

Dokumentation

## Komplexe Hilfebedarfe

### Kinder- und Jugendhilfe und Eingliederungshilfe an der Schnittstelle zu Schule und Medizin

Veranstaltung des Dialogforums „Bund trifft kommunale Praxis. Inklusionsgerechte Kommune – Gestaltungsperspektiven im Rahmen des KJSG“, gefördert vom BMFSFJ, 24./25. Februar 2025 (online), Difu, Berlin

Es gibt zunehmend Kinder und Jugendliche mit komplexen Hilfebedarfen, die aufgrund ihrer besonderen Bedarfe sehr herausfordernd für ihre Eltern, für die Fachkräfte, denen sie anvertraut sind, und ihr soziales Umfeld sind. Viele der Kinder und Jugendlichen wissen um ihre Beeinträchtigungen, leiden selbst darunter und brauchen möglichst frühzeitig passgenaue Hilfen, um später ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Auch wenn diese Kinder und Jugendlichen im Gesamtkontext der Jugendhilfe nur eine kleine Gruppe darstellen, gestaltet sich die Suche nach hilfreichen und flexiblen Hilfesettings im Umgang mit den diagnostizierten Bedarfslagen in der Praxis häufig sehr schwierig. Dies liegt darin begründet, dass diese jungen Menschen gleichermaßen Hilfebedarf zu Hause, in der Schule und in der kinder- und jugendpsychiatrischen Betreuung und Versorgung haben und die Hilfesysteme hier oftmals an ihre Grenzen stoßen.

Im Mittelpunkt dieser Veranstaltung stand die Frage, welche Gestaltungsmöglichkeiten durch Leistungsplanung aus einer Hand es für Kinder und Jugendliche mit (hoch)komplexen Hilfebedarfen gibt. Dabei ging es auch um eine Stärkung der rechtskreisübergreifenden Ausrichtung der Kinder- und Jugendhilfe, um Auflösung von Schnittstellen, eine umfassende Beratung der Klient\*innen, niedrigschwellige Zugänge zu Angeboten und möglichst fließende Übergänge.

Zu Beginn der Veranstaltung fand ein Austausch und Kennenlernen in unmoderierten Kleingruppen statt. Die Teilnehmenden diskutierten, was Herausforderungen und konkrete Hilfebedarfe für sie als Fachkräfte vor Ort sind. Dabei wurden u.a. folgende Aspekte genannt:

- **Es fehlen stationäre Plätze.** Jugendämter suchen oft monatelang nach geeigneten Unterbringungsmöglichkeiten.
- Es gibt keine/**kaum Plätze in der Eingliederungshilfe**, es wird bis zu einem Jahr nach einem geeigneten Platz gesucht und bis dahin mit Temporärlösungen gearbeitet.
- Für die Unterbringung von **Kindern und Jugendlichen mit Mehrfachbehinderungen**, kognitiven und sozialpsychiatrischen Beeinträchtigungen ist **oft kein qualifiziertes Personal** vorhanden und es wird mit nichtqualifizierten Einzelfallhelfern gearbeitet.
- Einrichtungen sind **unterbesetzt** und wollen daher ein sehr schwieriges Klientel mit Eigen- und Fremdgefährdung nicht aufnehmen.
- **Einrichtungen** können nicht voll belegt werden, weil Personal fehlt und/oder der Aufbau neuer stationärer Einrichtungen/ Angebote an **fehlendem Personal** scheitert.
- Personelle Anforderungen/Standards für stationäre Einrichtungen werden immer höher.
- **Freie Träger** können sich „aussuchen“, welche Kinder und Jugendlichen sie aufnehmen möchten (und das sind nicht immer die schwierigsten).
- Das Potential von Selbst- und Fremdgefährdung in Schulen ist gewachsen und Fachpersonal wird oft nicht refinanziert (zunehmender Einsatz von Security-Personal).

- Inhaltliche Konzeptionen von Kitas sind ein Thema: Sehr offene Konzepte überfordern oft schon Kinder ohne Beeinträchtigungen und Kinder mit Beeinträchtigungen um so mehr.
- Eltern brauchen mehr Aufklärung und Unterstützung, wenn sie Diagnosen für ihre Kinder bekommen, damit sie diese verstehen und einen guten Umgang damit finden können (z.B. fehlendes Wissen darüber, was Autismus ist und bedeutet).
- Bei sehr komplexen Hilfebedarfen ist es für Regelsysteme (Kita, Schule) oft sehr schwierig, diese Kinder „auszuhalten“. Die vorhandenen Räumlichkeiten sind oftmals nur ungenügend angepasst (z.B. bei Rückzugs- und Ruhebedarf bzw. Separierungsbedarf bei sehr herausforderndem Verhalten).
- Wechselnde Zuständigkeiten in den Ämtern und Einrichtungen bzw. Fluktuation erschweren es, kontinuierliche Angebote zu machen. Oftmals kann keine verlässliche Zusammenarbeit mehr gewährleistet werden und es gibt viel „operative Hektik“.

## Was sind hochkomplexe Einzelfälle?

Den Eingangsvortrag zur inhaltlichen Grundverständigung, was hochkomplexe Einzelfälle sind, hielt **Prof. Dr. Menno Baumann**, Professor für Intensivpädagogik, Soziale Arbeit – Schwerpunkt Kinder- und Jugendhilfe, Fliehdner Fachhochschule Düsseldorf, der sich seit über 20 Jahren wissenschaftlich mit dem Thema auseinandersetzt. Am Beginn seines Vortrages stand die Feststellung, dass es keine wissenschaftliche Evidenz dafür gebe, dass Kinder heute schwieriger werden und auch das Gewaltpotential werde weniger. Worauf begründet sich dann die „gefühlte Realität“, dass es eher umgekehrt ist? Was „schwierig“ ist, lasse sich nicht nicht nur als Problem des Kindes definieren.

Aus Sicht von Prof. Baumann sei u.a. zu fragen:

- Was wird als schwierig definiert?
- Welchen Auftrag haben Institutionen?
- Auf wen trifft der junge Mensch privat und in den Helfersystemen?
- In welchen Settings wird im Hilfeprozess agiert?
- Werden Hilfen lange genug „durchgehalten“ und ggf. der Hilfebedarf der Familie als System insgesamt erkannt?
- Welche Entscheidungsqualität liegt den Entscheidungen als Fachkräfte zugrunde?
- Sorgt hohe Fluktuation in der Mitarbeiterschaft für mehr ad hoc-Entscheidungen?

Es gehe nicht um die Frage, was verhindert, sondern was verbessert werden könne. In diesem Kontext benannte er sog. Risikofaktoren für Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe, die bei der Entscheidungsfindung für Hilfen einzubeziehen sind (siehe Präsentation). Gleichzeitig verwies Baumann darauf, dass Hilfen scheitern, wenn nicht die Ressourcen der Kinder und Jugendlichen erkannt und einbezogen und ein echter Beziehungsaufbau möglich würde. Intensivpädagogische Angebote sollten u.a. konflikt sicher, deeskalierend, verstehend, kontinuierlich und präsent sein sowie das Nähe-Distanz-Verhältnis gut austarieren. Dies in die Praxis zu übertragen, sei nicht immer einfach. Seine Utopie: „Import-Exportbewegungen“ mit dem „Verschicken“ von Kindern und Jugendlichen zwischen den Einrichtungen sollten beendet werden. Es brauche **sozialraumorientierte Ansätze mit regionalen Falllösungen**, da sonst auch kein Controlling möglich sei. Hilfen sollten lange genug gewährt werden, so dass ein echter Beziehungsaufbau möglich sei. Fachkräfte sollten hierbei unterstützt, flankiert und entlastet werden.

**Bei der Diskussion im Plenum** wurde die Bedeutung von Kooperationen auf regionaler Ebene betont und die Frage erörtert, ob es zielführend sei, wenn mehrere Jugendämter zusammen eine Clearingstelle einrichten, um gemeinsam auf Fälle schauen. Zur Frage, was bei der Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie verbessert werden kann, antwor-

tete Herr Baumann, dass nur durch die Stärkung einer qualifizierten Jugendhilfe auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie ihre Arbeit machen könne, um nicht – wie vielfach aktuell – „nur“ als „Krisen-Ausfallbürge“ zu funktionieren. Eine Anwendung von Sicherheitsmaßnahmen (von Sicherheitswesten bis hin zu Sicherheitspersonal) sah Herr Baumann eher kritisch. Er empfahl, wenn man sich selbst mit Gewaltsituationen nicht auskenne, eher jemanden mitzunehmen, der Erfahrung habe und sich mit Gewalt auskenne.

## **Rechtliche Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe mit Dritten, insbesondere mit der Medizin**

**Prof. Dr. Jan Kepert**, Professor für Öffentliches Recht, Hochschule für öffentliche Verwaltung, Kehl, referierte zu diesem Thema aus der Perspektive des Leistungsrechts und verwies in diesem Kontext zunächst auf das Hilfeplanverfahren und die Stärkung der Subjektstellung junger Menschen im SGB VIII. Bedarfsdeckende Hilfen könnten nur in Kooperation und im Einverständnis mit den jungen Menschen geleistet werden. Im Hilfeprozess sei oftmals die Beteiligung anderer Sozialleistungs- oder Rehaträger sowie öffentlicher Einrichtungen wie Schulen erforderlich. Hier sei der Träger bei komplexen Bedarfslagen in der Verantwortung, diese anderen Systeme mit einzubeziehen. Das Jugendamt sei in der Garantenfunktion, dass dies tatsächlich geschehe. Insgesamt sei die Komplexität in der Hilfestellung in der Praxis enorm gestiegen. Dies bringe erheblichen Koordinationsaufwand mit sich, u.a. auch bei der Einbindung der Systeme in die Hilfeplanung und beim Zuständigkeitsübergang. Zudem müsse der Kinderschutz zu jeder Zeit gewährleistet sein. Diese neue Komplexität bei der Hilfestellung biete einerseits eine große Chance für multidisziplinäre Zusammenarbeit, andererseits gebe es aber (nicht wie im SGB VIII) eine Spiegelverpflichtung zur Kooperation aller erforderlichen und beteiligten Hilfesysteme. Dies erschwere mitunter die professionelle Gestaltung des Hilfeprozesses.

Dieser Fakt wurde auch in der nachfolgenden Diskussion aufgegriffen und problematisiert, dass die Rechtslage und die „gefühlte Situation“ nicht (mehr) zusammenpassen. Die Zusammenarbeit der Helfersysteme in den Rechtskreisen SGB VIII und IX werde gesetzlich schon länger in der Kinder- und Jugendhilfe gefordert, aber auch der Austausch über die Bedingungen im jeweiligen Rechtskreis auf der Kolleg\*innenebene sei ein möglicher Weg. Zum Thema „Datenschutz und Informationen über die Ausgestaltung von Maßnahmen“ sagte Herr Kepert, dass das Jugendamt nur mitteilen müsse, OB eine Kindeswohlgefährdung gesehen werde und OB man tätig werde; Details seien datenschutzrechtlich jedoch nicht gestattet (Schutz u.a. der Familie), es könne aber eine Einwilligung erteilt werden.

## **Generalisierung von guten Lösungen: Gestaltungsmöglichkeiten durch Leistungsplanung aus einer Hand**

Aus Sicht von Kinder- und Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, Schule und Medizin wurde jeweils ein Fall mit hochkomplexen Hilfebedarf vorgestellt, mit Fokus darauf, was in der Zusammenarbeit mit anderen Kooperationspartnern erforderlich und hilfreich gewesen wäre. Beantwortet werden sollte die Frage, was aus der Analyse dieser Einzelfälle an Erkenntnissen generalisiert werden kann.

Vorgestellt wurden folgende Fälle (ausführliche Fallverläufe siehe Präsentationen auf [www.jugendhilfe-inklusive.de](http://www.jugendhilfe-inklusive.de)).

### **Blickpunkt Eingliederungshilfe: Fallbeispiel „Paul aus Magdeburg“**

**Nadine Klietz**, Leiterin der Eingliederungshilfe im Jugendamt Magdeburg und **Pia Nägel**, Internationaler Bund, Magdeburg

### **Blickpunkt Medizin/Kinder- und Jugendpsychiatrie: Fallbeispiel „Leon aus Bremen“**

**Frank Forstreuter**, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Klinikum Bremen-Ost

### **Blickpunkt öffentliche Kinder- und Jugendhilfe: Fallbeispiel „Hasan aus Berlin“**

**Lena Jauch**, Koordinatorin, Berliner „Koordinierungsstelle zur Entwicklung flexibler Hilfesettings für Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf“, Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie, Berlin

### **Blickpunkt Schule: Fallbeispiel „Karina aus Gelsenkirchen“**

**Volker Franken**, Schulleiter, Evangelische Gesamtschule Gelsenkirchen-Bismarck und **Marcie Krafzik**, Schulsozialarbeiterin, Evangelische Gesamtschule Gelsenkirchen-Bismarck.

### **Blickpunkt freie Kinder- und Jugendhilfe: Fallbeispiel „Tom aus Schlüchtern“**

**Dr. med. Juliane Medda**, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Projekt Petra – Partner für Erziehung, Therapie, Research und Analyse, Schlüchtern

## **Was waren die Erkenntnisse?**

### **(1) Gut zu wissen:**

#### **Fachkräfte – multiprofessionelle Zusammenarbeit:**

- Sowohl Jugendamt als auch Jugendhilfeträger und die Kinder- und Jugendpsychiatrie können im Rahmen der Hilfestellung mit dem Fall in der Kooperation und interdisziplinären Ausrichtung der Hilfe gemeinsam „wachsen“.
- Herausforderungen und Hürden, sowie Rückschritte und Fortschritte werden gemeinsam von allen Prozessbeteiligten bearbeitet, reflektiert und die Hilfe immer wieder neu ausgerichtet.
- Gemeinsame Haltung: Wir sollen und wollen den Jugendlichen bedarfsgerecht versorgen (Rechtsauftrag). Keine „Schuldzuweisungen“ im Hilfesystem oder gegenüber dem Kind. Jugendlicher erlebt das Hilfesystem als einig und hochmotiviert, ebenso als klar und konsequent.
- Fachlichkeit als höchstes Gut. „Monetäre Steuerung“ nachrangig.
- Achtung der verschiedenen Rollen; Einbezug aller fachlichen Einschätzungen; gemeinsame Entscheidungsfindung
- Prinzip „Verantwortungsübernahme“: Nicht jede Eigen- oder Fremdgefährdung rechtfertigt eine psychiatrische Unterbringung; rechtzeitige Anbahnung von Kooperation.
- Klinik ist kein Lebensort, die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht die „Steigerung“ von Jugendhilfe.
- Clearing/Clearingstelle: Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit Jugendamt – Kinder- und Jugendpsychiatrie verabschieden, so dass „alle Systeme intensiv eingebunden“ sind (z.B. in Bremen/Berlin).
- Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung: anonym Anzeige erstatten oder Kontakt mit dem Familiengericht aufnehmen oder insoweit erfahrene Fachkraft hinzuziehen (InsoFa).

#### **Zusammenarbeit mit Jugendlichen und Eltern/Elternteil:**

- Zusammenarbeit, Elternarbeit und regelmäßige Kontakte gehören dazu (im Beisein von Fachkräften außerhalb des Zuhauses; Aufbau einer Beziehung; herausfinden, wie belastbar die Mutter/Vater/Eltern ist/sind; Unterstützung bei der Gestaltung von Kontakten im Vorfeld in Zusammenarbeit mit Fachkräften).
- Einbezug des Jugendlichen. Wünsche werden diskutiert und nach Möglichkeit umgesetzt.
- Klare Kommunikation mit dem Jugendlichen und dem Elternteil/Eltern hinsichtlich Sorgen/Angeboten/ Konsequenzen.
- Förderung der sozialen Integration des jungen Menschen durch Anbindung an externe Strukturen wie Vereine, Jugendclubs und andere soziale Angebote.

- Schulische Förderung mit Fokus auf die Vermittlung grundlegender Kompetenzen wie Lesen, um alltagsrelevante Fähigkeiten zu sichern.
- Entwicklung eines reflektierten und angemessenen Umgangs mit digitalen Medien und Konsumverhalten.

## **(2) Kritische Punkte:**

- Platzkapazitäten für Minderjährige in der Eingliederungshilfe fehlen
- Fehlende Inobhutnahmekapazitäten im SGB IX
- Keine Aufnahmeverpflichtung der freien Träger/ Grenzen des Subsidiaritätsprinzips
- Notwendigkeit von Übergangskonstrukten
- Finanzierung regelmäßiger Sprachmittlung in der Umsetzung sehr schwierig
- SPFH zusätzlich zu stationärer Unterbringung hilfreich
- Schule als Schwachstelle im System: Kooperation und individualisiertes Denken/ Agieren im Einzelfall ist nur bedingt möglich. Absprachen lassen sich nur schwer wirksam für den jungen Menschen umsetzen. Die Jugendhilfe kompensiert zu einem großen Anteil fehlende schulische Förder- und Lernmöglichkeiten.
- Konsumakzeptierende Einrichtung zu Beginn der Fallbegleitung hilfreich
- Beendigung der tagesstrukturellen Maßnahme wegen Fehlstunden als Einbruch in der Hilfeplanung
- Finanzierung von Fahrtkosten ohne bestehende stationäre Hilfe (Kennenlerntermine Einrichtung) sehr schwierig
- Entlassungen aus Klinik (Entgiftung) nach Impulsdurchbrüchen aus Kliniksicht nachvollziehbar, wurden jedoch als Hürde in der Hilfeplanung erlebt
- Erkenntnis, dass es Fälle gibt, in denen trotz intensiver Bemühungen Unterstützungsangebote durch betroffene Familien nicht angenommen werden = Grenzen der Jugendhilfe.

## **(3) An die eigene Nase gefasst :**

- Fehlende Kompetenzen bei geistiger oder Mehrfachbehinderung
- Wenige spezialisierte Angebote
- Erschwerte Kooperationsmöglichkeiten in ländlichen Regionen
- Widersprüchliche Kommunikationswege und -inhalte.

## **(4) Was hilft?**

- Strukturen und Haltungen auf Leitungsebene
- Ein Fremdplatzierungsdienst
- Ein Kooperationspool
- Gemeinsame Projekte an den Schnittstellen
- Kooperationsprojekt Clearingstelle
- Gemeinsame Konzeptentwicklung
- Absprachen zur stationären Krisenintervention
- Regelmäßige Beratung (konzeptuell und einzelfallbezogen)
- Kooperatives Bildungsangebot
- Bedingungslose Beziehungs- und Maßnahmenkontinuität
- Bereitschaft, Versorgungslücken zu erkennen, zu benennen und zu „stopfen“
- Bündelung der Kräfte: trägerübergreifende Zusammenarbeit
- Ausreichende personelle und finanzielle Ausstattung
- Hochfrequente Fachberatung und Supervision
- Gemeinsame Konzeptarbeit und regelmäßige Kooperationstreffen
- Ungezwungenheit in der Kooperation.

## Im gemeinsamen Dialog: Leistungsträger SGB VIII + Krankenkassen SGB V

**Janett Engel**, Referentin, Referat Bedarfsplanung, Psychotherapie, Neue Versorgungsformen, Abteilung Ambulante Versorgung, GKV-Spitzenverband, Berlin, stellte die **KSV-Psych** (Komplexversorgung schwer psychisch kranker Menschen) vor. Sie stellte eingangs fest, dass für Kinder und Jugendliche ein umfassendes Versorgungssystem psychischer Erkrankungen bestehe, das in der Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie allerdings regionale Unterschiede aufweise. Grundlage für die Entwicklung einer Komplexversorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen sei ein gesetzlicher Auftrag gewesen. Ziel sei es, für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu ermöglichen und damit die Möglichkeiten der verschiedenen Behandlungs- und Hilfesysteme besser zu nutzen. Zudem sollen die Regelungen der Richtlinie einen einfacheren Zugang zu Komplexbehandlungen herbeiführen.

Vorab geklärt werden müsse in der Praxis:

- Was bedeutet berufsübergreifende Versorgung?
- Was bedeutet schwer psychisch krank?
- Was ist ein komplexer psychiatrischer Hilfebedarf?

Ziel der **KSV-Psych** sei die Schaffung eines patientenindividuellen zentralen Teams, das aus mindestens Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit Weiterbildung/Erfahrung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie bestehe sowie einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in bzw. Psychologischen Psychotherapeut\*in mit der Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen und einer nichtärztlichen koordinierenden Person. Darüber hinaus können weitere Leistungserbringende des SGB V oder außerhalb des SGB V in ein patientenindividuelles erweitertes Team eingebunden bzw. berücksichtigt werden.

Frau Engel erläuterte weiter, die Komplexbehandlung solle durch einen Gesamtbehandlungsplan, der durch die Bezugsärztin erstellt wird, eine bessere Strukturierung erhalten und die verschiedenen Versorgungsbestandteile stärker aufeinander abgestimmt werden. Patientinnen und Patienten sollen durch die koordinierende Person stärker in der Versorgung gehalten und bei der Wahrnehmung der Behandlungsleistungen unterstützt werden: Bei Bedarf solle möglichst nahtlos ein Übergang in die Erwachsenenversorgung sichergestellt werden. Die rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit solle durch Fallbesprechungen und die Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen erleichtert werden.

**In der Diskussion wurde u.a. nachgefragt, wie die** Aus- und Weiterbildung zur Spezifik von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen finanziert werde. Frau Engel sah dies nicht als Aufgabe der KVen, wenngleich das Problem unterschiedlicher Qualitätsniveaus gesehen werde. Für die „koordinierende Person“ und diesbezüglich notwendiger Weiterbildungen würden Kriterien für Zusatzqualifikationen definiert. Eine strukturierte rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit sei zwar geplant, könne aber von der GKV nicht geregelt werden. Gleichwohl können entsprechende Mediziner\*innen an gemeinsamen Gesprächen teilnehmen und dafür auch entsprechend vergütet werden.

**Dipl. med. Thomas Isensee**, Medizinischer Fachberater, FB Strategisches Krankenhaus- und Verhandlungsmanagement, AOK Sachsen-Anhalt, UE Gesundheit und Medizin, Magdeburg, referierte über das Thema „Örtliche Krankenkassen mit Fallmanagement in der Kooperation mit Jugend-amt/Eingliederungshilfe“. Seiner Erfahrung nach werde die Krankenkasse in der Praxis oftmals nur als Zahlmeister angesehen. Um Streit um Kosten zu vermeiden, sei eine engere persönliche Zusammenarbeit mit Jugendämtern der bessere Weg. Das Teilhabeplanverfahren sei ein guter Weg, alle Beteiligten an einen Tisch zu holen.

Im Fokus seines Vortrages stand die Frage, welche gemeinsamen Interessen Krankenkasse und Jugendamt, die beide Kostenträger sind, eigentlich haben. Vor allem beim Umgang mit Problemfällen, z.B. „Systemsprengern“ müsse zusammengearbeitet werden, insbesondere wenn gerichtlich freiheitsentziehenden Maßnahmen angeordnet wurden. I.d.R. erfolge zunächst eine Krankenhauseinweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie **(1. Schritt)** mit anschließender Diagnostik **(2. Schritt)**. Dies sei eine Krankenhausbehandlung und nur dann zulässig, wenn eine ambulante, teilstationäre etc. Behandlung aus medizinischen Gründen nicht möglich sei. Sollte keine Besserung eintreten und der Unterbringungsbeschluss weiterhin bestehen, sei der junge Mensch in einer geeigneten geschützten Einrichtung unterzubringen **(4. Schritt)** und hier beginne das Problem. Eine geeignete Anschlussunterbringung sei oft nur unter hohem Aufwand oder gar nicht möglich **(4. Schritt)**. In der Folge werde z.B. einzelfallbezogen eine Unterkunft eingerichtet oder die Kinder und Jugendlichen in der KJP „verwahrt“, bis ein passender Platz gefunden werden könne. Krankenkasse und Jugendamt bleiben für die Kosten der Unterbringung zuständig. Dies sei häufig konfliktbehaftet, da die Meinungen über die Zuständigkeit auseinandergehen und eine gerichtliche Klärung erfolgen muss. Mit einer frühzeitigen Zusammenarbeit könnten diese Probleme verhindert werden. Zudem müsse es Einrichtungen geben, die diese Kinder und Jugendlichen auffangen. **(5. Schritt)**. Hier bestehe aber eine große Lücke in der Versorgung, da geeignete Einrichtungen fehlen. Dies sei so etwas wie die „black box“ in der Kinder- und Jugendhilfe.

Herr Isensee stellte die Frage, ob das Einzelfallsetting die Methode der Zukunft sei, um sog. Systemsprenger gut unterzubringen und zu betreuen. In der sich daran anschließenden Diskussion berichtete eine Teilnehmerin von dem Vorhaben, ein Kompetenzzentrum für sog. Systemsprenger einzurichten, auch wenn die Rahmenbedingungen für die Umsetzung (personelle und räumliche Ausstattung) sehr schwierig seien. Aus dem Plenum heraus wurde bestätigt, dass es zunehmend problematische Fälle („Systemsprenger“) gebe, wo die Kluft zwischen dem Ende einer stationären Therapie und fehlenden Einrichtungen für die poststationäre Unterbringung eine Systemlücke sei, die dringend auf rechtlicher Ebene geschlossen werden müsse.

Die Diskussionen in der Veranstaltung zeigten, dass bei Fach- und Führungskräften in der kommunalen Praxis sehr großer Bedarf nach Erfahrungsaustausch besteht, hinsichtlich der Struktur und Komplexität von Fallverläufen, auf der Suche nach geeigneten Lösungen und bei Unterbringungs- und Versorgungsmöglichkeiten betroffener Kinder und Jugendlicher.

Die Präsentation und Diskussion der Fälle hatten teilweise den Charakter einer kollegialen Beratung. Die bundesweite Zusammensetzung der Teilnehmenden und die Expertise der Referent\*innen sorgten für einen Transfer von Know-How, auch wenn sehr spürbar war, dass weiterer Austausch- und Vertiefungsbedarf bei diesem Thema besteht, insbesondere auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit der Eingliederungshilfe, dem Gesundheitswesen und den Krankenkassen.