

Mäander-Jugendhilfe: „TWG Lindenhof“

Konzeption

*Therapeutische Wohngemeinschaft für
Jugendliche und junge Erwachsene*

Stand 28.9.2021

Standort: Kuhforddamm 10 in 14476 Potsdam-Kuhfort

Träger: Mäander Jugendhilfe gGmbH, Kladower Damm 221, 14089 Berlin

Inhalt

Mäander-Jugendhilfe:	1
1. Anliegen der Konzeption	3
2. Menschenbild	4
3. Art der Einrichtung.....	5
4. Zielgruppe	6
5. Wie kommt man zu uns?	7
6. Leistungsspektrum	8
7. Wie arbeiten wir.....	8
8. Verlauf des Aufenthaltes (Moduläres Konzept).....	13
9. Exemplarischer Tagesplan/Wochenplan.....	18
10. Zielsetzung.....	19
11. Elternarbeit / Arbeit mit dem Bezugssystem	20
12. Partizipationsmöglichkeit und Beschwerdemangement	21
13. Krisenintervention.....	22
14. Kinderschutz/Kindeswohlgefährdung.....	23
15. Kooperationen.....	24
16. Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung.....	24

Anmerkung: Wir haben uns bemüht, bei den häufig vorkommenden Begriffen (z.B. BewohnerInnen, MitarbeiterInnen) zu gendern. Allerdings haben wir aus Gründen der besseren Lesbarkeit dies nicht in aller Konsequenz durchgeführt. Wenn wir uns in Einzelfällen für die männliche oder weibliche Form entschieden haben, so liegt der Grund einzig in der besseren Lesbarkeit.

1. Anliegen der Konzeption

Das Anliegen der TWG Lindenhof der Mäander Jugendhilfe gGmbH ist, jungen Menschen in einer seelischen Krisensituation, auf die sie mit Rückzug, selbstverletzendem Verhalten, Parasuizidalität, Depression, Medienabhängigkeit, Schulvermeidung und ähnlichen Verhaltensmustern reagieren, einen tragfähigen temporären Wohn- und Arbeitsort zu verschaffen.

Wenn die oben beschriebenen Verhaltensweisen so auffällig geworden sind, dass sich das HelferInnensystem damit beschäftigen muss, stecken hinter diesen Symptomen fast immer tiefgreifende Beeinträchtigungen der sich entwickelnden Persönlichkeit. Die gegenwärtige psychiatrische Terminologie beschreibt solche Arten der Beeinträchtigung als Persönlichkeitsentwicklungsstörungen. Ob diese tieferliegenden Störungen chronifizieren und in eine Persönlichkeitsstörung, eine Sucht, eine psychotische Störung oder ähnliches führen, oder ob sie verwandelt werden können, hängt sehr von der Beziehungsstruktur und dem therapeutischen Verständnis der Umgebung ab.

Wir wollen einen Ort sein, an dem neben einem Wohnkonzept weitere Therapie, Prozesse der Nachreifung und gesunde Begegnungen möglich sind. Zielsetzung ist, den jungen Menschen durch das Erleben von sinnvoller Tätigkeit, die pädagogisch und psychotherapeutisch begleitet wird, eine Lebensplattform zu bieten, die gleichzeitig therapeutisch und entwicklungsfördernd ist.

Unsere Konzeption fußt auf drei Pfeilern:

1. Eine Arbeitstherapie, die - für einige vielleicht zum ersten Mal im Leben - Erlebnisse von Selbstwirksamkeit, Sinn, Struktur und Halt vermittelt, und auf die nächsten Schritte in die Selbstständigkeit hinarbeitet. Diese Arbeitstherapie findet im landwirtschaftlichen und handwerklichen sowie hauswirtschaftlichen Bereich statt.
2. Eine psychotherapeutische Begleitung, die hilft, die Blockaden im Bereich des Umgangs mit sich selber, in der Beziehungsstruktur und der Volition klarer zu sehen und zu verwandeln. Hierbei benutzen wir u.a. Methoden aus der Schematherapie, der Traumatherapie, der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) nach Linehan und dem Züricher Ressourcenmodell. Aber auch kunst- und körpertherapeutische Begleitung ist Teil des therapeutischen Programms.
3. Eine pädagogische Begleitung durch eine BezugsbetreuerIn, die für die/den einzelne/n BewohnerIn eine zentrale AnsprechpartnerIn in Alltagsfragen ist und mit der Bewohnerin/ dem Bewohner Ziele und Perspektiven entwickelt, sie/ihn bei der Umsetzung begleitet und das Erreichte regelmäßig reflektiert.

Eine pädagogische Begleitung durch ein strukturiertes Wohnkonzept mit 24h-Betreuung, in dem es eine klare Tagesstruktur gibt, die durch gemeinsame Mahlzeiten, Gruppen, interne und externe Aktivitäten, Schul-/Ausbildungsvorbereitung, Krisenbegleitung/Krisen-backup, aber auch Raum zur Selbstgestaltung, vorgegeben wird. Dabei wird immer wieder um die Dialektik zwischen individuellen Bedürfnissen und denen der Gemeinschaft, also Rechten und Pflichten der/des Einzelnen, gerungen.

Neben aktuellen Erkenntnissen aus Psychiatrie, Psychotherapie, Pädagogik und Ergotherapie ist eine weitere Inspirationsquelle die Anthroposophie, sowohl was den potentialorientierten Ansatz anbelangt, als auch die vielfältigen therapeutischen Anregungen in Medizin, Kunsttherapien und Bewegungstherapien. Die therapeutische Leitung der Einrichtung hat ein Facharzt für Psychotherapie und Psychosomatik mit jahrelanger Erfahrung in der Adoleszenzpsychiatrie/-psychotherapie inne.

Wenngleich der Auftrag einer TWG natürlich nicht primär ein therapeutischer sein kann, so glauben wir doch, dass viele emotional-instabile junge Menschen in dieser Entwicklungsphase ein Setting brauchen, das auch therapeutische Konzepte zum Umgang mit ihrem Störungsbild beinhaltet. Ansonsten drohen ein ständiger Wechsel der Einrichtung und dauernde Klinikeinweisung, so dass die KlientInnen nicht die Fähigkeiten erlangen, die sie brauchen, um selbstverantwortlich zu werden: lebenspraktische Kompetenzen, Tagesstruktur, Beziehungs-/Gemeinschaftsfähigkeit, Entwicklung der Arbeitsfähigkeit usw. Die Folge wäre lebenslange Abhängigkeit von den Sozialsystemen.

Der Trägername „Mäander“ soll hierbei Programm sein: wie der naturbelassene Flusslauf durchaus seine Bögen und Schleifen zieht, also seinen „individuellen Lauf“ nimmt, der immer auch aus der Kommunikation mit der ihn umgebenden Landschaft entstanden ist und immer neu entsteht, so soll das auch im biographischen Lauf unserer KlientInnen sein. Sie sollen ihren individuellen Weg gehen, im Austausch mit der Umgebung und hoffentlich, wie der mäandernde Fluss, schließlich ihr(e) Ziel(e) erreichen.

Alleiniger Gesellschafter der Einrichtung ist der „Gemeinnützige Verein zur Förderung und Entwicklung anthroposophischer Heilkunst e.V. Berlin“.

2. Menschenbild

Wir arbeiten individuell, auf den Einzelfall ausgerichtet an der (Wieder-)Entdeckung von Fähigkeiten und den gesunden Anteilen in der Persönlichkeit unserer KlientInnen. Da wir jeden Menschen als wertvoll und mit einem einzigartigen Potential begabt betrachten, möchten wir ihm auch mit einer individuellen Förderung begegnen können. Wir glauben, dass zu einer solchen Förderung in dieser Lebensphase des: „Wer bin ich? Was kann ich?“ zwingend gehört, eine Aufgabe zu haben. Dabei sollte diese so ausgelegt sein, dass die/der Jugendliche sie bewältigen kann und weder über- noch unterfordert wird. Uns ist wichtig, dass die Tätigkeiten lebensnah und bedeutsam, also im doppelten Sinne sinnvoll, sind.

3. Art der Einrichtung

Platzzahl

Wir bieten in drei Gruppen am Standort Kuhfort insgesamt 21 Plätze sowie am 3 km entfernten Standort Eiche zwei Plätze im betreuten Einzelwohnen.

Finanzierung

Gesetzliche Grundlage bildet das SGB VIII mit den §§ 27; 34; 35a und 41. Eine weitere Möglichkeit ist die Aufnahme auf Grundlage von SGB XII §53. Zusatzleistungen außerhalb des Regelangebots werden über Fachleistungsstunden angeboten.

Mitarbeitende

Unser multiprofessionelles Team setzt sich zusammen u.a. aus MitarbeiterInnen mit sozialpädagogischen, erzieherischen, psychologischen, pflegerischen, ergo-, garten- und kunsttherapeutischen sowie medizinischen Qualifikationen.

Dabei besteht unser Personal aus Fachkräften, die in der Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen besonders erfahren sind.

Neben dem pädagogischen Team ist für die arbeits- und kunsttherapeutischen Angebote ein therapeutisches Team eingesetzt. In unserem Hause erfolgen regelmäßig Supervisionen und Fortbildungen für unsere MitarbeiterInnen.

Personelle Ausstattung

Stellenanteile: 1,0 päd. Leitung, 0,5 stellv. Leitung, 11,6 pädagogische Fachkräfte, 1,375 psychologische Fachkräfte, 0,25 Kunsttherapie, 3,0 Fachkräfte für Arbeitstherapie, 0,9 Verwaltung, 0,6 Wirtschaftsdienst, 0,5 Hausmeister

Beschreibung der Lage, des Ortes und des Hauses

Unsere BewohnerInnen brauchen, vor allem für die erste Zeit, eine ruhige, naturnahe Umgebung, reizarm, was zivilisatorische Reize anbelangt, dafür reich an Naturreizen. Andererseits aber ist in einem späteren Stadium des Aufenthaltes, wenn es nämlich um zunehmende Verselbständigung und damit die Möglichkeit der Wahrnehmung von Außenkontakten geht, die Anbindung an eine gute Infrastruktur wichtig. Und auch für unsere MitarbeiterInnen ist eine gute Erreichbarkeit erforderlich.

Mit dem Grundstück Kuhfortdamm haben wir dafür eine Örtlichkeit, die genau diesem Profil entspricht: einerseits reizarm, gelegen in einer Wald-, Wiesen, Sumpf- und Wasserlandschaft mit Landwirtschaft und kleinen Orten in der Umgegend. Andererseits liegt die Bushaltestelle, mittels der innerhalb von 20 Min. der Hauptbahnhof Potsdam erreicht werden kann, buchstäblich vor der Tür. Außerdem befindet sich in Fahrradnähe (knapp 3 km entfernt) die RE-Station Potsdam-Sanssouci, mittels derer BewohnerInnen (und MitarbeiterInnen) das Zentrum Berlins innerhalb von etwa 40 Min. Fahrzeit erreichen.

4. Zielgruppe

Die Zielgruppe sind Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 14 und 27 Jahren in einer seelischen Krise, vorrangig mit den Diagnosen:

- Depression
- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Mediensucht
- Störung des Sozialverhaltens
- Borderline- und andere Persönlichkeitsentwicklungsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen/Komplextraumata/dissoziative Störungen
- Psychotische Störungen

Die meisten der BewohnerInnen kommen aus einer psychiatrischen Klinik. Allen gemeinsam ist, dass sie erstmal nicht in der Lage sind, eine externe Tagesstruktur (Schule oder Ausbildung) eigenständig bewältigen zu können. Da es sich hierbei nicht um eine kürzere Krise im Sinne von einigen Wochen handelt, steckt dahinter ein generelles chronisches Strukturproblem, das sehr häufig mit einer Traumatisierungsstörung, einer Persönlichkeitsentwicklungsstörung oder einer psychotischen Störung zu tun hat.

Obwohl die Jugendlichen, für die der „Lindenhof“ ausgerichtet ist, auf einer oberflächlichen Symptomebene an ganz unterschiedlichen Störungsbildern leiden mögen, so ähneln sich die Probleme auf einer basaleren Ebene.

Es bestehen Phänomene wie:

- das Fehlen von innerer Struktur, d.h. der Fähigkeit, aus eigener Kraft geplante bzw. begonnene Tätigkeiten auszuführen
- das Fehlen von Rhythmen im Tageslauf im Sinne einer gesunden Balance von Aktivität und Entspannung
- das Fehlen von Ausdauer und innerer Spannkraft bei der Ausführung eintöniger aber notwendiger Tätigkeiten
- Probleme im Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen, häufig verbunden mit sozialem Rückzugsverhalten oder Aggression
- Defizite zwischen Öffnung und Verantwortungsübernahme einerseits sowie Abgrenzung andererseits

Dies ist der Grund, warum KlientInnen mit so unterschiedlichem Störungsbild wie beispielweise dissozialen Zügen einerseits oder ängstlich-vermeidenden andererseits vom selben Konzept und voneinander profitieren können. Legt man aber die neueren Forschungsergebnisse zugrunde, nach denen seelische Vernachlässigung genauso traumatisierend wirken kann wie physische/sexuelle Gewalterfahrung, dann haben

viele unserer BewohnerInnen nicht nur auf basaler Ebene ähnliche Probleme, sondern auch viele Auslösefaktoren können ähnliche sein.

Was erwarten wir von den Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die bei uns aufgenommen werden wollen?

1. Therapiemotivation und -fähigkeit sowie ggfs. das Einverständnis zu einer medikamentösen Therapie. Das schließt eine gewisse Ambivalenz selbstverständlich nicht aus, solange die Bereitschaft da ist, mit dieser Ambivalenz zu arbeiten.
2. Bereitschaft, unsere Hausordnung zu akzeptieren und die Arbeitsangebote sowie die therapeutischen Angebote zu nutzen. Auch von den Eltern bzw. sozialen Bezugspersonen wird erwartet, dass sie diesbezüglich kooperieren und sich unterstützend einbringen.

In welchen Fällen sind wir als Einrichtung nicht geeignet?

Da wir in unseren arbeitstherapeutischen Settings intensiv mit Pflanzen und Tieren arbeiten, muss im Einzelfall geklärt werden, ob eine Aufnahme bei schweren Allergien sinnvoll ist.

Nicht aufgenommen werden können Jugendliche, die akut selbst- oder fremdgefährdend sind, die sich in einer akuten psychotischen Phase befinden oder bei denen eine Suchterkrankung im Vordergrund steht.

Ebenfalls nicht geeignet ist der Lindenhof bei Vorliegen einer akuten schweren Anorexie oder Bulimie.

5. Wie kommt man zu uns?

Aufnahmeanfrage sind nur möglich, wenn das zuständige Jugendamt (oder andere Kostenträger) in den Fall eingeschaltet sind. Wir bitten darum, unseren Aufnahmebogen auszufüllen und wenn möglich schriftliche Einschätzungen und Berichte der BehandlerInnen, Kliniken, Jugendämter und anderer Hilfetragern mit einzureichen. An Hand dieser Informationen treffen wir eine Vorauswahl, ob wir uns eine Aufnahme vorstellen können. Dann kann es zu einem Besichtigungstermin kommen, bei dem zwei unserer BewohnerInnen eine ca. 45 minütige Führung über unser Gelände machen und Mäander vorstellen. Bei diesem Termin ist keine/r unserer MitarbeiterInnen dabei. Wenn danach noch offene Fragen sind, können diese durch eine/n MitarbeiterIn beantwortet werden. Die/der BewerberIn soll die Eindrücke für zwei Tage wirken lassen und wenn sie/er sich weiterhin eine Aufnahme vorstellen kann, vereinbaren wir einen zweiten Termin für ein ausführliches Aufnahmegespräch. Eine wichtige Komponente ist dabei natürlich die Motivation des jungen Menschen, sich entwickeln zu wollen. Uns ist bewusst, dass es, gerade für Menschen in der Pubertät und außerdem in einer Krise, nicht leicht ist, verbindliche Entscheidungen zu treffen. Insofern haben wir nicht den Anspruch, dass sich jede(r) von Beginn an bedingungslos für Mäander mit allen Vor- und auch aus Jugendsicht Nachteilen (weit weg von der Stadt, klare Regeln, Tagesrhythmus, Aufgaben etc.) begeistert. Aber wir erwarten, dass es eine ausreichend motivierte gesunde Seite gibt, die sich ein Stück weit auf die Situation bei uns einlässt und auch bestimmte Regeln akzeptiert. Dazu gehört die Vereinbarung, auf Drogen und Alkohol zu verzichten und eingeschränkter Mediengebrauch. Ebenfalls gehört dazu, bei selbstverletzendem

Verhalten und Parasuizidalität Therapieverträge bezüglich des Verhaltens bei Schneidedruck und Suizidalität zu unterschreiben und beständig an der Problematik arbeiten zu wollen.

Unsere Erwartung ist nicht, dass der gesunde Anteil notwendigerweise stärker ist als die destruktiven Seiten und Verhaltensweisen, aber es muss ein gewisses Veränderungspotential erkennbar sein.

Die Entscheidung für eine Aufnahme wird schließlich gemeinsam mit dem zuständigen Jugendamt oder Sozialamt getroffen. Zu Beginn der Hilfe oder am Ende der 6-wöchigen Probezeit muss eine Hilfefkonferenz mit Beteiligung des Jugendamtes, der Jugendlichen und deren gesetzlichen VertreterInnen stattfinden.

Wenn es zur Aufnahme kommt, erfolgt eine 6-wöchige Probezeit. Nach dieser Zeitspanne sollen Jugendlicher und Wohngruppe sich nochmals dazu äußern, ob eine weitere Zusammenarbeit als sinnvoll und zielführend erlebt wird.

6. Leistungsspektrum

Folgende individuelle und flexibel anpassbare Angebote können Anwendung finden:

- Arbeitstherapie
- Psychotherapeutische Einzelgespräche
- Bezugsbetreuung
- Gesprächsgruppen
- Gruppenpsychotherapie/Psychoedukation
- Anthroposophische Anwendungen und medikamentöse Therapien
- Kunsttherapie
- Tiergestützte Therapie
- Pädagogisch begleitete Sport-und Bewegungsgruppen
- Theaterpädagogik
- Musikpädagogik

7. Wie arbeiten wir

Eingebettet in ein haltgebendes, strukturschaffendes pädagogisches Jugendwohnen sollen mit Hilfe der intensiven therapeutischen Arbeit die jungen Menschen lernen, die Anforderungen des Alltags zunehmend selbständig und selbstsicher zu bewältigen.

Unsere Arbeit im Alltag basiert auf fünf Säulen:

- I. Arbeitstherapie
- II. Therapeutische Begleitung
- III. Betreutes Wohnkonzept
- IV. BezugsbetreuerInnensystem
- V. Schulische/berufliche Förderung

I. Arbeitstherapie

Für Jugendliche und junge Erwachsene in dieser Phase der Persönlichkeitsbildung ist es essentiell, eine Aufgabe zu haben. Dabei sollte diese so ausgelegt sein, dass die/der Jugendliche sie bewältigen kann und weder über- noch unterfordert wird. Uns ist wichtig, dass die Aufgaben lebensnah und bedeutsam sind.

In unserem Projekt bedeutet dies konkret, dass jede/r unserer KlientInnen ihren/seinen Teil zur Versorgung und Erhaltung der „Gemeinschaft Lindenhof“ beitragen muss. So wird in unserer landwirtschaftlich ausgerichteten Arbeitstherapie ein Teil unserer täglichen Nahrung produziert, werden Haus und das große Grundstück in Ordnung gehalten bzw. bauliche Projekte umgesetzt, die der Hofgemeinschaft nützen. Es werden Veranstaltungen für die Angehörigen und Nachbarn organisiert und die am Lindenhaus lebenden Tiere versorgt.

Ziel ist es, in diesen breit gefächerten Arbeitsmöglichkeiten für jede/n die passende Herausforderung zu finden, um daran zu wachsen, ohne überfordert zu werden. Dabei ist der Begriff „Arbeitstherapie“ etwas irreführend: die Arbeit an sich ist ja eine reale und nicht künstlich geschaffene: der Schreibtisch muss geschreinert werden, sonst hat die neue Bewohnerin, die nächste Woche kommt, keinen. Die Tomaten müssen geerntet werden, sonst gibt es keine zum Mittagessen. Es geht also ganz bewusst nicht um Therapiegarten wie in einer Akutklinik. Gerade weil es aber nicht um Arbeitstherapie geht, sondern für die Adoleszenten der Sinn ihrer Tätigkeit für die Hofgemeinschaft erlebbar ist, wirkt diese Arbeit therapeutisch. Darüber hinaus werden aber von den ArbeitstherapeutInnen auch die aktuellen Potentiale und Defizite der BewohnerInnen genau angeschaut und in die Auswahl des anstehenden Arbeitsfeldes mit einbezogen. Insofern gibt es sehr wohl auch therapeutisch-pädagogische Qualitäten in unserer Arbeitstherapie.

In unserem ausführlichen Konzept haben wir vier therapeutische Ebenen der Arbeit herausgearbeitet:

1. *Arbeit als sinnvolle Betätigung:*

- Sinnvoll im Sinne von Sinnhaftigkeit: das was man tut, ist evident in seiner Wichtigkeit und verleiht der Existenz Bedeutung
- Sinnvoll im Sinne von Sinnesentwicklung: vor allem viele Stadtjugendliche zeigen in diesem Bereich deutliche Entwicklungsdefizite

2. *Arbeit als strukturschaffendes Medium:* durch einen klaren Rhythmus bringt sie Stabilität in eine Krisenphase und hilft gleichzeitig, Willens- und Strukturkräfte für spätere Tätigkeiten zu bilden.

3. *Arbeit als Begegnung mit den eigenen Stärken und Schwächen:* Das Aushalten von Frustration über Unvermögen, das Erlernen von Ausdauer, auch wenn nicht unmittelbar eine Belohnung erfolgt.

4. *Arbeit als soziale Begegnungssphäre:* das Erlernen von Kooperation mit anderen und das Aushalten und Lösen von Konflikten

Konkret gibt es folgende Arbeitsfelder:

- Arbeit in den Gärten (Gemüse und Blumen) sowie in der Geländepflege
- Pflege der Tiere (Alpakas)

- Hauswirtschaft: diese kocht das Mittagessen und sorgt für die Sauberkeit der Gemeinschaftsbereiche
- Handwerksgruppe: Arbeit in der Holzwerkstatt/Hausmeisterei

II. Therapeutische Begleitung

Diese hier beschriebene Art von Arbeit kann allerdings nur konstruktiv angenommen werden, wenn sie therapeutisch begleitet wird. Andernfalls würde eine Vielzahl der Jugendlichen mit oben beschriebenen Störungsbildern die Arbeit verweigern: sei es aus mangelnder Frustrationstoleranz, Selbstwertproblemen, Konfliktsituationen mit AnleiterInnen oder MitbewohnerInnen, oder sei es aus Antriebsschwäche. Bei unserem Ansatz, der sowohl von pädagogischen als auch therapeutischen Konzepten ausgeht, haben wir uns leiten lassen von verhaltenstherapeutischen und bindungsorientierten Methoden (v.a. Schematherapie, Traumatherapie und DBT, erweitert um Methoden aus der systemischen und humanistischen Psychologie. Dabei kann die Schematherapie sehr hilfreich sein, die in der Arbeitssituation oder Sozialsituation aktivierten Schemata zu erkennen und Schritt für Schritt zu verwandeln. Skills und therapeutische Einsichten aus der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) nach Linehan und Emotionsregulationstherapie werden sowohl in Einzelgesprächen als auch in der psychoedukativen Gruppe vermittelt. Bei den komplex traumatisierten BewohnerInnen, bei denen verschiedene Formen der Dissoziation zu einem zu Beginn inkonsistenten und unberechenbaren Beziehungsverhalten führen, ist eine gerade hier so notwendige enge Beziehungsarbeit ohne Erkenntnisse aus der Traumatherapie gar nicht möglich.

Ein weiterer wichtiger Baustein, mit dem die drei Therapierichtungen arbeiten, ist das Achtsamkeitskonzept, das ursprünglich aus dem Buddhismus kommt. Dieses lässt sich gut mit anthroposophischen Therapieansätzen verbinden, durch die Körpersinne und Geistesgegenwart geschult werden. Gerade bei traumatisierten oder vernachlässigten KlientInnen bestehen hier bis ins Körperliche große Entwicklungsdefizite, was Vitalität, Körpergefühl, Wärmeverteilung, Grundanspannung angeht. Hier können anthroposophische Therapie in Form von Einreibungen, Wickeln, Bädern aber auch Bewegungstherapie (Heileurythmie) und verschiedene Kunsttherapieformen zu Nachreifung und Entwicklungsschritten führen, die einem rein psychotherapeutischen oder pädagogischen Ansatz nicht zugänglich wären.

Konkret heißt das für die KlientInnen, dass es wöchentlich sowohl eine Gesprächstherapiegruppe als auch eine psychoedukative Gruppe gibt. Jede/r Jugendliche soll möglichst eine Stunde Psycho- oder Kunst- oder Bewegungstherapie bekommen. In Einzelfällen kann auch eine externe ambulante Psychotherapie Sinn machen. Im Normalfall aber ist es notwendig, dass es eine enge Zusammenarbeit aus Psychotherapie und Pädagogik vor Ort gibt, weil gerade die enge Verzahnung von Arbeit, Sozialleben und Therapie bei unserem Klientel essentiell ist.

In diesem Geflecht erhält jede/r KlientIn die Möglichkeit, neue Verhaltensweisen und Konfliktbewältigungsstrategien zu erlernen und zu erproben.

Die verschiedenen Therapien finden direkt auf unserem Gelände statt.

III. Betreutes Wohnkonzept

Trotz der individuellen Förderung haben die Gruppe und die Wohngemeinschaft als solche für uns einen sehr hohen Stellenwert. Sie sind gleichzeitig Motivation, Belohnung, Konfliktpartner und Kontrollinstanz für die Verhaltensänderung bei den Jugendlichen.

Die KlientInnen sollen sich gegenseitig in der Gruppe stützen und fördern. Sie leben miteinander und müssen lernen, dass sie nur in diesem Miteinander eine positive Entwicklung nehmen. Dazu gehört es, seine Arbeitsaufgaben zu erfüllen, andere bei Bedarf zu stützen und sich Hilfe einfordern zu lernen. Ein möglichst harmonisches und authentisches Miteinander ist Ziel des Gruppenkonzeptes.

Zudem stellt das gemeinschaftliche Zusammenleben zwischen Jugendlichen ein gutes Lernfeld für das Erspüren und Artikulieren von Bedürfnissen, für das Austragen von Konflikten und die Entwicklung emphatischer Fähigkeiten dar. Das Mäander-Team begleitet gruppeninterne Prozesse und gibt immer wieder Impulse zur Gemeinschaftsbildung.

Im wöchentlich stattfindenden BewohnerInnenplenum organisieren die Jugendlichen weitgehend selbständig die Dienstverteilung für die kommende Woche, besprechen aufgetretene Probleme, formulieren Anliegen und Wünsche an die Gruppe und ans Team und planen einen gemeinsamen Sonntagsausflug.

Unsere KlientInnen haben zeitlich begrenzt Zugang zu elektronischen Medien, wie Smartphones und Computern, aber auch zum Fernsehen.

Außerhalb der Tagesstruktur – am Abend, an den Wochenenden oder in den Ferien – werden verschiedene Freizeitangebote von den diensthabenden BetreuerInnen initiiert, dabei ist uns der verbindende, gemeinschaftsstiftende Charakter der Aktivitäten wichtig. Unser Ziel ist es, den Jugendlichen Impulse für eine möglichst medien- und konsumfreie, naturverbundene und kreative Freizeitgestaltung zu geben, die die Jugendlichen auch nach ihrem Auszug weiter realisieren können (auch mit ggf. wenig finanziellen Mitteln).

Die Nutzung von außerhalb angebotenen Freizeitgestaltungsmöglichkeiten ist in Abhängigkeit von Stabilität und Tagesstruktur ausdrücklich erwünscht.

IV BezugsbetreuerInnensystem

MitarbeiterInnen unseres BetreuerInnenteams haben zwei differenzierte Rollen. Sie sind BetreuerInnen mit der Zuständigkeit für die ganze Gruppe und jede/n Einzelne/n und sie sind BezugsbetreuerInnen für ein bis drei BewohnerInnen.

Die BezugsbetreuerInnen sind zentral für den Hilfeplanprozess des einzelnen Bewohners/der einzelnen Bewohnerin zuständig, führen die Kommunikation mit dem Hilfesystem (Eltern, Jugendamt etc.), verfassen die Entwicklungsberichte und nehmen an den Hilfekonferenzen teil. Dabei erhalten sie Unterstützung/Supervision von der pädagogischen Leitung und der therapeutischen Leitung.

Die grundlegende Aufgabe für die/den BezugsbetreuerIn ist eine intensive Beziehungsarbeit. Gestaltet wird diese u.a. durch gemeinsame Aktivitäten und wöchentlich stattfindende BezugsbetreuerInnengespräche. Der/die BezugsbetreuerIn begleitet die Bewohnerin bzw. den Bewohner bei alltäglichen Fragen, Sorgen und Problemen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung.

In halbjährlich stattfindenden Zielentwicklungsgesprächen vereinbaren die BezugsbetreuerInnen mit den Jugendlichen/jungen Erwachsenen Nah- Zwischen- und Fernziele. Hierbei orientieren wir uns an der SMART-Methode. Die Nahziele werden dann in einem Verstärkerplansystem jeden Abend mit dem/der Jugendlichen reflektiert. Um die/den Jugendliche(n) bei der Umsetzung ihrer/seiner Ziele zu begleiten, findet einmal im Monat ein Zielreflexionsgespräch mit der/dem BezugsbetreuerIn statt, in dem das Erreichte reflektiert und Ziele ggf. angepasst werden.

Die BetreuerInnen haben durch die enge Zusammenarbeit mit den EinzeltherapeutInnen neben den pädagogischen Aufgaben auch eine starke co-therapeutische Rolle. In der Therapie erarbeitete Lösungsstrategien können bei im Alltag auftretenden Krisen, Widerständen und Konflikten zusammen mit der/dem diensthabenden BetreuerIn trainiert werden. Hierbei arbeiten unsere PädagogInnen wie beschrieben mit Techniken und Strategien aus der DBT, Schemapädagogik und Traumapädagogik.

IV. Schulische/berufliche Förderung

Viele junge Menschen haben bei der Aufnahme aufgrund ihres jungen Alters oder ihres unregelmäßigen Schulbesuchs in der Vergangenheit keinen Schulabschluss.

Zu Beginn der Maßnahme klären wir, ob Schulpflicht besteht oder nicht. Besteht sie, wurde ihr aber nicht nachgekommen, und ist aktuell immer noch eine starke Schulvermeidungsproblematik gegeben, bekommt der junge Mensch stundenweise bei uns nachmittags ein Beschulungsangebot, d.h. es findet ein von BetreuerInnen begleitetes Hinführen an schulrelevanten Stoff statt. Dieses Hinführen ist für einen perspektivisch erfolgreichen Unterrichtsbesuch oftmals sehr wichtig, ist aber im formalen Sinne keine Schulmaßnahme, da wir nicht berechtigt sind, Noten oder Abschlüsse zu verleihen.

Hat sich die/der Jugendliche stabilisiert und besteht ausreichende Motivation, so wird der Besuch einer Kooperationsschule angestrebt. Dies kann die Außenstelle der Waldorfschule Potsdam in Rädels (Parceval) sein oder die Waldorfschule Werder. Hier besteht die Möglichkeit einer Beschulung mit Abschluss (erweiterter Hauptschulabschluss, MSA) wobei klar sein muss, dass die Schulen letztlich sowohl die Entscheidung für die Aufnahme als auch die Entscheidung für den Abschluss zu verantworten haben.

Oftmals bestehen aber auch trotz eines Schulabschlusses große Wissenslücken. Deshalb werden über Themenabende, Kulturbesuche und Kunstprojekte gezielte Angebote an die jungen Menschen gemacht. Einmal jährlich, mit dem Beginn des neuen Schuljahrs, veranstalten wir normalerweise unsere Akademie. Dabei konzentrieren wir uns für 3-4 Wochen intensiv mit den BewohnerInnen auf ein Thema und gestalten dieses in Seminaren, Workshops, Vorträgen, Ausflügen und Reisen. In der Regel beschäftigen wir uns hier mit Epochenwechseln (z.B. Antike, Renaissance oder unserem heutigen Epochenwechsel). Am Ende hält jede/r BewohnerIn ein Referat und wir unternehmen (wenn möglich) eine Akademie-Reise (Florenz/Renaissance, Antike/Griechenland), die über Spenden finanziert wird.

Die berufliche Förderung erfolgt während der Kernphase des Aufenthaltes durch unsere Arbeitstherapie. Am Ende des Aufenthaltes, in unserer Phase 3 und 4 werden externe Praktika bzw. der Beginn einer Ausbildung, einer REHA- Ausbildung, einer

Ausbildung in einer Werkstatt für Behinderte, ein Freiwilliges Soziales oder Ökologisches Jahr oder Bundeswehr oder der Wechsel zu einer höheren Schule/Universität von uns aus begleitet. Dazu gibt es eine gute Vernetzung mit verschiedenen HelferInnensystemen, Kooperationsbetrieben, Agentur für Arbeit und Schulen.

Teamstruktur

Damit unsere verschiedenen Arbeitsbereiche gut zusammenarbeiten können, ist uns eine gute und effektive Kommunikation sehr wichtig. Dafür gibt es 1x pro Woche eine Teamsitzung der BetreuerInnen, der Arbeitstherapeuten und sowie ein Großteam. Außerdem haben wir 1x pro Woche ein Fallkonferenz für eine BewohnerIn, in der Regel im Vorfeld einer Hilfefkonferenz beim Jugendamt, im Bedarfsfall auch bei Krisen. In dieser Fallkonferenz treffen sich die zuständige BezugsbetreuerIn, PsychotherapeutIn, eine VertreterIn der Arbeitstherapeuten, die therapeutische Leitung und die pädagogische Leitung, um über die Entwicklung, Probleme und Perspektiven des einzelnen Jugendlichen zu beraten. Zu Beginn der Hilfe findet diese Konferenz meist ohne die BewohnerIn statt, nach ca. einem Jahr nehmen die Bewohner in der Regel an dieser Konferenz teil.

8. Verlauf des Aufenthaltes (Phasen-Konzept)

Ziel des Aufenthaltes bei uns ist natürlich eine zunehmende Verselbständigung, die den jungen Menschen in die Lage versetzen soll, seinen weiteren Lebensweg so eigenständig wie möglich gehen zu können. Diese Selbständigkeit ist aber zu Beginn des Aufenthaltes nicht möglich. Dies kann unterschiedliche Ursachen haben:

1. Trauma bedingt sind noch keine gesunden seelischen Strukturen vorhanden. Die/der BewohnerIn muss diese Strukturen also erst entwickeln - ein Vorgang, den man Nachreifung nennen kann. Neben dem Entwickeln von neuen gesunden Fähigkeiten geht es aber auch um ein Verwandeln der alten Traumata, einen Vorgang, der in der Schematherapie Nachbeelterung genannt wird: Verletzungen aus der frühen oder mittleren Kindheit, die wie eingefroren und aus der Zeit gefallen tief im Seeleninneren des jungen Menschen leben, können nur heilen in einer sicheren Beziehung, in der einerseits das Zutrauen besteht, verletzliche und schambehaftete Seiten zeigen zu können und andererseits der Raum ist, diese in einer gesunden Bindungserfahrung zu leben und zu verwandeln.

In der Traumatherapie spricht man deshalb von drei bis vier Therapiephasen: *Stabilisierung, Traumabearbeitung* und *Integration/Neuorientierung*.

D.h., bevor tiefe Verletzungen angeschaut werden können, muss erst einmal eine ausreichende Stabilität bestehen, kommt es meist zu schweren Selbstverletzungen, Suizidalität oder verschiedensten Formen der Dissoziation. Erst dann können innerhalb der Therapie mittels verschiedenster Techniken die eigentlichen Traumata angeschaut werden und die KlientInnen können sich außerhalb und innerhalb der Therapie auf neue Beziehungserfahrungen einlassen, in denen maladaptive Schemata bearbeitet werden können. Erst danach kann es zu einer Verselbständigung/Neuorientierung kommen.

2. Auch in der Borderlinetherapie oder in der postpsychotischen Phase einer Schizophrenie gibt es bei den BewohnerInnen vergleichbare Phasen/Stadien: zunächst muss es zu einer Stabilisierung/Erdung kommen, dann können destruktive Beziehungsmuster und Verletzungen sowie tiefe Irritationen, die durch psychotische Erfahrungen entstanden sind, bearbeitet und integriert werden, bevor es dann zu einer Neuausrichtung kommen kann.

Wenngleich der individuelle Verlauf bei so einem Störungsbild nicht in jedem Fall so aussehen muss und wir im Lindenhaus auch nicht ausschließlich mit Jugendlichen mit einem der eben beschriebenen Störungsbildern arbeiten, so zeigten die letzten Jahre unserer Arbeit klar, dass die große Mehrheit der BewohnerInnen diese drei Phasen durchläuft. Insofern ist ein Modell, welches den spezifischen Gegebenheiten der jeweiligen Phase gerecht werden soll, sinnvoll. Wie viel Zeit jede Phase in Anspruch nimmt, ist nur im Einzelfall zu entscheiden und hängt mit der Entwicklung der/des Jugendlichen unmittelbar zusammen. Aufgrund der in Studien belegten Zeitdauer für Nachreife und Veränderungsprozesse gehen wir von einer Aufenthaltsdauer von mindestens einem Jahr und im Normalfall nicht länger als drei Jahren aus.

Probezeit - Diagnostische/klärende Phase

Die ersten 6 Wochen nutzen wir als Probezeit für ein gegenseitiges Kennenlernen. In dieser Zeit wird von uns eine Problemanalyse (Ressourcen erkennen, Förderschwerpunkte erwähnen, eventuell psychometrische Testung) durchgeführt. Es wird eine erste Tagesstruktur aufgebaut und ein gemeinsamer Plan erarbeitet. Zum Ende der diagnostischen Phase erfolgt eine Hilfeplanung mit Sorgeberechtigten, gesetzlichen VertreterInnen, Jugendlichen, Jugendamt und unserem Team zur Planung der weiteren Hilfe bei uns oder der Beendigung der Hilfe und weiterer Empfehlungen. Dabei orientiert sich die Planung an der „Handreichung für die Zielformulierung in der Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII“ des JA Potsdams. Sollte es zu einer Beendigung der Hilfe bei uns kommen, so wird die in der diagnostischen Phase erstellte Diagnostik dem JA zur Verfügung gestellt und es werden möglichst realistische Alternativen genannt.

Da für uns die Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld einen hohen Stellenwert hat, lehnen wir eine generelle Kontaktsperre ab. In begründeten Fällen kann es nach Absprache mit Bezugspersonen zu einzelfallbezogenen Regelungen kommen. Innerhalb der ersten 6 Wochen gibt es im Normalfall keine freien Ausgänge/Heimfahrten, da es sich um die Eingewöhnungsphase handelt. Besuche sind in der Regel von Anfang an während der Besuchszeiten am Samstagnachmittag möglich. Der Kontakt nach außen ist in der Probezeit eingeschränkt. BewohnerInnen haben in der Probezeit kein Handy, Tablet, iPod-Touch oder Laptop zur Verfügung. Es gibt aber die Möglichkeit über unser Festnetz-BewohnerInnen-Telefon mit Familie und FreundInnen in Kontakt zu treten.

Phase 1:

Stabilisierungsphase: die BewohnerInnen wohnen im Wohnhaus, die Tagesstruktur findet intern statt

Hier findet die intensivste Betreuung statt. Dies kann unterschiedliche Gründe haben. Die beiden häufigsten, die oftmals in Kombination auftreten, sind:

1. Suizidales, selbstverletzendes und dissoziatives Verhalten bei komplexer Traumatisierung und/oder Borderlinestörung, sowie
2. Probleme in der Volition/ Selbstregulation bei Psychosenähe.

Die jungen Menschen kommen dabei oft unmittelbar nach Entlassung aus der Klinik oder einer anderen TWG zu uns.

Hier erfolgt also zunächst eine Stabilisierung von der BetreuerInnenseite durch unser DBT-orientiertes Konzept, das allen MitarbeiterInnen sowohl durch regelmäßige teaminterne Fortbildungen, als auch durch eine für alle verpflichtende, externe Grundausbildung vermittelt wird. Therapeutisch liegt neben dem Beziehungsaufbau ein großer Focus auf Stabilisierung: hierzu müssen die Jugendlichen Fähigkeiten des Spannungsabbaus, sogenannte Skills, erlernen. Dies findet im Einzel- und Gruppensetting statt.

Natürlich ist auch in dieser Phase die Gruppenstruktur schon wichtig: Ziel ist von Anfang an das Erleben, dass man in einer therapeutischen Gemeinschaft einen Platz hat, an dem man gibt und nimmt, an dem man sowohl von der Gruppe gestützt wird, als auch die Gruppe stützt. Dies wird in den Therapiegruppen durch ein Training der Begegnungsfähigkeit unterstützt, das an gängige SKT (Soziale Kompetenz-Trainings-) und Konfliktmanagementkonzepte anschließt, diese aber erweitert.

Die Erfahrung der letzten Jahre zeigte, dass Jugendliche mit oben beschriebenem Hintergrund in der Beziehungsgestaltung sehr ängstlich/misstrauisch/verschlossen sind. Insofern ist hier noch viel Beziehungsarbeit und intensive Unterstützung (z.T. 1:1) durch die BetreuerInnen notwendig, die je nach Intensität nicht Teil der Regelleistung ist, sondern über Fachleistungsstunden abgedeckt werden muss.

Räumlich ist das Modul im Haupthaus angesiedelt.

Die Mahlzeiten können ggfs. in reizärmerem geschützterem Rahmen eingenommen werden – es besteht aber auch die Möglichkeit, mit den BewohnerInnen aus den anderen Modulen zusammen zu essen.

Die Tagesstruktur findet in Phase I geländeintern statt. Die BewohnerInnen sollen in dieser Phase reizarme und erdende sowie strukturierende Tätigkeiten in Garten, Tierpflege und Werkstatt ausüben. Ob in diesem Stadium Beschulung schon möglich ist, ist im Einzelfall zu prüfen. Eine interne Notbeschulung als Hinführung zu einer Beschulung und REHA-Ausbildung ist aber im Normalfall Teil des Tagesablaufes.

Phase 2:

Nachreifungs-/Gruppenphase: die BewohnerInnen wohnen im Wohnhaus, die Tagesstruktur ist normalerweise intern (außer Beschulung)

Diese Phase durchlaufen die BewohnerInnen, nachdem sie eine gewisse Grundstabilität erreicht haben. Dazu gehören folgende Punkte:

- deutliche Reduktion des selbstverletzenden oder suizidalen Verhaltens
- deutliche Verbesserung von Konzentrations- und Steuerungsfähigkeit, so dass Aufgaben (sowohl in der AT als auch in anderen Bereichen) unter Anleitung relativ eigenständig umgesetzt werden können, und in einigen Bereichen auch schon Verantwortung für einen definierten Bereich übernommen werden kann.
- die soziale Kompetenz ist so weit fortgeschritten, dass Konflikte mit MitbewohnerInnen oder BetreuerInnen in der Gruppe angesprochen und auf eine respektvolle Weise ausgetragen werden können. In der Gruppentherapie ist jetzt also viel mehr Raum für sich gegenseitig stützende aber auch

konfrontative interaktionelle Prozesse. In der Einzeltherapie sind jetzt meist die Stabilität und das Vertrauen da, biographische Verletzungen/Konflikte anzugehen und, wo möglich, zu lösen.

Da bei unserem Klientel (also Jugendlichen mit einer Persönlichkeitsentwicklungsstörung oder Psychose) praktisch immer eine Interaktionsstörung vorliegt, ist gerade in dieser Phase 2 des therapeutischen Prozesses die Gemeinschaftsstruktur wichtig und notwendig. Auch in Phase I ist die Gemeinschaftsstruktur natürlich schon von Bedeutung. Während in Phase I der Hauptfokus aber auf der sicheren, reizarmen Atmosphäre, intensivem Beziehungsaufbau und der Vermittlung von Skills liegt, (tragende Rolle in der Vermittlung dieser Qualitäten haben dabei die BetreuerInnen oder schon deutlich stabilere BewohnerInnen), liegt der Focus in Phase II viel mehr auf der Begegnungsfähigkeit untereinander und mit sich selbst – die Gruppe ist also wichtiges Spiegelungsfeld, genauso wie ein stärkeres in-Kontakt-Treten mit sich selber. Hier können maladaptive Schemata, die sich immer wieder in destruktivem Beziehungsverhalten manifestieren, angeschaut und in Rückmeldung mit anderen BewohnerInnen, BetreuerInnen oder TherapeutInnen bearbeitet werden. Insofern erlernen die BewohnerInnen des Modul 2 hier die sozialen Fähigkeiten die sie brauchen, um im Anschluss an den Aufenthalt bei uns eine (REHA-)Ausbildung, den weiteren Schulbesuch oder ein Studium erfolgreich angehen zu können. Um das aber im Gruppenkontext leben zu können, müssen sie intensiv gecoacht, „befähigt“ und begleitet werden, so dass auch hier durchaus Betreuungsintensität gefragt ist, nur mit einem anderen Focus als in Phase 1.

Räumlich sind die BewohnerInnen in Phase 2 weiterhin im Lindenhaus untergebracht. Hier finden sich auf zwei Etagen hauptsächlich Einzelzimmer, wobei bei einigen die Möglichkeit zu Doppelzimmernutzung bestünde.

Ein Großteil der Abläufe findet innerhalb der Struktur der Einrichtung statt. Durchaus ist aber ein externer Schulbesuch oder ein externes Praktikum in Modul 2 vorstellbar.

Phase 3:

Verselbständigungs-Phase: Tagesstruktur intern/extern

Ist die Phase 2 erfolgreich durchlaufen, konnte also eine ausreichende äußere Stabilisierung sowie Arbeit an inneren Schemata stattfinden, so erfolgt im Normalfall der Umzug in den Wilden Uhu, das Nachbargebäude des Lindenhauses, der Prozess kann aber auch weiter vom Lindenhaus aus, geführt werden.

In Phase 3, die zur Verselbständigung führen soll, sollen zwei polare Entwicklungsaufgaben trainiert werden: einerseits immer größere Eigenständigkeit und Selbständigkeit intern und v.a. in der Außenwelt. Andererseits immer ausgeprägtere Gruppenfähigkeit, also die soziale Kompetenz, anderen begegnen zu können und dabei sowohl die eigenen als auch die Bedürfnisse des/der anderen im Auge zu haben – und auch für andere Verantwortung übernehmen. Dafür ist eine therapeutische Gemeinschaft ein ideales „Übungsfeld“.

Die BewohnerInnen sind in Phase 3 in der Regel im Wohnbereich weitestgehend selbstständig, d.h. in den meisten der im Folgenden Bereiche sind sie in der Lage, sie eigenständig oder nur mit wenig Unterstützung durchzuführen: eigenständiges Aufstehen, Hygienemaßnahmen, bei Bedarf eigenständige Medikamenteneinnahme, sie können in ihrem Zimmer und in ihren Unterlagen eine gewisse Ordnung halten, Umgang mit Geld (oft aber brauchen sie gerade in *einem* dieser Bereiche noch sehr

starke Unterstützung !). Außerdem sind sie in der Lage zu externen Praktika, der Beginn von berufsvorbereitenden Maßnahmen, Außenschule, (REHA)-Ausbildung oder ähnlichem. Oftmals kommt es zu einem Wechsel zwischen interner und externer Tagesstruktur: es werden also externe Praktika durchgeführt, um dann in den Zwischenphasen zwischen einem weiteren externen Praktikum wieder in der internen Struktur teilzunehmen. Dies dient keinesfalls nur der Überbrückung von etwaigen Wartezeiten zwischen zwei Praktika, sondern in diesen Zwischenphasen kann hier nochmal bewusst an Stärken/Blockaden gearbeitet werden, die im Außenpraktikum problematisch waren (und ggfs. zu Abbruch und Vermeidung in der Zukunft führen würden). Eine zweite interne Maßnahme ist die größere Verantwortungsübernahme als „Mini-AT-Leiter/in“: Die/der Jugendliche übernimmt Verantwortung für einen Arbeitsbereich, den sie/er auch anleitet und wächst über diese Aufgabe in verschiedensten Bereichen.

Im Freizeitbereich gibt es Strukturangebote, aber deutlich größere Freiräume für eigene Nutzung.

Phase 4

Verselbständigungs-WG (betreutes Einzelwohnen)

Hierzu gibt es in Eiche, ca. 3 km von unserem Hauptsitz gelegen, mehrere Plätze für BewohnerInnen, die eine externe Struktur haben und halten können und ohne 24h-Betreuung wohnen können. Intensivere Betreuung/Struktur kann mittels Einzelfallvereinbarungen/Fachleistungsstunden in der TWG Lindenhaus durchgeführt werden. (siehe Extrakonzept)

9. Exemplarischer Tagesplan/Wochenplan

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
7:20	Frühstück						
8:35	Morgenkreis					9:00 Frühstück	Ausschlafen
anschl.	Arbeitstherapie (AT) Garten / Hauswirtschaft / Handwerk					Zimmer +	
10:00	Pause					Bäder putzen	
10:20	AT Garten / Hauswirtschaft / Kochen / Handwerk						
12:15	Mittagessen					Mittagessen	Mittagessen
12:30	Mittagspause (12:30 – 13:30 Uhr)						
13:30	Spaziergang						
14:15	AT/Schule						
15:15	AT/Schule					freie Gestaltung	Gruppenausflug
16:00	Pause (16 – 16:30 Uhr)						
16:30	Verstärkerpläne/Tagesrückblick						
17:15	Gruppe	Sport	Gruppe	Gruppe	Sport		
18:30	Abendessen					Abendessen	Abendessen
	Freizeit (18:45 – 22 Uhr)						
22:00	Nachtruhe					Nachtruhe (23 Uhr)	Nachtruhe (22 Uhr)

10. Zielsetzung

Das Ziel unserer gemeinsamen Arbeit ist ein möglichst eigenständiges, selbstverantwortliches Leben der jungen Erwachsenen. Dabei liegen die Schwerpunkte auf der Krankheitsbewältigung, der schulischen und beruflichen Integration sowie der Erübung von emotionaler Stabilität unter Anforderungen des Alltages.

Wir erarbeiten eine eigene Alltagsstruktur, die aufrechterhalten werden muss. Die Jugendlichen sollen (wieder) lernen, Beziehungen knüpfen und erhalten zu können. Auch die Klärung der Beziehung zum Elternhaus und eine gesunde Herauslösung aus dessen Abhängigkeit gehören zu unserem Auftrag.

Die Jugendlichen sollen erkennen lernen, welche Bedürfnisse sie haben und wie diese angemessen befriedigt werden können.

Auf dem Weg, diese übergeordneten Ziele zu erreichen, orientieren wir uns an folgenden Punkten:

lebenspraktische Kompetenzen stärken

- Umgang mit Geld
- Körperpflege
- Essverhalten, gesunde Ernährung
- Pflege der Wohnung und der Wäsche

Entwicklung der Gemeinschaftsfähigkeit

- angemessene soziale Kontakte knüpfen und aufrechterhalten
- Selbstbewusstsein und – Wahrnehmung stärken
- Festlegung von Freiräumen und Grenzen

Entwicklung von Tagesstruktur

- geregelten Schlaf-Wachrhythmus entwickeln
- verbindliche Abläufe implementieren
- Belastungsfähigkeit in Arbeit bzw. Schule steigern
- eigene Freizeitgestaltung planen und durchführen

Arbeitsverhalten

- Arbeitstherapie auch als Lernmöglichkeit für Pünktlichkeit, Konstanz, Arbeitstempo, Flexibilität, Umgang mit Erfolg und Misserfolg
- Erprobung in Praktikum oder Schule

Interaktionsfähigkeit

- wird trainiert im Sozialen Kompetenz Training (SKT/DBT- orientiert), in Gruppen- und Einzelsettings
- die gesamte therapeutisch-pädagogische Struktur trägt dazu bei, eigene Bedürfnisse zu erkennen und sie angemessen ausdrücken zu lernen

Krankheitseinsicht

- Auseinandersetzung mit dem Störungsbild und notwendiger Anpassung des Lebensstils
- eigene und fremde Erwartungen an den Jugendlichen auf Umsetzbarkeit prüfen
- Psychoedukation (Erkennen von maladaptiven Schemata, Emotionsregulationstraining)
- Kooperation mit anderen Hilfssystemen, Schule etc.

Ressourcen entdecken und fördern

- durch den breiten Ansatz der therapeutisch-pädagogischen Hilfe werden individuelle Ressourcen erkannt, entwickelt und gestärkt

Perspektive entwickeln

- Grenzen und Möglichkeiten bezüglich Lebensführung und beruflicher Entwicklung realistisch betrachten lernen und gemeinsam umsetzen, sowohl in den Angeboten der Einrichtung, als auch in Praktika etc. im Zuge der Außenorientierung

Wir bieten Möglichkeiten, die Jugendlichen und jungen Erwachsenen in die Verselbständigung (Integration in andere Wohnformen, Berufsausbildung, Werkstatt für Menschen mit Behinderung, Maßnahmen der Agentur für Arbeit, eigener Wohnraum) zu begleiten.

Im gesamten Verlauf der Hilfe finden regelmäßige Überprüfungen statt. Dabei wird mit den Jugendlichen, den Angehörigen und dem Jugendamt im gemeinsamen Gespräch über den aktuellen Stand und die weiteren Ziele in der Wohngruppe beraten. Die Abstände dieser Überprüfungen sollen individuell sein und den verschiedenen Entwicklungs- und Krankheitsverläufen Rechnung tragen. Sie sind Bestandteil der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII.

11. Elternarbeit / Arbeit mit dem Bezugssystem

Über die gesamte Zeit sind für uns auch die sozialen Bezüge außerhalb der Gemeinschaft wichtig. Wir arbeiten daher mit den Eltern (ggf. auch mit anderen wichtigen Bezugspersonen) eng zusammen. Es ist Ziel, über das Störungsbild und die damit verbundenen Einschränkungen oder Begabungen angemessen aufzuklären, Ängste abzubauen, Probleme offen zu thematisieren und die Beziehung (und die Ablösung) angemessen zu gestalten.

Dabei ist es unsere Erfahrung, dass gute und offene Kommunikationsstrukturen für alle drei Parteien von großem Vorteil sind: zuallererst für die jungen Menschen selbst, die für eine gesunde Ablösung den Kontakt zu ihren Eltern brauchen. Außerdem ist die erste Wahl der meisten Jugendlichen ein Leben zu Hause. Zum Zweiten für die Eltern, die sich dann realen Fragen stellen müssen, anstatt Ängste oder Schuldgefühle auf die Einrichtung zu projizieren. Und drittens für die Einrichtung selber, weil sowohl für den diagnostischen als auch pädagogisch-therapeutischen Prozess und die Frage des Wohin ein Kontakt mit dem Bezugssystem fast unabdingbar ist. Außerdem kostet sowohl die in Punkt eins aufgezeigte, ungesunde Solidarisierung und vor allem das in Punkt zwei aufgezeigte Verhalten der Eltern bei Misstrauen unnötig Energie und Arbeitszeit. Nichtsdestotrotz gibt es bei den Familiensystemen, deren Teil unsere BewohnerInnen sind, häufig Fälle, in denen eine Kontaktreduzierung notwendig ist. In seltenen Fällen ist auch eine Kontaktsperre aus Schutzgründen notwendig (was natürlich immer mit der/dem zuständigen FallführerIn des JA gemeinsam erarbeitet wird).

Dass der Elternarbeits-Prozess in unserem Kontext ein für alle Beteiligte sehr herausfordernder ist, dürfte klar sein: meistens haben im familiären System Vernachlässigungen (oder auch extreme Verwöhnungen) stattgefunden und Rollenumkehrungen. In vielen Fällen kam es durch einzelne Familienmitglieder zu physischen, emotionalen und/oder sexuellen Übergriffen. Themen wie Schuld, Scham, Unzulänglichkeit, Wut, Isolation hängen oft wie eine unausgesprochene Wolke über

dem familiären System und nähren vielfältigste Projektionen. Ab einem gewissen Stabilitätsgrad des/der BewohnerIn wäre manchmal eine gemeinsame Bearbeitung der Problematik wünschenswert (auch damit eine gute Ablösung erfolgen kann). Hierfür ist allerdings eine familientherapeutische Arbeit induziert. Diese ist jedoch nur in Form von Fachleistungsstunden möglich.

Mit den Bezugspersonen wird erarbeitet, wie die Kontakte zu gestalten sind, wie häufig diese erfolgen und welche Aufgabe die Eltern übernehmen können.

Neben diesen Gesprächen und gegenseitigen Besuchen an Wochenenden, deren Häufigkeit durch die Qualität der Beziehung und die Art des Ablöseprozesses (ist dafür intensiver Kontakt notwendig oder eher Abstand?) bestimmt ist.

Im Zuge der Belastungssteigerung und der Intensivierung der Außenbeziehungen werden auch die Kontakte zum Bezugssystem in der Regel weiter intensiviert, z.B. durch regelmäßige Wochenendbesuche bei den Eltern oder engen Bezugspersonen oder Urlaube.

12. Partizipationsmöglichkeit und Beschwerdemanagement

Eine aktive und verantwortliche Beteiligung der BewohnerInnen am Gemeinschaftsleben ist uns aus verschiedenen Gründen sehr wichtig:

Zum einen will unsere Konzeption letztlich dem Ziel dienen, dass die jungen Menschen in ihre Selbständigkeit finden. Das aber kann nur gelingen, wenn diese Entwicklungsaufgabe nicht nur Handlungsabläufe wie Körperpflege, Zimmerordnung, Verlässlichkeit in Arbeit und Schule einschließt (so wichtig und so herausfordernd das ist!).

Es muss auch immer mehr der Selbst- und Mitverantwortungsgedanke entwickelt werden. Die Selbstverantwortung wird hierbei in der (Mit-)Erarbeitung der nächsten Entwicklungsschritte (in Helferkonferenzen und Therapie) sowie in der Umsetzung der konkreten Handlungsschritte geschult. Aber – der Mensch ist keine Insel – es ist genauso wichtig, auch den Gedanken der Teilhabe, der Mitverantwortung am Gemeinwesen auszubilden: und Mitverantwortung hat immer auch mit Mitgestaltung zu tun. Insofern ist es von uns durchaus gewünscht, dass Initiativen und Vorschläge sowohl für Gemeinschaftsprozesse, Aktivitäten, Arbeitsabläufe etc. gemacht und ausdiskutiert werden. Deshalb gibt es bei uns sowohl die Institution der BewohnerInnenversammlung (BewohnerInnenplenum), bei dem die BewohnerInnen zu relevanten Dingen zu Rate gezogen werden: sowohl was aktuelle Fragen/Krisen anbelangt als auch was neue Vorschläge bzgl. der Konzeption betrifft. Zusätzlich gibt es immer wieder Konzepttage zusammen mit den BewohnerInnen, an denen diese Prozesse gemeinsam besprochen werden.

Kommt es zu Konflikten, die intern nicht gelöst werden können (über Gespräche mit BetreuerInnen, BezugsbetreuerIn, Leitung) gibt es bei uns, analog zu der externen Instanz des Patientenfürsprechers im Krankenhaus, eine Bewohnerführsprecherin, die nicht zum Team gehört. Ihr Name ist Erika Gonsior, Name und Anschrift/Telefonnummer hängt für alle gut sichtbar am Schwarzen Brett. Über die Institution und ihre Funktion werden die BewohnerInnen regelmäßig informiert. In regelmäßigen Abständen kommt die BewohnerInnenführsprecherin ins Haus und stellt sich auch persönlich den BewohnerInnen vor.

13. Krisenintervention

Junge Menschen mit Persönlichkeitsentwicklungsstörungen sind anfällig für Krisensituationen, in denen es zu intensiven Gefühlsausbrüchen und impulsiven Verhaltensweisen kommen kann. Die häufigsten Verhaltensweisen sind:

- Flucht oder Rückzug
- Autoaggression wie selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität oder Substanzmissbrauch
- Fremdaggressives Verhalten wie Drohen oder gar Tötlichkeit gegenüber MitbewohnerInnen oder Personal.

Zum Teil entstehen solche Krisen aus der Aktivierung alter maladaptiver Muster („alte Filme“), mit denen die Gegenwart aus der Perspektive von traumatisierenden Bindungserfahrungen verfälscht wahrgenommen wird. Zum Teil sind es aber auch Verhaltensweisen, die einen manipulativen Charakter haben können, der in der Vergangenheit Schutzfunktion hatte, jetzt aber durchaus destruktiv für alle Beteiligten ist.

Therapieziel bei uns ist natürlich der präventive Ansatz: in der Einzel- und Gruppentherapie, aber auch in der Pädagogik mittels Tagesrückblick und Feedbackrunde wird intensiv daran gearbeitet, dass destruktive Emotionen und Gedanken rechtzeitig wahrgenommen werden und konstruktive Strategien wie Skills, Gespräche, Sport etc. rechtzeitig angewendet werden.

Gelingt dies jedoch noch nicht oder nicht ausreichend, gibt es bei uns eine klare Deeskalationskette.

Zum einen wurden Krisensituationen mit den jungen Menschen in der Therapie vorbesprochen und klare Absprachen (Antisuizidverträge, Team informieren, Skillskette) vereinbart. Zum anderen hat auch das Team eine DBT- (dialektisch-behaviorale Therapie nach Linehan) gestützte Schulung, so dass es in der Lage ist, mit den zum Traumatisierungs- oder Borderline-Störungsbild dazugehörigen Krisen professionell umzugehen. Außerdem besteht immer eine Hintergrundruffbereitschaft. Unsere MitarbeiterInnen sind außerdem dazu angehalten, keine körperlichen Auseinandersetzungen zuzulassen. Ebenfalls sind sie geschult, auf den Ton und die Lautstärke in der verbalen Auseinandersetzung zu achten, um keine Eskalation zu forcieren.

Lässt sich eine Situation so aber nicht deeskalieren, ist das Team angewiesen, je nach Ausprägung den Notarzt/die Notärztin und bei Fremdgefährdung oder Nicht-Kooperation auch die Polizei zu verständigen, um eine eventuelle vorübergehende Unterbringung in der Ki-Ju Psychiatrie oder Erwachsenenpsychiatrie abzuwägen bzw. einzuleiten.

Kommt es zu selbstverletzendem Verhalten, so ist zu klären, ob die Verletzungen vor Ort versorgt werden können (was meist der Fall ist), oder ob eine ärztlich/chirurgische Versorgung notwendig ist. Dies ist je nach Tages- oder Nachtzeit in der ambulanten Versorgung am Ort oder im nächstliegenden KH zu leisten. Im Nachhinein hat der/die BewohnerIn eine Verhaltensanalyse auszufüllen, die mit der/dem Therapeutin/Therapeuten oder BezugsbetreuerIn nachbesprochen wird.

Unsere Haltung bezüglich selbstverletzendem Verhalten ist ein Stückweit paradox: einerseits gehört es zum Störungsbild der Borderlineerkrankung oder Komplextraumatisierung dazu: Insofern ist es nicht realistisch, sofort eine Totalabstinenz zu fordern. Andererseits ist es ein das Störungsbild verstärkendes Verhalten, das an einem therapeutischen und sicheren Ort, der die TWG Lindenhaus sein will, nichts zu suchen hat. Das heißt konkret, dass wir von den BewohnerInnen fordern, dass sie konstant daran arbeiten, sich nicht selbst zu verletzen und auch nicht andere unbewusst oder bewusst motivieren, es zu tun. Ist dieses Bündnis gegeben, können seltene Rückfälle in den Therapieprozess konstruktiv integriert werden. Wenn nicht, gibt es Krisengespräche und bei Nichtveränderung einen Krankenhausaufenthalt oder ggfs. Entlassung bei uns.

Kommt es zu einem unerlaubten Verlassen der Einrichtung, tritt folgende Handlungskette in Gang: die KollegInnen im Dienst informieren, nachdem sie sichergestellt haben, dass die vermisste Person sich nicht im Haus oder auf dem Gelände befindet, die örtliche Polizeidienststelle, das belegende Jugendamt und die Sorgeberechtigten. Nachdem die jungen Menschen auf eigene Veranlassung zurückgekehrt sind oder von den Sorgeberechtigten oder der Polizei zurückgebracht worden sind, wird in einem Gespräch der Hintergrund des Vorfalles geklärt. In der Regel erfolgt dann die Reintegration in die Bezugsgruppe, nachdem sichergestellt worden ist, dass keine Gefährdung der anderen jungen Menschen vorliegt.

Alkohol oder Drogen sind im Lindenhaus nicht erlaubt.

In all diesen Fällen ist es bei uns Standard, dass die Sorgeberechtigten zeitnah informiert werden. Außerdem wird zeitnah mit dem Hintergrund oder der pädagogischen Leitung vor Ort geklärt, inwiefern das Ereignis als Meldung eines Ereignisses oder von Entwicklungen, die geeignet sind, das Wohl der betreuten Minderjährigen zu beeinträchtigen (gemäß § 47 Nr. 2 SGB VIII) anzusehen ist und welche Behörden zu kontaktieren sind.

14. Kinderschutz/Kindeswohlgefährdung

Wir erkennen das Rahmenkonzept Kinderschutz der Landeshauptstadt Potsdam an. Die Leistungsvereinbarung nach § 8a, SGB VIII haben wir unterschrieben.

Einerseits könnte man denken, dass wir als stationärer Träger mit dieser Problematik selten in Berührung kommen. Denn entweder sind die Jugendlichen bei uns wegen einer bekannten Kindeswohlgefährdung durch die Sorgeberechtigten (Vernachlässigung; verbale, körperliche, sexuelle Gewalt) oder aber sie sind da wegen einer chronischen Krankheit (Schizophrenie etc.) bei funktionsfähigem Elternhaus. Andererseits hatten wir in den letzten Jahren immer wieder mit dem Thema zu tun, nämlich über drei unterschiedliche Wege:

1. Es gibt bei bekannt problematischem Verhalten der Sorgeberechtigten aufgrund des Wunsches aller Beteiligten und unter Mitwissen des Jugendamtes noch Kontakt zu den Sorgeberechtigten. Hierbei ergeben sich aber (neue) Hinweise auf Kindeswohlgefährdung während des Umgangs.
2. Obwohl eigentlich bei bekannter Kindeswohlgefährdung eine Kontaktsperre vereinbart ist, findet doch ein heimlicher Kontakt statt.

3. Es entsteht der V.a. Kindeswohlgefährdung eines noch in der Familie lebenden Geschwisters.

Wenn ein/e MitarbeiterIn einen Verdacht auf Kindeswohlgefährdung hat, ist er/sie angewiesen, die päd. Leitung der Einrichtung zu informieren. Liegt kein Notfall vor, wird der Fall in der wöchentlich stattfindenden Teamsitzung diskutiert. Hier wird ein Handlungsfahrplan erstellt. Besteht weiterhin Verdacht, wird die/der FallführerIn im Jugendamt informiert und es findet ein Gespräch mit der „insoweit erfahrenen Fachkraft“ statt. Im nächsten Schritt wird im Gespräch mit Sorgeberechtigten und Jugendlichen/r versucht, die Sache zu klären. Ist der Fall weiterhin fraglich oder Kindeswohlgefährdung evident, wird im Falle der Herkunft aus dem Bezirk Potsdam der Fachbereich Bildung, Jugend und Sport oder sonst das zuständige Jugendamt informiert und über die bisher vorgenommenen Schritte berichtet. Anders liegt der Fall, wenn V.a. akute Kindeswohlgefährdung besteht. Dann erfolgt die Information des zuständigen Jugendamtes unmittelbar nach Information der pädagogischen Leitung. Die für die Meldung notwendigen Formulare sind bei uns elektronisch abgespeichert.

Ebenfalls vorstellbar wäre eine Kindeswohlgefährdung durch Mitarbeiter, ehrenamtliche Mitarbeiter oder durch Kontakt mit der Nachbarschaft. In der Wahrnehmung unserer Aufsichtspflicht ist für uns der § 72a des SGB VIII maßgebend.

15. Kooperationen

Ein wichtiger Grund zur Gründung der Mäander gGmbH lag in der Wahrnehmung, wie wichtig eine gute Kooperation zwischen Klinik und Einrichtungen ist: um die Dinge, die im klinischen Setting erlernt wurden, ambulant (also in den belastenderen Situationen) weiter zu führen und zu vertiefen, um die Häufigkeit von stationären Kriseninterventionen zu reduzieren bzw. die Zeitdauer der Krisenintervention zu verkürzen.

Es besteht eine gute Kooperation mit den Kinder- und Jugendpsychiatrien Ernst von Bergmann-Klinikum in Potsdam und Asklepios-Klinikum in Brandenburg.

Außerdem kooperieren wir mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie Friedrichshain und der Charité (Virchow-Klinikum) sowie der Station „Junge Erwachsene“ des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe, alle Berlin. Weiter kooperieren wir mit der FH Potsdam (Soziale Arbeit), mit der FH Clara Hoffbauer.

16. Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung

Darunter verstehen wir formalisierte, standardisierte und geordnete Teilprozesse, die der Beständigkeit und kontinuierlichen Verbesserung der Qualität unserer Einrichtung dienen. Hierzu zählen:

- MitarbeiterInnenqualifizierung: MitarbeiterInnengespräche, Teamsitzungen, Weiterbildung, Supervision, hausinterne Fortbildungen
- Dokumentation: Verlaufsdocumentation über objektive Erhebungsinstrumente, Entwicklungsberichte, Protokolle von Hilfeplankonferenzen,

Gesprächsprotokolle, Protokolle der Arbeitsgemeinschaften, Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementhandbuches

- Organisationsentwicklung/Beratung
 - Regelmäßiger Austausch in Form eines Qualitätsdialoges mit den zuständigen VertragspartnerInnen
 - Bauliche Entwicklung/Investition
 - Arbeitsorganisation: Arbeitsvorbereitung, Koordination, Anleitung von PraktikantInnen, Vorstellungsgespräch
 - Datenschutz
 - Brandschutz
-