

Kooperationskonsens zwischen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Rotenburg und den Jugendämtern und Jugendhilfeanbietern des Einzugsgebietes

In Besprechungen zwischen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Rotenburg und der Arbeitsgemeinschaft der Jugendämter im Norden Niedersachsens sowie Bremen (AGJÄ) entstand der Wunsch, einen Leitfaden für die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verfassen. Die Zusammenarbeit soll geprägt sein von gegenseitiger Akzeptanz der fachlichen Aufträge und persönlichen Kompetenzen. Neben der Aufgabenverteilung gemäß Selbstverständnis und Arbeitsaufträgen der Institutionen soll die Vielfalt der fachlichen Kompetenz zusammengeführt und als Bereicherung bzw. Ergänzung im Hinblick auf die gemeinsamen Klienten verstanden werden. (Der vorliegende Kooperationsstandard beruht auf einem Entwurf aus Rotenburg, vgl. PRANKEL BH [2001] *Der Rotenburger Kooperationsstandard. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 11: 25-34).

1. Alle NutzerInnen, d.h. alle unsere direkten und indirekten AnsprechpartnerInnen sind gleichberechtigte MitarbeiterInnen.

- *Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Klienten und Patienten:* Alle unsere Meinungen und Handlungen sind darauf gerichtet, den Zustand der freien Selbstbestimmung und Selbstverantwortung unserer Klienten zu wahren oder zu fördern.
- *Informiertes Einverständnis und Vertraulichkeit:* Alle Interventionen der Diagnostik, Erziehung und Therapie sowie Kooperation werden weitestgehend mit den Betroffenen, den Sorgeberechtigten und ihrem relevanten sozialen Umfeld vereinbart, soweit die Betroffenen eingewilligt haben. Wir sind uns bewusst, dass unser Behandlungserfolg entscheidend von der gegenseitigen Information und Kooperationsbereitschaft aller Nutzer abhängt.
- *Verantwortungsübernahme der Helfer:* Wir fördern die bewusste Verantwortungsübernahme der Helfer untereinander, indem wir unsere Kompetenz und unsere Behandlungsstandards frei zur Verfügung und zur Diskussion stellen.

2. Wir achten und nutzen die gegenseitigen fachlichen und persönlichen Kompetenzen.

Wir definieren Autorität über persönliche und fachliche Kompetenz und Verantwortung statt über Theorien und Stellungen. Im Dialog gilt das Prinzip des Wohlwollens und der Akzeptanz.

Die verschiedenen Lebens-, Ausbildungs- und Arbeitszusammenhänge der kooperierenden Institutionen dienen *gleichermaßen* dazu, unser Meinungs- und Handlungsspektrum zu erweitern. Eine „pädagogische“ oder „therapeutische“ Sehweise mit Absolutheitsanspruch gilt als sachfremd. PädagogInnen, SozialarbeiterInnen, ErzieherInnen wie auch TherapeutInnen

- schätzen **beziehungorientiertes Arbeiten** als einen wesentlichen Faktor ihrer Interventionen,
- befassen sich mit Entwicklung vor dem Hintergrund von Risikofaktoren und **Ressourcen**,
- vermitteln verständliche Information, leiten respektvoll zur eigenständigen Meinungsbildung und zum **selbstverantwortlichen Handeln** an.

Daraus ergibt sich, dass die *erstangesprochene* Institution das Anliegen und den Auftrag persönlich klärt und nötigenfalls weitere Hilfe vermittelt.

3. Wir benutzen eine Sprache, die alle unsere Nutzer verstehen können, und wir informieren einander kompetent, transparent und zuverlässig.

Wir formulieren authentisch und konkret, konstruktiv und handlungsorientiert. Wir drücken uns verständlich aus und verzichten auf Jargons. Wir benutzen hierfür den vereinbarten Kooperationsbogen bzw. reichen sinnentsprechende Information weiter.

4. Die ständige Verbesserung unserer Zusammenarbeit ist uns ein bewusstes Anliegen.

- Wie bei allen Lernprozessen sind wir hinsichtlich einer guten Kooperation auf eine hohe Fehlertoleranz unseres Gegenübers angewiesen. Störungen des vorgesehenen Ablaufs weisen häufig auf Muster des konkreten Falls hin. Sie sollten daher als solche diskutiert werden, um Stellvertreterkonflikte und „Sand im Getriebe“ zu vermeiden.

- Die Leitungen der jeweiligen Einrichtungen vereinbaren als ein wesentliches Aus- und Weiterbildungsziel für ihre MitarbeiterInnen die Fähigkeit zur Kooperation im Sinne der Klienten. Außerdem sollen regelmäßige interdisziplinäre Fachgespräche geführt werden, um die institutionsübergreifende Zusammenarbeit zu fördern.

5. Wer nimmt an einer Helferkonferenz teil?

An einer Helferkonferenz nehmen die betroffene Familie sowie *die verantwortlichen MitarbeiterInnen* der Sparten (1) Bildung (Schule), (2) Jugend- bzw. Sozialhilfe (Jugendamt, Sozial- oder Gesundheitsamt) und (3) Behandlung (Therapeuten, Klinik) teil, solange dies von der Anzahl her für die Betroffenen tragbar ist. Dies sind im einzelnen:

- Das Kind bzw. der Jugendliche,
- die Sorgeberechtigten: Die *Eltern* werden informiert und zur Mitarbeit motiviert, auch wenn sie nur teilweise oder gar nicht sorgeberechtigt sind. Eine Helferkonferenz findet nur in begründeten Ausnahmefällen ohne die Sorgeberechtigten statt. Diese müssen dann schriftlich in die Behandlung eingewilligt und die Helfer von der Schweigepflicht entbunden haben;
- ein/e SozialarbeiterIn des Jugendamtes, (a) wenn dieses bereits involviert ist, (b) sobald erkennbar ist, dass Maßnahmen ggf. indiziert sind und (c) wenn die Eltern informiert und einverstanden sind (Grenze ist die Kindeswohlgefährdung);
- die PsychologInnen, ÄrztInnen der Therapieeinrichtungen, wenn (a) sie bereits behandeln, (b) erkennbar ist, dass Maßnahmen ggf. indiziert sind, und (c) die Eltern informiert und einverstanden sind,
- die Erzieherinnen, SozialpädagogInnen und LehrerInnen der Bildungseinrichtung (Kindergarten, Schule), soweit die Eltern informiert und einverstanden sind,
- die weiteren an der Erziehung Beteiligten oder Berechtigten, z.B. Stief- und Pflegeeltern, Sozialpädagogische Familienhilfe, stationäre Jugendhilfeeinrichtung.

6. Wer lädt zu einer Helferkonferenz ein?

Wenn das Jugendamt und die Klinik gegenseitige Hilfe benötigen, dann werden die Eltern informiert, dass die Kompetenzen der Einrichtung überschritten sind, und dass Hilfe durch die jeweils andere Einrichtung nötig ist.

Klinikversion z.B.: „Ihr Kind könnte evtl. von Jugendhilfemaßnahmen profitieren. Auch wir brauchen die Kompetenz vom Jugendamt. Die erforderlichen Hilfen, die Sie beantragen müssten, erarbeiten Sie zusammen mit der/dem SozialarbeiterIn des Jugendamtes. Bitte informieren Sie diese über die Behandlung in unserer Klinik. Wenn Sie einverstanden sind, werden wir dies auch von unserer Seite tun, Sie erhalten eine Kopie unseres Schreibens. Laden Sie bitte noch ... (z.B. die Lehrerin) ein.“

Jugendamtsversion z.B.: „Ihr Kind könnte evtl. von einer Behandlung in der Klinik profitieren. Auch wir brauchen für unsere Sicherheit die Einschätzung der Klinik. Über eine erforderliche Diagnostik oder Behandlung entscheiden Sie in Zusammenarbeit mit einer Mitarbeiterin der Klinik. Bitte informieren Sie die Klinik über die laufende Hilfe des Jugendamtes. Wenn Sie einverstanden sind, werden wir dies auch von unserer Seite tun, Sie erhalten eine Kopie unseres Schreibens. Zu einem gemeinsamen Termin laden Sie bitte noch ... (z.B. die Lehrerin) ein.“

Jede Einrichtung wahrt ihre Verantwortung und Kompetenz. Entscheidungen über die Krankenbehandlung einerseits oder eine Jugendhilfemaßnahme andererseits werden weder angedeutet noch vorweg genommen. Die Organisation der Helferkonferenz übernehmen in der Regel die Sorgeberechtigten.

7. Wie wird informiert?

- **Wenn Eltern sich zur Erstvorstellung anmelden,** teilt die jeweilige Institution den Eltern bzw. den Sorge- und Erziehungsberechtigten möglichst schriftlich mit, welche Unterlagen zur Erstvorstellung *in Kopie* mitzubringen sind.
- **Rechte und Pflichten der Eltern, Leistungen und Arbeitskonzepte der Einrichtungen:** Die Sorgeberechtigten, die Erziehungsberechtigten und auf jeden Fall die Eltern werden frühestmöglich über ihre Rechte und Pflichten informiert, und ihnen geht möglichst ein Arbeitskonzept mit den Leitlinien der Institution zu.
- **Professionelle untereinander:** Wenn das Jugendamt und die Klinik gegenseitige Hilfe benötigen, dann informieren sich einander nach Schweigepflichtsentbindung je nach Dringlichkeit mündlich oder schriftlich. Auf anderweitige Berichte wird nicht verwiesen, sondern diese werden zusammengefasst (wer, wann, welche Diagnose bzw. Feststellung zum Hilfebedarf, Behandlung und Empfehlung). Erstmals untereinander kooperierende Institutionen tauschen schriftliche Arbeitskonzepte aus, um die gegenseitige Arbeit kennen zu lernen.
- **Zur Weitergabe von Berichten an Sorgeberechtigte oder Einrichtungen** (soweit die Sorgeberechtigten ihr Einverständnis erklären) sind lediglich die *Verfasser und die Sorgeberechtigten autorisiert*. Die Einrichtungen verpflichten sich, ihre eigenen Berichte den Sorgeberechtigten als den Hauptverantwortlichen zu übermitteln.

8. Wann und wie finden gemeinsame Interventionen oder Konferenzen statt?

Helferkonferenzen zwischen Familie, Jugendamt und Klinik finden statt, sobald erkennbar ist, dass Maßnahmen der jeweils anderen Einrichtung ggf. indiziert sind, und wenn die Sorgeberechtigten informiert und einverstanden sind. Jugendhilfemaßnahmen benötigen meist einen sechswöchigen Vorlauf, und auch stationäre Klinikaufnahmen sind nur in realen Notfällen unmittelbar möglich.

Bei erkennbarem Bedarf empfehlen die Kliniken und die Jugendämter den Eltern, die jeweils andere Einrichtung in Anspruch zu nehmen. Die Kliniken treffen jedoch keinerlei Aussagen über die Art und Notwendigkeit einer Erziehungshilfemaßnahme und bereiten diese auch nicht vor (z.B. durch Aussagen über die Art der Hilfe oder gar Probekontakte zu Heimen), und die Jugendämter treffen keinerlei Einschätzungen oder Aussagen über ein krankhaftes Gefährdungspotential oder gar eine stationäre Aufnahme.

Erläuterung zum Kooperationsstandard

Zur standardisierten gegenseitigen Information wird ein achtseitiger Bogen zu Basisdaten, Einverständnis zum Informationsaustausch, Vorstellungsgrund, kindlicher Entwicklung, Familienanamnese, Risikofaktoren, Ressourcen und Reifungsdynamik sowie offenen Fragen vorgeschlagen.

Vorstellungsgrund, kindliche Entwicklung und Familienanamnese sowie Risikofaktoren werden weitgehend objektiv berichtet. Der Ressourcenstatus folgt möglichst der eigenen Beobachtung. Aus Risiken und Ressourcen werden die Reifungsdynamik, die therapeutischen bzw. pädagogischen Behandlungsziele und -mittel abgeleitet.

Den MitarbeiterInnen der Einrichtungen können statt des Bogens auch ein Formular der eigenen Institution oder einen Fließtext verwenden; diese sollten sich an den genannten Inhalten orientieren. Die nötige Information wird möglichst mit den Klienten und Sorgeberechtigten erarbeitet und diesen bekannt gemacht werden. Es wird wertschätzend und lösungsorientiert formuliert.

Basisdaten

Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefon des Klienten, der Sorgeberechtigten und des gesamten Helfersystems (Eltern, Jugendamt, Kindergarten, Schule, Therapeuten, Pädagogen, EB, einweisende Ärzte...).

Einverständnis zum Informationsaustausch

Die anfragende Stelle legt das notwendige Einverständnis vor, soweit dies der aktuelle Fall zulässt (Ausnahmen nur bei akuter Selbst- bzw. Fremdgefährdung). Der Bogen wird möglichst mit den Betroffenen und den Sorgeberechtigten gemeinsam ausgefüllt. Wenn dies nicht die Eltern sind, werden diese so weit wie möglich informiert und beteiligt.

Vorstellungsgrund

Hier wird beobachtungsnah formuliert, weshalb sich die Klientin bzw. der Klienten und die Familie in Beratung, Betreuung bzw. Behandlung befinden.

Kindliche Entwicklung

Fragen zu Geburt und Entwicklung, Kindergarten und Schule, aktueller Befindlichkeit und Freizeitinteressen sowie bisherigen schulischen, therapeutischen oder Jugendhilfen. *Beispiel:*

1990	Schwangerschaft unauff., Frühgeburt 35. SSW, Neurodermitis; 1988 „Fieberkrampf“ (keine Medikation)
1994	Kindergarten: Koordinationsschwächen
1996	Einschulung, Rückstufung in Vorschule, dann Grundschule („aggressiv“, „schlecht konzentriert“)
2001-02	Zeugnis der 6. Klasse: 4 Fünfen, 2004 8. Klasse Hauptschule: Schulverweis wg. Angriffs auf Lehrer

Bisherige Hilfen

1990	Krankenhaus Rotenburg: Frühgeburt, 10 Tage Intensivstation
1994	Kinderarzt Dr. X/Rotenburg: EEG unauff., Asthma; Koordinationsstörung → 1994-1996 Krankengymnastik (Praxis Y)
1995	Förderkindergarten Lebenshilfe Verden wegen Unruhe, 1996-1998 Ergotherapie
9/1998-4/2000	Legasthenie-Hilfe an einem Bremer Lerninstitut.
8/2002	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Rotenburg, Ambulanz: Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

Familienanamnese

Genogramm-Darstellung der relevanten familiären Bezugspersonen (eine Übersicht der Genogrammzeichen befindet sich auf dem Bogen), Familiengeschichte, familiäre Erklärungsmuster der aktuellen Lage.

Risiken, Ressourcen und Reifungsdynamik

Ein Beispiel:

1. Risikofaktoren (chronologisch)

1991	Trennung der Eltern, Umzug, Schulwechsel, 1993 Scheidung, bis 1997 Streit um Unterhalt und Besuchsrecht
1997-98	Unfall, Krankenhaus, anschließend Mutter arbeitslos
1999	Umzug zu neuem Partner, Schulwechsel, Rückversetzung
2000	Gefängnisarrest des Stiefvaters nach schwerer Körperverletzung unter Alkohol
2004	Schulverweis.

2. Ressourcenstatus (nach eigener Beobachtung)

- *Individuelle psychobiologische Funktionen:* Atmung und Essen unauff., instabiler Schlafrhythmus, hohe Irritierbarkeit, wechselhafte Grundstimmung, hohe Lernmotivation bei mangelhaften Lerntechniken, daher Rückstand in den Hauptfächern; künstlerisch und sportlich stark; Motivation v.a. durch eigene unmittelbare Bedürfnisse, dabei geringe Frustrationstoleranz.
- *Bindungsfunktionen:* Kontaktaufnahme teilw. durch Provokation, findet dadurch ambivalente Freunde, im Umgang mit Autoritäten vermeidend, besonders bei Konflikten. Intuitive Elternkompetenz durch Konzentration auf äußerliche Fragen abgelenkt, geringe Vorbilder für Lernen, Gefühlsaustausch und reife Kommunikation, familiäre Strukturen gering (hoher Fernsehkonsum, kaum gemeinsame Mahlzeiten) und widersprüchlich (zw. Mutter und Stiefvater); zum Vater regelmäßiger Kontakt und gemeinsamer Urlaub, den der Klient als „Ruhepause“ empfindet; gutes Verhältnis zwischen Mutter und Klassenlehrerin, ambivalente Gleichaltrige.
- *Bewusstsein und Verantwortung:* Der Klient weiß, dass er innerhalb der Familie früher oder später seinen Willen bekommt und versucht dies, auch auf den außerfamiliären Kontext (Schule, Freizeit) zu übertragen, weshalb ihm eine nachhaltige soziale Integration misslingt. Er sieht sich demzufolge umgeben von „ungerechten Außenfeinden“.

3. Reifungsdynamik

- *Aktuelle Entwicklungsaufgaben des Patienten:* Schlafregulation, altersangemessene gegenseitige Bedürfnis- und Konfliktregulierung, stabile Lerntechniken, Integration in sichere außerfamiliäre Bezüge, Ausbildung stabiler Interessen.
- *Aktuelle Entwicklungsaufgaben der Familie:* Einigung auf ein wohlwollendes familienzentriertes Klima, Beteiligung aller an stabilen Alltags- und Konfliktstrukturen.
- *Behebung von Entwicklungskonflikten:* Der Kontakt des Klienten zum leiblichen Vater wird vermieden, weil der Stiefvater diesem Kontakt misstraut und der Mutter mit Trennung droht. Dies würde aber die wirtschaftlichen Grundlagen zerstören.
- *Emotionale Faktoren:* Abwertung und körperliche Bedrohung durch den jähzornigen Stiefvater, Mutter „zwischen den Stühlen“; Klient bekommt viel Streit und delinquente Vorbilder mit.
- *Kognitive Faktoren („Gedankenknoten“):* Mutter: „Mein Sohn ist wie mein Ex.“ „Sein kleiner Bruder macht ihm alles nach.“

Fragen

Der gesamte Bogen und besonders auch die aktuellen Fragen

- zur Diagnostik,
- zum erzieherischen und pädagogischen Hilfebedarf,
- zur Therapie,
- zur gegenseitigen Information und Kooperation,
- zum Behandlungsvertrag,
- zu den Beteiligten und Kostenträgern

werden konkret formuliert und möglichst zusammen mit den Klienten und den Sorgeberechtigten erstellt.