf den Markt drängten. Sie wollten nicht länger als „Testknechte“ arbeiten, sondern ihr therapeutisch-psychologisches Fachwissen und Können zum Wohle der bedürftigen Jugendlichen und ihrer Familien anwenden.

² In Ost-Berlin (und der DDR) gab es keine niedergelassenen Praxen. Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung erfolgte in Polikliniken und Beratungsstellen, deren angestellte Mitarbeiter/innen einen kurativen Auftrag hatten. Typisch für Ost-Berlin waren die „Stadtbezirksstellen für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie“ (inklusive EFB-Arbeit) mit ihren multiprofessionalen Teams.

³ Annemarie Dührssen ist zu verdanken, dass die Analytische Psychotherapie 1967 in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung kam. Ihr Lehrbuch „Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen“, 1954, gehört zu den Standardwerken der analytischen Kindertherapie.

Diese TherapeutInnen nahmen sich insbesondere der von sozialer Ausgrenzung bedrohten, psychosozial auffällig gewordenen und seelisch gestörten jungen Menschen an, die bei den klassischen TherapeutInnen als nicht behandelbar galten oder die mit deren Methoden nicht erreichbar waren.

Die KJPD der Gesundheitsämter konnten für diese Klientel über eine Zuordnung zum § 39 BSHG (seelische Behinderung) psychotherapeutische Behandlungsnotwendigkeiten begründen und erforderliche Therapien außerhalb des Kassensystems der RVO als Eingliederungshilfe empfehlen und einrichten. Nach einer Überprüfung der Indikation und ihrer sozialrechtlichen Zuordnung durch den Landesarzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie beim Landesgesundheitsamt übernahmen die Jugendämter die Therapiekosten als Rehabilitationshilfe, deren Kostenträger sie waren.

Die Ziele dieser so genannten „**BSHG-Psychotherapien**“ umschrieben bereits recht klar die allgemeinen Aufgaben von Jugendhilfe und Eingliederungshilfe, wie sie dann später im KJHG formuliert werden sollten:

- Ermöglichung der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft,
- Entwicklungs- und Reifungsförderung,
- Hilfe zur angemessenen Schulbildung,
- Verbesserung der sozialen und familiären Beziehungsstrukturen,
- Verbesserung der erzieherischen Kompetenzen der Eltern,
- Verbesserung von Entwicklungsbedingungen.

Aufgrund der weiterhin unzureichenden Angebote der Krankenkassen erfolgte die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis Ende der 1980er Jahre hauptsächlich durch die so genannten „BSHG-Therapeuten“.

1.2 Phase 2: Psychotherapie und Kinder- und Jugendhilfegesetz 1990 bis 2000

Wie in vielen gesellschaftlichen Bereichen war Anfang der 1970er Jahre auch im Bereich der staatlichen Jugend- und Familienfürsorge eine Reformdebatte im Gange. Im Zuge einer umfangreichen Neuordnung der Sozialgesetze sollte das alte Jugendwohlfahrtsgesetz reformiert werden. Im Mittelpunkt der neuen Jugend- und Familienfürsorge sollte das verfassungsgemäße Recht junger Menschen auf Erziehung und Entwicklungsförderung zur Ausbildung einer eigenverantwortlichen, gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit stehen. Aber auch die Rechte und Pflichten der Eltern sollten vom Staat unterstützt und gestärkt werden. 1977 lag ein erster Regierungsentwurf vor, der bereits die Möglichkeit therapeutischer Maßnahmen in die Jugendhilfe integriert hatte. Allerdings geriet diese Entwicklung ins Stocken und erst unter dem Eindruck der rasanten, viele Kräfte freisetzenden, gesellschaftlichen Umwälzungen in der DDR und der anstehenden Wiedervereinigung kam es Ende der 1980er Jahre zu einer neuen Initiative, die 1990 endlich zur Verabschiedung eines neuen **Kinder- und Jugendhilfegesetz** (KJHG) als SGB VIII führte. Für die neuen Bundesländer galt es sofort ab dem Beitrittsdatum 3.10.1990. Für die alten Bundesländer erst ab dem 1.1.1991.

Die bisherigen positiven Erfahrungen mit dem Einsatz von Psychotherapien im Rahmen des BSHG führten im KJHG und explizit im Berliner Ausführungsgesetz (AG-KJHG) zu einer bewussten Einbeziehung psychotherapeutischer und anderer therapeutischer Hilfen in den Maßnahmenkatalog der Jugendhilfe. Diese bundesweit ein-

zigartige und richtungsweisende Entscheidung musste gegen kräftige Widerstände und fast psychotherapiefeindlich zu nennende Tendenzen in der Jugendverwaltung und Politik durchgesetzt werden. Bis heute wurden diese Gegenstimmen immer wieder laut und forderten gebetsmühlenartig – mit Hinweis auf den permanenten Spar- druck auf die Jugendhilfe – eine Herausnahme der therapeutischen Hilfen.

1993 wurden bei einer ersten Gesetzesänderung des SGB VIII die Rehabilitations- ansprüche seelisch behinderter junger Menschen auf Eingliederungshilfe und Nach- teilsausgleich mit der Einfügung des § 35a vom SGB XII ins SGB VIII transferiert und bundesweit eindeutig geregelt.

Gemeinsam mit dem § 27 (Hilfe zur Erziehung) bildete der § 35a (Eingliederungshilfe) nunmehr die Grundlage für die Möglichkeit, Psychotherapien unter gewissen Vo- raussetzungen als Jugendhilfemaßnahmen einzusetzen und durch das SGB VIII zu finanzieren und wie in den Jahren zuvor die psychosoziale Versorgung seelisch kranker und behinderter junger Menschen sicher zu stellen.

Vermutlich aufgrund der früheren unterschiedlichen Zuständigkeiten und fehlenden Erfahrungen wurde diese Möglichkeit des SGB VIII in den anderen Bundesländern bislang nicht genutzt, um das Leistungsspektrum ihres Jugendhilfekatalogs um psy- chotherapeutische Maßnahmen zu erweitern. Es ist ausgesprochen bedauerlich, dass sich die Jugendhilfe damit die Chance nimmt, ihren „sozialpädagogischen Blick“ um einen „psychologisch-therapeutischen“ zu erweitern und so passgerechte und sinnvolle Hilfen für ihre Klientel bereitstellen zu können.

1.3 Phase 3: Psychotherapeutengesetz und die Neuorganisation von Psychotherapie als Jugendhilfeleistung ab 2000

Die Besonderheit, psychotherapeutische Maßnahmen in ihre Jugendhilfe integriert zu haben, sollte der Berliner Jugendverwaltung immer wieder auf die Füße fallen. Als im Herbst 2003 in der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales ein Ex- pertengremium über die mangelhafte psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Berlin debattierte und die Verbesserung der Krankenversorgung über eine erleichterte Kassenzulassung vorschlug, führte das zu einer besonderen Volte der zuständigen Verwaltung. Nachdem die Vertreter der Kassenärztlichen Ver- einigung weiterhin behaupteten, die psychotherapeutische Versorgung sei ausrei- chend gesichert und die erleichterte Zulassung von Psychologischen Psychothera- peutInnen, die bereits Kinderbehandlungen nachweisen konnten, ablehnten, zogen Vertreter der Gesundheits- und der Jugendverwaltung daraus den Schluss, es gäbe keine besonders indizierte, auf Jugendhilfe bezogene Psychotherapie. Die Fach- dienste wurden mit dem Vorwurf konfrontiert, sie würden mit Hilfe der Erwirkung „systemwidriger“ Kostenübernahmen nur eine mangelhafte Kassenversorgung aus- gleichen wollen. Die Senatsjugendverwaltung setzte vorerst ihre „AV- Psychotherapie“

ambulant, 11/2000“, die seit Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes das Kostenantrags- und Hilfeplanverfahren regelte, außer Kraft. Die Psychotherapie im Rahmen der Jugendhilfe stand vor dem Aus.

Um die Berechtigung psychotherapeutischer Arbeit in der Jugendhilfe zu sichern, wurde die Einrichtung einer Arbeitsgruppe empfohlen, die Indikations- und Abgrenzungskriterien für die beiden Versorgungsbereiche GKV und KJHG erarbeiten sollte, um eine Grundlage für den weiteren Dialog mit der Senatsjugendverwaltung zu schaffen. So wurde im Juni 2004 in der Berliner Psychotherapeutenkammer die Kommission „Psychotherapie im Rahmen des KJHG“ gebildet.

Diese „**KJHG-Kommission**“ bestand neben Vertretern des Kammervorstandes aus Kammermitgliedern, die entweder in der Öffentlichen Verwaltung (Erziehungs- und Familienberatung, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Schulpsychologisches Zentrum), bei freien Jugendhilfeträgern (z. B. Legasthenie-Zentrum, Familienberatung) oder in eigener Niederlassung arbeiteten (Vertreter von BAPP, VAKJP, BVKJ, GwG).

Das erste Ergebnis dieser Arbeitsgruppe war ein Konsenspapier vom August 2004 zur Abgrenzung der Leistungsbereiche SGB V (Kranken- bzw. Heilbehandlung) und SGB VIII (Erziehungs- und Eingliederungshilfe). Die Kernaussagen dieses Papiers waren, dass Psychotherapie in beiden Hilfesystemen

- einen gleichrangigen Platz mit unterscheidbarer Funktion und Zielen hat,
- das Vorliegen einer psychischen Störung erfordert,
- von approbierten PsychotherapeutInnen durchgeführt werden muss,
- und dass für die Arbeit im Jugendhilfebereich zusätzlich zur psychischen Störung entweder ein erheblicher Erziehungsbedarf, eine Gefährdung des Kindeswohls oder die Einschränkung der Teilhabe des jungen Menschen am Leben in der Gemeinschaft vorliegen muss.⁴

Dieses Konsenspapier war die wesentliche Grundlage für die Therapeutenkammer, um bei den zuständigen Verwaltungsgremien erfolgreich gegen eine drohende Streichung der psychotherapeutischen Hilfen aus dem neu zu fassenden AG-KJHG intervenieren zu können. Im Folgenden kam es bei dem weiteren Überarbeitungsprozess des AG-KJHG zu einer konstruktiven fachlichen Kooperation zwischen der Planungsbehörde der Jugendverwaltung und der Therapeutenkammer, die von der Arbeit der „KJHG-Kommission“ begleitet und unterstützt wurde.

2005 sollte zu einem Meilenstein für die Verankerung von Psychotherapien im Kanon der Berliner Jugendhilfe-Leistungen des SGB VIII werden.

Ein von der Psychotherapeutenkammer in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten von Prof. Dr. Dr. h. c. Reinhard Wiesner zur „Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht“ wurde im Juni 2005 veröffentlicht und auf dem 2. Landespsychotherapeutentag im August 2005 in Berlin der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Darin leitet der so genannte Vater des KJHG überzeugend ab, dass im Rahmen des SGB VIII bei der Betreuung von seelisch gestörten jungen Menschen und Kindeswohlgefährdenden

⁴ Psychotherapeutenkammer Berlin, KJHG-Kommission: Ergebnispapier „Psychotherapie in der Kinder- und Jugendhilfe“, 2004, Seite 1.

Familienkonstellationen von Anfang an neben der Pädagogik und Sozialpädagogik auch Psychologie und Psychotherapie in die Handlungskonzepte einbezogen werden sollen und müssen⁵.

Zeitgleich im Juni 2005 wurde die Neufassung des Berliner AG-KJHG verabschiedet, das ausdrücklich „psychotherapeutische und andere therapeutische Leistungen“ als Jugendhilfemaßnahmen benannte.⁶

Im Dezember 2005 veröffentlichte die Psychotherapeutenkammer Berlin die „Indikationskriterien für Psychotherapie in der Jugendhilfe (SGB VIII)“.⁷

Dieses Ergebnis der Kommissionsarbeit wurde den Fachdiensten der Jugend-, Gesundheits- und Schulämter, den Fachkliniken und weiteren Einrichtungen als Arbeitsgrundlage zur Verfügung gestellt. Der wesentliche Aspekt der Handreichung war ein Paradigmenwechsel, der die Fachdienste von einem allzu starren Blick auf bestimmte Diagnosen, Störungen und Krankheiten befreite und diesen maßgeblich auf die zu erreichenden Ziele und Zwecke der erforderlichen Hilfen lenkte. Klare Abgrenzungskriterien und Schwerpunktsetzungen sollten fortan die Frage der Vor- und Nachrangigkeit des einen oder anderen sozialrechtlichen Systems erübrigen.

Bei der Erprobung und Diskussion des Indikationspapiers hoben die durchweg positiven Rückmeldungen aus fast allen Bezirken hervor, dass die Kriterien den untersuchenden und entscheidenden Diensten eine große Hilfe bei der Indikationsstellung und der Auswahl der verschiedenen Hilfesysteme an die Hand gaben.

Die Auswertung dieser Diskussion mündete in der Formulierung und Veröffentlichung der **„Rahmenleistungsbeschreibung zu den ambulanten therapeutischen Leistungen gemäß SGB VIII“** der Vertragskommission Jugend der zuständigen Senatsverwaltung, Juni 2006. Psychotherapien, Familientherapien und Lerntherapien fanden endlich ihren gesetzlich gesicherten Platz unter den Jugendhilfeleistungen.

Im Dezember 2006 ergänzte die Kammer die Rahmenleistungsbeschreibungen und das Indikationspapier durch die Veröffentlichung der „Qualitätsmerkmale bei der Durchführung ambulanter Psychotherapien im Rahmen der Jugendhilfe“.⁸

Die Qualitätskriterien sollten sich zentral auf das Hilfeplanverfahren gemäß § 36 SGB VIII in der Jugendhilfe beziehen, in dem die Eltern, die jungen Menschen selbst, die PsychotherapeutInnen, die MitarbeiterInnen des Sozialpädagogischen Dienstes sowie des Fachdiagnostischen Dienstes kooperieren.

⁵ Prof. Dr. Reinhard Wiesner: Gutachten: „Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht“, 2005, Seiten 42–46, 50–53.

⁶ Ausführungsgesetz zum Kinder- und Jugendhilfegesetz (AG KJHG), 2005, zuletzt geändert 2010.

⁷ Psychotherapeutenkammer Berlin/KJHG Kommission: „Indikationskriterien für Psychotherapie in der Jugendhilfe“, 2005.

⁸ Psychotherapeutenkammer Berlin/KJHG Kommission: „Qualitätsmerkmale bei der Durchführung von ambulanten Psychotherapien im Rahmen der Jugendhilfe nach §§ 27 und 35a SGB VIII“, 2006.

1.4 Phase 4: Die Reform des SGB VIII – die inklusive Lösung: Das Kinder- und Jugendstärkungsgesetz

Die Einführung des § 35a ins SGB VIII machte zwar die Leistungsverpflichtung der Jugendhilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche deutlich. Die vorrangige Zuständigkeit der Sozialhilfe für die geistig und körperlich behinderten Jugendlichen führte jedoch zu Zuständigkeitsproblemen und Abschiebetendenzen, die die Gewährung passender und notwendiger Hilfeleistungen erschwerte, ja oft verhinderte.

Experten bemängelten, dass die Entwicklungsdynamik in Kindheit und Jugend keine trennscharfe Unterscheidung zwischen erzieherischen, entwicklungsfördernden und behinderungsbedingten Bedarfen möglich machten und somit auch eine Aufteilung der Zuständigkeiten für junge Menschen mit Behinderungen auf verschiedene Hilfesysteme (Sozialhilfe, Jugendhilfe) unsinnig sei, zumal sie eindeutig im Widerspruch zu der UN-Behindertenkonvention sowie der UN-Kinderrechtskonvention stünde.

Eine Gesetzesreform müsste entsprechend dem Leitbild der sozialen Inklusion Regelungen schaffen, die unabhängig vom individuellen Bedarf und unter Vermeidung von Stigmatisierung und Ausgrenzung prinzipiell allen Kindern und Jugendlichen die notwendigen Hilfeangebote ermöglichen.

Der Kerngedanke des neuen Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG), das bislang nur in Form einer Arbeitsfassung⁹ vorliegt, geht davon aus, dass Kinder und Jugendliche mit Störungen, Belastungen, Behinderungen oder anderen Benachteiligungen in erster Linie Kinder und Jugendliche seien und dieselben Rechte und Bedarfe haben wie alle anderen auch. Für das neue KJSG sollen folgende Inhalte geregelt werden:

1. Gemäß § 1 Absatz 1 SGB VIII hat jeder junge Mensch das „Recht auf Förderung seiner Entwicklung, Teilhabe am Leben und auf Erziehung zu einer möglichst selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (Seite 1).
2. Deshalb sollte die Zuständigkeit für junge Menschen mit (drohenden) Behinderungen jeder Art unter dem Dach des SGB VIII mit der bisherigen Kinder- und Jugendhilfe zusammen geführt werden (inklusive Ansatz).
3. Es sollte ein einheitlicher (Hilfe-) Leistungstatbestand „Leistungen zur Entwicklung und Teilhabe“ geschaffen werden, der die bisherigen Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen ersetzt.
4. Anspruchsinhaber der Leistungen sollen die Kinder- und Jugendlichen selbst sein, die zudem das Recht auf einen uneingeschränkten Zugang zur Beratung (auch ohne Kenntnis der Eltern) bekommen sollen.
5. Die Eltern sollen weiterhin einen Anspruch auf „Stärkung der Erziehungskompetenz“ bekommen.
6. Junge Volljährige erhalten einen eigenen, verbesserten Leistungsanspruch.
7. Ein Übergangmanagement soll den altersbedingten Zuständigkeitswechsel von der Jugendhilfe in die Eingliederungshilfe (Sozialhilfe) regeln.

⁹ Diese Arbeitsfassung lag als Diskussionsgrundlage für ein neues SGB VIII zum 23.8.2016 als Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) vor, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt (April 2017) jedoch bis auf weiteres zurückgestellt

Die Gesetzesreform sollte noch in der laufenden Legislaturperiode erfolgen, es gab bislang jedoch keinen verhandlungsfähigen Referentenentwurf. In der Fachöffentlichkeit ist mit Widerständen und kontroversen Diskussionen zu rechnen, so dass offen bleibt, ob, wann und in welcher Form das neue SGB VIII kommt. Nach bisherigen Informationen und Einschätzungen dürfte es per se keine negativen Auswirkungen auf die weitere Integration psychotherapeutischer Jugendhilfen haben. Die Leistungstatbestände „Entwicklung und Teilhabe“ und „Förderung der Erziehungskompetenz“ umfassen alle Aspekte einer Jugendhilfe-Psychotherapie. Allerdings muss im SGB VIII endlich die bisherige Formulierung „... therapeutische Hilfen“ durch „... psychotherapeutische ...“ ersetzt werden. Auch muss klar gestellt werden, dass seelische Störungen nur durch ÄrztInnen **und** PsychotherapeutInnen diagnostiziert werden können und dazu entsprechende Fachdienste konsultiert werden müssen.

2.0 Indikations- und Abgrenzungskriterien – Psychotherapie in verschiedenen Sozialsystemen

2.1 Allgemeines

Psychotherapie ist eine mögliche Behandlungsform bzw. Hilfeleistung bei seelischen Störungen, Erkrankungen oder Behinderungen. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Psychotherapie für Kinder und Jugendliche hat einen gleichrangigen Platz mit unterscheidbarer Funktion und Zielsetzung u. a. in den Hilfesystemen des SGB V, der Krankenbehandlung bzw. Heilkunde und des SGB VIII, der Kinder- und Jugendhilfe, dabei insbesondere bei der Hilfe zur Erziehung und bei der Eingliederungshilfe von seelischen Behinderten.

Die gesetzlichen Grundlagen und Regelungen werden beschrieben in der:

- Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Gesetzliche Krankenkassen, Beihilfe), dem
- SGB VIII – KJHG, dem
- AG-KJHG des Landes Berlin und in der
- Rahmenleistungsbeschreibung zu den ambulanten therapeutischen Leistungen gemäß SGB VIII der Vertragskommission Jugend, Berlin.

Die Indikationsstellung für psychotherapeutische Maßnahmen orientiert sich sowohl am Vorliegen einer behandlungsbedürftigen seelischen Störung oder Erkrankung, als auch an der angestrebten und vereinbarten Zielsetzung. Das gilt ebenso für deren sozialrechtliche Zuordnung als Grundlage der Finanzierung.

Geht es in der Richtlinienpsychotherapie um die Kranken- bzw. Heilbehandlung, sind die therapeutischen Maßnahmen des SGB VIII/KJHG auf den Erziehungsprozess ausgerichtet und haben die Überwindung spezifischer Schwächen im familiären und sozialen Erziehungssystem zum Ziel, die zur Entwicklung einer seelischen Störung geführt haben. Generelles Behandlungsziel ist die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und Reifung des jungen Menschen sowie seine Befähigung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

2.2 Psychotherapie im SGB V in der Fassung vom 23.11.2016

Indikation

In der Psychotherapie-Richtlinie werden als behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen relativ klar umschriebene seelische Leidenszustände und Störungen bezeichnet, die der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht oder nur teilweise zugänglich sind. Dabei handelt es sich zumeist um die seelischen Störungen, die dem Kapitel F des ICD-10 zugeordnet werden können. Diese sind am Kranken zu behandeln und nicht im Interaktionsgefüge der Familie. Das Familiensystem und die Bezugspersonen werden grundsätzlich in ihrer erzieherischen Fähigkeit und Interaktion als intakt angesehen, auch wenn sie mit den Krankheitsursachen psychodynamisch zusammenhängen.¹⁰

Behandlungsziele

Die Psychotherapie als Heilbehandlung konzentriert sich klar auf die Krankheits-symptomatik bzw. die Behandlung oder Heilung der psychischen Erkrankung. Dabei geht es um die psychodynamisch oder lernpsychologisch zu betrachtenden Entstehungsbedingungen der seelischen Erkrankung.

Ziel ist der Abbau der Krankheitssymptomatik und damit die gesundheitliche Wiederherstellung oder Besserung des Kindes bzw. der Jugendlichen ohne weitere Berücksichtigung des sozialen Umfeldes, das als unterstützend und lernfähig gilt.

Je nach verfahrensspezifischem Ansatz werden die Bezugspersonen in ein therapeutisches Mitbehandlungssetting einbezogen, jedoch ohne mit ihnen schwerpunktmäßig an der Veränderung ihrer Erziehungskompetenz zu arbeiten. Eine Erziehungsberatung ist nach der Psychotherapie-Richtlinie nicht vorgesehen.

2.3 Psychotherapie im SGB VIII In der Fassung vom 6.3.2017

Indikation

a) Allgemein kann gesagt werden, dass in der Kinder- und Jugendhilfe psychotherapeutische Hilfen dann angezeigt sind, wenn seelische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kontext erzieherischer Defizite oder elterlicher Überforderungssituationen entstanden sind und die Persönlichkeitsentwicklung des jungen Menschen dadurch gefährdet ist (§ 27 SGB VIII). Die direkte Behandlung der psychischen Störungen muss im Rahmen einer psychologisch-psychotherapeutisch orientierten Beratungsarbeit mit den Bezugspersonen stattfinden.

b) Psychotherapie kann ebenfalls angezeigt sein, wenn aufgrund einer seelischen Behinderung oder drohenden seelischen Behinderung eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingetreten ist (§ 35a SGB VIII) oder mit aller Wahrscheinlichkeit eintreten wird.

¹⁰ Gemeinsamer Bundesausschuss: „Richtlinie über die Durchführung von Psychotherapie“, Psychotherapierichtlinie in der Fassung vom 24.11.2016, Seiten 4 ff

Die psychotherapeutische Hilfe ist dann zwar primär auf die Integrationsfähigkeit des jungen Menschen ausgerichtet, muss jedoch ebenso das psychosoziale Umfeld im Rahmen einer psychotherapeutisch orientierten Beratung einbeziehen.

Behandlungsziele

Das generelle Behandlungsziel beider Jugendhilfeformen hat einen **doppelten Fokus**: Außer dem Abbau der psychischen Störungen und Behinderungen soll das erzieherische und psychosoziale Umfeld befähigt werden, dem jungen Menschen bessere Entwicklungsbedingungen für die Herausbildung einer gesunden, altersentsprechenden und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zur Verfügung zu stellen. Diese Aussagen werden in den folgenden Kapiteln genauer betrachtet.

2.4 Rahmenleistungsbeschreibung zu den ambulanten therapeutischen Leistungen gemäß SGB VIII

Psychotherapie ist bundesweit im SGB VIII, dem Kinder- und Jugendhilfe-Gesetz (KJHG) verankert. Im § 27 Absatz 3 heißt es, „Hilfe zur Erziehung umfasst insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen“.

Im Land Berlin wird das im AG-KJHG von Juni 2005, zuletzt am 15.12.2010 geändert, wie folgt erläutert: „Therapeutische Leistungen umfassen sowohl psychotherapeutische als auch andere therapeutische Leistungen nach wissenschaftlich anerkannten Methoden und werden von Personen durchgeführt, die über die erforderliche therapeutische Qualifikation verfügen müssen.“ (Sechster Abschnitt, § 25, Absatz 7)

Die **Rahmenleistungsbeschreibung** der Vertragskommission Jugend der Berliner Senatsverwaltung ist als Anlage D5 Bestandteil des Berliner Rahmenvertrages der Jugendhilfe (BRVJ) vom 15.12.2006, in der Fassung vom 1.4.2014. Hier werden die möglichen therapeutischen Maßnahmen beschrieben und in vier ambulante therapeutische Leistungstypen unterschieden: ¹¹

- ambulante Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung im Kontext von pädagogischen Zielen/Leistungen nach § 27 SGB VIII,
- ambulante Psychotherapie als Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII,
- Integrative Lerntherapie als Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII,
- ambulante Familientherapie als Hilfe zur Erziehung im Kontext von pädagogischen Zielen/Leistungen nach § 27 SGB VIII.

Die hier beschriebenen therapeutischen Maßnahmen der Hilfe zur Erziehung oder Eingliederungshilfe sind somit als Jugendhilfemaßnahmen mit psychotherapeutischen Mitteln anzusehen. Die ambulanten Psychotherapien sind in Wirksamkeitsstudien evaluiert worden und zählen zu den effektivsten und wahrscheinlich ökonomischsten Jugendhilfeleistungen. Näheres siehe weiter unten im Punkt 3.3.

Im Folgenden werde ich mich auf die Darstellung der ersten beiden, im engeren Sinne psychotherapeutischen Hilfen beschränken. Lerntherapien und Familientherapien werden zur Zeit als eigenständige Hilfemaßnahmen behandelt und gesondert geregelt.

Solange die Gesetzesreform des SGB VIII nicht beschlossen ist, und wahrscheinlich auch für eine fünfjährige Übergangsfrist, gelten weiter die bisherigen gesetzlichen Regelungen und Beschreibungen.

2.4.1 Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung gemäß § 27 SGB VIII¹²

Indikation

Psychotherapeutische Jugendhilfemaßnahmen sind erforderlich,

- wenn eine behandlungsbedürftige seelische Störung vorliegt, die im Rahmen ungünstiger Sozialisationsbedingungen bzw. im Kontext eingeschränkter erzieherischer Verhältnisse entstanden ist,
- wenn die Erziehung zum Wohle des jungen Menschen nicht gewährleistet ist,
- wenn somit ein erzieherischer Bedarf besteht, der mit den aktuell vorhandenen Ressourcen der Familie allein nicht gedeckt werden kann,
- wenn das familiäre und soziale Bezugssystem in seiner Fähigkeit, die Lebens- und Entwicklungsbedingungen für die Bildung einer altersentsprechenden, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zu garantieren, erheblich eingeschränkt ist,
- wenn Psychotherapie grundsätzlich geeignet ist, die Zwecke von Hilfe zur Erziehung zu erfüllen.

Behandlungsziele

Indem Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung einerseits an den Erziehungsdefiziten oder Überforderungssituationen der Eltern ansetzt und andererseits an den korrespondierenden psychischen Störungen der jungen Menschen, hat sie als Ziele die Unterstützung der jungen Menschen bei der Bearbeitung ihrer seelischen Konflikte und Symptome und die Verbesserung der Befähigung der Eltern, ihren Kindern angemessene Entwicklungsbedingungen zu bieten. Damit hat die Beratung der Eltern einen eigenen Stellenwert bekommen und ist nicht nur ergänzend wie bei der Psychotherapie im Rahmen des SGB V.

Sozialrechtlich anspruchsberechtigt bei der Hilfe zur Erziehung sind die Eltern.

¹² Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft/Vertragskommission Jugend: „Rahmenleistungsbeschreibung zu den ambulanten therapeutischen Leistungen gem. SGB VIII“, 2006, Seiten 2–4.

2.4.2 Psychotherapie als Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII¹³

Während die Eingliederungshilfe für körperlich und geistig behinderte Menschen und seelisch behinderte Volljährige im SGB XII geregelt wird, ist die Eingliederungshilfe für minderjährige Menschen mit seelischen Behinderungen Bestandteil des SGB VIII.

Indikation

Psychotherapie zur Behandlung einer seelischen Behinderung ist indiziert,

- wenn auf Grund einer seelischen Erkrankung die seelische Gesundheit eines jungen Menschen länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht oder das Eintreten dieses Zustandes nach fachlicher Einschätzung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist **und**
- wenn dadurch die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist oder droht, beeinträchtigt zu werden.

Behandlungsziele

Generell soll Eingliederungshilfe beim jungen Menschen eine drohende seelische Behinderung verhüten oder eine bereits eingetretene Behinderung und deren Folgen beseitigen oder mindestens deutlich mindern oder ihm die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft trotz fortbestehender Behinderung weitgehend wieder ermöglichen.

Auch, wenn die Hilfe auf die Stärkung der individuellen Integrationsfähigkeit des jungen Menschen ausgerichtet ist, sind weitere für die Erreichung des Hilfeziels bedeutsame Aspekte wie das familiäre und soziale Umfeld einzubeziehen. Deshalb erfolgt ähnlich wie bei der Hilfe zur Erziehung neben der Behandlung des jungen Menschen mit seinen seelischen Störungen eine intensive psychotherapeutisch orientierte Beratung der Eltern und weiterer Bezugspersonen.

Sozial anspruchsberechtigt ist bei der Eingliederungshilfe als Rehabilitationsleistung der junge Mensch selbst.

2.4.3 Psychotherapie als Hilfe für junge Volljährige gemäß § 41 SGB VIII

Junge volljährige Menschen, die aus verschiedenen Gründen keinen altersentsprechenden Entwicklungsstand haben, das heißt, noch nicht zu einer altersgemäßen, eigenverantwortlichen Lebensführung in der Lage sind und weiterhin der Jugendhilfe bedürfen, werden in ihren Hilfeansprüchen Minderjährigen gleichgesetzt. Der Hilfeatbestand zur Verselbständigung gemäß § 41 SGB VIII gilt in Verbindung mit den jeweiligen anderen Paragrafen und Leistungen wie oben dargestellt. Beratende Kontakte zu Bezugspersonen können sinnvoll sein, die Möglichkeit der Emanzipation aus dem elterlichen Sorgeverhältnis ist dabei jedoch zu beachten.

¹³ Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft/Vertragskommission Jugend: „Rahmenleistungsbeschreibung zu den ambulanten therapeutischen Leistungen gem. SGB VIII“, 2006, Seiten 5–7.

3.0 Behandlungsziele und Leistungen im SGB VIII¹⁴

An dieser Stelle werden die oben beschriebenen generellen Zielstellungen der psychotherapeutischen Jugendhilfe-Maßnahmen und die zu erbringenden Leistungen weiter konkretisiert, wie sie in der Hilfeplanung der Sozialpädagogischen Dienste mit den beteiligten Akteuren individuell abgestimmt und vereinbart werden können. Auch werden die Ergebnisse einer Wirksamkeitsüberprüfung (psycho-)therapeutischer Jugendhilfen dargestellt.

Da bei der psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen der Erziehungshilfe und der Eingliederungshilfe gleichermaßen der Abbau der Krankheitssymptomatik wie eine Verbesserung der Entwicklungsbedingungen und Teilhabefähigkeit angestrebt werden (doppelter Fokus), sind die im Einzelnen zu vereinbarenden Behandlungsziele und die zur Erreichung erforderlichen Leistungen weitgehend übereinstimmend. Die Entscheidung, ob eine Therapie als Erziehungshilfe nach § 27 ff. oder als Eingliederungshilfe nach § 35a eingestuft und finanziert wird, scheint zur Zeit sehr vom bezirklichem Gusto abhängig zu sein. Nach einer Reform des SGB VIII, wie sie vorgesehen ist, dürfte sich dieses Problem gelöst haben.

3.1 Behandlungsziele

Behandlungsziele der psychotherapeutischen Jugendhilfen sind:

- Bearbeitung emotionaler, oft unbewusster Prozesse und Konflikte des jungen Menschen und seiner Eltern auf der Ebene der Strukturbildung sowie Behebung oder zumindest Minderung seelischer Leidenszustände.
- Veränderung zentraler, als belastend empfundener Verhaltensweisen und Einstellungen des jungen Menschen und seiner Eltern sowie die Eröffnung neuer Handlungsmöglichkeiten.
- Abbau von Verhaltensstörungen und Problemen, welche die familiäre, soziale, schulische und berufliche Integration des jungen Menschen stören oder sie mit hoher Wahrscheinlichkeit stören werden.
- Stärkung der erzieherischen Kompetenz der Eltern und anderer Bezugspersonen, damit diese in die Lage versetzt werden, ihren für die Entwicklung des jungen Menschen notwendigen Beitrag zu leisten.
- Verbesserung des familiären Interaktions- und Beziehungsgefüges unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes, insbesondere der relevanten Bezugspersonen, zur Sicherung der Entwicklung des jungen Menschen zu einer altersgemäß entwickelten eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.
- (Wieder-) Herstellung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.
- Krisenintervention und Prävention.

¹⁴ Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft/Vertragskommission Jugend: „Rahmenleistungsbeschreibung zu den ambulanten therapeutischen Leistungen gem. SGB VIII“, Seiten 2–6.

3.2 Leistungen

Die erforderlichen Leistungen zur Erreichung der o.g. Ziele sind:

- Psychotherapeutische Bearbeitung von Verhaltens- und Erlebensstörungen, sozialen Entwicklungsstörungen, Beziehungskonflikten und Symptomen in zu vereinbarenden Settings (einzel-, gruppen-, familienbezogen).
- Psychologische Beratung der Erziehungspersonen und anderer Bezugspersonen, auch im weiteren sozialen Umfeld wie Schule, Hort und Kita.
- Kooperation mit dem Jugendamt, fachdiagnostischen Diensten und Teilnahme an Hilfekonferenzen.
- Erstellung eines Therapie- und Kostenplanes auf der Basis probatorischer Sitzungen.
- Fertigung von Zwischen- und Abschlussberichten.
- Weitere fallbezogene Leistungen im Rahmen der Qualitätssicherung.

3.3 Wirksamkeitsevaluation

2009 beauftragte das Berliner Abgeordnetenhaus die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft, ein gesamtstädtisches Fachcontrolling zur Wirksamkeit von Hilfen zur Erziehung (HzE) einzurichten. In Folge wurde von Sommer 2010 bis Ende 2011 ein Pilotprojekt mit Daten aus fünf Stadtbezirken (Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg, Pankow, Marzahn-Hellersdorf, Steglitz-Zehlendorf) durchgeführt.¹⁵

Mit Hilfe des so genannten WIMES-Verfahrens des els-Institutes für Qualitätsentwicklung sozialer Dienstleistungen in Wülfrath wurden ambulante, teilstationäre und stationäre Maßnahmen gemäß der §§ 27 ff SGB VIII auf ihre Wirksamkeit (Effektivität) hin evaluiert. Zu den untersuchten Maßnahmen gehörten die in diesem Kompendium beschriebenen psychotherapeutischen Hilfen sowie die Integrative Lerntherapie und Familientherapien.

Wirksamkeit benennt hierbei das Ausmaß erzielter Wirkungen. Wirkung wird definiert als „erwünschte Veränderung problematischer Zustände oder Entwicklungen, die auf eine Intervention (hier: HzE) zurückzuführen ist.“¹⁶ Bezogen auf Erziehungshilfen geht es dabei um Zielvorgaben bzw. -vereinbarungen zum Abbau von Gefährdungen und zur Erweiterung von Ressourcen, also um den Zugewinn an Kompetenzen und Teilhabechancen.

Im Ergebnis bescheinigt die Studie allen Hilfeformen eine deutlich positive Wirkung, wobei die ambulanten Hilfen deutlich wirksamer sind als die stationären und teilstationären Hilfen. Gemindert wird die Wirksamkeit der Hilfen durch recht hohe Abbruchquoten von über 30 Prozent. Die Ausnahmen sind Psychotherapien und Lerntherapien mit sehr niedrigen Abbruchquoten von 10 Prozent und darunter.

¹⁵ Dr. Harald Tornow: „Abschlussbericht für die Projektphase 2010/2011 zur Wirkungsevaluation Hilfen zur Erziehung in Berlin“, 2012.

¹⁶ Ebenda auf Seite 3.

Innerhalb der ambulanten Hilfen sind es insbesondere die ambulante Psychotherapie und die Integrative Lerntherapie, die mit einer Zielerreichung von 80 Prozent bzw. 84 Prozent sehr viel effektiver sind als die nicht-therapeutischen Hilfen (58 Prozent).

„Das ist im Arbeitsfeld Pädagogik/Therapie der positivste Wert, der erreicht werden kann.“¹⁷

Die therapeutischen Jugendhilfen verlaufen äußerst stabil und verzeichnen ihre stärksten Effekte bei der psychischen Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen und bei der Verbesserung ihrer Kompetenzen und Teilhabechancen, sowohl familienbezogen als auch im Bereich der Inklusion. Hinzu kommt, dass nach einer erfolgreichen Psychotherapie die Fachdienste nur sehr selten Anschlussbetreuungen empfohlen haben, was bei den anderen, sozialpädagogischen, Hilfen oft der Fall war.

Damit kann die Behauptung aufgestellt werden, dass die therapeutischen Hilfen sowohl im vergleichbaren Betreuungszeitraum als auch in der Gesamtbetreuung ökonomisch günstiger sind als die sozialpädagogischen Hilfen. Aus diesem Grunde wäre es sehr wichtig, zu Beginn von Maßnahmen der Jugendhilfe gut zu klären (ggf. mit Hilfe von Fachdiensten), welche Hilfe(n) für den individuellen Fall am sinnvollsten und prognostisch erfolversprechendsten sind.

4.0 Besonderheiten und Qualifikationsanforderungen ¹⁸

Die Behandlungsziele und Leistungen von psychotherapeutischen Jugendhilfen stellen besondere Anforderungen an die PsychotherapeutInnen. Sie erfordern spezifisch andere bzw. erweiterte Vorgehensweisen, die in der klassischen Ausbildung in den Richtlinienverfahren jedoch nicht vermittelt werden. Auch erfordert die psychotherapeutische Arbeit im pädagogischen und sozialpädagogischen Kontext von den TherapeutInnen ein anderes Rollenbild, da von ihnen eine intensive Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften im psychosozialen Hilfesystem erwartet wird.

Die Besonderheit in der Jugendhilfearbeit besteht darin, dass in den zu betreuenden Familien keine „durchschnittlich normalen“ Entwicklungsbedingungen gegeben sind, auf deren Ressourcen die Therapie aufbauen könnte. Daher muss sich die Therapie verstärkt mit Erziehung als Rahmenbedingung für Persönlichkeitsentwicklung und Teilhabefähigkeit auseinandersetzen. So sollte bereits in der Anamneseerhebung auf die Abgrenzung von Psychotherapie und sozialpädagogischer Hilfestellung geachtet werden. Bezogen auf den doppelten Fokus des Jugendhilfe-Therapieansatzes wird dieser erst kontextwirksam, wenn er entwicklungshemmende oder teilhabebeschränkende Situationen beheben oder zumindest mildern kann. Eine Änderung blockierender Entwicklungsbedingungen ist zudem präventiver Kinderschutz und verbessert die Chancenstruktur der Jugendlichen.

Mit der therapeutischen Bearbeitung entwicklungshemmender Situationen und Bedingungen und damit deren Behebung oder zumindest Milderung erfolgt Psychotherapie in der Jugendhilfe im Kontext von Traumabearbeitung und präventiver

¹⁷ Dr. Harald Tornow: „Abschlussbericht Wirkungsevaluation Hilfen zur Erziehung“, 2012, Seite 23.

¹⁸ Psychotherapeutenkammer Berlin/KJHG-Kommission: „Besonderheiten von Psychotherapien in der Jugendhilfe“, 2009.

Abwehr von Kindeswohlgefährdung, wobei die TherapeutInnen leicht in eine schwierige Loyalitäts- und Gewissensentscheidung geraten können.

Gleichzeitig ist zu beachten, dass auch Psychotherapie in der Jugendhilfe Psychotherapie bleibt, die in erster Linie die berufsrechtlichen Bestimmungen (Berufsordnung) zu beachten und ihnen gemäß zu erfolgen hat.

Ein bei der Psychotherapeutenkammer angesiedeltes Fortbildungscurriculum soll die wegen dieser Besonderheit erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln.

4.1 Das Jugendhilfe-Fortbildungscurriculum

Im Herbst 2010 startete das Fortbildungscurriculum¹⁹ mit den ersten Modulen. Es richtet sich an Psychologische PsychotherapeutInnen (PP) und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP) aller Verfahren sowie an AusbildungskandidatInnen (PiA), die das Curriculum parallel zu ihrer Ausbildung absolvieren können. Träger der Fortbildungsangebote sind die Ausbildungsinstitute und andere von der Psychotherapeutenkammer anerkannte Institutionen.

Die erforderlichen Lerninhalte werden in zehn Modulen (insgesamt 120 FE) vermittelt. Nach Durchführung der Module 1 und 3 können nach Erhalt eines Trägervertrages durch die Senatsjugendverwaltung Psychotherapien unter Supervision durchgeführt werden. Zum Teil können Modulinhalt durch äquivalente Fortbildungen nachgewiesen werden. Das Curriculum wird mit einem Kolloquium abgeschlossen.

4.1.1 Module 1 bis 10

1 Einführung

Therapeutische Arbeit im psychosozialen Netz der Jugendhilfe, SGB VIII, Hilfen zur Erziehung, Eingliederungshilfe, Hilfeplanung, Hilfekonferenzen u. a.

2 Diagnostik und Behandlungsplanung

Psychodiagnostik, Diagnostik des Eltern-Kind-Systems, Indikation und Prognose.

3 Kindeswohlgefährdung

Familiäre Gewalt, Traumatisierungen, suchtbelastete Familien, psychisch kranke Eltern, Eltern mit Förderbedarf an erzieherischer Kompetenz („haltlose Familien“).

4 Behandlungstechnik und Kommunikationsanforderungen

Fragen der therapeutischen Abstinenz: Fürsorglichkeit vs. soziales Feld, Freiwilligkeit vs. Zwangskontext, Psychotherapie und Pädagogik, Systemische und kontextuelle Perspektiven, Psychotherapeut als „Übersetzer“.

¹⁹ Psychotherapeutenkammer Berlin: „Fortbildungscurriculum Psychotherapie in der Jugendhilfe“, 2011.

5 Arbeit mit jugendlichen Grenzgängen und Krisen

Der psychiatrische Blick auf jugendliche Krisen, die Perspektive und Arbeit der Krisendienste (NeUmland u. a.), Entwicklungsbehinderung und -förderung.

6 Behandlungsbesonderheiten in der Arbeit mit Jugendlichen Rahmenbedingungen, Frequenz, besondere Settings (Freiwilligkeit vs. Zwangskontext), Beziehungsaufbau, psychotherapeutische und behandlungstechnische Anforderungen, Behandlungskrisen, besondere Anforderungen in der Arbeit mit den Familien, Zusammenarbeit mit anderen Hilfspersonen und Institutionen.

7 Arbeit mit „Multiproblemfamilien“

Arbeit mit Familien mit Migrationshintergrund

Unterschiedliche Normen, Lebensvorstellungen, Identitätskonflikte, Geschlechterdifferenz, abweichende äußere und/oder innere Realität, „Teilhabebeeinträchtigung“ (Schwerpunkte: türkisch, arabisch, ost- und südosteuropäisch).

Entwicklungsstörung – Entwicklungsförderung

Entwicklungsstörungen (frühe Störungen, Deprivation), Bindungsstörungen, Lernschwierigkeiten/-störungen, Teilleistungsstörungen, schulischer Förderbedarf, Kenntnisse von Versorgungs- und Förderformen.

Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen

4.1.2 Supervision

Im Verlauf des Curriculums sollen mindestens zwei Therapien mit jeweils 100 Behandlungsstunden unter Supervision durchgeführt werden. Als Minimum sind 25 Supervisionsstunden für beide Fälle vereinbart. Beratungsgespräche mit den Bezugspersonen zählen als Behandlungsstunden.

Bei der Psychotherapeutenkammer gibt es eine Liste von entsprechend qualifizierten und zertifizierten SupervisorInnen. Die Arbeit wird mit der Dokumentation von zwei Behandlungsfällen beendet, die von den SupervisorInnen durchgesehen werden. Diese erteilen gegenüber der Kammer eine Empfehlung zum Abschlusskolloquium.

4.1.3 Fallkolloquium (Abschlusskolloquium)

Das Fortbildungscurriculum schließt mit dem Fallkolloquium ab, das von einem/einer qualifizierten Moderator/-in geleitet wird, die/der vorher die Falldokumentationen zur Kenntnis erhält. Pro Kolloquium können bis zu vier TeilnehmerInnen einen ihrer Fälle vorstellen und vertreten (jeweils eine Stunde). Das Kolloquium soll keine Prüfsituation sein, sondern es soll eine kollegiale Gesprächssituation geschaffen werden, in der die erworbenen jugendhilfespezifischen Kenntnisse und Kompetenzen verdeutlicht werden sollen. Der/Die Moderator/in teilt der Kammer das Ergebnis mit.

4.2 Trägervertrag

Üblicherweise erfolgt die Arbeit in der Jugendhilfe über Jugendhilfeträger, bei denen die Helfer angestellt sind. Eine Ausnahme bildet der Bereich der Psychotherapie, da hier die TherapeutInnen überwiegend freiberuflich und selbständig in eigenen Praxen arbeiten. Deshalb gibt es hier beide Organisationsformen: den Trägervertrag eines Vereines o.ä. und den Einzel-Trägervertrag. Dabei werden je nach Trägerform (mit oder ohne Leitungsanteile) und Ausbildung (PP oder KJP) unterschiedliche Honorare abgeschlossen.

a) Approbierte KJP oder PP können einen Trägervertrag mit der Senatsjugendverwaltung abschließen, wenn sie mit den Modulen 1 und 3 in das KJHG-Curriculum eingestiegen sind und unter kammerzertifizierten SupervisorInnen arbeiten. Sie benötigen dazu eine Bescheinigung der Psychotherapeutenkammer und ein erweitertes Führungszeugnis. Im Gegensatz zur Krankenversicherung sind die Honorare zur Zeit noch nach den unterschiedlichen Grundberufen gestaffelt. Eine Neuregelung steht wegen der berufsrechtlichen Gleichwertigkeit dringend an und wird zur Zeit verhandelt.

Ein Trägervertrag läuft über fünf Jahre, in denen Therapien unter Supervision durchgeführt werden können. In den fünf Jahren können die TherapeutInnen das restliche Curriculum absolvieren oder äquivalente Fortbildungen nachweisen sowie mit dem Fallkolloquium abschließen. Mit einer Abschlussbescheinigung durch die Kammer kann der Trägervertrag erneuert und alle fünf Jahre wieder verlängert werden.

b) PiA können das Curriculum bereits während der grundzügigen Ausbildung unter der Trägerschaft ihres Ausbildungsinstituts beginnen, wenn dieses über eine solche verfügt. Nach Erwerb der Approbation können sie dann das Curriculum, wie oben beschrieben, abschließen und einen eigenen Trägervertrag beantragen.

c) PP und KJP, die mehrjährig bei einem Jugendhilfeträger psychotherapeutisch gearbeitet haben, können mit einer Bescheinigung ihres Arbeitgebers eine entsprechende Bestätigung der Psychotherapeutenkammer erhalten, mit der sie dann bei der Senatsverwaltung einen eigenen Trägervertrag beantragen können.

4.3 Kindeswohl und die Therapeutenrolle

Der zuvor öfter beschriebene doppelte Fokus²⁰ in der Jugendhilfe-Psychotherapie von einerseits Behandlung der psychischen Störungen und andererseits Schaffung gedeihlicher Entwicklungsbedingungen führt direkt zu den zentralen Begriffen des KJHG wie Kindeswohl, Kindeswohlgefährdung und Kinderschutz. Die Arbeit in diesem Brennpunkt bringt die PsychotherapeutInnen in eine besondere Rolle, indem sie unter Umständen durch die Vertretung der Belange ihrer jungen Patienten in Widerspruch zu den Belangen der Eltern geraten können. In der erforderlichen Kooperation mit anderen Helfern und Institutionen muss ein Umgang mit Schweigepflicht und Patientenrechten gefunden werden.

²⁰ Psychotherapeutenkammer Berlin: „Fortbildungscurriculum Psychotherapie in der Jugendhilfe“, 2011, Seite 6.

4.3.1 Kinderschutz

Das Kindeswohl zu fördern, heißt in der Kinder- und Jugendhilfe, dafür zu sorgen, dass Kindern und Jugendlichen günstige Rahmenbedingungen gestellt werden zur Herausbildung und Entwicklung einer altersangemessenen, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. Dazu gehört auch die Unterstützung der Sorgeberechtigten, wenn diese aus eigener Kraft diese Bedingungen nicht schaffen können. Letzteres kann ansonsten zu einer Gefährdung des Kindeswohl werden, die u. U. mit Hilfe einer psychotherapeutischen Jugendhilfe abgewendet werden muss.

Indem Psychotherapie im SGB VIII immer auch entwicklungshemmende Situationen therapeutisch bearbeiten und damit beheben oder mildern soll, erfolgt sie im Kontext von Trauma-Bearbeitung und präventiver Abwehr von Kindeswohlgefährdung, die leicht in eine akute Kinderschutzsituation umschlagen kann, die rechtliche Eingriffe in das Sorgerecht erforderlich machen und im schlimmsten Fall zu einer Herausnahme des Kindes aus der Familie und zu einer Fremdunterbringung führen können. Die TherapeutInnen können dabei zum Schutze ihrer minderjährigen Patienten in eine schwierige Entscheidungssituation kommen zwischen Schweigepflicht und Wissensoffenbarung.¹

Da die Themen Kindeswohlgefährdung und Kinderschutz einen derart wesentlichen Gesichtspunkt in der Jugendhilfe bilden, sind sie zentraler Gegenstand des KJHG-Fortbildungscurriculums. Sie finden ihre Berücksichtigung in allen Modulen, aber speziell in dem gesonderten Modul 3, das zusammen mit dem Einführungs-Modul 1 Pflichtvoraussetzung zur Erlangung eines Trägervertrages ist.

4.3.2 Therapeutenrolle

Auch außerhalb des Kinderschutzthemas müssen sich TherapeutInnen mit ihrer unterschiedlichen Rolle in der Jugendhilfearbeit auseinandersetzen. Es geht dabei um die Abgrenzung und Rahmenerweiterung im Vergleich zur Richtlinien-therapie ebenso wie auch um die Abgrenzung zu sozialpädagogischen Interventionen in der Hilfe zur Erziehung.

Die Beziehung der Helfer zueinander (ggf. auch die der Institutionen, in denen sie arbeiten) ist von entscheidender Bedeutung für den Erfolg der Maßnahmen. Die spezifisch psychotherapeutische Perspektive muss in den Kontext von sozialpädagogischem Handeln und entsprechender Kompetenz gestellt werden. Da, wie schon oben beschrieben, in den von der Jugendhilfe betreuten Familien nicht von der Existenz „normaler“ Entwicklungsbedingungen ausgegangen werden kann, ist es erforderlich, sich mit Erziehung als Rahmenbedingung für Entwicklungsförderung auseinander zu setzen. Das gilt ebenso für erzieherische Prozesse in anderen (außerfamiliären) sozialen und pädagogischen Kontexten.

So wichtig die klare Abgrenzung der verschiedenen Interventionen ist, so wichtig ist auf der anderen Seite die Frage, wie sie zielführend aufeinander bezogen und kombiniert werden können. In den verschiedenen Hilfeforen, aber auch in der Beratungssituation mit den diversen Bezugspersonen und Helfern wird den PsychotherapeutInnen die Rolle des „Übersetzers“ psychologischer Hintergründe für das

¹ Siehe den Ergänzungshinweis zum Kinderschutz des Kinderschutzbeauftragten der PTK Berlin, Peter Ellesat, unter 11.2

gestörte und unverständliche Verhalten der Jugendlichen zukommen, um so pädagogisches und sozialpädagogisches Handeln wieder möglich zu machen.

„Die Anforderung an den Psychotherapeuten ist hierbei, sich einerseits zu beteiligen, andererseits ausreichend distanziert zu sein, um das Geschehen quasi aus der Vogelperspektive verfolgen zu können.“²¹

5.0 Hilfeplanung und Qualitätssicherung

Die Einleitung und das Kostenübernahmeverfahren bei den Jugendhilfe-Psychotherapien verläuft sehr verschieden zu den Richtlinienverfahren des Kassensystems. Die Therapiesuchenden werden in den überwiegenden Fällen zuerst beim Sozialpädagogischen Dienst des Jugendamtes oder bei einem der Fachdienste vorstellig. Dort wird eine Diagnostik bzw. Problemanalyse durchgeführt, die Indikation für eventuell erforderliche Hilfen gestellt und geklärt, welche Finanzierungsgrundlage in Frage kommt. Anders als im Kassensystem bleiben die Kinder und Jugendlichen bzw. ihre Familien nach Aufnahme und Finanzierung einer Psychotherapie durch die Jugendhilfe weiter Patienten bzw. Klienten der Fachdienste. Parallel zur therapeutischen Behandlung können Beratungen durch die Fachdienste, Absprachen zwischen TherapeutInnen und Fachdiensten oder gemeinsame Kooperationsgespräche und -konferenzen mit anderen Beteiligten des psychosozialen Hilfesystems erforderlich werden.

Die im Dezember 2006 von der KJHG-Kommission der Psychotherapeutenkammer veröffentlichten „Qualitätsmerkmale bei der Durchführung ambulanter Psychotherapien im Rahmen der Jugendhilfe“ ergänzten die Rahmenleistungsbeschreibung der Jugendverwaltung. Gemeinsam wurde vereinbart, dass sich die Qualitätskriterien, somit alle Verfahren zur Antragsstellung, Durchführung und Überprüfung, zentral auf das Hilfeplanverfahren der Jugendhilfe (AV-Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII) beziehen sollten.

Im Hilfeplanverfahren unter der Federführung der Regionalen Sozialpädagogischen Dienste (RSD) kooperieren die Eltern bzw. Sorgeberechtigten, möglichst die jungen Menschen selbst, die LeistungserbringerInnen, die MitarbeiterInnen der RSD sowie die der Fachdiagnostischen Dienste. Hier erfolgen die Absprachen über die zentralen Ziele und Zwischenziele wie auch die Reflexion des Hilfeverlaufs und ihrer Ergebnisse, was von allen Beteiligten ein Höchstmaß an Sensibilität erfordert.²²

Wie es in Berlin üblich ist, hat jeder Bezirk und so auch jedes Jugendamt eine eigene Verfahrenskultur bei der Beantragung und Bewilligung der verschiedenen Hilfemaßnahmen, die im besten Fall zwischen dem Jugendamt und den Fachdiensten abgestimmt und vereinbart worden ist. Es werden die auf Senatsebene vorgegebenen allgemeinen Grundbedingungen beschrieben, hilfreiche Formulare und klärende Hilfekonferenzen vorgestellt. Anschließend werden die in den einzelnen Bezirken üblichen und vereinbarten Antragsverfahren dokumentiert.

²¹ Zitat aus Psychotherapeutenkammer Berlin: „Fortbildungscurriculum Psychotherapie in der Jugendhilfe“, 2011, Seite 7 Punkt 2.4.1.

²² Psychotherapeutenkammer Berlin/KJHG-Kommission: „Qualitätsmerkmale bei der Durchführung von ambulanten Psychotherapien im Rahmen der Jugendhilfe nach §§27 und 35a SGB VIII“, Seite 5.

5.1 Antrags- und Hilfeplanverfahren²³

Bezogen auf die Psychotherapie ist bedeutsam, dass die MitarbeiterInnen der RSD nicht allein über die Einleitung therapeutischer Jugendhilfen entscheiden können. Im Jugend-Rundschreiben Nr. 66/2006 zum Antragsverfahren von Psychotherapien wird beschrieben, dass hierbei Fachdiagnostische Dienste einbezogen werden müssen, weil nur diese mit ihren fachlich und rechtlich qualifizierten MitarbeiterInnen (FachärztInnen, approbierte PsychotherapeutInnen) über die Berechtigung zu Diagnostik, Indikation und Verlaufsbeurteilung von Psychotherapien verfügen.

Die Fachdiagnostischen Dienste verfassen für die RSD so genannte „Hilfebegründende Gutachterliche Stellungnahmen“ aufgrund eigener Untersuchungen und der Therapieberichte, die von den vorgesehenen PsychotherapeutInnen nach erfolgter Probatorik erstellt worden sind. Die inhaltlichen Therapieberichte verbleiben wegen ihrer hoch sensiblen, schützenswerten Daten im Fachdienst. Dieser prüft auch die weiteren Berichte zu Therapieverlauf, Zielerreichung, Verlängerung, Abbruch und/oder Beendigung der Therapien. Er unterrichtet entsprechend die RSD.

Nach Vorlage der Gutachterlichen Stellungnahme organisiert der RSD ein Hilfeplangespräch mit den Beteiligten, aus dem Zielvereinbarungen und Kostenübernahme resultieren, die in einem Hilfeplanprotokoll schriftlich niedergelegt werden. Außer den Zielen werden hier ebenfalls Beginn, Laufzeit, Umfang und Setting der Hilfe vereinbart. Für den Zeitraum von einem Jahr wird ein Gesamtkontingent an Fachleistungsstunden vereinbart. Nicht erbrachte Fachleistungsstunden verfallen nach dieser Laufzeit, wenn es nicht anders vereinbart wurde. Bei einer Verlängerung wird ein neues Stundenkontingent innerhalb eines neuen Zeitrahmens vereinbart.

5.1.1 Fachleistungsstunde

Eine Fachleistungsstunde (FLS) umfasst 60 Minuten. Diese teilen sich auf in:

- 50 Minuten Face-to-Face-Kontakt,
- 10 Minuten Vor- und Nachbereitung.

Abrechenbar sind probatorische Sitzungen, Therapiesitzungen mit den jungen Patienten, Beratungsgespräche mit Eltern und anderen Bezugspersonen sowie ein Umfang an weiteren fallbezogenen Leistungen (Erstellung von Therapieplänen und -berichten, Kooperation mit dem Jugendamt, den Fachdiensten oder in Hilfekonferenzen, Dokumentation des Therapieverlaufs).

Alle nicht fallbezogenen Leistungen sind bereits im Stundensatz miteinberechnet und können nicht gesondert abgerechnet werden (kollegiale Beratung, Supervision, Teamsitzungen, Qualitätszirkel, Fortbildungen, Evaluation).²⁴

²³ Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft: „Jugend-Rundschreiben Nr. 66/2006“, Punkt 1. Hilfeplanung, Seite 2.

5.1.2 Kontingentbildung²⁵

In der Hilfeplanung wird zwischen Fachdienst und TherapeutIn vereinbart, ob, abhängig von der Störungsproblematik, ein Setting mit ein oder zwei Wochensitzungen erforderlich ist. Daraus leitet sich die Berechnung des Gesamtkontingents an FLS für ein Jahr ab. Jugendhilfe-Psychotherapien haben eine Laufzeit von zwei Jahren. Bei Erfordernis ist jedoch eine Verlängerung ins dritte Jahr möglich, die je nach Bezirk unterschiedlich geregelt wird. Bei einem Ansatz von 40 Arbeitswochen im Jahr ergeben sich folgende Kontingente:

Im ersten Therapiejahr

1 Sitzung pro Woche		2 Sitzungen pro Woche	
05	probatorische Sitzungen	05	
40	Therapiesitzungen	80	
25	Beratungssitzungen	25	
15	weitere fallbezogene Leistungen	20	
85	Gesamtkontingent FLS	130	

Im zweiten Therapiejahr

1 Sitzung pro Woche		2 Sitzungen pro Woche	
40	Therapiesitzungen	80	
25	Beratungssitzungen	25	
15	weitere fallbezogene Leistungen	20	
80	Gesamtkontingent FLS	125	

5.1.3 Kurzzeittherapie

Abweichend von der oben beschriebenen Berechnung der verschiedenen Kontingente, ist im Bedarfsfall, z. B. als Hilfe in Krisensituationen, die kurzfristige Aufnahme einer psychotherapeutischen Kurztherapie bis zu 30 Fachleistungsstunden möglich. Diese kann ohne Probatorikphase nach einem vereinfachten Antragsverfahren eingeleitet werden.²⁶

²⁵ Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft: „Jugend-Rundschreiben Nr. 1/2009“, Seite 5.

²⁶ Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft: „Jugend-Rundschreiben Nr. 1/2009“, Seite 6.

5.1.4 Doppelstunden

So genannte Doppelstunden werden weder in der Rahmenleistungsbeschreibung noch in den Rundschreiben benannt und sind auch keine Besonderheit der Jugendhilfearbeit. Nur im Ausnahmefall kann es nötig sein, dass eine Sitzung länger als 50 Minuten dauern oder so geplant werden muss. Eine solche Ausnahme gestalten die TherapeutInnen dann selbst nach fachlichem Ermessen. Wenn aus inhaltlichen Gründen die Durchführung von Doppelstunden über einen längeren Zeitraum erforderlich scheint, muss es im Einzelfall in der Hilfeplanung vereinbart werden.

5.1.5 Rechnungserstellung

Die PsychotherapeutInnen gestalten das vereinbarte Gesamtkontingent an FLS selbstständig nach den Regeln fachlichen Könnens, so dass die Hilfe die größtmögliche Wirkung erreichen kann.²⁷ Nur größere und dauerhafte Abweichungen von der Planung sollen mit dem zuständigen Fachdiagnostischen Dienst verabredet werden. Die Rechnungen werden in der Regel monatlich an das „Amt für Wirtschaftliche Hilfe“ gestellt ohne näher zu spezifizieren, wofür die abgerechneten FLS eingesetzt wurden. Dies muss jedoch intern in der Akte dokumentiert werden und bei einer eventuellen Prüfung nachvollziehbar sein.

Während der Hilfeplanung beauftragte probatorische Sitzungen, die zu keiner psychotherapeutischen Behandlung führen, werden einzeln vergütet. Ist für die weitere Hilfeplanung des RSD die Mitarbeit der PsychotherapeutInnen erforderlich, können diese Leistungen ebenfalls einzeln abgerechnet werden.²⁸

5.1.6 Ausfälle

Im Fachleistungsstundensatz ist ein gewisser Anteil von Ausfällen bereits einberechnet. Der Berliner Rahmenvertrag beschreibt jedoch, dass die TherapeutInnen drei nicht zustande gekommene, nicht abgesagte Termine dokumentieren und melden sollen (Absatz 22.1, S.13). Gemäß Absatz 22.6. (S.14) gelten diese drei FLS dann als erbracht und werden entsprechend vergütet. RSD und Fachdienste werden in diesem Falle die Weiterführung oder Beendigung der Hilfe überprüfen müssen.

5.2 Therapieberichte und Kostenpläne²⁹

PsychotherapeutInnen, die in der Jugendhilfe arbeiten, akzeptieren die Bedingungen des Berliner Rahmenvertrages (BRJV). Sie verpflichten sich zur Teilnahme an Hilfeplankonferenzen und zur Erstellung von Therapieberichten und Kostenplänen sowie von Verlängerungs- und Abschlussberichten. Aufgrund der hoch sensiblen Inhalte gehen diese Berichte an den Fachdiagnostischen Dienst und verbleiben dort.

²⁷ Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft: „Jugend-Rundschreiben Nr. 1/2009“, Seite 5.

²⁸ Ebenda, Seite 5.

²⁹ Die folgenden Formulare sind im KJPD Reinickendorf entwickelt worden.

5.2.1

Therapiebericht bei Erstantrag

Praxisstempel	Datum:
An das Bezirksamt Abt.	Streng vertraulich! Verschlossen!
Therapiebericht (Erstantrag) Zur Durchführung einer ambulanten Psychotherapie mit:	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Telefon
Berichtsgliederung:	
<ol style="list-style-type: none">1. Aktuelle Symptomatik / Problembeschreibung2. Frühere (auch körperliche) Symptome3. Lebensgeschichtliche Entwicklung4. Aktuelle Lebenssituation5. Diagnostische Befunde / Problem- und Verhaltensanalyse6. Angaben zu Genese, Psychodynamik und Aufrechterhaltung der Störungen7. Diagnosen8. Indikation, Therapieziele9. Prognostische Einschätzung10. Therapieplanung: Methode, Setting, Umfang, Frequenz, Kontingentaufteilung nach: Therapiestunden, Beratungsstunden, weiteren fallbezogenen Leistungen	
Unterschrift	

5.2.2

Therapiebericht bei Verlängerung

Praxisstempel	Datum:
An das Bezirksamt Abt.	Streng Vertraulich! Verschlossen!
Therapiebericht (Verlängerungsantrag) zur Fortsetzung einer ambulanten Psychotherapie mit:	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Telefon
Berichtsgliederung:	
<ol style="list-style-type: none">1. Ausgangsproblematik2. Diagnosen3. Therapieverlauf<ul style="list-style-type: none">– durchgeführte Sitzungen (Aufteilung des Kontingents)– Arbeit mit dem Kind / Jugendlichen– Arbeit mit den Eltern / Bezugspersonen4. Therapieziele<ul style="list-style-type: none">– Stand der Umsetzung der Zielvereinbarungen– aktuelle Problematik / Restsymptomatik– Veränderte Therapieziele bei Fortführung, ggf. Planung der Ablösephase5. Prognostische Einschätzung bei Fortführung6. Therapieplanung (Methode, Setting, Umfang, Frequenz, Kontingentaufteilung)	
Unterschrift	

5.2.3

Abschlussbericht

Praxisstempel	Datum:
An das Bezirksamt Abt.	Streng Vertraulich! Verschlossen!
Abschlussbericht nach Beendigung einer ambulanten Psychotherapie mit:	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Telefon
Berichtsgliederung: <ol style="list-style-type: none">1. Ausgangsproblematik2. Diagnose3. Therapieverlauf<ul style="list-style-type: none">– durchgeführte Sitzungen (Aufteilung des Kontingents)– Arbeit mit dem Kind / Jugendlichen– Arbeit mit den Eltern / Bezugspersonen4. Therapieziele<ul style="list-style-type: none">– Stand der Umsetzung der Zielvereinbarungen– Restsymptomatik5. Prognostische Einschätzung, ggf. weiterer Hilfebedarf, weitere Empfehlungen	
Unterschrift	

5.2.5

Gutachterliche Stellungnahme des Fachdiagnostischen Dienstes

Rahmenleistungsbeschreibung und Rundschreiben der Senatsjugendverwaltung
Verlangen bei der Planung einer Jugendhilfe-Psychotherapie die Beteiligung eines
fachdiagnostischen Dienstes zur Überprüfung der Indikation einer Psychotherapie
sowie einer eventuellen Kostenzuständigkeit des SGB V. Dieser verfasst für den
RSD eine Gutachterliche Stellungnahme als Entscheidungsgrundlage mit Anga-
ben zu Störung, Diagnose, Auswirkungen auf Entwicklung und Teilhabefähigkeit
sowie zur geeigneten Methode, zum Stundenkontingent, zu Dauer und Prognose
der Hilfe.

Gutachterliche Stellungnahme im Rahmen der Hilfeplanerstellung

Wir empfehlen die Kostenübernahme für eine in erzieherische Zielsetzung eingebundene ambulante psychotherapeutische Hilfe für	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Telefon:

Erstantrag vom

Verlängerungsantrag vom

Grundlagen

Vorstellung im Fachdiag- nostischen Dienst:	
Therapieplan vom:	Eingang am:
Leistungserbringer/in Anschrift Telefon:	

Die empfohlene Hilfe stellt keine Heilbehandlung im Sinne des SGB V dar.

Es besteht Bedarf an Hilfe zur Erziehung gemäß § 27 SGB VIII.

Der junge Mensch ist seelisch behindert/von Behinderung bedroht und somit
anspruchsberechtigt nach § 35a SGB VIII.

Umfang der Hilfe	FLS
Probatorische Sitzungen	
Therapiestunden	
Beratungsstunden	
Weitere fallbezogene Leistungen	
Gesamtkontingent an Fachleistungsstunden	

Therapiezeitraum:

Unterschrift

bitte wenden

Hilfebegründende Informationen

1. Problemstellung/Symptomatik
2. Diagnose (mit Auswirkung der Störung)
3. Indikation (mit Abgrenzung zum SGB V)
4. Methode, Setting, Kontingentaufteilung
5. Therapieziele
6. Prognose
7. ggf. Vorschläge für ergänzende pädagogische Hilfen

Unterschrift

5.3 Kooperationsgespräche und Konferenzen

Sowohl im Vorfeld einer Hilfeplanung als auch während der laufenden Hilfe können Absprachen und Konferenzen zwischen den Beteiligten des psychosozialen Helfersystems erforderlich werden, an denen auch die PsychotherapeutInnen beteiligt sein können. Derartige Absprachen können prinzipiell von allen Beteiligten vorgeschlagen werden. Die Organisation und Einladung übernehmen die für die jeweilige Form Zuständigen. Wichtige Kooperationsgespräche sind:

Hilfeplanverfahren

Auch **Hilfeplanung**. Es handelt sich um den gesamten Prozess nach § 36 SGB VIII über Beratung, eventuell Diagnostik, Indikation bis zur Einrichtung einer Hilfe und deren Kostenübernahme unter Federführung des RSD des Jugendamtes.

Hilfeplangespräch

Ist das abschließende Gespräch im RSD mit allen Beteiligten inklusive Sorgeberechtigten, dem jungen Menschen und TherapeutIn über die Zielvereinbarungen und die Kostenübernahme vor Hilfebeginn.

Hilfeplan

Ist das schriftlich von den MitarbeiterInnen des RSD niedergelegte Ergebnisprotokoll des Hilfeplangesprächs. Wird von allen Beteiligten unterschrieben.

Fallkonferenz

Fachliches Gremium im Jugendamt mit ExpertInnen (ohne Klienten) zur Unterstützung des RSD bei der Einschätzung der Problematik und des Hilfebedarfs. Die ExpertInnen sind MitarbeiterInnen verschiedener Jugendamtsdienste, Fachdienste und freier Träger, die die Klienten selbst nicht kennen.

Fachkonferenz (Fallkonsultation)

Monatliches amtsübergreifendes Gremium von federführender SozialarbeiterIn, FachdiagnostikerInnen und weiteren ExpertInnen mit der zuständigen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Einschätzung der Problematik und des Hilfebedarfs. Es werden sowohl Fälle vor als nach einem Klinikaufenthalt erörtert. Die Klienten sind bekannt, nehmen nicht teil. Organisiert wird das Gremium vom Jugendamt, jeder kann einen Fall einbringen. Die Entscheidungen sind meist bindend.

Hilfekonferenz

Erörterung von problematischen Situationen während eines Hilfeverlaufs. Sorgeberechtigte und Jugendliche nehmen daran teil. Jede/r kann organisieren.

Helferkonferenz

Besprechung wie oben, aber ohne Sorgeberechtigte und Jugendliche.

Schulkonferenz

Ähnlich wie Hilfekonferenz, jedoch auf schulische Problematik bezogen. Sie kann mit und ohne Sorgeberechtigte/Jugendliche erfolgen, gleich, ob Hilfen laufen oder nicht. Schule lädt ein und organisiert.

5.4 Verfahrensabläufe in den Bezirken

Hier wird zunächst der allgemeine Rahmen beschrieben, wie die Einleitung von psychotherapeutischen Jugendhilfen in den Jugend-Rundschriften Nr. 66/2006 (Punkt 1., Hilfeplanverfahren) und Nr. 1/2009 (Punkt 3., Verfahrenshinweise) geregelt und vorgegeben wird. Danach wird beschrieben, wie die Vorgaben in den verschiedenen Bezirken ausgestaltet wurden.

Stellt sich im RSD des Jugendamtes die Frage der Notwendigkeit einer Psychotherapie, muss ein Fachdiagnostischer Dienst zur Klärung einbezogen werden. Dieser beurteilt diagnostisch die Störungsproblematik und gibt dem Jugendamt gegenüber eine Stellungnahme ab zur Störung, zu den indizierten Behandlungsmethoden, zur sozialrechtlichen Zuordnung und zum erforderlichen Vorgehen, zum Fachleistungsumfang und zur Dauer der notwendigen therapeutischen Hilfe.

Ergibt sich im Verlauf einer Untersuchung und Beratung im Fachdienst die Indikation für eine Jugendhilfe-Therapie, wird der RSD so bald als möglich darüber informiert, dass ein Hilfeplanverfahren eingeleitet werden muss.

In einer anschließend beauftragten probatorischen Phase werden von den PsychotherapeutInnen die Behandlungsmöglichkeiten geklärt und für den Fachdiagnostischen Dienst (FD) ein Therapiebericht sowie ein Kostenplan erstellt. Der FD nimmt gegenüber dem Jugendamt Stellung zum Therapiebericht (dieser verbleibt im FD) und zum Kostenplan. Diese hilfebegründende Stellungnahme ist Grundlage der Entscheidung des RSD über Einsatz und Kostenübernahme der Psychotherapie.

Die Therapie kann erst mit dem Bewilligungsbescheid beginnen, andere Absprachen sind im Hilfeplangespräch möglich.

Diese allgemeine Richtlinie wird in einigen Bezirken so befolgt, in anderen wurden die Verfahrenswege ausführlicher beschrieben und zwischen den Ämtern vereinbart. In den meisten Bezirken ist der RSD der federführende Dienst im Hilfeplanverfahren. In einigen Bezirken gibt es im Jugendamt „Psychotherapie-Koordinatoren“, die den RSD unterstützen oder das ganze Verfahren abwickeln. In Spandau erfolgt die gesamte Hilfeplanung bei Psychotherapie durch die EFB des Jugendamtes.

Da Jugendhilfe-PsychotherapeutInnen oft mit mehreren Bezirken kooperieren müssen, werden im Folgenden die einzelnen bezirklichen Regelungen bzw. Vereinbarungen vorgestellt, wie sie auf Anfrage von den MitarbeiterInnen der KJPD beschrieben bzw. als schriftliche Vereinbarungen zur Verfügung gestellt wurden.

5.4.1 Verfahrensablauf Charlottenburg-Wilmersdorf (November 2016)

In Charlottenburg-Wilmersdorf gibt es keine schriftlich fixierte Vereinbarung, sondern ein jahrelang gewachsenes, unkompliziertes Verfahren, das im Allgemeinen dem unter 5.4 beschriebenen Ablauf entspricht. Erforderliche Absprachen zwischen Fachdienst und RSD während der Einleitungsphase erfolgen flexibel und ggf. telefonisch. Die probatorischen Sitzungen bedürfen keiner formalen Kostenübernahme.

5.4.2 Verfahrensablauf Friedrichshain-Kreuzberg (Juli 2016)

- Die erste Anlaufstelle sorgt dafür, dass die Familie sowohl Kontakt zum Jugendamt als auch zu einem der Fachdienste (EFB, Schulpsychologie, KJPD) aufnimmt. Im Jugendamt wird der Antrag auf Hilfe zur Erziehung gestellt. Der Fachdienst prüft zunächst, ob die Psychotherapie über die Krankenkasse geleistet werden kann.
- Mit Auftrag des Jugendamts stellt der Fachdienst die Therapieindikation und sorgt für den ersten Kontakt zwischen TherapeutIn und Familie. Nach dem ersten Gespräch dort erhält der Fachdienst die Information, ob eine Therapie in diesem Setting gewünscht ist. Der Fachdienst stellt einen Indikationsschein aus und schickt diesen ans Jugendamt. Das Jugendamt beauftragt den/die Therapeuten/in schriftlich mit der Probatik.
- Nach Abschluss der Probesitzungen erhält das Jugendamt den unterschriebenen Kostenplan. Der Fachdienst erhält diesen Kostenplan in Kopie und den Behandlungsplan laut Leistungsbeschreibung. Die Kontingente für „Regelfälle“ können jederzeit beim Fachdienst erfragt bzw. sollen in besonderen Fällen mit dem Fachdienst abgestimmt werden.
- Der Fachdienst fertigt eine Stellungnahme für das Jugendamt, das in der Regel der Empfehlung folgt, ansonsten erfolgt eine Rücksprache und ggf. eine Hilfef Konferenz.
- Der/Die Therapeut/in und die Familie erhalten einen Bescheid, in dem Umfang, Beginn und Dauer der Hilfe eindeutig aufgeführt sind.
- Im Verlängerungsfall muss sich die Familie sechs bis acht Wochen vor Ablauf des Zeitraums beim Jugendamt und beim Fachdienst melden und den Wunsch nach Verlängerung vortragen. Den Anstoß dazu gibt der/die Therapeut/in, der/die sich auch versichert, dass die Familie die Kontakte hergestellt hat. Außerdem fertigt er/sie den Therapiebericht an, den der Fachdienst erhält, dazu ein Exemplar des unterschriebenen Kostenplans in Kopie – das Original geht an das Jugendamt.
- Eine KJHG-Therapie findet für die Dauer von höchstens zwei Jahren statt. Ausnahmen sind fundiert zu begründen und erfordern in der Regel akute traumatische Ereignisse, die nicht anders als durch eine erneute Verlängerung bearbeitet werden können. Die vorangehende kollegiale Absprache mit dem Fachdienst ist unerlässlich. Der/Die Therapeut/in achtet selbstständig darauf, den Prozess des Verabschiedens aus der therapeutischen Beziehung rechtzeitig einzuleiten.

- Nach Abschluss der Therapie erhält der Fachdienst einen Bericht. Er fertigt ggf. eine Stellungnahme für das Jugendamt und empfiehlt evtl. weitere Hilfen.
- Achtung: Das Nichteinhalten der Fristen führt zur Unterbrechung der Hilfe!!!

5.4.3 Verfahrensablauf Lichtenberg (Juli 2016)

- Integrative Lerntherapie (ILT) und Psychotherapie werden nicht im RSD, sondern bei der Therapiekoordinatorin beantragt. Fachdienst für ILT ist das Schulpsychologische Beratungszentrum; Fachdienste (FD) für Psychotherapie sind EFB und KJPD.
- Je nachdem, wo sich die Eltern zuerst hinwenden, erfolgt dort die erste Koordination. Der FD stellt die Indikation und schickt die Eltern zur Beantragung der Hilfe zur Therapiekoordinatorin. Wenn dies erfolgt ist, gibt diese grünes Licht für den Erstkontakt zu probatorischen Sitzungen bei dem/der Therapeuten/in. Die FD helfen bei der Therapieplatzsuche oder fragen bei der Koordinatorin nach, ob sie Meldungen zu freien Kapazitäten hat. Die TherapeutInnen schicken dem FD ihren Kosten- und Behandlungsplan, danach schickt der FD seine Stellungnahme an die Therapiekoordinatorin. Diese veranlasst die Kostenübernahme. Der FD bekommt eine Kopie vom Bewilligungsbescheid.
- Eine Verlängerung wird von dem/der Therapeuten/in rechtzeitig signalisiert. Es erfolgt eine Wiedervorstellung beim FD, der dann seine Stellungnahme an die Therapiekoordinatorin schickt. Das Stundenkontingent wird relativ flexibel, am Einzelfall orientiert, geregelt und auf die Anteile verteilt. Manchmal erfolgt eine intensivere Elternarbeit.
- Bei einem fraglichem dritten Therapiejahr erfolgt immer ein Beratungstermin mit dem/der Therapeuten/in, der Therapiekoordinatorin und dem FD, um die Sinnhaftigkeit zu klären.

5.4.4 Verfahrensablauf Marzahn-Hellersdorf (Juli 2016)

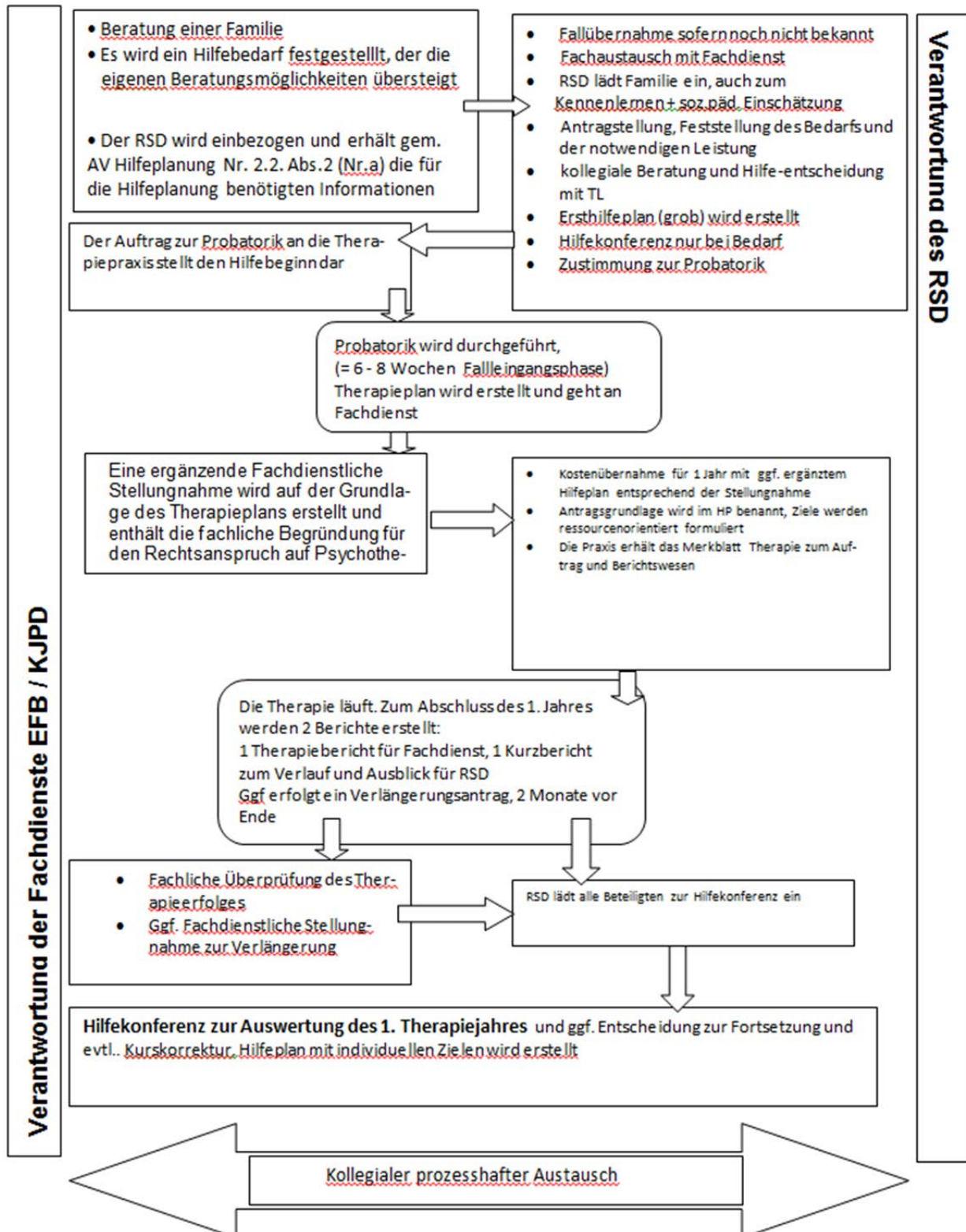
- Die Feststellung des Therapiebedarfs erfolgt durch den KJPD.
- Danach erfolgt eine Rücksprache mit der Therapielotsin (Kordinatorin) des Jugendamtes, ob die Leistung durchs Jugendamt übernommen werden kann.
- Die Therapeutensuche geschieht durch bzw. mit Hilfe des KJPD, ebenso die Einleitung der Probatorik.
- Der erstellte Therapiebericht und Kostenplan geht an den KJPD.
- Der Antrag zur Kostenübernahme wird bei der Psychotherapie-Koordinatorin (zentral für alle RSD des Jugendamts) gestellt.
- Parallel schickt der KJPD ein fachdienstliches Gutachten an die Psychotherapie-Koordinatorin.
- Die Psychotherapie-Koordinatorin führt das Hilfeplangespräch durch und erlässt die Bewilligung der Therapie.

5.4.5 Verfahrensablauf Mitte (Juli 2016)

- Der KJPD kann während der Diagnostik die Indikation für eine Therapie nach KJHG stellen, unabhängig davon, ob die Familie beim Jugendamt bekannt ist oder nicht. Der KJPD unterstützt ggf. die Eltern bei der Suche nach einem Therapieplatz.
- Die Sorgeberechtigten unterschreiben ein Formular (Antrag auf Hilfe zur Erziehung/ Eingliederungshilfe), das quasi als Vorinformation ans Jugendamt geht, damit bereits ein/eine Sozialarbeiter/in zugeordnet wird und der KJPD auch den Nachweis darüber hat, dass die Eltern wirklich die Therapie wollen. Gleichzeitig wird der/die Therapeut/in mit Probesitzungen beauftragt (in der Regel mündlich, ansonsten schriftlich). Meist nimmt der KJPD zwischendurch noch einmal telefonisch Kontakt zum Jugendamt auf, um zu sichern, dass die Therapie unterstützt wird oder um weitere Infos auszutauschen.
- Nach Ablauf der Probesitzungen schickt der/die Therapeut/in einen Bericht und den Kostenplan an den KJPD. Dieser schickt eine Fachdiagnostische Stellungnahme mit einem Exemplar vom Kostenplan ans Jugendamt. Dieses nimmt dann mit den Eltern den Antrag auf und erstellt den Hilfeplan.
- Zur Verlängerung wird nach Eintreffen des Verlängerungsberichts und des neuen Kostenplans im KJPD von diesem wieder eine Fachdiagnostische Stellungnahme mit dem neuen Kostenplan ans Jugendamt geschickt.

5.4.6

Verfahrensablauf Neukölln (Februar 2016)



5.4.7

Verfahrensablauf Pankow (Dezember 2011)

- Wenden sich Familien oder junge Menschen zuerst an die Leistungserbringer für Psychotherapie oder Integrative Lerntherapien nach dem KJHG, müssen diese an den RSD des Jugendamtes zur Antragstellung und Einleitung des Hilfeplanungsprozesses verwiesen werden.
- Der RSD verantwortet fallzuständig die Hilfeplanung gemäß §§ 36, 36a SGB VIII. Er beauftragt einen Fachdiagnostischen Dienst (FD) mit der gutachterlichen Feststellung und fachlichen Begleitung der Psychotherapie oder Integrativen Lerntherapie.
- Die fallzuständige Fachkraft des RSD beauftragt, abgestimmt mit dem FD, schriftlich eine/n vertraglich in die Rahmenleistungsbeschreibung des Senats eingebundene/n Psychotherapeuten/in oder eine Fachkraft mit lerntherapeutischer Qualifikation mit probatorischen Sitzungen (maximal 5 FLS). Die Eltern haben, bezogen auf die Gruppe der PsychotherapeutInnen/Fachkräfte mit lerntherapeutischer Qualifikation, ein Wahlrecht.
- Auf der Grundlage der probatorischen Sitzungen verlangt das Jugendamt für den Hilfeplanungsprozess einen Behandlungsvorschlag in drei Teilen. Diese werden zunächst dem Fachdiagnostischen Dienst zugesandt:

Teil 1

enthält als **Diagnostischer Bericht** eine Beschreibung der intrapsychischen, interpersonellen und familiären Dynamik mit den daraus folgenden Ableitungen für inhaltliche Behandlungsschwerpunkte und das geplante Setting. Dieser Teil verbleibt beim fachdiagnostischen Dienst.

Teil 2

enthält die **pädagogischen Ziele** der therapeutischen Hilfe zur Erziehung bzw. der Eingliederungshilfe, bezogen auf den jungen Menschen, bezogen auf die erzieherische Kompetenz der Eltern und, insbesondere bei der Eingliederungshilfe, bezogen auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Teil 3

enthält den **Kostenplan** mit Setting, Frequenz und geplanter Dauer, differenziert für den jungen Menschen, die Eltern und andere Bezugspersonen.

- Teil 1 verbleibt im FD, Teil 2 und 3 werden mit der Stellungnahme des FD zum Behandlungsplan dem RSD als Grundlage für den Hilfeplan übermittelt. Falls Abweichungen in den fachlichen Einschätzungen auftreten, ist vor dem Hilfeplangespräch eine Vereinbarung herbeizuführen.
- Die Hilfeplanung mündet im Hilfeplangespräch. Der Teilnehmerkreis obliegt der Einladung der fallzuständigen Fachkraft des RSD. Mit der Unterzeichnung des Rahmenvertrages haben sich die TherapeutInnen/Fachkräfte zur Mitwirkung verpflichtet. Der Hilfeplan ist Entscheidungsgrundlage für die Kostenübernahme.
- Die LeistungserbringerInnen sind verpflichtet, die psychotherapeutische oder lerntherapeutische Leistung im Rahmen des SGB VIII erst zu erbringen, nachdem der RSD bzw. die Wirtschaftliche Jugendhilfe einen Leistungsbescheid erteilt hat. Die Honorierung erfolgt auf der Grundlage des von der Kostensatzkommission beschlossenen und genehmigten Fachleistungsstundensatzes und der Kostenübernahmeerklärung der Wirtschaftlichen Jugendhilfe. In dem

Fachleistungsstundenkontingent sind u. a. Dokumentation, Teilnahme an Hilfefunktionen, kollegiale Beratung, Supervision und Fortbildung enthalten. Mit der Zahlung der Fachleistungsstunden sind alle Kosten der Leistungserbringer abgegolten. Zusätzliche Honorarvereinbarungen im Zusammenhang mit Leistungen nach dem SGB VIII sind nicht zulässig. Ausgefallene Stunden werden nicht erstattet. Im Rahmen des Stundenkontingents können sie im Bewilligungszeitraum nachgeholt werden.

- Die in der gutachterlichen Stellungnahme des FD genannte Therapieplanung ist einzuhalten. Sind Abweichungen aus fachlicher Sicht angezeigt, muss darüber mit dem FD und dem RSD eine Vereinbarung herbeigeführt werden. Dies schließt nicht aus, dass selbständig Veränderungen in der Therapiefrequenz vorgenommen werden können, soweit insgesamt die Gesamtzahl nicht verändert wird.
- 12 Wochen vor Beendigung der bewilligten Psychotherapie/Integrativen Lerntherapie findet eine Helferrunde (fallzuständige Fachkraft, Fachdiagnostischer Dienst und PsychotherapeutIn/Fachkraft mit lerntherapeutischer Qualifikation), ggf. auch eine Hilfefunktion (mit den Leistungsberechtigten) statt, um die bisherige Zielerreichung in der Psychotherapie/Integrativen Lerntherapie zu besprechen und Optionen für die Fortführung oder den Abschluss zu erörtern. Dieser Zeitpunkt ermöglicht im Falle des geplanten Abschlusses eine rechtzeitige Einleitung der Abschiedsphase.
- Psychotherapeutische/lerntherapeutische Leistungen werden längstens für ein Jahr bewilligt. Falls eine Verlängerung beantragt wird, muss dazu ein Bericht (in zweifacher Ausfertigung) an den zuständigen FD zehn Wochen vor Abschluss des Bewilligungszeitraumes geschickt werden. Der Verlängerungsbericht enthält ebenfalls drei Teile. In diesem Kostenplan sollen neben der zukünftigen Planung die geleisteten Stunden im vorangegangenen Therapiejahr, differenziert für den jungen Menschen, die Eltern, die Lehrkraft (bei der Integrativen Lerntherapie) und andere Bezugspersonen angegeben werden.
- Über einen Abbruch der Psychotherapie/Integrativen Lerntherapie oder ein zweimaliges unentschuldigtes Fernbleiben sollen unmittelbar die fallzuständige Fachkraft des RSD und des FD informiert werden.
- Bei Therapieblockaden soll eine Supervision genutzt werden. Es besteht auch die Möglichkeit, einen Fachaustausch mit dem FD zu nutzen.
- Bei einem regulären Abschluss der Psychotherapie/Integrativen Lerntherapie muss sechs Wochen vor Therapieende ein Abschlussbericht in zweifacher Ausfertigung an den FD geschickt werden. Der Bericht sollte die erreichten Veränderungen reflektieren (individuell, Familie, Umfeld) sowie ggf. weitere Entwicklungsbedarfe für die Familie thematisieren.
- Grundsätzlich erfolgt gemeinsam mit allen Beteiligten ein Abschlussgespräch. Ziel ist die sichtbare Beendigung der Hilfe zur Erziehung/Eingliederungshilfe und darüber auch die Würdigung des Erreichten, ggf. die Anregung weiterer Formen der Unterstützung. Die Einladung und Terminkoordinierung erfolgt durch die fallzuständige Fachkraft im RSD.

5.4.8 Verfahrensablauf Reinickendorf (Januar 2011)

- Wie bei allen Jugendhilfen verantwortet der Regionale Sozialpädagogische Dienst (RSD) des Jugendamtes federführend die Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII, § 26 AG-KJHG (AV-Hilfeplanung).
- Zeichnet sich im RSD ein psychotherapeutischer Bedarf ab, wird die Stellungnahme des Fachdiagnostischen Dienstes (FD) des Gesundheitsamtes (KJPD) oder des Jugendamtes (EFB) eingeholt – gegebenenfalls auch die des Schulpsychologischen Zentrums. Für die Familientherapie erfolgt eine gesonderte Regelung. Nur diese Fachdienste können probatorische Sitzungen zur direkten Klärung und Erstellung eines Therapieplans durch einen Träger bzw. eine psychotherapeutische Praxis beauftragen.
- Bei Therapieempfehlungen durch eine Klinik oder einen anderen externen Fachdienst stellt der RSD die Untersuchungsberichte dem zuständigen FD zur Verfügung. Dieser bezieht die Unterlagen in seine Therapieabklärung ein. Ohne die Stellungnahme von KJPD oder EFB (ggfs. Schulpsychologisches Zentrum) kann eine Psychotherapie oder Familientherapie durch den RSD nicht bewilligt und Kostenübernahmen durch die Wirtschaftliche Jugendhilfe nicht vollzogen werden.
- Wenden sich die Hilfesuchenden zuerst an die Leistungserbringer, werden sie von diesen nach Klärung des Anliegens umgehend an den RSD zur Antragsstellung und Einleitung des Hilfeplanungsprozesses und an einen der FD zur diagnostischen Abklärung verwiesen.
- Ergibt sich bei Selbstmeldern in den FD die Indikation einer therapeutischen Betreuung, wird der RSD mündlich und/oder schriftlich informiert.
- Nach Vorliegen einer Empfehlung eines FD organisiert der RSD den Hilfeplanungsprozess und stellt sicher, dass alle Beteiligten einbezogen werden. Die Leistungserbringer haben sich zur Mitwirkung und Teilnahme an Hilfeplanung und Hilfeplangesprächen verpflichtet.
- Im Hilfeplan werden u. a. der Rahmen und die Zielsetzung der therapeutischen Hilfe im pädagogischen Gesamtkontext vereinbart und dokumentiert.
- Der RSD entscheidet innerhalb von sechs Wochen nach Vorlage aller Unterlagen im Rahmen der Hilfeplanung, ob die Kosten übernommen werden. Erst nach Erstellung des Kostenbescheids durch die Wirtschaftliche Jugendhilfe kann die Therapie beginnen. Das schließt Sofortmaßnahmen in Akutsituationen und in diesem Zusammenhang eine rückwirkende Kostenbeantragung durch die Sorgeberechtigten nicht aus. Leistungserbringer und Sorgeberechtigte handeln dabei auf eigenes Kosten-Risiko.
- Die Vergütung der therapeutischen Hilfen erfolgt auf der Grundlage des aktuellen Fachleistungsstundensatzes. Zusätzliche Honorarvereinbarungen sind nicht zulässig.
- Die Vertragspartner verpflichten sich zur Wahrung der einschlägigen Sozialdatenschutzbestimmungen (§35,1 SGB I, §§ 1ff SGB VIII, § 78 SGB X, § 203 StGB).
- Hat der FD geklärt, dass eine Psychotherapie indiziert ist, prüft er, ob andere Sozialleistungsträger (SGB V) in Betracht kommen und vermittelt gegebenenfalls eine entsprechende Behandlung.
- Ist nach diagnostischer Klärung eine psychotherapeutische Hilfe im Rahmen der Erziehungs- oder Eingliederungshilfe indiziert, teilt der FD dies dem RSD mit.

Die Antragssteller beauftragen eine/n berechtigten LeistungserbringerIn mit max. fünf probatorischen Sitzungen zur Erstellung eines Therapieplans mit einem gesonderten Kostenplan. Der Therapieplan beziffert auch die geplanten Zeitkontingente der Leistungen und begründet sie gegebenenfalls. Während der Therapie kann jedoch nach den Regeln fachlichen Könnens bedarfs- und situationsgerecht im Rahmen des Gesamtkontingentes von den geplanten Einzelkontingenten abgewichen werden.

- Der Therapieplan (inkl. Kostenplan) wird ausschließlich dem FD zugesandt und mit ihm abgestimmt und bildet dann die Grundlage dessen Gutachterlicher Stellungnahme für die zuständige Fachkraft im RSD. Diese Stellungnahme beschreibt die diagnostizierte Störung sowie deren Auswirkung auf die Entwicklung und die Erziehungs- bzw. Teilhabebedingungen des jungen Menschen. Sie enthält Aussagen zur Geeignetheit der gewählten Methode, zum empfohlenen Stundenkontingent und zur voraussichtlichen Dauer der therapeutischen Hilfe, ferner eine begründete Prognose zur Wirksamkeit der Hilfe. Der Therapieplan verbleibt im FD. Der Kostenplan wird zusammen mit der Gutachterlichen Stellungnahme an den RSD übersandt.
- Beauftragte probatorische Sitzungen, die zu keiner Therapieaufnahme führen, werden einzeln vergütet. Ansonsten sind sie Teil des Gesamtkontingents.
- In der Hilfeplanung wird einzelfallbezogen ein Kontingent für einen definierten Zeitraum vereinbart (siehe unten). Psychotherapeutische Leistungen werden längstens für ein Jahr bewilligt. Kurztherapien sind möglich.
- Wird eine Verlängerung der Hilfe erforderlich, erstellen die Leistungserbringer ca. acht bis zehn Wochen vor Ablauf des Bewilligungszeitraumes einen Verlängerungsbericht mit einem neuen Therapieplan für den FD. Parallel werden die Sorgeberechtigten an den RSD zur Fortschreibung des Hilfeplanprozesses verwiesen.
- Innerhalb von sechs Wochen nach Beendigung der Psychotherapie ist zusammen mit der letzten Rechnung ein Abschlussbericht an den FD zu übersenden. Dieser informiert den RSD sowie die Wirtschaftliche Jugendhilfe. Danach erfolgt die Begleichung dieser Rechnung.
- Die Rechnungslegung der erbrachten Leistungen gegenüber dem Jugendamt erfolgt entsprechend der Rechnungsvorlage im Anhang des Jugendrundschreibens Nr. 1/2009. Die Leistungserbringer differenzieren und dokumentieren ihre Leistungen intern, damit sie bei Bedarf gegenüber dem Jugendamt belegt werden können. Eine Quittierung durch die Eltern/Jugendlichen ist nicht erforderlich.
- Dies kann wieder gefordert werden, wenn es Anhaltspunkte für eine Vertragsverletzung gibt.
- In der Hilfeplanung wird einzelfallbezogen ein Gesamt-Kontingent an Fachleistungsstunden (FLS) für einen definierten Zeitraum festgelegt. Die Fachleistungsstunde wird bei allen Leistungen einheitlich auf 60 Minuten festgesetzt. Dabei umfasst der „Face-to-Face-Kontakt“ 50 Minuten und die Vor- und Nachbereitung dieser Gespräche 10 Minuten.
- Das Kontingent umfasst zeitlich alle
 - a) Therapieleistungen,
 - b) Beratungsleistungen mit den Eltern und weiteren Bezugspersonen,
 - c) weiteren fallbezogenen Leistungen wie Dokumentation des Hilfeverlaufs, Berichte, Therapiepläne, Kooperationsgespräche mit fachdiagnostischen und

anderen Diensten, Teilnahme an Hilfskonferenzen und Hilfeplangesprächen, aufsummierte Telefonkontakte.

- Qualitätsentwicklungsleistungen wie Supervision, kollegiale Beratung, Qualitätszirkel, Evaluation und auf den Einzelfall bezogene Fortbildung werden nicht gesondert berechnet und vergütet. Sie sind bereits im Fachleistungsstundensatz enthalten. Einzelfall übergreifende Leistungen (wie z. B. Teilnahme an Kiezzrunden) sind nicht Teil des Kontingents.
- Die Umsetzung des Kontingents wird von den Therapeuten zur Erreichung der vereinbarten Ziele nach den Regeln fachlichen Könnens bedarfs- und situationsgerecht gestaltet. Bei notwendig erscheinenden erheblichen Abweichungen von der vereinbarten Kontingentbildung sollte der FD vorher einbezogen werden.

5.4.9 Verfahrensablauf Spandau (August 2016)

- Eine „Sonderregelung“ für Spandau hat das gesamte Hilfeplanverfahren inklusive Anträge und Kostenübernahme der EFB übertragen.
- Wird bei einer Familie bzw. bei einem Kind ein therapeutischer Bedarf im Bereich HzE vermutet (durch den RSD, Ärzte, Klinik) bzw. formulieren die Eltern selbst den Wunsch nach Therapie, so müssen sie sich zunächst (telefonisch) in der EFB anmelden.
- Anschließend wird durch die EFB-MitarbeiterInnen geprüft, ob eine therapeutische Hilfe geeignet ist und wenn ja, welche. Anschließend wird im Rahmen einer Fallberatung diese Entscheidung diskutiert, wobei die letzte Verantwortung bei den fallführenden KollegInnen bleibt.
- Sollte die Entscheidung für eine therapeutische Hilfe getroffen werden, so wird ein/e geeignete/r Therapeut/in gesucht bzw. bei Familientherapien werden die Träger angefragt, mit denen der Bezirk zusammenarbeitet. Dann wird eine Hilfskonferenz einberufen, die Hilfeziele formuliert und dann die notwendigen Unterlagen (inkl. eines Gutachtens) für die Abteilung Wirtschaftliche Jugendhilfe erstellt. Da es dafür diverse Formulare und Vordrucke im Intranet gibt, ist dies i.d.R. nicht sehr aufwändig.
- Kosten- und Behandlungspläne, sowie Zwischen- und Abschlussberichte der TherapeutInnen gehen direkt an die MitarbeiterInnen der EFB.
- Im Rahmen weiterer Hilfskonferenzen wird über die Verlängerung bzw. Beendigung der Therapie entschieden.
- Sollte im Rahmen der Bewilligung therapeutischer Leistungen die Erteilung des § 35a SGB VIII nötig sein, so wird das auch von der EFB übernommen.

5.4.10 Verfahrensablauf Steglitz-Zehlendorf (August 2016)

- **Fall A**
Ein Kind/Jugendlicher wird durch die Eltern/Sorgeberechtigte zur Bedarfsklärung im KJPD angemeldet (ggf. an den KJPD verwiesen durch Kinderarzt, Kinder- und jugendpsychiatrische Praxis, KJGD, Schule oder EFB).
- **Fall B**
In Steglitz-Zehlendorf hat das EFBZ eine Therapiesprechstunde, um Anfragen nach KJHG-Therapien anzunehmen und das Vorprüfungsverfahren für das Jugendamt zu übernehmen. Die Familie wird dann ggf. zur Diagnostik, Bedarfsklärung und Gutachtenerstellung an den KJPD weitergeschickt.
- Der KJPD holt sich dann Vorbefunde ein, erhebt eine Anamnese und führt die Psychodiagnostik durch. Das Ergebnis kann eine Empfehlung für KJHG-Therapie nach § 27.3 oder § 35 a.
- Sofern sie nicht bereits bekannt, ermitteln die Eltern, ggf. mit Unterstützung des KJPD, den/die fallzuständige/n Jugendamtsmitarbeiter/in und stellen dort den Antrag auf Hilfe zur Erziehung oder Eingliederungshilfe.
- Der KJPD fertigt eine Stellungnahme an und versendet diese an die fallzuständigen JugendamtsmitarbeiterInnen. Diese prüfen und bewilligen dann fünf probatorische Sitzungen, die die Familie wahrnehmen soll.
- Der/Die Therapeut/in sieht die Familie und erstellt einen Kosten- und Behandlungsplan, der an den Fachdienst geht. Ein Exemplar des Kostenplanes geht ans Jugendamt.
- Der KJPD prüft den Kosten- und Behandlungsplan und schreibt eine weitere Kurzstellungnahme zu Umfang und differenzierteren Zielen der Hilfe.
- Der/Die fallzuständige Mitarbeiter/in im Jugendamt lädt die Familie zur Hilfekonferenz ein, auf der die Hilfe beschlossen wird.

5.4.11 Verfahrensablauf Tempelhof-Schöneberg (Juli 2016)

- Wenn ein Kind/Jugendlicher durch psychische Störungen auffällt und deshalb ein Therapiebedarf formuliert wird (durch wen auch immer), muss von den Eltern beim RSD des Jugendamtes der Bedarf angemeldet werden.
- Das Jugendamt schickt daraufhin einen Antrag zur Erstellung einer fachdienstlichen Stellungnahme an den KJPD. Die Eltern melden sich dort an.
- Eine Vorstellung beim KJPD mit Erhebung der Anamnese etc. erfolgt.
- Vom KJPD wird eine fachdienstliche Stellungnahme erstellt und ans Jugendamt geschickt (nur mit Entbindung von der Schweigepflicht!) als Grundlage für die Durchführung von fünf probatorische Sitzungen.
- Nach Vorlage des Kosten- und Behandlungsplanes des/der Therapeuten/in erfolgt eine zweite Stellungnahme zur Kostenübernahme der Therapie.

5.4.12 Verfahrensablauf Treptow-Köpenick (Oktober 2016)

- Die Beantragung von Psychotherapien als Eingliederungshilfe erfolgen wie jede Zuordnung zum § 35a SGB VIII. Die Stellungnahme des KJPD beinhaltet Aussagen zu Art und Umfang bisheriger Hilfen/Fördermaßnahmen, zu den Störungen nach ICD 10 und deren Auswirkungen auf die Entwicklung und die Erziehungs- und Teilhabebedingungen sowie die Beschreibung der empfohlenen therapeutischen Leistung, des geeigneten Settings, der aktivierbaren Ressourcen zur Bewältigung der Störung und einer Prognose zur Wirksamkeit der empfohlenen Hilfe.
- Die Beantragung von Psychotherapien gemäß § 27(3) SGBVIII erfolgen ohne Schema mit einem hilfebegründenden Fließtext zur Problematik des Kindes.
- Wenn die Familie zuerst im Fachdienst ankommt, nimmt dieser nach einer Empfehlung/Indikation für eine Psychotherapie Kontakt zur fallführenden Fachkraft im RSD auf (mit Schweigepflichtsentbindung der Personensorgeberechtigten) und kündigt eine entsprechende Empfehlung an.
- Die Eltern nehmen Kontakt zum RSD des Jugendamt auf und stellen einen Antrag. Der FD schickt eine schriftliche Stellungnahme nach.
- Bezüglich des Stundenkontingents erhält der FD in regelmäßigen Abständen Informationen zur Kontingentbildung aus der Arbeitsgruppe „Hilfen zur Erziehung“ im Jugendamt.
- Ergibt sich im RSD ein eventueller Psychotherapiebedarf, so werden der KJPD oder die EFB als Fachdienst einbezogen (je nach Problemlage).
- Bei Therapieempfehlungen durch Dritte wird immer der KJPD zur Prüfung angefragt und erhält alle Unterlagen sowie eine eigene Einschätzung der SozialarbeiterInnen im RSD. Es gibt auch Regelungen, wie und wann der Fachdienst an der Hilfeplanung beteiligt wird.
- Nach erfolgter Probatorik geht der Therapie-Plan zur Prüfung zum KJPD, der nochmal eine Stellungnahme für das Jugendamt verfasst.
- Wenn ein FD eingeschaltet war und eine Empfehlung abgegeben hat, muss zur Kostenübernahme nicht mehr das Fallteam eingeschaltet werden. Es reicht dann ein Fachgespräch mit dem Regionalleiter.
- Bei der Verlängerung in ein zweites Jahr erhält der jeweilige Fachdienst einen Verlängerungsantrag von den PsychotherapeutInnen. Nach einer Wiedervorstellung und Untersuchung im FD wird von diesem eine neue Stellungnahme verfasst und zum Jugendamt geschickt.

6.0 Fallbeispiele

Im Folgenden werden zehn Fallbeispiele skizziert, wie sie in der Praxis der Fachdienste vorkommen und wie sich die Indikation für eine Behandlung im Rahmen der Jugendhilfe begründet. Die Namen sind Fantasienamen und geben keinen Hinweis auf reale Personen. Die Fälle sind fiktiv, entsprechen aber der typischen Klientel der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste und anderer Fachdienste.

6.1 Fallbeispiel 1

Amalia, 16 Jahre

1. Problemstellung/Symptomatik

Bei dem 16 jährigen Mädchen sind durch ihren Cannabiskonsum psychische Auffälligkeiten und Leistungsprobleme entstanden, die sich seit dem 13. Lebensjahr entwickelt haben. Sie wurde unkonzentrierter, passiver und desinteressierter. Ihre Leistungsfähigkeit verschlechterte sich und die Schulleistungen ließen derart nach, dass sie ihren MSA nicht schaffte. Jetzt nahm sie mit Hilfe ihrer Familienhelferin Kontakt zur Drogenberatung auf. Zuerst wurde eine stationäre Therapie in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik begonnen, jedoch abgebrochen, weil diese nicht der individuellen Bedarfslage angepasst werden konnte. Inzwischen konnte sich das Mädchen insofern fangen, als sie an einer Schule ein spezielles Förderjahr absolviert. Damit kann sie im nächsten Schuljahr an ein Oberstufen-Zentrum wechseln, um dort den MSA zu machen. Zur weiteren Unterstützung ihrer Entwicklung hat sie Kontakt zu einer ambulanten Suchttherapiepraxis aufgenommen, um dort eine Psychotherapie zu beginnen.

2. Diagnose(n)

F 12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabismissbrauch F 93 Emotionale Störungen

3. Indikation (mit Abgrenzung zum SGB V)

Der Drogenmissbrauch hat bei dem Mädchen deutliche Probleme und Schwierigkeiten im sozialen und familiären Bereich bewirkt. Ihre schulische Laufbahn ist blockiert. Dadurch drohte sie, weiter abzusacken und aus ihrem bisherigen sozialen Umfeld ausgegrenzt zu werden. Es ist positiv zu werten dass sie inzwischen mit Hilfe der Familienhelferin aktiv Unterstützung sucht und nutzt. Eine psychotherapeutische Behandlung möchte sie eigenmotiviert aufnehmen.

Eine Psychotherapie mit dem Schwerpunkt der Suchtbehandlung ist dringend indiziert. Dabei ist kein stationärer Ansatz erforderlich, sondern ein ambulantes Vorgehen angemessen und erfolgversprechend. Zu empfehlen ist eine Einzel-Psychotherapie mit verhaltenstherapeutischen und suchttherapeutischen Methoden in der Frequenz von einer Sitzung pro Woche. Dazu kommen 25 Beratungsgespräche mit der Mutter und weiteren Bezugspersonen sowie 15 FLS für weitere fallbezogene Leistungen. Dies entspricht einem Gesamtkontingent von 85 Einzel-FLS. Zusätzlich ist die Durchführung von 20 FLS gruppentherapeutischer Sitzungen erforderlich.

4. Therapieziele

- Umgang mit Emotionen,
- Stabilisierung der Schulsituation,
- Förderung sozialer Kompetenzen,
- Erarbeitung der Suchtdynamik,
- Rückfallbearbeitung sowie Rückfallprophylaxe,
- Förderung von Ressourcen und „cleaner“ sozialer Kontakte.

6.2 Fallbeispiel 2

Gerda, 9 Jahre

1. Problemstellung/Symptomatik

Das Mädchen und ihre Familie werden seit längerem im Jugendamt betreut. Somit sind auch die familiären Hintergründe und eingeschränkten Entwicklungsbedingungen für das Mädchen gut bekannt. Zu Hause beschimpfte Gerda die Erwachsenen, habe aus Wut schon Dinge zerstört, halte sich nicht an Regeln, sage nicht immer die Wahrheit. Die Mutter befürchte, dass sie mit Fremdem mitgehen könne. Gerda fehle ein Gefühl für Distanz, sie sei auch bei Fremden sehr mitteilungsbedürftig. In der Beziehung zur Mutter sei sie körperlich sehr anhänglich, suche die permanente Anerkennung und sei sehr eifersüchtig auf den jüngeren Bruder. In der Schule sei sie verbal aggressiv und grenzüberschreitend in ihrer Wortwahl. Sie habe sehr häufig Streitigkeiten innerhalb der Schulgruppe. Die Familie hinterlässt den Eindruck einer hohen psychischen Belastung durch die vielen Problemen auf der Beziehungsebene. Das Mädchen wirkt auf sich allein gestellt und bedürftig nach Aufmerksamkeit. Die Mutter ist bemüht, aber emotional überfordert und nicht in der Lage, ihre Erwachsenen-Mutterrolle auszufüllen.

2. Diagnose(n)

Emotionale Störung des Kindesalters mit mangelndem Selbstwertgefühl, Aggressionsproblemen, Kontakt- und Schulschwierigkeiten sowie Aufmerksamkeitsproblemen. Hintergrund sind unsichere Familienbindungen und Elternkonflikte.

3. Indikation (mit Abgrenzung zum SGB V)

Eine Jugendhilfe-Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung nach § 27 ff SGB VIII ist indiziert, weil die o. g. Auffälligkeiten und Störungen durch eine beeinträchtigte familiäre Sozialisation und belastende soziale Umfeldsituationen bedingt sind. Das familiäre und soziale Bezugssystem ist in seiner Fähigkeit, gute Bedingungen für eine altersentsprechende, eigenverantwortliche und gemeinschaftsfähige Persönlichkeitsentwicklung bereit zu stellen, deutlich eingeschränkt. Deshalb ist die Kostenübernahme der Psychotherapie als Jugendhilfemaßnahme zu empfehlen.

4. Therapieziele

Gerda:

Bearbeitung der vorhandenen aggressiven Impulse, Förderung des Nachreifungsprozesses, Entwicklung von mehr Bindungssicherheit, Stärkung des Selbstwertgefühls, Ermöglichung einer besseren Integration in Schule und Peergroup.

Eltern:

Aufbau einer vertrauensvollen Beratungssituation, Förderung der Empathiefähigkeit und Möglichkeiten der Zuwendung der Mutter gegenüber Gerda, Entwicklung förderlicher Erziehungsstrategien, insbesondere im Umgang mit der Tochter in Konfliktsituationen. Erarbeitung angemessener Grenzsetzungen.

6.3 Fallbeispiel 3

Antagon, 15 Jahre

1. Problemstellung/Symptomatik

Die Familie ist dem Jugendamt seit Jahren bekannt durch den Einsatz mehrerer sozialpädagogischer Hilfen und einer Familientherapie. Zuletzt beschrieb Antagon: Er habe sich eine Zeitlang selbst verletzt durch Schlagen des Kopfes an eine Wand, er habe schon mal nicht mehr leben wollen. Er lenke sich ab durch Fußball, spiele aber nicht mehr. Seine Freunde sagen, er habe sich verändert. Er sei jetzt trauriger und auch aggressiver. „Ich habe oft schlechte Fantasien über das Leben“. Er kümmere sich um die Probleme anderer, lache viel, um nicht zu zeigen, wie es ihm ginge.

Geburt in einem Dritte-Welt-Land. Frühgeburt, Ende sechster Monat. 1900 g, dünn und lang, nur Knochen. Nach dem Kaiserschnitt „vergaß er zu atmen“ und wurde blau. Eine Woche Klinikaufenthalt. Trotz früher Geburt sei die Entwicklung dann altersgemäß verlaufen. Er hatte ein sehr enges Verhältnis zum Vater. Als der Junge drei Jahre alt war, verließ die Mutter die Familie und ging nach Deutschland. Er blieb bei seinem Vater, kam erst mit fünfeinhalb Jahren in eine Vorschule. Telefonaten mit der Mutter habe er sich verweigert. Kurz vor seinem sechsten Geburtstag holte die Mutter den Jungen zu sich und lebt mit ihm in einer neuen Familie mit Stiefvater und Stiefgeschwistern.

2. Diagnose(n)

Erhebliche Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion vor dem Hintergrund erheblicher familiärer Belastungen (Entwurzelungsproblematik), wodurch eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung des Jungen beeinträchtigt wurde. Eine konstruktive Bewältigung der pubertären Entwicklungsanforderungen ist gefährdet.

3. Indikation (mit Abgrenzung zum SGB V)

Eine Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung nach § 27 (3) SGB VIII ist indiziert. Das familiäre und soziale Bezugssystem war und ist in seiner Fähigkeit, gute Bedingun-

gen für eine altersentsprechende, eigenverantwortliche und gemeinschaftsfähige Persönlichkeitsentwicklung bereit zu stellen, deutlich eingeschränkt.

4. Therapieziele

Antagon:

Nachholende und kompensatorische Entwicklungs- und Reifungsförderung. Entwicklung von Selbstsicherheit, Selbstvertrauen und Selbstakzeptanz, damit ein angemessenes Realisieren und Ausdrücken von aggressiven Strebungen möglich wird.

Bezugspersonen:

Die Bezugspersonen sollen unterstützt werden, ein tieferes Verständnis für die Entwicklungsanforderungen zu finden, die der Junge zu bewältigen hat. Ferner soll die Beratung den Eltern helfen, sich eine positive Erziehungshaltung zu erarbeiten bzw. zu erhalten. Beratung der Schule bei Bedarf.

6.4 Fallbeispiel 4

Vivarini, 11 Jahre

1. Problemstellung/Symptomatik

Der 11jährige Junge wird wegen massiver Verhaltensauffälligkeiten zu Hause und in der Schule in Form von Konzentrationsproblemen, motorischer Unruhe, geringer Frustrationstoleranz, impulsivem und distanzlosem Verhalten gegenüber Mitschülern und dem Lehrpersonal sowie mangelnder Akzeptanz von Regeln vorgestellt. Auch deuten Stimmungsschwankungen und vereinzelt lebensmüde Gedanken auf eine depressive Symptomatik hin. Er leide deutlich unter den bestehenden Verhaltensauffälligkeiten und der resultierenden Ausgrenzung aus der Peergroup. Die Eltern trennten sich als der Junge zwei Jahre war und befinden sich in neuen Lebensgemeinschaften. Er lebe gemeinsam mit der Mutter, dem neuen Lebensgefährten der Mutter und seiner einjährigen Schwester. Es bestehe ein regelmäßiger Umgang mit dem Vater. Die Eltern haben wegen der Auffälligkeiten mehrere Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen (Lernkur, Ergotherapie, Nachhilfe) durchführen lassen, eine empfohlene Medikation mit Methylphenidat wurde bislang nicht umgesetzt.

2. Diagnose(n)

Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F90.1), Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (F92.0) vor dem Hintergrund von Disharmonie in der Familie zwischen den Erwachsenen. Sonderpädagogischer Förderstatus im Bereich der sozial-emotionalen Entwicklung.

3. Indikation (mit Abgrenzung zum SGB V)

Erforderlich ist die Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie mit intensiver Elternarbeit im Bereich Verhaltenstherapie sowie eine parallele Pharmakotherapie durch den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater.

Angesichts der ausgeprägten und bereits langanhaltenden Symptomatik mit ihren massiven Auswirkungen auf das Sozialverhalten ist zwar von einer drohenden Teilhabeeinschränkung auszugehen. Zunächst und vorrangig sollte die Therapie jedoch als Hilfe zur Erziehung erfolgen, bis deutlich wird, ob sich die Verfestigung der Verhaltensauffälligkeiten aufhalten lässt.

4. Therapieziele

Vivarini:

Stärkung des Selbstbewusstseins, Verbesserung des Ausdrucks und Erkennens von Emotionen. Verbesserung der sozialen Fertigkeiten und Vermittlung von Konfliktbewältigungs- und Problemlösestrategien, Abbau von Versagensängsten und dadurch bedingter konkurrierender Haltung.

Eltern:

Vermittlung einer ressourcenorientierten Erziehungshaltung und konstruktiver Erziehungsmaßnahmen, Abbau der dysfunktionalen intrafamiliären Kommunikation.

6.5 Fallbeispiel 5

Wilma, 17 Jahre

1. Problemstellung/Symptomatik

Die 17 Jahre alte Jugendliche ist vor einem Jahr gemeinsam mit ihrem älteren Bruder aus ihrem Heimatland nach Deutschland geflüchtet. Grund für ihre Flucht war eine vom Vater geplante Zwangsverheiratung mit einem älteren Mann, der sie zuvor vergewaltigt hatte. Einige Monate zuvor sei es zu einer Genitalverstümmelung Typ 3 gekommen, weswegen sie an das Desert Flower Center und an eine Selbsthilfegruppe angebunden sei. Aus Angst vor der Ächtung durch ihre Familie und Kultur habe sie sich lange gegen eine notwendige OP gewehrt und diese erst vor Kurzem aufgrund unerträglicher Schmerzen durchführen lassen. Die Jugendliche lebt seit einem halben Jahr bei einer Pflegefamilie und besucht ein Oberstufen-Zentrum.

In Folge der Aneinanderreihung massiv beängstigender und unkontrollierbarer Erfahrungen leide sie an überflutenden Erinnerungen, massiven Kopfschmerzen, Erschöpfungszuständen und Alpträumen, Zuständen von Verwirrtheit sowie großen Ängsten davor, gefunden und doch noch der Zwangsheirat zugeführt zu werden.

2. Diagnose(n)

F 43.1 Posttraumatische Belastungsstörung.

3. Indikation (mit Abgrenzung zum SGB V)

Die oben beschriebenen traumatischen Erfahrungen, die Flucht und der Verlust von Familie und Heimat haben die Persönlichkeitsentwicklung der Jugendlichen nachhaltig beeinträchtigt. Sie benötigt therapeutische Unterstützung zur Bearbeitung der körperlichen und seelischen Verletzungen sowie bei der Eingliederung in die neue

und fremde Umgebung, um ihre grundsätzlich vorhandenen psychischen, sozialen und schulischen Leistungsfähigkeiten wieder entfalten zu können.

Eine ambulante Psychotherapie im Rahmen der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII ist indiziert. Die Einbeziehung der Pflegeeltern soll in begleitenden therapeutisch orientierten Beratungsgesprächen erfolgen. Zu empfehlen ist eine Psychotherapie mit dem Schwerpunkt traumatherapeutischer Arbeit. Bei einem Gesamtkontingent von 80 FLS entfallen fünf FLS auf die bereits durchgeführten probatorischen Sitzungen, 55 FLS auf die Einzeltherapie, acht FLS auf die Beratung der Pflegeeltern sowie 12 FLS auf weitere fallbezogene Leistungen. Hinzu kommen die Kosten für den Dolmetscher für die Einzelsitzungen mit der Jugendlichen.

4. Therapieziele

Wilma:

Am Anfang steht die verständnisvolle psychoedukative Entwicklung eines Störungsbildes und die Vermittlung des Konzeptes einer Psychotherapie. Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung mit Erfahrungen von Ermutigung, Akzeptanz, Wertschätzung, Empathie, sicherer Bindung und emotionaler Versorgung bei gleichzeitigem Respekt für ihre Autonomiebedürfnisse. Aufdeckung und Auflösung der mit den traumatischen Erfahrungen verbundenen Konflikten. Abbau dysfunktionaler Kognitionen. Ressourcengestützte Traumaexposition.

Pflegeeltern:

Die Pflegeeltern benötigen eine beratende Unterstützung im Umgang mit den Trauma-Folgestörungen, um auch weiterhin gut für die Jugendliche sorgen zu können.

6.6 Fallbeispiel 6

Otilie, 7 Jahre

1. Problemstellung/Symptomatik

Das siebenjährige Mädchen lebt zusammen mit ihrem leiblichen Vater, Stiefmutter und Halbbruder. Sie verhalte sich in der Familie sehr herausfordernd, sei ständig anders, als man von ihr erwarte und wie ein Kind ihres Alters eigentlich zu sein habe. Sie brächte die Eltern mit ihrem Verhalten immer wieder an ihre Grenzen und tue Dinge, die die Eltern vor Rätsel stellen. Ihr Verhalten schwanke zwischen dem einer Sieben- und einer Dreijährigen. Der Vater habe keinen Zugang zu seiner Tochter und unterstelle ihr, dass sie die Eltern absichtlich provoziere. Fremden gegenüber sei sie distanzlos. Auch in der Schule sei ihr Verhalten auffällig.

Die leibliche Mutter habe den Kontakt zum Vater schon während der Schwangerschaft abgebrochen. Von daher wisse er nichts über die frühkindliche Entwicklung. Die Mutter war MS-krank und konnte sich offensichtlich nicht ausreichend um das Kind kümmern. Als Otilie zweieinhalb Jahre war, erkrankte die Mutter zusätzlich an Krebs. Das Mädchen kam in eine Wohngruppe mit innenwohnender Erzieherin. Die Mutter verstarb, als das Mädchen etwas über drei Jahre war. Nach vier Monaten gab es erste Kontakte zum Vater, der auch das Sorgerecht bekam. Erst ein halbes Jahr später gab es längere Besuchskontakte in der Familie. Ein Jahr nach dem Tod der Mutter erfolgte der endgültige Umzug in die Familie des Vaters. Verständnislos berichten die Eltern aus dieser Zeit von Zwischenfällen wie Einpullern, Aufgedrehtsein, Spielzeug aus der Familie stehlen, Albträumen usw.

2. Diagnose(n)

Schwere Emotionale Störung des Kindesalters mit abweichender Elternsituation. Hintergrund ist der Verlust der Mutter im frühen Kindesalters, Fremdunterbringung und Überführung in Haushalt und Familie des ihr bis dahin unbekanntes Vaters.

3. Indikation (mit Abgrenzung zum SGB V)

Die o.g. Auffälligkeiten und Störungen sind durch eine beeinträchtigte familiäre Sozialisation und belastende soziale Erfahrungen bedingt. Das jetzige Bezugssystem ist in seiner Fähigkeit, gute Bedingungen für eine altersentsprechende, eigenverantwortliche und gemeinschaftsfähige Persönlichkeitsentwicklung bereit zu stellen, deutlich eingeschränkt. Zu empfehlen ist deshalb eine Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung mit Fokus auf die psychologisch beratende Arbeit mit den Eltern zur Sicherstellung des Kindeswohls und einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung.

4. Therapieziele

Otilie:

Ermöglichung von therapeutischer Regression zur inneren Nachreifung, Nachspüren und Bearbeitung traumatischer und belastender Erlebnisse und Gefühle wie z. B. die Trauer um den Verlust der Mutter und auch den der Erzieherin. Otilie benötigt in der Therapie großen Raum, den vielen, von ihr bisher nicht benennbaren Emotionen nachspüren zu dürfen.

Eltern:

Vater und Stiefmutter brauchen eine therapeutisch orientierte Beratung zur Druckentlastung im Umgang mit einem psychisch traumatisierten und deprivierten Kind, das in ein neues Familiengefüge integriert wurde. Die Eltern sollen in die Lage versetzt werden, das Mädchen mit Empathie und Verständnis bei der emotionalen Verarbeitung seiner Lebensgeschichte begleiten zu können. Andere wichtige Bezugspersonen, auch in der Schule, sollen in die Beratung einbezogen werden.

6.7 Fallbeispiel 7

Cima, 13 Jahre

1. Problemstellung/Symptomatik

Der 13jährige Junge lebt in einem Haushalt mit seiner thailändischen Mutter. Die Trennung der Eltern erfolgte als er sechs Jahre alt war. Auf die Trennung habe er mit sozialem Rückzug reagiert, jedoch weiterhin Kontakt zum deutschen Vater gehabt. Als der Vater seine neue Lebensgefährtin kennen gelernt habe, sei der Kontakt zwischen den Eltern abgebrochen. Etwa ein Jahr vor der Vorstellung erfolgte eine Kinderschutzmeldung an das Jugendamt durch die zuständige Schule aufgrund

eines emotionalen Zusammenbruchs des Jungen. In der Folge kam es zu einer familiengerichtlichen Auseinandersetzung zwischen den Eltern. Der Vater versuchte das alleinige Sorgerecht zu erwirken und den Jungen zu sich zu holen, der Junge lehnte dies jedoch ab und brach den Kontakt zum Vater gänzlich ab. Einerseits möchte er den Vater nicht sehen, andererseits leidet er massiv unter dem Beziehungsabbruch und befindet sich in einem anhaltenden Loyalitätskonflikt zwischen den nicht miteinander kommunizierenden Elternteilen. Cima hat sich von allen Freizeitaktivitäten (Schwimmen, Freiwillige Feuerwehr) zurückgezogen, konsumiert verstärkt Medien und Computerspiele und hat kaum Kontakte zu Gleichaltrigen.

2. Diagnose(n)

Emotionale Störung des Kindesalters (F 93.8) mit emotionaler Labilität, sozialem Rückzug, depressiven Tendenzen bei einer deutlichen Verschlechterung seiner schulischen Leistungen.

3. Indikation (mit Abgrenzung zum SGB V)

Der Einsatz einer ambulanten Psychotherapie ist indiziert, um die seelische Störung, unter intensiver Einbeziehung und Beratung der Eltern, abzubauen, dem sozialen Rückzug entgegen zu wirken und somit die altersangemessene Persönlichkeitsentwicklung zu fördern und seine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (wieder) herzustellen.

Deshalb wird eine Psychotherapie im Rahmen der Jugendhilfe als Hilfe zur Erziehung empfohlen mit einer wöchentlichen Einzelsitzung unter Einbeziehung der Eltern in Form von begleitenden, getrennten Elterngesprächen sowie gemeinsamen Eltern-Kind-Sitzungen. Bei Bedarf auch Gespräche mit der Schule.

4. Therapieziele

Cima:

Ziele sind der Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung, die Verbesserung der Selbst- und Körperwahrnehmung und die Förderung von Fähigkeiten zur Erkenntnis, Differenzierung und angemessenen Verbalisierung von emotionalen Bedürfnissen. Aufbau eines positiven und stabilen Selbstbildes durch die Befriedigung seiner psychischen Grundbedürfnisse und Unterstützung bei der Bewältigung altersentsprechender Entwicklungsaufgaben.

Eltern:

Psychoedukation zur Förderung der elterlichen Fähigkeiten zum Erkennen und Verstehen kindlicher Bedürfnisse und der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen, Förderung der familiären Ressourcen und der Kommunikation zwischen den jeweiligen Elternteilen und dem Sohn.

6.8 Fallbeispiel 8

Bellini, 13 ½ Jahre

1. Problemstellung/Symptomatik

Der 13,5 Jahre alte Junge lebt zusammen mit seiner Mutter und seinem erwachsenen Bruder (Mitte 20). Es bestehe regelmäßiger Kontakt zum Vater und zur ebenfalls erwachsenen Schwester, die altersmäßig seine Mutter sein könnte. Er zeige erhebliche Probleme im sozialen Bereich (mangelndes Empathievermögen, kaum Interesse für gemeinsame Aktivitäten mit seinen Mitmenschen). Drei Jahre zuvor erhielt er im Rahmen einer tagesklinischen Behandlung die Diagnose Asperger Syndrom. Eine eingeleitete autismspezifische Förderung verweigerte er zunehmend, so dass diese nach einem Jahr abgebrochen wurde. Mit dem Übergang in die Oberschule kam es verstärkt zu Problemen im schulischen Bereich. Hier habe er große Probleme, sich zu motivieren und zu konzentrieren. Außerdem sei er häufig gedrückter Stimmung, zeige sich antriebsarm und schlafe übermäßig viel. Tägliche Misserfolge und Frustrationen im schulischen Bereich werden auch im Zusammenhang mit einer bisher unbehandelten LRS gesehen. Bellinis Selbstbewusstsein werde dadurch ständig in Mitleidenschaft gezogen. Zunehmend entwickle er bei steigenden schulischen Anforderungen eine Schulunlust mit geringer Anstrengungsbereitschaft und niedriger Frustrationstoleranz. Insbesondere bei schriftsprachlichen Aufgaben komme es zu ausgeprägten Leistungsängsten und Selbstzweifeln.

2. Diagnose(n)

Asperger Syndrom (F 84.5). Mittelgradige depressive Episode (F 32.1).
Lese-Rechtschreib-Störung (F 81.0). Abweichende Elternsituation (5.1).

Die Störungen haben zur Folge, dass Bellini in seiner sozialen, schulischen und familiären Integration sowie in der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt und in seiner altersgemäßen Entwicklung eingeschränkt ist.

3. Indikation (mit Abgrenzung zum SGB V)

Aus fachdienstlicher Sicht sind die Voraussetzungen für eine Zuordnung zum Personenkreis der seelisch Behinderten gemäß § 35 a SGB VIII gegeben. Als Maßnahme der Eingliederungshilfe ist eine ambulante Psychotherapie mit Lernanteilen zum Nachteilsausgleich und zur Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erforderlich.

4. Therapieziele

Bellini:

Stärkung des Selbstwerterlebens und der emotionalen Selbstsicherheit zu Hause und in der Schule. Bearbeitung und Reduzierung von Ängsten, Vermeidungsstrategien und dysfunktionalen Verhaltensweisen sowie der depressiven Symptomatik. Sensibilisierung für die eigenen Stärken. Erarbeitung von alternativen Strategien zum Umgang mit frustrierenden Situationen. Entwicklung von Motivation, soziale Kontakte mit Gleichaltrigen aufzubauen. Steigerung der Lese- und Rechtschreibkompetenz und der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit.

Mutter:

Unterstützung der Mutter darin, ihren Blick wieder verstärkt auf die Stärken und Ressourcen des Sohnes richten zu können, eigene Ängste im Zusammenhang mit seiner Entwicklung abzubauen, um ihn seinem Alter entsprechend und angemessen fördern und fordern zu können.

6.9 Fallbeispiel 9

Alvise, 8 Jahre

1. Problemstellung/Symptomatik

Vorstellung wegen sich seit zwei Jahren wiederholender Probleme in Form von vermehrten Impulsdurchbrüchen, provokantem und oppositionell-aggressivem Verhalten gegenüber Gegenständen und Personen (Kindern und Erwachsenen). Der Junge stehe im Unterricht auf, laufe durch die Klasse, gehe zu anderen Kindern, nehme ihnen Sachen weg oder boxe sie. Er renne aus der Klasse und dem Schulgebäude, knalle die Türen und blockiere die Tür von außen mit einem Stuhl. Er habe schon festgehalten werden müssen, da er auf Zureden nicht mehr reagierte. In anderen Situationen renne er einfach weg. Die vom Kindesvater getrennt lebende Mutter glaubt, dass er kein Selbstvertrauen habe und sich „abgeschoben“ fühle (von der Mutter, dem Vater und dem Halbbruder). Infolgedessen wirke er oft traurig und hilfsbedürftig, ohne weinen zu können. Oft käme es zu lautstarken Konflikten, er lasse sich nichts sagen und renne stattdessen weg. Zu Jahresbeginn wurde er wegen einer emotionalen Krise ohne erkennbaren Auslöser für fünf Wochen stationär in die Kinderpsychiatrie aufgenommen, was ihm nach eigener Aussage gut getan habe. Anschließend wurde der Junge unter Einbezug der Schulsozialstation in den Schulalltag der Heimatschule zurückgeführt. Nach den Sommerferien kam es in der Schule erneut zu affektiven Durchbrüchen.

2. Diagnose(n)

Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (F92.0) mit starken emotionalen Durchbrüchen, die sich im häuslichen und vor allem schulischen Kontext zeigen.

3. Indikation (mit Abgrenzung zum SGB V)

Angesichts der starken emotionalen Störung und depressiven Symptomatik erscheint eine Psychotherapie dringend indiziert. Es ist davon auszugehen, dass sich die Störungen vor dem Hintergrund der psychosozialen Belastung und mangelnden pädagogischen Orientierung in der Familie entwickelt hat. Es scheint, als versuche Alvise gegenwärtig mit seinen Emotionen von Traurigkeit, Alleinsein, Wertlosigkeit und Ängsten allein klar zu kommen. Die Mutter spüre dies auch, könne daran aber nichts ändern. Zu empfehlen ist eine Psychotherapie im Rahmen der Hilfe zur Erziehung nach § 27 SGB VIII mit enger Beratung der Eltern in z. T. getrennten Sitzungen.

4. Therapieziele

Alvise:

Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit und der Fähigkeit, den impulsiven Eigenantrieb und die Emotionen zu regulieren; Verbesserung der Wahrnehmung von Überforderung und Desorientierung; Entwicklung von Selbstvertrauen, positiven Selbstüberzeugungen und konstruktiven Verhaltensweisen; Auseinandersetzung mit eigenen Bedürfnissen, Gefühlen, Wünschen, Gedanken und Verhaltensmustern.

Bezugspersonen:

Exploration und vertiefte Reflexion von Schwierigkeiten, Fragestellungen und spannungsreichen Alltagssituationen; Förderung der Erziehungskompetenzen; Förderung sozialer Kontakte.

6.10 Fallbeispiel 10

Miranda, 11 Jahre

1. Problemstellung/Symptomatik

Das 11jährige Mädchen wurde wegen starker Schulleistungsprobleme im Lesen, Schreiben und Rechnen seit Schuleintritt vorgestellt. Sie habe nur wenige Freunde und tue sich schwer, Kontakte zu Gleichaltrigen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Sie habe wenig Selbstbewusstsein und fühle sich ungeliebt. Weiter werden starke Stimmungsschwankungen mit Traurigkeit und Wut sowie phasenweise auch verbal und körperlich aggressivem Verhalten gegenüber Eltern und Geschwistern beschrieben. Miranda klage zudem über Bauch- und Kopfschmerzen bei Auftreten von sozial-emotionalen Problemen und Konflikten. Bei Kummer neige sie zu Fressanfällen. Seit einem Verkehrsunfall zwei Jahre zuvor habe sie Ängste im Straßenverkehr und vor großen Menschenansammlungen. Aktuell zeige sie im familiären Kontext ein sexualisiertes Verhalten.

2. Diagnose(n)

Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.9). Expressive Sprachstörung (F80.1). Lese- und Rechtschreib-Störung (F81.0) bei durchschnittlicher kognitiver Leistungsfähigkeit. Inadäquate, verzerrte intrafamiliäre Kommunikation.

3. Indikation (mit Abgrenzung zum SGB V)

Angesichts der bestehenden sozial-emotionalen Symptomatik der Patientin vor dem Hintergrund einer Vielzahl von kritischen Lebensereignissen der Familie und einer jüngst traumatisierenden Erfahrung infolge eines Verkehrsunfalls sowie ihrer schulischen Teilleistungsstörungen erscheint eine Psychotherapie mit lerntherapeutischen Anteilen dringend indiziert. Aufgrund der Dauer und Vielzahl psychosozialer Belastungsfaktoren und kritischer Lebensereignisse in der Familie sowie aufgrund der Komplexität der anhaltenden Symptomatik ist die psychische Entwicklung des Mädchens maßgeblich von einer seelischen Behinderung bedroht. Vorrangig ist

derzeit eine Einzel-Psychotherapie, inklusive lerntherapeutischer Anteile und einer intensiven Beratungsarbeit mit den familiären und schulischen Bezugspersonen als Hilfe zur Erziehung zu empfehlen.

4. Therapieziele

Miranda:

Stärkung des Selbstwertgefühls und Schaffen von Selbstwirksamkeitserleben, Bearbeitung emotionaler Beeinträchtigungen, soziales Kompetenztraining, Einsatz lerntherapeutischer Elemente (Aufbau angemessener Lernmotivation, Reduktion von Leistungsdruck, Vermittlung von Strategien zur Lernorganisation).

Eltern:

Sensibilisierung der Eltern für die emotionalen Bedürfnisse der Patientin, alters- und entwicklungsangemessene Förderung der natürlichen Autonomiebestrebungen der Patientin. Psychoedukative Elternberatung zum Aufbau angemessenen Verhaltens bzw. Abbau unerwünschten Verhaltens sowie Aufbau eines positiven Familienklimas.

7.0 Zusammenfassung

Psychotherapeutische Hilfen finden außer in der Krankenbehandlung des SGB V auch in anderen Versorgungssystemen ihren Einsatz.

So existiert Psychotherapie im SGB VIII, dem Kinder- und Jugendhilfe-Gesetz, als eine Sonderform der ansonsten eher sozialpädagogischen Jugendhilfemaßnahmen. Sie kann dort als Hilfe zur Erziehung nach § 27, als Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen nach § 35a oder als Hilfe für junge Volljährige nach § 41 eingesetzt werden. Laut einer WIMES-Evaluationsstudie ist die ambulante Jugendhilfe-Psychotherapie die effektivste ambulante Jugendhilfeleistung.

Die Regelungen des KJHG werden in den einzelnen Bundesländern in den Gesetzen zur Ausführung des Kinder- und Jugendhilfe-Gesetzes (AG-KJHG) näher erläutert. In der aktuellen Fassung für Berlin heißt es in §25 (7): „Therapeutische Leistungen umfassen sowohl psychotherapeutische als auch andere therapeutische Leistungen nach wissenschaftlich anerkannten Methoden und werden von Personen durchgeführt, die über die erforderliche therapeutische Qualifikation verfügen müssen.“

Weitere Einzelheiten werden in der Rahmenleistungsbeschreibung für ambulante therapeutische Leistungen der Vertragskommission der Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft und gesonderten Rundschreiben erläutert.

Die in der Jugendhilfe tätigen PsychotherapeutInnen arbeiten wie die anderen freien Jugendhelfer im Auftrag der bezirklichen Jugendämter. Damit sind sie eingebunden in deren Hilfeplanverfahren und müssen einen Trägervertrag mit dem Landesjugendamt Berlin abschließen. Die fachliche Voraussetzung dafür ist die Approbation als Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn oder als Psychologische PsychotherapeutIn sowie der Nachweis, an einem entsprechenden Fortbildungscurriculum zur psychotherapeutischen Arbeit in der Jugendhilfe teilgenommen zu haben.

Während in der Heilbehandlung bzw. Krankenversorgung des SGB V das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen seelischen Erkrankung (z . Z. Diagnosen des ICD 10) Voraussetzung ist, muss in der Jugendhilfe zusätzlich eine Einschränkung der Erziehungsfähigkeit des erzieherischen Umfeldes oder eine Einschränkung der Teilhabefähigkeit des jungen Menschen am Leben in der Gemeinschaft vorliegen.

Das Behandlungsziel der Psychotherapie im SGB VIII ist somit nicht nur die Wiederherstellung der seelischen Gesundheit, sondern darüber hinaus eine bessere Befähigung des erzieherischen Umfeldes, den jungen Menschen förderliche Bedingungen für eine altersgemäße Reifung und eigenverantwortliche Persönlichkeitsentwicklung bereit stellen zu können oder ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft besser zu gewährleisten. Der erste Aspekt wird im § 27 ff., der zweite im § 35a geregelt.

Die in der Jugendhilfe in Frage kommenden Behandlungsziele und die dazu erforderlichen psychotherapeutischen Leistungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die intensive psychologisch-therapeutische Beratung der Erziehungs- und Bezugspersonen soll deren erzieherische Kompetenz stärken.

- Die psychotherapeutische Bearbeitung emotionaler, oft unbewusster Prozesse und Konflikte, von sozialen Entwicklungsstörungen und Beziehungskonflikten soll eine Veränderung zentraler Verhaltensweisen und Einstellungen des jungen Menschen und seiner Eltern bewirken, neue Handlungsmöglichkeiten eröffnen und seelische Leidenszustände beheben oder zumindest mindern.
- Die Verbesserung des familiären Interaktions- und Beziehungsgefüges dient der Sicherung der Entwicklung des jungen Menschen zu einer altersgemäßen, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.
- Ein Abbau von Verhaltensstörungen und Problemen, welche die familiäre, soziale, schulische und berufliche Integration des jungen Menschen stören, soll dazu verhelfen, konstruktive Auseinandersetzungsformen wiederzugewinnen.
- Krisenintervention und Prävention erfolgen im Kontext der Behandlung.

Aus der Beschreibung dieser Behandlungsinhalte ergibt sich, dass die Beratungsarbeit mit dem erzieherischen Bezugsumfeld einen größeren Umfang als in der Krankenbehandlung erfordert und insbesondere einen eigenen Stellenwert erhält. Durch die Rahmenleistungsbeschreibung wird begründet, dass Jugendhilfe-Psychotherapien nicht nachrangig zur Kassenbehandlung eingesetzt werden, sondern dass eine eigenständige Indikation bzw. Zielstellung erforderlich ist.

Einleitung, Kostenübernahme und Durchführung psychotherapeutischer Maßnahmen erfolgen im Rahmen der Hilfeplanung der Jugendämter gemäß § 36 SGB VIII.

Im Gegensatz zur Behandlung im Rahmen der Krankenkassen gibt es somit kein Erstzugangsrecht zu den BehandlerInnen. Diagnostik und Indikationsstellung erfolgen durch einen Fachdiagnostischen Dienst. In der Regel werden erst danach die PsychotherapeutenInnen gesucht und mit der Probatorik beauftragt. In den Therapieberichten und -plänen geht es deshalb vorrangig um die Darstellung der Störungsentwicklung und ihrer Zusammenhänge sowie welche Behandlungsplanungen mit welchen Zielen sich daraus herleiten.

Diese Therapieberichte verbleiben geschützt beim Fachdiagnostischen Dienst, der für den Regionalen Sozialpädagogischen Dienst ein „Hilfebegründendes Gutachten“ als Grundlage für dessen Hilfeplanverfahren und das abschließende Hilfeplangespräch mit allen Beteiligten erstellt. Hier erfolgen die Absprachen über die Ziele der Jugendhilfemaßnahme sowie die Reflexion des Hilfeverlaufs und ihrer Ergebnisse. Die Teilnahme der PsychotherapeutInnen an den Hilfeplangesprächen ist ein Novum und eine Herausforderung, da hier die Balance zu halten ist zwischen professioneller Verschwiegenheit und einer transparenten, kollegialen Kooperation der Beteiligten.

Das vereinbarte Fachleistungsstunden-Kontingent wird für ein Jahr übernommen. Stunden, die in diesem Zeitraum nicht abgeleistet wurden, verfallen. Für ein notwendig erachtetes zweites Therapiejahr muss mindestens zwei Monate vor Ablauf der Hilfefrist ein Verlängerungsbericht erstellt werden und damit ein erneutes Hilfeplanverfahren eingeleitet werden. Die Psychotherapie wird mit einem Abschlussbericht der TherapeutInnen und eventuellen weiteren Hilfeempfehlungen beendet.

8.0 Schlussworte

Zurück zu dem unehelichen Mädchen aus der Einleitungsgeschichte. Das hat nun endlich doch nach langem Bemühen seinen legitimen Platz in seiner Adoptivfamilie gefunden und ist inzwischen zu einem vollwertigen Familienmitglied geworden, von allen geliebt und geschätzt. Na ja, fast von allen. Ich hoffe sehr, dass diese kleine Familienchronik dazu beitragen wird, diesen Lebensweg besser verstehen zu können und ihn auch für anderen Familien begehbar zu machen.

Das „Berliner Modell“, Psychotherapien als sinnvolle und oft notwendige Hilfemaßnahmen in die Jugendhilfe zu integrieren, ist ein Erfolgsmodell und sollte endlich über die Stadt- und Landesgrenzen hinaus bekannt werden und Einzug in die Jugendhilfelandchaft der anderen Bundesländer finden, damit therapiebedürftige Kinder und Jugendliche und Familien in psychischer und sozialer Not eine angemessene Hilfe, Förderung und Unterstützung erhalten können.

9.0 Literatur

Generell sind alle in Frage kommenden Gesetze auf der Homepage der Berliner Verwaltung unter www.gesetze.berlin.de zu finden.

- 9.1 **Sozialgesetz Aechtes Buch**, SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe-Gesetz (KJHG) in der jeweils aktuellen Fassung, z. Z. 2010
- 9.2 **Ausführungsgesetz zum Kinder- und Jugendhilfe-Gesetz (AG-KJHG)**, Berlin, von Juni 2005, zuletzt geändert am 15.12.2010
- 9.3 **„Kinder- und Jugendstärkungs-Gesetz“ (KJSG)**, 2. Entwurf/Arbeitsfassung als Diskussionsgrundlage für ein neues SGB VIII vom 7.6.2016
- 9.4 **Psychotherapeutenkammer Berlin: KJHG-Kommission – Ergebnispapier „Psychotherapie in der Kinder- und Jugendhilfe“**, Berlin, 8.2004
- 9.5 **Psychotherapeutenkammer Berlin: KJHG-Kommission – Indikationskriterien für Psychotherapie in der Jugendhilfe**, Berlin, 15.12.2005
- 9.6 **Psychotherapeutenkammer Berlin: KJHG-Kommission – Qualitätsmerkmale bei der Durchführung von ambulanten Psychotherapien im Rahmen der Jugendhilfe nach §§27 und 35a SGB VIII**, Berlin, 19.12.2006
- 9.7 **Psychotherapeutenkammer Berlin: KJHG-Kommission – Besonderheiten von Psychotherapie in der Jugendhilfe**, Berlin, 29.1.2009
- 9.8 **Psychotherapeutenkammer Berlin: Fortbildungscurriculum Psychotherapie in der Kinder- und Jugendhilfe**, Berlin, 15.9.2011
- 9.9 **Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie**, zuletzt geändert 18.4.2013
- 9.10 **Prof.Dr.Dr.hc Reinhard Wiesner: Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht**, Gutachten im Auftrage der Psychotherapeutenkammer, Berlin, 7.6.2005
- 9.11 **Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft: Berliner Rahmenvertrag Jugendhilfe (BRVJ)**, Berlin, vom 15.12.2006 in der Fassung vom 1.4.2014
- 9.12 **Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft: Ausführungsvorschriften für Planung und Durchführung von Hilfe zur Erziehung und Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sowie Hilfe für junge Volljährige (AV Hilfeplanung)**, Berlin, vom 25.1.2014
- 9.13 **Dr. Harald Tornow: Abschlussbericht für die Projektphase 2010/2011, Wirkungsevaluation bei Hilfen zur Erziehung in Berlin**, 10.2.2012

10.0 Adressen

Zur Arbeitserleichterung in der Kooperation werden auf den folgenden Seiten die Adressen der „Fachdiagnostischen Dienste“ sowie der im Rahmen der Pflichtversorgung zuständigen „Fachkliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ aufgeführt.

Weiterhin werden die Ansprechbereiche in der für Jugend zuständigen Berliner Senatsverwaltung für die Beantragung und Erteilung von Trägerverträgen ebenso aufgeführt wie die zuständige Ansprechpartnerin für das Fortbildungscurriculum in der Psychotherapeutenkammer Berlin.

10.1

 Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste
 der Gesundheitsämter

Bezirksamt	Standort / Anschrift	Telefon / Fax
Charlottenburg-Wilmersdorf	Hohenzollerndamm 174 -177, 10713 Berlin	Tel. 9029-15536 Fax 9029-15535
Friedrichshain-Kreuzberg	Urbanstraße 24, 10967 Berlin	Tel. 90298-4968 Fax 90298-4970
Lichtenberg (Lichtenberg) (Hohenschönhausen)	Alfred-Kowalke-Straße 24, 10315 Berlin Oberseestraße 98, 13053 Berlin	Tel. 90296-4961 Fax 90296-4969 Tel. 90296-4954 Fax 90296-4959
Marzahn-Hellersdorf	Janusz-Korczak-Straße 32, 12627 Berlin Büro: Hellersdorf Büro: Marzahn	Fax 90293-3732 Tel. 90293-3691 Tel. 90293-3684
Mitte	Mathilde-Jakob-Platz 1, 10551 Berlin	Tel. 9018-33241/42 Fax 9018-32306
Neukölln (Nord) (Süd)	Mittelbuschweg 8, 12055 Berlin Britzer Damm 93, 12347 Berlin	Tel. 90239 4600 Fax 90239 4620 Tel. 90239-1242 Fax 90239-1355
Pankow	Grunowstraße 8–11, 13187 Berlin	Tel. 90295-2830/3 Fax 90295-2930
Reinickendorf	Teichstraße 65, Haus 4, 13407 Berlin	Tel. 90294-5043 Fax 90294-5140
Spandau	Klosterstraße 36, 13581 Berlin	Tel. 90279-2759 Fax 90279-5505
Steglitz-Zehlendorf	Königstraße 36, 14163 Berlin	Tel. 90299-5842 Fax 90299-6466
Tempelhof-Schöneberg	Welser Straße 23, 10777 Berlin	Tel. 90277-6900 Fax 90277-8220
Treptow-Köpenick	Hans-Schmidt-Straße 16, 12489 Berlin	Tel. 90297-4711 Fax 90297-4737

Region	Bezirke	Klinik
1. Region Nord	Reinickendorf Pankow	Helios-Klinikum Berlin-Buch Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Schwanebecker Chaussee 50, 13125 Berlin Anmeldung: 9401 55400/-15400
2. Region Mitte	Friedrichshain- Kreuzberg Mitte	Vivantes Klinikum im Friedrichshain Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Landsberger Alle 49, 10249 Berlin Anmeldung: 130 238011
3. Region Süd-Ost (1)	Treptow-Köpenick Neukölln	Vivantes Klinikum im Friedrichshain Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Landsberger Alle 49, 10249 Berlin Anmeldung: 130 238011
3. Region Süd-Ost (2)	Neukölln	Vivantes Klinikum Neukölln Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Zadekstraße 53, 12351 Berlin Anmeldung: 130 142840
4. Region Ost	Lichtenberg Marzahn- Hellersdorf	Ev. Krhs. Königin Elisabeth Herzberge Abt. für Psychiatrie u. Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Herzbergstraße 79, 10365 Berlin Anmeldung: 5472-3815
5. Region Süd-West	Steglitz- Zehlendorf Tempelhof- Schöneberg	St. Joseph-Krankenhaus Tempelhof Klinik für seelische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter Wüsthoffstraße 15, 12101 Berlin Anmeldung: 7882-0
6. Region West	Charlottenburg- Wilmersdorf Spandau	DRK Kliniken Westend Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie Spandauer Damm 130, 14050 Berlin Anmeldung: 3035-4520/ -4530

10.3

 Erziehungs- und Familienberatungsstellen der
 Jugendämter

Bezirksamt	Standort/Anschrift	Telefon
Charlottenburg- Wilmersdorf	Haubachstraße 45, 10585 Berlin	90291 8500
Friedrichshain- Kreuzberg	Frankfurter Allee 35–37, 10247 Berlin Mehringdamm 114, 10965 Berlin Adalbertstraße 23 b, 10997 Berlin	90298-4522 90298-2415 90298 1600
Lichtenberg Hohenschönhausen	Erieseering 4, 10319 Berlin Zum Hechtgraben 1, 13051 Berlin	5589264 9711396
Marzahn-Hellersdorf Marzahn Hellersdorf	Landsberger Allee 563, 12679 Berlin Golliner Straße 4, 12689 Berlin Etkar-André-Straße 8, 12627 Berlin	93 111 48 93496477 90293-3300
Mitte, Wedding Gesundbrunnen Moabit	Schulstraße 101, 13347 Berlin Grüntaler Straße 21, 13357 Berlin Turmstraße 75, 10559 Berlin	9018-45400 9018-45350 9018-34614
Neukölln Nord Neukölln Süd	Mittelbuschweg 8, 12055 Berlin Britzer Damm 93, 12347 Berlin	90239 4600 90239-1242
Pankow Buch Weißensee Prenzlauer Berg	Neue Schönholzer Straße 35, 13187 Berlin Franz-Schmidt-Str. 8-10, 13125 Berlin Amalienstraße 8, 13086 Berlin Fröbelstraße 17, 10405 Berlin	90295-2750 90295-3794 90295-8333 90295-3622
Reinickendorf	Nimrodstraße 4–14, 13469 Berlin	90294-6349/50
Spandau	Carl-Schurz-Str.2-6, 13597 Berlin	90279-2448
Steglitz-Zehlendorf	Beethovenstraße 34–38, 12247 Berlin Königin-Luise-Straße 88, 14195 Berlin	90299-2501 90299-8410
Tempelhof-Schöneberg	Sponholzstraße 15, 12159 Berlin	90277-7830
Treptow-Köpenick Treptow Köpenick	Plönzeile 7, 12459 Berlin Myliusgarten 20, 12587 Berlin	90297-5460 90297-3600

10.4

 Schulpsychologische Beratungs-
 und Unterstützungszentren

Bezirksamt	Standort / Anschrift	Telefon / Fax
Charlottenburg-Wilmersdorf	Waldschulallee 31, 14055 Berlin	Tel. 90292-5150 Fax 90292-5155
Friedrichshain-Kreuzberg	Fraenkelufer 18, 10999 Berlin	Tel. 6167 17811 Fax 6167 17805
Lichtenberg	Zum Hechtgraben 1, 13051 Berlin	Tel. 5158 8271 1 Fax 5158 8272 3
Marzahn-Hellersdorf	Naumburger Ring 17, 12627 Berlin	Tel. 9114867-0 Fax 9114867-27
Mitte	Badstraße 10, 13357 Berlin	Tel. 4039 4922 61 Fax 4039 4922 60
Neukölln	Boddinstraße 34 12053 Berlin	Tel. 90239-2788 Fax 6270-5900
Pankow	Gleimstraße 49, 10437 Berlin	Tel. 4050 0558 Fax 4030 1338
Reinickendorf	Nimrodstraße 4–14, 13469 Berlin	Tel. 90294-4837 Fax 90294-4840
Spandau	Streitstraße 6, 13587 Berlin	Tel. 90279-5850/1 Fax 90279-5865
Steglitz-Zehlendorf	Dessauerstraße 49–55, 12249 Berlin	Tel. (030) 90299-2572 Fax (030) 90299-2602
Tempelhof-Schöneberg	Ebersstraße 9 A, 10827 Berlin	Tel. 90277-4374 Fax 90277-6590
Treptow-Köpenick	Luisenstraße 16, 12557 Berlin	Tel. 65661230 Fax 65661255

Psychotherapeutenkammer Berlin	Kurfürstendamm 184, 10707 Berlin	887140-0 info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
Mechthild Engert	Referentin für Fort – und Weiterbildung	8892 490 11 engert@psychotherapeutenkammer-berlin.de
Peter Ellesat	Kinderschutz- beauftragter	887140-0 info@psychotherapeutenkammer-berlin.de

10.6 Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie

Abt. III D: Erziehungshilfen und Verträge	Bernhard-Weiß-Straße 6, 10178 Berlin	Telefon 90227-App. Email: vorname.nachname @senbjf.berlin.de
III D: Referatsleitung	Monika.Schipmann	App. -5580
III D 1: Leitung HzE	Winfried.Flemming	App. -5571
III D 11: Hilfeplanung	Martin.Bueren	App. -5614
III D 3: Leitung Verträge	Ulrike.Braeutigam	App. -6555
III D 33: Trägerverträge A	Heidrun.Kohlhaas	App. -5311
III D 31: Trägerverträge B – E	Carmen.Ross	App. -5310
III D 39: Trägerverträge F – J	Thomas.Schmidt	App. -5293
III D 39: Trägerverträge K	Eva.Maria.Robaczek-Tiedje	App. -5573
III D 37: Trägerverträge L – R	Monika.Reichmuth-Seinwill	App. -5309
III D 35: Trägerverträge S – Z	Edita.Palesch	App. -5307

11.0 Anhang: Rundschreiben und Vereinbarungen

Im Folgenden werden die aktuell maßgeblichen Regelungen der für den Bereich Jugend und Familie zuständigen Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft abgedruckt, die die Grundlagen für die Einsetzung und Kostenübernahme der (psycho-)therapeutischen Jugendhilfeleistungen bilden.

Sie sind aktualisiert nachlesbar im Internet der Berliner Senatsverwaltung unter www.berlin.de/sen/jugend/familie-und-kinder/hilfe-zur-erziehung/fachinfo, dort im Handbuch zu den Hilfen zur Erziehung (HzE) und Eingliederungshilfe (EGL).

11.1 Ergänzende Hinweise zum Kinderschutz

Psychotherapeutinnen und –therapeuten, die nach dem SGB VIII arbeiten, sind gesetzlich verpflichtet, für den Schutz der ihnen anvertrauten Kinder zu sorgen.⁽¹⁾
Im Einzelnen heißt es im § 8a des SGB VIII:

...

(4) In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass

1. deren Fachkräfte bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung eines von ihnen betreuten Kindes oder Jugendlichen eine Gefährdungseinschätzung vornehmen,
2. bei der Gefährdungseinschätzung eine insoweit erfahrene Fachkraft beratend hinzugezogen wird sowie
3. die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche in die Gefährdungseinschätzung einbezogen werden, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

In die Vereinbarung ist ... insbesondere die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte der Träger bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die Gefährdung nicht anders abgewendet werden kann.

(5) Werden einem örtlichen Träger gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sind dem für die Gewährung von Leistungen zuständigen örtlichen Träger die Daten mitzuteilen, deren Kenntnis zur Wahrnehmung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a erforderlich ist. Die Mitteilung soll im Rahmen eines Gesprächs zwischen den Fachkräften der beiden örtlichen Träger erfolgen, an dem die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche beteiligt werden sollen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

Das besagt, dass bei einem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung diesem in Kooperation mit dem Kind / Jugendlichen und den Sorgeberechtigten nachgegangen werden muss. Eine Meldung an das Jugendamt ist nur und erst dann erforderlich, wenn alle eigenen Möglichkeiten auch in der Arbeit mit den Sorgeberechtigten erfolglos ausgeschöpft sind. Eine Meldepflicht besteht nicht. Vor einer Meldung an das Jugendamt sollten die Sorgeberechtigten und das Kind / der Jugendliche darüber informiert werden, um eine Kooperation vielleicht doch noch zu erreichen.

Weil eine Gefährdungsabschätzung („gewichtige Anhaltspunkte“) und das Hinwirken auf weitere Hilfen und die Kooperation mit den Sorgeberechtigten in diesen Fällen oft schwierig ist, ist es angeraten zur Unterstützung bei der Einschätzung und der Planung des Vorgehens eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ hinzuziehen. Große Träger haben meist eine eigene solche Fachkraft, Beratung wird aber auch vom Kinderschutzbeauftragten der Psychotherapeutenkammer oder vom Kinderschutz-Zentrum Berlin kostenlos angeboten.

Peter Ellesat (Kinderschutzbeauftragter der Psychotherapeutenkammer Berlin)

1. Eine ähnliche gesetzliche Regelung besteht mit dem §4 KKG auch für alle niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen.

11.2 **Rahmenleistungsbeschreibung zu den ambulanten
therapeutischen Leistungen, Vorblatt und Seiten 1–7**

Anlage D.5

**zum Berliner Rahmenvertrag für Hilfen in Einrichtungen und durch
Dienste der Kinder- und Jugendhilfe (BRV Jug) vom
15.12.2006**

**Rahmenleistungsbeschreibung
Ambulante therapeutische Leistungen gemäß SGB VIII
(in der Fassung vom 01.06.2006, Preisbasis 2014/2015)**

Rahmenleistungsbeschreibung zu den ambulanten therapeutischen Leistungen gemäß SGB VIII (in der Fassung vom 1. Juni 2006)

Präambel

Mit der Zusammenfassung der therapeutischen Leistungen in eine Rahmenleistungsbeschreibung ist das grundsätzliche Ziel verbunden, einen Rahmen für eine Flexibilisierung und Passgenauigkeit der Hilfe bezogen auf den Einzelfall zu schaffen.

Hilfeschwerpunkt, Umfang und Dauer der Leistung sollen sich am Bedarf im Einzelfall orientieren und werden ausschließlich im Hilfeplanverfahren festgelegt und vereinbart. Die Fachleistungsstunde umfasst 60 Minuten. Eine Aufschlüsselung einzelner Leistungsanteile bei der Bildung eines Kontingents von Fachleistungsstunden für einen definierten Hilfezeitraum soll nicht mehr erfolgen.

Näheres zum Verfahren wird durch Rundschreiben der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport dargelegt.

Es ist die Aufgabe des Leistungserbringers, nach den Regeln fachlichen Könnens die vertraglich vereinbarte und in der Hilfeplanung konkretisierte Hilfe zu erbringen, innerhalb des vereinbarten Stundenumfanges (Kontingent) die notwendigen fachlichen Schwerpunkte zu setzen und seine Leistungserbringung gegenüber dem Jugendamt fachlich-inhaltlich zu dokumentieren. Veränderungsnotwendigkeiten werden in das Hilfeplanverfahren eingebracht.

Mit der Fachleistungsstunde sind alle fallbezogenen Leistungsanteile und die in der Rahmenleistungsvereinbarung vereinbarten Leistungen zur Qualitätsentwicklung abgegolten.

Fallunspezifische Leistungen, die im Rahmen der Sozialraumorientierung von bestimmten Trägern erbracht werden, sind nicht Bestandteil der auf die Hilfeplanung im Einzelfall bezogenen Rahmenleistungsbeschreibungen.¹

Unter der Rahmenleistungsbeschreibung zu den ambulanten therapeutischen Leistungen nach SGB VIII werden vier Leistungstypen definiert:

Leistungstyp 1: ambulante Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung im Kontext von pädagogischen Zielen / Leistungen (§ 27 SGB VIII)

Leistungstyp 2: ambulante Psychotherapie als Bestandteil der Eingliederungshilfe (§ 35a SGB VIII)

Leistungstyp 3: Integrative Lerntherapie als Bestandteil der Eingliederungshilfe (§ 35a SGB VIII)

Leistungstyp 4: ambulante Familientherapie als Hilfe zur Erziehung im Kontext von pädagogischen Zielen / Leistungen (§ 27 SGB VIII).

Das Profil der jeweiligen therapeutischen Hilfeform mit ihrem speziellen Fokus drückt sich in den verschiedenen Leistungstypen aus und findet darüber hinaus seinen Niederschlag in unterschiedlichen Fachleistungsstundensätzen entsprechend der verschiedenen Qualifikationsebenen. Die ggf. erforderliche Kombination von therapeutischen Hilfen mit anderen pädagogischen Hilfen nach dem SGB VIII richtet sich nach dem Bedarf im Einzelfall und wird im Hilfeplan festgelegt.

¹ Fallunspezifische Leistungen umfassen insbesondere die Mitwirkung an der sozialen Infrastrukturentwicklung, die Aneignung von Kenntnissen über den sozialen Raum sowie Aufbau und Pflege von Kontakten bzw. Netzwerken ohne unmittelbares einfallbezogenes Verwertungsinteresse, die Teilnahme an Facharbeitsgruppen und ressortübergreifenden Arbeitsgruppen im Sozialraum sowie die Teilnahme an einfallübergreifenden Fachgesprächen.

Rahmenleistungsbeschreibung für ambulante therapeutische Leistungen gemäß SGB VIII

Leistungstyp 1

Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung im Kontext von pädagogischen Leistungen (§ 27 SGB VIII)

Vorbemerkung:

Diese Leistungsbeschreibung bezieht sich auf psychotherapeutische Leistungen, die im Kontext von Hilfe zur Erziehung von approbierten Psychologischen Psychotherapeut(inn)en und approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en auf der Basis von Vereinbarungen nach § 77 SGB VIII erbracht werden.

Psychotherapie im Zusammenhang von Hilfen zur Erziehung setzt voraus, dass im Einzelfall ein erzieherischer Bedarf sowie darüber hinaus eine behandlungsbedürftige Störung besteht. Die psychotherapeutische Hilfe erfolgt auf der Basis der Hilfeplanung.

Zielstellungen:

Die Hilfe soll möglichst frühzeitig einsetzen und an den in der Familie vorhandenen Ressourcen anknüpfen.

Psychotherapie als Bestandteil von Hilfe zur Erziehung im Kontext von pädagogischen Zielen / Leistungen hat die Überwindung spezifischer Schwächen im familiären Erziehungssystem zum Ziel, die zur Störung der Entwicklung des jungen Menschen beitragen bzw. führen. Gemäß dieser Grundorientierung setzen die einzelnen Elemente der Psychotherapie sowohl an den erzieherischen Kompetenzdefiziten oder Überforderungssituationen der Eltern (und anderer vergleichbarer Bezugspersonen) an, als auch direkt an der korrespondierenden psychischen Störung des jungen Menschen.

- Abbau von Verhaltensstörungen und Problemen, welche die familiäre, soziale, schulische und berufliche Integration stören oder sie mit hoher Wahrscheinlichkeit stören werden. Reduzierung des Störungs- und Anforderungspotentials bei dem jungen Menschen auf ein Maß, das es seinen erwachsenen Bezugspersonen realistisch erlaubt, konstruktive Auseinandersetzungsformen (wieder-) zu gewinnen,
- Veränderung zentraler, als belastend empfundener Verhaltensweisen und Einstellungen, soweit sie den eingangs genannten grundlegenden Zielstellungen entgegenstehen, sowie Eröffnung neuer Handlungsmöglichkeiten,
- Stärkung der erzieherischen Kompetenz der Eltern und anderer Bezugspersonen, damit diese in die Lage versetzt werden, ihren für die Entwicklung des jungen Menschen notwendigen Beitrag zu leisten,

- Verbesserung des familiären Interaktions- und Beziehungsgefüges unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes, insbesondere der relevanten Bezugspersonen, zur Sicherung der Entwicklung des jungen Menschen zu einer altersgemäß entwickelten eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit,
- Krisenintervention und Prävention im Rahmen der Psychotherapie.

Organisationsformen:

Die Ausgestaltung der Leistung (einzel-, gruppenbezogen, Kurz- oder Langzeittherapie) richtet sich nach dem konkreten Hilfebedarf im Einzelfall.

Umfang, Dauer und Ziele der Leistung werden im Rahmen der Hilfeplanung festgelegt.

Leistungen:

- Psychotherapeutische Bearbeitung von Verhaltens- und Erlebensstörungen, sozialen Entwicklungsstörungen, Beziehungskonflikten und Behandlung von psychologisch beschreibbaren symptomatischen Störungen in zu vereinbarenden Settings (einzel-, gruppen-, familienbezogen),
- Psychologische Beratung der Erziehungspersonen, Einbeziehung von anderen Bezugspersonen und an der Erziehung Beteiligten, auch im weiteren sozialen Umfeld, speziell von Erzieher(inne)n und Lehrer(inne)n,
- Kooperation mit dem Jugendamt und den beauftragten fachdiagnostischen Diensten, Teilnahme an Hilfeforenzen,
- Erstellung eines Therapieplanes auf der Basis von probatorischen Sitzungen,
- Fertigung von Zwischen- und Abschlussberichten,
- Vor- und Nachbereitung / Dokumentation der therapeutischen Sitzungen,
- Leistungen zur Qualitätsentwicklung, wie z. B. kollegiale Beratung, Qualitätszirkel, Fortbildung, externe Supervision, Evaluation.

Qualität:

Zur Vereinbarung der Qualität auf den drei Qualitätsebenen Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität wird ein Schlüsselprozess ausgewählt, z.B. **„Gestaltung des therapeutischen Vorgehens“**

Entwicklung von Prozessqualität anhand ausgewählter Qualitätskriterien, z. B.

Einbeziehung aller am Prozess Beteiligten auf der Grundlage der individuellen Hilfeplanung, Therapieprozess nach den Erfordernissen des Einzelfalls und an den Therapiezielen ausrichten, Kontinuierliche Dokumentation des Prozessverlaufes.

Entwicklung von Strukturqualität anhand ausgewählter Qualitätskriterien, z. B.

Gewährleistung der personellen und fachlichen Voraussetzungen gemäß den Anforderungen, Verlässlichkeit des Leistungserbringers, Vernetzung und Kooperation im Sozialraum.

Entwicklung von Ergebnisqualität anhand ausgewählter Qualitätskriterien, z. B.

Prüfen der Zielerreichung der im Hilfeplan vereinbarten Therapieziele unter Einbeziehung der Leistungsadressaten.

Personal- und Leistungsorganisation:

Approbierter/r Psychologische/r Psychotherapeut/in bzw. approbierte/r Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut/in.

Eine Fachleistungsstunde (FLS) umfasst 60 Minuten. Darin sind alle Aufwendungen für fallspezifische Leistungen und Leistungen zur Qualitätseentwicklung enthalten.

Die Kalkulationsgrundlage ist Bestandteil der Leistungsbeschreibung.

0,1 Stellenanteil für Leitung/ Koordination/Qualitätseentwicklung,
EG 13 TV-L Berlin in Trägerstrukturen

0,8 Psychotherapeut/in, EG 12/ EG 13 TV-L Berlin

0,2 nicht fest Angestellte/r, EG 12/ EG 13 TV-L Berlin

800 €¹ Supervision je vollbeschäftigte Fachkraft

0,1 Stellenanteil für Leitung/Koordination/Qualitätseentwicklung,
EG 11 TV-L Berlin in Trägerstrukturen

0,8 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in, EG 11 TV-L Berlin

0,2 nicht fest Angestellte/r, EG 10/ EG 11 TV-L Berlin

800 €¹ Supervision je vollbeschäftigte Fachkraft

Berechnungsgrundlagen:

Sachkostenpauschale in Höhe von 9.200 €¹ für:

- Verwaltungskosten insgesamt (Personal, Miete, Sachaufwand)
- Wirtschaftsaufwand
- Betreuungsaufwand/pädagogische Sachmittel
- Investitionsentgelt bei Gruppenarbeit

Personalkosten (kalkulatorisch)

- 80 %/20 % festangestellte/nicht festangestellte Fachkräfte
- 0,1 Leistungsanteil in Trägerstrukturen
- Pauschale für Qualitätseentwicklung, externe Fortbildung und Supervision in Höhe von 800 €¹

Auslastung: 96 %

Rahmenleistungsbeschreibung für ambulante therapeutische Leistungen gemäß SGB VIII

Leistungstyp 2

Psychotherapie als Bestandteil der Eingliederungshilfe (§ 35a SGB VIII)

Vorbemerkung:

Diese Leistungsbeschreibung bezieht sich auf psychotherapeutische Leistungen, die als Bestandteil der Eingliederungshilfe nach § 35 a Abs. 3 SGB VIII i. V. m. § 54 Abs. 1 SGB XII, § 26 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX von approbierten Psychologischen Psychotherapeut(inn)en und approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en auf der Basis von Vereinbarungen nach § 77 SGB VIII erbracht werden.

Psychotherapie im Kontext von Eingliederungshilfe richtet sich an den jungen Menschen selbst und soll eine drohende seelische Behinderung verhüten oder eine bereits eingetretene Behinderung und deren Folgen beseitigen oder mindestens deutlich mindern und ihm so die altersgemäße Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft möglichst weitgehend (wieder) ermöglichen.

Die psychotherapeutische Hilfe erfolgt auf der Basis der Hilfeplanung.

Zielstellungen:

- Veränderung zentraler, als belastend empfundener Verhaltensweisen und Einstellungen, die auf der psychischen Ebene eine tiefe lebensgeschichtliche Bedeutung haben, sowie Eröffnung neuer Handlungsmöglichkeiten.
- (Wieder-)Herstellung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.
- Bearbeitung emotionaler, oft unbewusster Prozesse und Konflikte sowie Behebung oder zumindest Minderung seelischer Leidenszustände und ggf. damit verbundener körperlicher Beeinträchtigungen.
- Abbau von Verhaltensstörungen und Problemen, welche die familiäre, soziale, schulische und berufliche Integration stören oder sie mit hoher Wahrscheinlichkeit stören werden. Reduzierung des Störungs- und Anforderungspotentials bei dem jungen Menschen auf ein Maß, das es seinen erwachsenen Bezugspersonen realistisch erlaubt, konstruktive Auseinandersetzungsformen (wieder-) zu gewinnen.
- Verbesserung des familiären Interaktions- und Beziehungsgefüges unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes, insbesondere der relevanten Bezugspersonen, zur Sicherung der Entwicklung des jungen Menschen zu einer altersgemäß entwickelten eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.
- Krisenintervention und Prävention im Kontext der Therapie.

Organisationsformen:

Die Ausgestaltung der Leistung (einzel-, gruppenbezogen, Kurz- oder Langzeittherapie) richtet sich nach dem konkreten Hilfebedarf im Einzelfall.

Umfang, Dauer und Ziele der Leistung werden im Rahmen der Hilfeplanung festgelegt.

Leistungen:

- Psychotherapeutische Bearbeitung von Verhaltens- und Erlebensstörungen, sozialen Entwicklungsstörungen, Beziehungskonflikten und Behandlung von psychologisch beschreibbaren symptomatischen Störungen in zu vereinbarenden Settings (einzel-, gruppen-, familienbezogen),
- Psychologische Beratung der Erziehungspersonen, Einbeziehung von anderen Bezugspersonen und an der Erziehung Beteiligten, auch im weiteren sozialen Umfeld, speziell von Erzieher(inne)n und Lehrer(inne)n,
- Kooperation mit dem Jugendamt und den beauftragten fachdiagnostischen Diensten, Teilnahme an Hilfekonferenzen,
- Erstellung eines Therapieplanes auf der Basis von probatorischen Sitzungen,
- Fertigung von Zwischen- und Abschlussberichten,
- Vor- und Nachbereitung / Dokumentation der therapeutischen Sitzungen,
- Leistungen zur Qualitätsentwicklung, wie z. B. kollegiale Beratung, Qualitätszirkel, Fortbildung, externe Supervision, Evaluation.

Qualität:

Zur Vereinbarung der Qualität auf den drei Qualitätsebenen Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität wird ein Schlüsselprozess ausgewählt, z.B. **„Gestaltung des therapeutischen Vorgehens“**

Entwicklung von Prozessqualität anhand ausgewählter Qualitätskriterien, z. B.

Einbeziehung aller am Prozess Beteiligten auf der Grundlage der individuellen Hilfeplanung, Therapieprozess nach den Erfordernissen des Einzelfalls und an den Therapiezielen ausrichten, Kontinuierliche Dokumentation des Prozessverlaufes.

Entwicklung von Strukturqualität anhand ausgewählter Qualitätskriterien, z. B.

Gewährleistung der personellen und fachlichen Voraussetzungen gemäß den Anforderungen, Verlässlichkeit des Leistungserbringers, Vernetzung und Kooperation im Sozialraum.

Entwicklung von Ergebnisqualität anhand ausgewählter Qualitätskriterien, z. B.

Prüfen der Zielerreichung der im Hilfeplan vereinbarten Therapieziele unter Einbeziehung der Leistungsadressaten.

Personal- und Leistungsorganisation:

Approbierte/r Psychologische/r Psychotherapeut/in bzw. approbierte/r Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut/in.

Eine Fachleistungsstunde (FLS) umfasst 60 Minuten. Darin sind alle Aufwendungen für fallspezifische Leistungen und Leistungen zur Qualitätsentwicklung enthalten.

Die Kalkulationsgrundlage ist Bestandteil der Leistungsbeschreibung.

0,1 Stellenanteil für Leitung/ Koordination/Qualitätsentwicklung,

EG 13 TV-L Berlin in Trägerstrukturen

0,8 Psychotherapeut/in, EG 12/ EG 13 TV-L Berlin

0,2 nicht fest Angestellte/r, EG 12/ EG 13 TV-L Berlin

800 €¹ Supervision je vollbeschäftigte Fachkraft

0,1 Stellenanteil für Leitung/Koordination/Qualitätsentwicklung,

EG 11 TV-L Berlin in Trägerstrukturen

0,8 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in, EG 11 TV-L Berlin

0,2 nicht fest Angestellte/r, EG 10/ EG 11 TV-L Berlin

800 €¹ Supervision je vollbeschäftigte Fachkraft

Berechnungsgrundlagen:

Sachkostenpauschale in Höhe von 9.200 €¹ für:

- Verwaltungskosten insgesamt (Personal, Miete, Sachaufwand)
- Wirtschaftsaufwand
- Betreuungsaufwand/pädagogische Sachmittel
- Investitionsentgelt bei Gruppenarbeit

Personalkosten (kalkulatorisch)

- 80 %/20 % festangestellte/nicht festangestellte Fachkräfte
- 0,1 Leistungsanteil in Trägerstrukturen
- Pauschale für Qualitätsentwicklung, externe Fortbildung und Supervision in Höhe von 800 €¹

Auslastung: 96 %

Dieses Rundschreiben beschreibt das berlinweite Verfahren zur Umsetzung der Rahmenleistungsbeschreibung für die ambulanten therapeutischen Hilfen.

Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung



Beuthstr. 6 - 8
10117 Berlin-Mitte

☒ 2 Spittelmarkt
☎ M 48, 248, 347

Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung ■ Beuthstr. 6 - 8 ■ D-10117 Berlin

Bezirksämter vom Berlin
Geschäftsbereich Jugend - ASD, EFB/KJPD
Geschäftsbereich Gesundheit - KJPD
Schulpsychologische Beratungszentren

www.berlin.de/sen/bwf

Nachrichtlich:
Landesjugendhilfeausschuss —UA Erzieherische Hilfen
Verbände der Leistungserbringer
Rechnungshof von Berlin

Geschäftszeichen III D 11
Bearbeitung Maria Zartnack
Zimmer 2029
Telefon 030 9026 5571
Vermittlung ■ intern 030 9026 7 ■ 926
Fax +49 30 9026 5037
eMail maria.zartnack@senbjs.verwalt-berlin.de
Datum 30.11.2006

Jugend- Rundschreiben Nr. 66/2006

**Verfahren zur Gewährung von
ambulanter Psychotherapie gemäß §§ 27 oder 35 a SGB VIII,
integrativer Lerntherapie gemäß § 35 a SGB VIII,
Familientherapie gemäß § 27 SGB VIII**

Dieses Rundschreiben soll dazu dienen, ein berlineinheitliches Vorgehen bei der Gewährung von therapeutischen Leistungen im Rahmen des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) zu sichern, soweit sie durch niedergelassene oder bei einem Träger arbeitende therapeutische Fachkräfte auf Grundlage des Beschlusses Nr. 4/2006 der Vertragskommission Jugend ‚Rahmenleistungsbeschreibung zu den ambulanten therapeutischen Leistungen gemäß SGB VIII‘ (Anlage) ab dem 1.1.2007 erbracht werden. Therapeutische Leistungen der Erziehungs- und Familienberatungsstellen sind nicht Gegenstand dieses Rundschreibens.

1. Hilfeplanverfahren

Nach § 36 SGB VIII ist die Gewährung von Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche an die Hilfeplanung durch das zuständige Jugendamt

Bankverbindungen	Landeshauptkasse Berlin	
	Kontonummer	BLZ
Postbank Berlin	58100	10010010
Berliner Bank	9919260800	10020000
Landesbank Berlin	0990007600	10050000
Bundesbank Filiale Berlin	10001520	10000000

Seite 1 von 6

gebunden. Die Hilfeplanung findet unter der Federführung und in Verantwortung der fallzuständigen Fachkraft des Jugendamtes im Zusammenwirken aller Beteiligten und unter Einbeziehung anderer Fachkräfte im Rahmen kollegialer Beratung statt (AV-Hilfeplanung Nr.6.3). Zeichnet sich ein psychotherapeutischer oder familientherapeutischer Hilfebedarf ab, holt die fallzuständige Fachkraft gemäß § 35 a Abs.1 a SGB VIII die Stellungnahme eines fachdiagnostischen Dienstes des Jugendamtes (Erziehungs- und Familienberatung - EFB) oder des Gesundheitsamtes (Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst - KJPD), ggf. auch des Schulpsychologischen Beratungszentrums, ein. Vorhandene gutachterliche Stellungnahmen sollen einbezogen werden.

Im Falle von umschriebenen Teilleistungsstörungen, die ggf. eine Integrative Lerntherapie auf Basis des § 35a SGB VIII angezeigt erscheinen lassen, wird die Diagnostik durch das Schulpsychologische Beratungszentrum durchgeführt.

Dabei sind das Schulgesetz, sowie die einschlägigen Regelungen für das Schulpsychologische Beratungszentrum, evtl. eine sonderpädagogische Diagnostik, zu beachten. Näheres zum Verfahren wird in einem gesonderten gemeinsamen Rundschreiben von Jugend und Schule geregelt.

Verpflichtungen anderer Sozialleistungsträger (insbesondere nach dem SGB V) gehen Jugendhilfeleistungen vor und dürfen nicht deshalb versagt werden, weil nach dem SGB VIII entsprechende Leistungen vorgesehen sind. Bei der Gewährung psychotherapeutischer Leistungen nach dem SGB VIII ist deswegen immer zu prüfen, ob andere Sozialleistungsträger vorrangig in Betracht kommen. Dem fachdiagnostischen Dienst obliegt es zu prüfen, ob psychotherapeutische Behandlung einer seelischen Erkrankung im Leistungsrahmen der Krankenversicherung vorgeht. Ggf. vermittelt er die Betroffenen in eine entsprechende Behandlungsmöglichkeit außerhalb der Zuständigkeit des SGB VIII.

Ist dies nicht der Fall und erscheint statt dessen nach der diagnostischen Klärung eine therapeutische Hilfe im Sinne der Hilfe zur Erziehung oder der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII angezeigt, so teilt der fachdiagnostische Dienst dieses Ergebnis mit einer entsprechenden Begründung der fallzuständigen Fachkraft im Jugendamt mit. Probatorische Sitzungen im Rahmen der Psychotherapie sind im Einvernehmen mit der fallzuständigen Fachkraft zu beauftragen, soweit sie für die Erstellung eines Therapieplans notwendig sind. Erst danach kann der fachdiagnostische Dienst entscheiden, ob er dem vorgeschlagenen Therapieplan zustimmt oder nicht.

Die Stellungnahme des fachdiagnostischen Dienstes an die fallzuständige Fachkraft beschreibt sowohl die diagnostizierte Störung als auch deren Auswirkungen auf die Entwicklung und die Erziehungs- bzw. die Teilhabebedingungen des jungen Menschen. Sie enthält Aussagen zur Geeignetheit der gewählten Methode, zum empfohlenen Stundenkontingent und zur voraussichtlichen Dauer der therapeutischen Hilfe. Ferner werden Aussagen zur Aktivierbarkeit von Ressourcen zur Bewältigung der diagnostizierten Störung und eine begründete Prognose zur Wirksamkeit der therapeutischen Hilfe getroffen.

Unter Berücksichtigung der Stellungnahme des fachdiagnostischen Dienstes wird im Jugendamt unter Federführung der fallzuständigen Fachkraft unter Beteiligung des fachdiagnostischen Dienstes gemäß § 36 Abs. 3 SGB VIII die Entscheidung über die Geeignetheit der vorgesehenen Hilfe getroffen. Sofern keine andere Leistung in Betracht kommt, ergeht auf Basis der Hilfeplanentscheidung ein Bewilligungsbescheid an die Leistungsberechtigten. Ohne den Bewilligungsbescheid des Jugendamtes an die Leistungsberechtigten ist keine Übernahme der Kosten für therapeutische Leistungen im Rahmen des SGB VIII möglich (AV Hilfeplanung Nr. 6.3. Absatz 9).

Therapeutische Fachkräfte sind im Rahmen des SGB VIII verpflichtet, Klienten, die sie aus eigenem Antrieb aufsuchen, den Verfahrensweg deutlich aufzuzeigen und eine Therapie erst zu beginnen, wenn das Jugendamt der Leistung zugestimmt hat. Mit Übernahme eines Falles akzeptiert die therapeutische Fachkraft die Regeln des Hilfeplanverfahrens und die einschlägigen Regelungen des BRVJ. Dazu gehört grundsätzlich auch die Teilnahme an Hilfeplangesprächen, die in der Regel nach 6 Monaten (ggf. in kürzeren oder längeren im Hilfeplan festgelegten Überprüfungsintervallen) stattfinden und in denen Therapieziele (neu) zu definieren bzw. bisherige Therapieschritte zu reflektieren sind, sowie bei Beendigung der Therapie die Abfassung eines Abschlussberichtes an den fachdiagnostischen Dienst. Zwischen Jugendamt und Leistungserbringer wird vereinbart, in welchen Fällen bzw. Fallkonstellationen das Jugendamt auch innerhalb des Zeitkontingents zu informieren ist. Die therapeutische Fachkraft ist aufgefordert, im Interesse des Klienten an der Bestimmung und Reflexion von übergreifenden Richtungs- und Handlungszielen mitzuwirken. Die Vertraulichkeit des Therapieprozesses bleibt davon unberührt.

2. Indikation für therapeutische Leistungen gemäß SGB VIII

Leistungstyp 1: Ambulante Psychotherapie nach § 27 SGB VIII als Hilfe zur Erziehung

Ambulante Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung ist angezeigt, wenn sich vor dem Hintergrund erzieherischer Kompetenzdefizite oder Überforderungssituationen der Eltern oder vergleichbarer Bezugspersonen beim jungen Menschen psychische Auffälligkeiten herausgebildet haben, die ihn in seiner Persönlichkeitsentwicklung gefährden. Außer der direkten Behandlung der psychischen Störungen des jungen Menschen findet eine psychologisch/psychotherapeutisch orientierte Beratung der Eltern bzw. anderer Bezugspersonen statt, um diese (wieder) zu befähigen, innerhalb des familiären Erziehungssystems die vorhandenen Ressourcen zu entwickeln und zu erweitern und für die Entwicklung des jungen Menschen angemessene Bedingungen zu schaffen.

Leistungstyp 2: Ambulante Psychotherapie nach § 35 a SGB VIII als Eingliederungshilfe

Psychotherapie als Eingliederungshilfe ist angezeigt, wenn aufgrund einer bestehenden bzw. mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartenden seelischen Behinderung beim jungen Menschen eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft eingetreten ist bzw. einzutreten droht. Die Hilfe ist primär auf die Integrationsfähigkeit des jungen Menschen ausgerichtet. Zur Erreichung des Hilfezieles ist die Einbeziehung des psycho-sozialen Umfeldes im Rahmen psychologischer/psychotherapeutisch orientierter Beratung der wesentlichen Bezugspersonen angezeigt.

Leistungstyp 3: Integrative Lerntherapie nach § 35 a SGB VIII als Eingliederungshilfe

Integrative Lerntherapie ist angezeigt, wenn in Folge von Teilleistungsstörungen, die mit den Mitteln schulischer Förderung nachweislich nicht behoben werden konnten, bei dem jungen

Menschen eine seelische Störung entstanden ist bzw. zu entstehen droht, die seine Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Die Therapie richtet sich unmittelbar an den jungen Menschen und hat als wesentliches Ziel seine (Re-)Integration in die Regelschule. Lerntherapie befasst sich mit dem gestörten Lernprozess unter Berücksichtigung der innerpsychischen Befindlichkeiten des jungen Menschen. Die Leistungserbringung erfolgt in enger Abstimmung mit dem Lehrer bzw. der Lehrerin der Regelschule, zur Unterstützung und zur Sicherung des Therapieerfolges werden beratende Gespräche mit den Eltern und dem engeren sozialen Umfeld durchgeführt.

Leistungstyp 4: Familientherapie nach § 27 SGB VIII als Hilfe zur Erziehung

Familientherapie ist angezeigt bei Auffälligkeiten des jungen Menschen im Zusammenhang mit einem gestörten Familiensystem, in dem in nicht ausreichender Weise für seine Entwicklung förderliche Bedingungen hergestellt werden können. Die Therapie ist auf den gesamten familiären Kontext ausgerichtet.

3. Qualifikation der Leistungserbringer

Grundsätzlich sollten Leistungserbringer, die therapeutische Leistungen nach SGB VIII anbieten, über fundierte Kenntnisse der fachlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen der Jugendhilfe verfügen und zur kooperativen und konstruktiven Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und anderen institutionellen Partnern (Gesundheitsamt, Schule) bereit sein.

Ambulante Psychotherapie

Die Leistungserbringung erfolgt durch approbierte Psychologische Psychotherapeuten/innen und approbierte Kinder- und Jugendlichentherapeuten/innen. Der Leistungserbringer kann fortgeschrittene Ausbildungskandidaten in die Leistungserbringung einbeziehen bzw. diese mit der Psychotherapie beauftragen, die sich mindestens im 3. Ausbildungsjahr an einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte nach dem Psychotherapeutengesetz befinden und deren Arbeit an einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte entsprechend der geltenden Ausbildungs- und Prüfungsordnung supervidiert wird.

Das zuständige Jugendamt ist im Vorfeld im Rahmen der Hilfeplanung über die Beauftragung in Kenntnis zu setzen.

Integrative Lerntherapie

Die Leistung erfolgt im Rahmen eines multiprofessionellen Teams. Das Team besteht aus approbierten psychologischen Psychotherapeuten/innen oder Kinder- und Jugendlichentherapeuten/innen sowie Dipl.-Psychologen/innen und Lehrkräften mit Hochschulabschluss, alle jeweils mit einer lerntherapeutischen Zusatzqualifikation, die an den Aus- und Weiterbildungsrichtlinien des Fachverbandes für integrative Lerntherapie orientiert ist.

Familientherapie

Die Leistung wird erbracht durch Dipl.- Psychologen/innen und Dipl. Sozialarbeiter/innen/Sozialpädagogen/innen mit abgeschlossener Weiterbildung in systemischer

Therapie/Familientherapie, zertifiziert durch die anerkannten Fachverbände Deutsche Gesellschaft für Systemische und Familientherapie (DGSF) und Systemische Gesellschaft (SG). Die Leistungserbringung erfolgt in multiprofessioneller Zusammenarbeit im Team.

4. Leistungsumfänge

Die Fachleistungsstundeneinheit wird auf Basis der neuen Leistungsbeschreibungen bei allen therapeutischen Leistungen einheitlich auf eine Dauer von 60 Minuten festgesetzt. Im Rahmen der Hilfeplanung wird einzelfallbezogen ein Kontingent von Fachleistungsstunden für einen definierten Zeitraum vereinbart. In der Kontingentbildung sind zeitlich alle fallbezogenen Leistungen, wie Therapiesprechstunden, Vor- und Nachbereitungen der Therapiestunden, Gespräche mit Eltern bzw. engeren Bezugspersonen, Dokumentation des Hilfeverlaufes, Teilnahme an Hilfskonferenzen und die vereinbarten Leistungen zur Qualitätsentwicklung wie z.B. kollegiale Beratung und externe Supervision enthalten. Bis zu fünf probatorische Sitzungen vor Beginn einer ambulanten psychotherapeutischen Leistung werden ebenfalls in das Kontingent aufgenommen. Beauftragte probatorische Sitzungen, die zu keiner psychotherapeutischen Leistung führen, werden einzeln vergütet.

Fallunspezifische Leistungen sind nicht Gegenstand der Leistung bzw. des Kontingents (s. Fußnote zur Präambel der Rahmenleistungsbeschreibung).

Ausschlaggebend für die Festlegung des Kontingents und die Planung der Dauer einer therapeutischen Leistung ist der Bedarf im Einzelfall, der im Hilfeplanungsprozess beschrieben und festgestellt wird.

Umgerechnet auf die 60minütige Fachleistungsstundeneinheit kann bezogen auf 1 Jahr zur Bildung des einzelfallbezogenen Fachleistungsstundenkontingentes beispielsweise von folgenden Umfängen ausgegangen werden:

Umrechnungsbeispiele:

	bisherige Therapieeinheiten	Fachleistungsstundenkontingente
Ambulante Psychotherapie	90 á 80 Minuten	120 á 60 Minuten
Integrative Lerntherapie	70 á 90 Minuten	100 á 60 Minuten
Familientherapie	26 á 5,5 Stunden	140 á 60 Minuten

Abweichungen von den zuvor aufgeführten Mittelwerten (Umfang und Dauer der Therapie) sind aufgrund des besonderen Bedarfs im Einzelfall im Rahmen der Hilfeplanung möglich. Dies gilt auch für beschriebene kurzzeittherapeutische Settings. Es obliegt dem Träger / Leistungserbringer innerhalb des vereinbarten Fachleistungsstundenkontingents die festgelegten Leistungsinhalte und Zielstellungen nach den Regeln fachlichen Könnens umzusetzen und eine bedarfs- und situationsgerechte Aufteilung der einzelnen Leistungselemente herzustellen.

Bei der Rechnungslegung erklärt der Leistungserbringer gegenüber dem Jugendamt, dass die vereinbarte Leistung (X Fachleistungsstunden in dem im Bewilligungsbescheid bezeichneten Zeitraum) erbracht wurde. Durch die Dokumentation von Anzahl, Datum und Art der Leistung (Therapiesitzungen mit dem Kind bzw. Jugendlichen, Elterngespräche, Gespräche mit Lehrern u.a. im Umfeld) ist dies zu belegen. Ein Quittieren durch die Klienten/Bezugspersonen ist dann nicht erforderlich. Bei Anhaltspunkten für Vertragsverletzungen, kann der Leistungserbringer durch das

Jugendamt verpflichtet werden, eine Bestätigung der Klienten/Bezugspersonen über die erbrachten Leistungen einzuholen.

5. Trägerverträge

Die Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung hat bei dem Abschluss des Trägervertrages die in der Leistungsbeschreibung vorgesehenen personellen und sachlichen Voraussetzungen des Leistungsanbieters jeweils überprüft. Dabei werden die Kalkulationsbestandteile Leitung/Koordination, Qualifikation, Einordnung Tarifgebiet, externe Supervision, Investitionsentgelt für Gruppentherapien entsprechend den vertraglichen Vereinbarungen im BRVJ gegenüber der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport nachgewiesen bzw. erklärt.

Die derzeit gültige Rahmenvertragsgrundlage endet am 31.12.2006. Ab 1.1.2007 gelten vorbehaltlich des Abschlusses des neuen Berliner Rahmenvertrages Jugend (BRVJug) die neuen Fachleistungsstundensätze. Alle Träger werden zeitnah ein Trägervertragsangebot erhalten. Der Vertrag ist erst geschlossen, wenn die Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung unterzeichnet hat. Der damit geschlossene Trägervertrag hat ab 1.1.2007 Gültigkeit.

Im Auftrag

Penkert



11.4 Jugend-Rundschreiben Nr. 2/2008

Dieses Rundschreiben diente der Beschreibung der Kontingentbildung, hat sich jedoch in seiner Systematik in Hinblick auf die Leistungen zur Qualitätsentwicklung nicht bewährt und wurde durch das Rundschreiben 1/2009 ersetzt.

Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung



Beuthstr. 6 - 8
10117 Berlin-Mitte

☒ 2 Spittelmarkt
☎ M 48, 248, 347

www.berlin.de/sen/bwf

Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung ■ Beuthstr. 6 - 8 ■ D-10117 Berlin

Bezirksämter von Berlin
Geschäftsbereich Jugend

nachrichtlich:
Rechnungshof von Berlin
Landesjugendhilfeausschuss
LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege

Geschäftszeichen	III D 11
Bearbeitung	Maria Zartnack
Zimmer	2046
Telefon	030 9026 5614
Vermittlung ■ intern	030 9026 7 ■ 926
Fax	+49 30 9026 5037
eMail	maria.zartnack@senbwf.berlin.de
Datum	30.4.2008

Jugend-Rundschreiben Nr. 2 / 2008

Kontingentbildung und Rechnungslegung bei ambulanter Psychotherapie gemäß §§ 27 und 35a SGB VIII

A Vorbemerkungen

Die verfahrensmäßige Umsetzung der „Rahmenleistungsbeschreibung zu den ambulanten therapeutischen Leistungen nach §§ 27 und 35a SGB VIII“ war einvernehmlich über die im Rundschreiben- Jugend Nr. 66 / 2006 dargelegten Empfehlungen in das bezirkliche Ermessen gestellt worden, um ein einzelfallbezogenes flexibles Geschehen zu unterstützen. Insbesondere Umfang und Dauer sowie die Gewichtung der Leistungsanteile sollten auf Basis der Hilfeplanung einzelfallbezogen definiert und in einem Gesamtkontingent zusammengefasst werden.

In der Praxis zeigten sich insbesondere im Bereich der Psychotherapie Unsicherheiten bei der Festlegung und inneren Gewichtung eines Stundenkontingentes, das zur Zielerreichung dieser ambulanten Hilfe als fachlich erforderlich einzuschätzen ist. Um dem erkennbaren Regelungsbedarf Rechnung zu tragen wurde unter Federführung der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe mit Teilnehmern aus Bezirken und Leistungserbringern eingerichtet. Ziel der Arbeits-

gruppe war es, Empfehlungen und Orientierungswerte für ein gesamtstädtisch einheitliches Vorgehen bei der Bildung des Gesamtstundenkontingentes und der Rechnungslegung bei ambulanten Psychotherapien zu entwickeln. Durch die erarbeiteten Regelungen sollten darüber hinaus Bedenken von Leistungserbringern aus diesem Leistungsbereich gegen den Beitritt zum Berliner Rahmenvertrag für Hilfen in Einrichtungen und durch Dienste der Kinder- und Jugendhilfe (BRVJug) ausgeräumt werden.

Das Ergebnis der Arbeitsgruppe wurde im vorliegenden Rundschreiben niedergelegt. Es ist vorgesehen, auch für die ambulanten therapeutischen Hilfen Familientherapie und Integrative Lerntherapie in gleicher Weise ergänzende Rundschreiben zu erarbeiten und darin den jeweiligen Besonderheiten Rechnung zu tragen.

Für die Bildung des Gesamtstundenkontingents und für die Rechnungslegung ist es erforderlich zu beachten, was im Fachleistungsstundenpreis bereits kalkuliert ist und welche Leistungsbestandteile abgerechnet werden können. Im Folgenden soll zunächst dargestellt werden, welche Leistungsbestandteile bereits im Preis einer Leistung (Fachleistungsstundensatz) kalkuliert sind, welche Leistungen bei der Bildung des Stundenkontingents (zeitlicher Umfang) einbezogen werden müssen und wie die Leistungsanteile gewichtet werden sollten. Ferner wird näheres zur Rechnungslegung und Nachweisführung ausgeführt. Ziel des Rundschreibens ist die Sicherstellung eines gleichermaßen ressourcenschonenden, wie gesamtstädtisch einheitlichen und LHO - konformen Verfahrens. Leistungsbestandteile, die bereits in der Kalkulation des Fachleistungsstundensatzes einbezogen waren und sind, können nicht zusätzlich und gesondert abgerechnet werden. Dies betrifft allgemeine Ausfallzeiten sowie bei Leistungserbringern in Trägerstrukturen auch Leitungs- und Koordinationstätigkeiten von Leitungskräften.

B

1. Kalkulation der Fachleistungsstunde

Die Preise für ambulante psychotherapeutische Leistungen werden auf Grundlage eines Beschlusses der Vertragskommission Jugend als Fachleistungsstundensätze kalkuliert und im Rahmen der Trägerverträge analog § 78a ff SGB VIII auf Grundlage des § 77 SGB VIII durch die Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung vereinbart.

Im Einzelnen folgt die Kalkulation für eine Fachleistungsstunde folgendem Schema:

	Westteil Berlins	Ostteil Berlins
1,0 Vollstelle in Jahresarbeitsstunden	2.009	2.087
Ausfallzeiten in Jahresarbeitsstunden	415	430
100 % Auslastung	1.594	1.657
96 % Auslastung = Divisor	1.530	1.591

Zur Erläuterung: im Preis einer Fachleistungsstunde sind allgemeine **Ausfallzeiten** (Feiertage, Urlaubszeiten, Sonderurlaub, Krankheitszeiten / Kuraufenthalte und Zeiten für allgemeine Fortbildung) kalkuliert. Der so gebildete Divisor wird zudem pauschal

um 4 % durch die Auslastungsquote von 96 % verringert. Neben den Personalkosten für festangestellte und nicht festangestellte Fachkräfte (einschließlich Geldanteil für externe Supervision) sind bei Leistungserbringern in Trägerstrukturen Mittel für Leitung und Koordinationstätigkeiten kalkuliert. Ferner sind im Fachleistungsstundenpreis Sachmittel (9.200 € pro Jahr pro Fachkraft) veranschlagt.

Durch diese Kalkulation ist sicher gestellt, dass eine Fachleistungsstunde immer ein **Nettowert** ist, der für die Bildung von Kontingenten herangezogen werden kann.

2. Kontingentbildung

Die bereits im Preis pro Fachleistungsstunde kalkulierten Ausfallzeiten (s.o.) werden bei der Kontingentbildung (Umfang / Zeit) nicht mehr berücksichtigt.

Nach Bedarf (vgl. AV Hilfeplanung) wird im Rahmen der Hilfeplanung ermittelt, welcher Zeitaufwand für die Leistungserbringung im Einzelfall erforderlich ist.

Das auf Grundlage der Hilfeplanung gebildete Kontingent beinhaltet (vgl. Kategorie Leistungen der Rahmenleistungsbeschreibung):

a) alle fallbezogenen Leistungsbestandteile wie

- Therapiesgespräche (mit dem jungen Menschen),
- Beratungsgespräche (mit den Eltern und/oder anderen Bezugspersonen)
- weitere fallbezogene Leistungen (Vor- und Nachbereitung der Gespräche, Erstellung von Therapieplänen und -berichten, Dokumentation des Hilfeverlaufes, Kooperation mit dem Jugendamt, den fachdiagnostischen Diensten, Teilnahme an Hilfeforenzen etc.)

und

b) alle Leistungsbestandteile zur Qualitätsentwicklung wie

kollegiale Beratung, Qualitätszirkel, auf den Einzelfall bezogene Fortbildungen, externe Supervision, Evaluation

Orientierungsbeispiele für ein auskömmliches Jahreskontingent:

Setting: 2 Therapiestunden/Woche	
a)	130,0 FLS für fallbezogene Leistungsbestandteile, davon 5 Fachleistungsstunden Probatorik, ferner 20 Fachleistungsstunden für weitere fallbezogene Leistungen (Siehe B.2.a)
b)	+ 19,5 FLS für Leistungen zur Qualitätsentwicklung (15 % von 130,0 Stunden = 19,5 Stunden)
=	149,5 FLS Gesamtstundenkontingent

Setting: 1 Therapiestunde/Woche und weniger		
a)	85,0 FLS	für fallbezogene Leistungsbestandteile, davon 5 Fachleistungsstunden Probatorik, ferner 15 Fachleistungsstunden für weitere fallbezogene Leistungen (Siehe B.2.a)
b)	+ 12,7 FLS	für Leistungen zur Qualitätsentwicklung (15 % von 85,0 Stunden = 12,7 Stunden)
	= 97,7 FLS	Gesamtstundenkontingent

Abweichungen von den zuvor aufgeführten Orientierungsbeispielen sind aufgrund des besonderen Bedarfs im Einzelfall im Rahmen der Hilfeplanung möglich. Wie aus der Wirksamkeitsforschung bekannt ist, bedarf es eines bestimmten Umfangs, um Psychotherapie wirksam werden zu lassen. Ein auskömmliches Gesamtstundenkontingent soll den Leistungserbringer daher in die Lage versetzen, seine Leistung nach den Regeln fachlichen Könnens so gestalten zu können, dass die Hilfe eine größtmögliche Wirkung entfalten kann.

Zu den unter **a)** genannten fallbezogenen Leistungen werden die unter **b)** genannten Leistungen zur Qualitätsentwicklung in Höhe von **15 %** von **a)** aufgeschlagen.

Da die Fachleistungsstunde als Zeitstunde mit 60 Minuten festgelegt ist, die Therapiestunde bei der ambulanten Psychotherapie jedoch 50 Minuten beträgt, ist im Vergleich zu den ambulanten sozialpädagogischen Hilfen eine andere Gewichtung der fallbezogenen Leistungsbestandteile **a)** und der Leistungsbestandteile zur Qualitätsentwicklung **b)** angemessen.

Unabhängig davon, ob ein Setting mit zwei Therapiestunden oder einer Therapiestunde pro Woche im Einzelfall vereinbart ist, sind fallbezogen einzelne Leistungsbestandteile wie z.B. die Elternberatung in etwa dem gleichen Umfang erforderlich.

Bei dem dritten Setting, den psychotherapeutischen Kurzzeittherapien, z.B. als Hilfe in Krisensituationen, ist ein **Gesamtstundenkontingent** von bis zu **30** Fachleistungsstunden empfehlenswert.

Führen probatorische Sitzungen zu einer Psychotherapie, wird die Anzahl der probatorischen Sitzungen (bis zu 5 Fachleistungsstunden) im Gesamtstundenkontingent berücksichtigt. Im Rahmen der Hilfeplanung vereinbarte probatorische Sitzungen, die keine Therapieaufnahme zur Folge haben, werden einzeln vergütet. Sollte sich im letzten Fall für den Regionalen Sozialpädagogischen Dienst (RSD) ein weiterer Bedarf an Mitwirkung des Psychotherapeuten bei der Hilfeplanung ergeben, werden die zu diesem Zweck geleisteten Stunden ebenfalls einzeln in Rechnung gestellt.

Bei Therapieverlängerung sind grundsätzlich keine probatorischen Sitzungen erforderlich. Psychotherapeutische Kurzzeittherapien können ohne Probatorik geleistet werden.

Verfahrenshinweise

Die AV Hilfeplanung ist grundsätzlich für alle Beteiligten die verbindliche Verfahrensgrundlage. Zu den weiteren spezifischen Inhalten der fachdienstlichen Stellungnahmen und weiteren Verfahrensregelungen zwischen den an der Hilfeplanung beteiligten Diensten der öffentlichen Jugendhilfe im Zusammenhang mit der Gewährung von ambulanter Psychotherapie wird eine gesonderte Arbeitshilfe zur AV-Hilfeplanung erarbeitet und u.a. im Handbuch Hilfe zur Erziehung veröffentlicht.

Die für die Regionalen Sozialpädagogischen Dienste gefertigten Stellungnahmen der fachdiagnostischen Dienste sollen einen Vorschlag für ein **Gesamtstundenkontingent** beinhalten und sich nicht nur auf einen Vorschlag für die fallbezogenen Leistungsbestandteile beschränken.

Der Leistungserbringer / Träger erbringt die Leistung innerhalb des Kontingents nach den Regeln des fachlichen Könnens in eigener Regie. Im Hilfeplan - auf dem im Einzelfallvertrag nach Tz. 6.1.3 BRVJug ausdrücklich Bezug zu nehmen ist - sollte festgelegt werden, dass der Leistungserbringer den fachdiagnostischen Dienst zu informieren hat, wenn im Fallverlauf starke Abweichungen von den vereinbarten Gewichtungen der Leistungsbestandteile und wesentliche Abweichungen von den vereinbarten Zielsetzungen abzusehen sind. Nach Maßgabe des Einzelfalls können vom Leistungserbringer innerhalb des Kontingents nicht erbrachte Leistungen zur Qualitätsentwicklung **b)** auf die fallbezogenen Leistungsanteile **a)** übertragen werden. Nicht benötigte Fachleistungsstunden werden zurückgegeben (keine Berechnung gegenüber dem Jugendamt bzw. Beantragung von Kontingentänderung).

3. Empfehlung / Muster - Rechnung

Es können grundsätzlich nur erbrachte Leistungen in Rechnung gestellt werden. Da die Ausfallzeiten (vgl. zu B.1) bereits im Fachleistungsstundenpreis kalkuliert sind, werden sie nicht bei der Kontingentbildung (vgl. zu B.2) berücksichtigt.

Über **alle** unter **a)** gefassten fallbezogenen Leistungsanteile sollen die Leistungserbringer **fallbezogene Nachweise** (Fall, Name der Fachkraft, Daten, Stundenumfänge) führen (BRVJug Tz. 22.1). Die Rechnungslegung gegenüber dem Jugendamt erfolgt **summarisch** (vgl. **Anlage Muster — Rechnung**).

Die Leistungsbestandteile zu **b)** Qualitätsentwicklung werden grundsätzlich **pauschal** gegenüber dem Jugendamt in Rechnung gestellt. Dem Leistungserbringer ist jedoch zu empfehlen, sowohl die fallbezogenen als auch die b) zuzuordnenden Termine z.B. Teamsitzungen, kollegiale Beratung, externe Supervision, Fortbildungen sowie allgemeine Dokumentation und Evaluation intern zu dokumentieren, damit sie bei Bedarf (z.B. Stichproben im Rahmen der Revision) gegenüber dem Jugendamt belegt werden können. Im Rahmen der Rechnungslegung soll **der Leistungserbringer durch Erklä-**

rung bestätigen, dass der benannte Psychotherapeut alle in Rechnung gestellten Fachleistungsstunden persönlich erbracht hat.

Das beigefügte Muster für die Rechnungslegung soll ein einheitliches Verfahren für die Feststellung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit gemäß der LHO erlauben und gleichzeitig den Aufwand für die Nachweisführung auf das Notwendige reduzieren.

Im Auftrag

Penkert

11.5 Jugend-Rundschreiben Nr. 1/2009, Seiten 1–8

In dieser aktuell gültigen Regelung werden Vorschläge für die Leistungsumfänge gemacht. Die Leistungen zur Qualitätssicherung werden nicht mehr gesondert ausgewiesen, sondern wurden bereits in einen höheren Honorarsatz integriert.

Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung



Beuthstr. 6-8
10117 Berlin-Mitte

2 Spittelmarkt
M 48, 248, 347

www.berlin.de/sen/bwf

Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung ■ Beuthstr. 6-8 ■ D-10117 Berlin

Bezirksämter von Berlin
Geschäftsbereich Jugend

nachrichtlich:
Rechnungshof von Berlin
Landesjugendhilfeausschuss
Liga der Spitzenverbände der freien
Wohlfahrtspflege

Geschäftszeichen III D 11
Bearbeitung Maria Zartnack
Zimmer 2046
Telefon 030 9026 5614
Zentrale ■ intern 030 9026 7 ■ 926
Fax +49 30 9026 5037
eMail maria.zartnack
@senbwf.berlin.de
Datum 19.3.2009

Jugend-Rundschreiben Nr. 1 / 2009

Neukalkulation der Fachleistungsstunde

- für Ambulante Sozialpädagogische Erziehungshilfen nach §§ 29, 30, 31 und 35 SGB VIII,
- für den Begleiteten Umgang nach § 18 Abs. 3 SGB VIII
- für die Sozialpädagogische Begleitung und Betreuung als ambulantes Angebot im Rahmen der Jugendberufshilfe als Teil der Jugendsozialarbeit nach § 13 Abs. 2 SGB VIII
- für Ambulante Psychotherapie nach §§ 27 und 35a SGB VIII,
- für Integrative Lerntherapie nach § 35a SGB VIII,
- für Ambulante Familientherapie nach § 27 SGB VIII

Anlagen: 2

1.

Grundlage für die Neukalkulation der Fachleistungsstunde war der Beschluss 4/2008 der Vertragskommission Jugend vom 3. Juli 2008 „Einsetzung einer Arbeitsgruppe Fachleistungsstunde“. Die Vertragskommission folgte damit einer Anregung aus den Bezirken, die Leistungen zur Qualitätsentwicklung bereits in den Preis der Fachleistungsstunde mit aufzunehmen und nicht mehr nachträglich als Zeitannteil zu den fallbezogenen Leistungen hinzu zu rechnen.

Mit Beschluss Nr. 1/2009 vom 12. Februar 2009 der Vertragskommission Jugend wurde die Neukalkulation der Fachleistungsstunde zum 1. Mai 2009 in Kraft gesetzt. Dieser Beschluss wird grundsätzlich für alle neuen Fälle angewendet. (**Anlage 1: Beschluss mit Kalkulationsblättern**). Leistungen, die auf Grundlage der bisherigen Kalkulation bewilligt wurden, werden grundsätzlich auf dieser Grundlage durchgeführt und abgerechnet. Im Einvernehmen ist auch eine Umstellung bei Hilfeplanfortschreibung möglich.

Durch eine Neuberechnung des Divisors sind jetzt die bisher zusätzlich gewährten Leistungen zur Qualitätsentwicklung im Preis der Fachleistungsstunde mit kalkuliert. Die damit verbundene Erhöhung der Fachleistungsstundensätze muss durch eine Reduzierung des Stundenumfanges im Einzelfall ausgeglichen werden, so dass es zu der gewünschten Verfahrensvereinfachung kommt und die Kostenneutralität gewahrt bleibt.

Die Jugend-Rundschreiben Nr. 2/2008 „Kontingentbildung und Rechnungslegung bei Ambulanter Psychotherapie gemäß §§ 27 und 35a SGB VIII“ und Nr. 3/2008 „Kontingentbildung und Rechnungslegung bei den Ambulanten sozialpädagogischen Hilfen zur Erziehung“ sind mit sofortiger Wirkung außer Kraft gesetzt und werden durch dieses Rundschreiben ersetzt. Das hier beschriebene Verfahren gilt auch für die Integrative Lerntherapie nach § 35 a SGB VIII und für die Ambulante Familientherapie nach § 27 SGB VIII.

Aufgrund der unterschiedlichen Leistungsstruktur bei den Ambulanten Sozialpädagogischen Leistungen und den Ambulanten (Psycho)Therapeutischen Leistungen gab es ein unterschiedliches Verfahren zur Bestimmung des Umfangs der Leistungen zur Qualitätsentwicklung. Bei den Ambulanten Sozialpädagogischen Leistungen war das Verhältnis 80:20 (fallbezogene Leistungen : Leistungen zur Qualitätsentwicklung); bei den Ambulanten (Psycho)Therapeutischen Leistungen wurde ein Aufschlag von 15% zu den definierten fallbezogenen Leistungen hinzugerechnet. Dies war bei der Divisorberechnung entsprechend zu berücksichtigen.

2. Neukalkulation der Fachleistungsstundensätze bei den Ambulanten Sozialpädagogischen Erziehungshilfen nach §§ 13 Abs. 2, 18 Abs. 3, 29, 30, 31 und 35 SGB VIII

In die Neukalkulation der Fachleistungsstunde gehen ein:

alle fallbezogenen Leistungsbestandteile wie z. B. Gespräche (mit dem jungen Menschen), Beratungsgespräche (mit den Eltern und/oder anderen Bezugspersonen), weitere fallbezogene Leistungen (Vor- und Nachbereitung der Gespräche, Erstellung von Berichten, Dokumentation des Hilfeverlaufes, Kooperation mit dem Jugendamt, Teilnahme an Hilfekonferenzen etc.)

und

alle Leistungsbestandteile zur Qualitätsentwicklung wie kollegiale Beratung, Qualitätszirkel, auf den Einzelfall bezogene Fortbildungen, externe Supervision, Evaluation

Im Einzelnen folgt die Kalkulation für eine Fachleistungsstunde folgendem Schema:

	Westteil Berlins	Ostteil Berlins
1,0 Vollstelle in Jahresarbeitsstunden	2.009	2.087
Ausfallzeiten Jahresarbeitsstunden	415	430
100 % Auslastung	1.594	1.657
davon unter Berücksichtigung der zeitlichen Anteile für Qualitätsentwicklung	1.275	1.326
95 % Auslastung = Divisor	1.211	1.260

Verfahrenshinweise

Die Verfahrensumstellung ist im Ergebnis kostenneutral. Wenn beispielsweise (gegriffene Größenordnung) im alten Verfahren insgesamt 180 Fachleistungsstunden zum Preis von je 39,18 € für Ambulante Sozialpädagogische Leistungen für ein halbes Jahr bewilligt wurden, wären dies nach Umstellung 144 Fachleistungsstunden (180 — 20%) zum Preis von 48, 98 €.

Die AV-Hilfeplanung ist grundsätzlich für alle Beteiligten die verbindliche Verfahrensgrundlage. Im Rahmen der Hilfeplanung wird vereinbart und festgelegt, wie viele Fachleistungsstunden in einem Bewilligungszeitraum erforderlich sind.

Der Leistungserbringer / Träger erbringt die Leistung innerhalb des Stundenkontingents nach den Regeln des fachlichen Könnens in eigener Regie. Im Hilfeplan - auf den im Einzelfallvertrag nach Tz 6.1.3. des Berliner Rahmenvertrags für Hilfen in Einrichtungen und durch Dienste der Kinder- und Jugendhilfe (BRVJug) ausdrücklich Bezug zu nehmen ist - soll festgelegt werden, dass der Leistungserbringer den Regionalen Sozialpädagogischen Dienst (RSD) zu informieren hat, wenn im Fallverlauf wesentliche Abweichungen von den vereinbarten Zielsetzungen abzusehen sind. Nicht benötigte Fachleistungsstunden werden zurückgegeben.

Nachweis

Es können nur erbrachte Leistungen in Rechnung gestellt werden. Der Leistungserbringer hat sowohl die fallbezogenen als auch die den Leistungen zur Qualitätsentwicklung zuzuordnenden Termine z. B. Teamsitzungen, kollegiale Beratung, externe Supervision, Fortbildungen sowie allgemeine Dokumentation und Evaluation intern zu dokumentieren, damit sie bei Bedarf (z. B. Stichproben im Rahmen der Revision) gegenüber dem Jugendamt belegt werden können. Im Rahmen der Rechnungslegung soll der Leistungserbringer/Träger durch Erklärung bestätigen, dass er alle in Rechnung gestellten Fachleistungsstunden tatsächlich erbracht hat (**Anlage 2**).

3. Neukalkulation der Fachleistungsstundensätze bei der Ambulanten Psychotherapie nach §§ 27 und 35a SGB VIII, bei der Integrativen Lerntherapie nach § 35a SGB VIII und bei der Ambulanten Familientherapie nach § 27 SGB VIII

In die Neukalkulation der Fachleistungsstunde gehen ein:

alle fallbezogenen Leistungsbestandteile wie z. B. Therapiesprache (mit dem jungen Menschen), Beratungsgespräche (mit den Eltern und/oder anderen Bezugspersonen), weitere fallbezogene Leistungen (Vor- und Nachbereitung der Gespräche, Erstellung von Therapieplänen und -berichten, Dokumentation des Hilfeverlaufes, Kooperation mit dem Jugendamt, den fachdiagnostischen Diensten, Teilnahme an Hilfeforenzen etc.)

und

alle Leistungsbestandteile zur Qualitätsentwicklung wie kollegiale Beratung, Qualitätszirkel, auf den Einzelfall bezogene Fortbildungen, externe Supervision, Evaluation.

Im Einzelnen folgt die Kalkulation für eine Fachleistungsstunde folgendem Schema:

	Westteil Berlins	Ostteil Berlins
1,0 Vollstelle in Jahresarbeitsstunden	2.009	2.087
Ausfallzeiten in Jahresarbeitsstunden	415	430
100 % Auslastung	1.594	1.657
davon unter Berücksichtigung der zeitlichen Anteile für Qualitätsentwicklung	1.386	1.441
96 % Auslastung = Divisor	1.331	1.383

Verfahrenshinweise

Die AV-Hilfeplanung ist grundsätzlich für alle Beteiligten die verbindliche Verfahrensgrundlage. Dem Einsatz von therapeutischen Hilfeleistungen müssen zu behandelnde Störungen zugrunde liegen, die einer diagnostischen Beschreibung und Bewertung bedürfen. Über die Einleitung einer therapeutischen Hilfe soll daher im RSD immer unter Einbeziehung eines fachdiagnostischen Dienstes entschieden werden, vorhandene gutachterliche Stellungnahmen sollen Berücksichtigung finden.

Die für die Regionalen Sozialpädagogischen Dienste gefertigten Stellungnahmen der fachdiagnostischen Dienste sollen einen Vorschlag für die Anzahl von voraussichtlich erforderlichen Fachleistungsstunden beinhalten.

Der Leistungserbringer / Träger erbringt die Leistung innerhalb der vereinbarten Anzahl von Fachleistungsstunden nach den Regeln des fachlichen Könnens in eigener Regie. Im Hilfeplan - auf den im Einzelfallvertrag nach Tz 6.1.3. BRVJug ausdrücklich Bezug zu nehmen ist - sollte festgelegt werden, dass der Leistungserbringer den fachdiagnostischen Dienst zu informieren hat, wenn im Fallverlauf wesentliche Abweichungen von den vereinbarten Zielsetzungen und Umfängen abzusehen sind. Nicht benötigte Fachleistungsstunden werden zurückgegeben.

Nachweis

Es können nur erbrachte Leistungen in Rechnung gestellt werden.

Der Leistungserbringer hat sowohl die fallbezogenen als auch die den Leistungen zur Qualitätsentwicklung (15% der fallbezogenen Leistungen) zuzuordnenden Termine z. B. Teamsitzungen, kollegiale Beratung, externe Supervision, Fortbildungen sowie allgemeine Dokumentation und Evaluation intern zu dokumentieren, damit sie bei Bedarf (z. B. Stichproben im Rahmen der Revision) gegenüber dem Jugendamt belegt werden können. Im Rahmen der Rechnungslegung soll der Leistungserbringer/Träger durch Erklärung bestätigen, dass er alle in Rechnung gestellten Fachleistungsstunden tatsächlich erbracht hat (**Anlage 2**).

Orientierungsbeispiele für ein auskömmliches Jahreskontingent für Ambulante Psychotherapie:

Im Rahmen der Hilfeplanung wird festgelegt und vereinbart, wie viele Fachleistungsstunden in einem Bewilligungszeitraum erforderlich sind. Wie aus der Wirksamkeitsforschung bekannt ist, bedarf es eines bestimmten Umfanges, um Psychotherapie wirksam werden zu lassen. Eine auskömmliche Anzahl von Fachleistungsstunden soll den Leistungserbringer daher in die Lage versetzen, seine Leistung nach den Regeln fachlichen Könnens so gestalten zu können, dass die Hilfe eine größtmögliche Wirkung entfalten kann. Deshalb war für diese Leistung ein Standardsetting zum Umfang gebildet worden (**alt:** 149,5 FLS bei 2 Therapiestunden/Woche, 97,7 FLS bei 1 Therapiestunde/Woche). Auf dieser Grundlage erfolgt die nachstehend aufgeführte Umrechnung aufgrund des neuen Divisors.

1. Setting

2 Therapiestunden/Woche	
130,0 FLS	davon für Therapie- und Beratungsgespräche 105 Fachleistungsstunden, 5 Fachleistungsstunden Probatorik, ferner 20 Fachleistungsstunden für weitere fallbezogene Leistungen (Vor- und Nachbereitung der Gespräche, Erstellung von Therapieplänen und -berichten, Dokumentation des Hilfeverlaufes, Kooperation mit dem Jugendamt, den fachdiagnostischen Diensten, Teilnahme an Hilfeforenzen etc.).

2. Setting

1 Therapiestunde/Woche und weniger	
85,0 FLS	davon für Therapie- und Beratungsgespräche 65 Fachleistungsstunden, 5 Fachleistungsstunden Probatorik, ferner 15 Fachleistungsstunden für weitere fallbezogene Leistungen (Vor- und Nachbereitung der Gespräche, Erstellung von Therapieplänen und -berichten, Dokumentation des Hilfeverlaufes, Kooperation mit dem Jugendamt, den fachdiagnostischen Diensten, Teilnahme an Hilfeforenzen etc.).

Bei dem dritten Setting, den psychotherapeutischen Kurzzeittherapien, z. B. als Hilfe in Krisensituationen, sind bis zu 30 Fachleistungsstunden empfehlenswert.

Abweichungen von den zuvor aufgeführten Standardsettings sind aufgrund des besonderen Bedarfs im Einzelfall im Rahmen der Hilfeplanung möglich.

Führen probatorische Sitzungen zu einer Psychotherapie, wird die Anzahl der probatorischen Sitzungen (bis zu 5 Fachleistungsstunden) in der Anzahl der vereinbarten Fachleistungsstunden berücksichtigt. Im Rahmen der Hilfeplanung vereinbarte probatorische Sitzungen, die keine Therapieaufnahme zur Folge haben, werden einzeln vergütet. Sollte sich im letzten Fall für den RSD ein weiterer Bedarf an Mitwirkung des Psychotherapeuten bei der Hilfeplanung ergeben, werden die zu diesem Zweck geleisteten Fachleistungsstunden ebenfalls einzeln in Rechnung gestellt.

Bei Therapieverlängerung sind grundsätzlich keine probatorischen Sitzungen erforderlich. Psychotherapeutische Kurzzeittherapien können ohne Probatorik geleistet werden.

Der in den Trägerverträgen Psychotherapie enthaltene Hinweis auf das außer Kraft gesetzte Rundschreiben Nr. 2/2008 wird inhaltlich durch die Ausführungen in diesem Rundschreiben ersetzt. Der im Orientierungsbeispiel empfohlene Umfang ist entsprechend der Neukalkulation angepasst worden. Psychotherapie, die auf Grundlage der bisherigen Fassung des Vertrages bereits bewilligt wurde, wird grundsätzlich auf dieser Grundlage durchgeführt und abgerechnet. Im Einvernehmen ist auch eine Umstellung bei Hilfeplanfortschreibung möglich.

Ich bitte Sie, die Informationen und beigefügten Unterlagen in Ihrem Geschäftsbereich zu kommunizieren und für die fachliche Umsetzung der Inhalte Sorge zu tragen.

Im Auftrag

gez. Penkert

Anlage 1 : Beschluss mit Kalkulationsblättern

Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung

Geschäftsstelle der Vertragskommission: III D 2
9026 5364, quer: 926

Beschluss Nr. 1/2009 der Vertragskommission Jugend am 12. Februar 2009

Neukalkulation der Fachleistungsstundensätze

Die Vertragskommission Jugend beschließt die Neukalkulation der Fachleistungsstundensätze

- für Ambulante sozialpädagogische Erziehungshilfen nach §§ 29, 30, 31 und 35 SGB VIII
- für den Begleiteten Umgang nach § 18 Abs. 3 SGB VIII sowie
- für die sozialpädagogische Begleitung und Betreuung als ambulantes Angebot im Rahmen der Jugendberufshilfe als Teil der Jugendsozialarbeit nach § 13 Abs. 2 SGB VIII
- für Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung im Kontext von pädagogischen Leistungen (§ 27 SGB VIII) und für Psychotherapie als Bestandteil der Eingliederungshilfe (§ 35a SGB VIII)
- für die Integrative Lerntherapie als Bestandteil der Eingliederungshilfe (§ 35a SGB VIII)
- für Familientherapie als Hilfe zur Erziehung im Kontext von pädagogischen Leistungen (§ 27 SGB VIII)

In der Vergangenheit wurden zwischen dem Leistungserbringer und dem Jugendamt ein Stundenkontingent vereinbart, das sich in unterschiedlichem Umfang aus der Anzahl fallbezogener Leistungen und Leistungen zur Qualitätsentwicklung zusammensetzte. Diese anteilige Bedarfsermittlung hat sich nicht bewährt.

Vor diesem Hintergrund erfolgte die Überarbeitung der Fachleistungsstundensätze, die künftig sowohl die fallbezogenen als auch die Leistungen zur Qualitätsentwicklung gemäß Rahmenleistungsbeschreibung umfassen und somit alle Leistungsbestandteile im Preis abbilden.

Der durchschnittliche Zeitaufwand für die Qualitätsentwicklung ist somit bei der **Divisorberechnung** zu berücksichtigen. Diesem Ansatz folgt die Neukalkulation der Fachleistungsstundensätze (Anlagen 1 bis 10).

Die nominelle Erhöhung des Fachleistungsstundensatzes wird durch die entsprechende Reduzierung des Stundenumfanges im gleichen Ausmaß ausgeglichen. Damit ist die Verfahrensumstellung kostenneutral.

Im Prozess der Hilfeplanung werden Umfang und Dauer einer Hilfe einzelfallbezogen definiert und eine bestimmte Anzahl von Fachleistungsstunden für einen festgelegten Zeitraum vereinbart.

Die Leistungen zur Qualitätsentwicklung sind vom Träger revisionssicher intern zu dokumentieren. Die Rechnungslegung erfolgt nach kaufmännischen und geschäftsüblichen Grundsätzen.

Die den jeweiligen Rahmenleistungsbeschreibungen beigefügten Übersichten über die Fachleistungsstundensätze sind durch die Neuberechnungen zu ersetzen.

Der Beschluss tritt zum 1. Mai 2009 in Kraft.

Der neue Fachleistungsstundensatz wird jeweils mit Beginn eines neuen Bewilligungszeitraums einer Hilfe angewendet.