

# ***Mäander-Jugendhilfe:* „TWG Lindenhaus“**

Konzeption

*Therapeutische Wohngemeinschaft für  
Jugendliche und junge Erwachsene*

Stand 14.12.2016

Standort: Kuhfortdamm 10 in 14471 Potsdam-Kuhfort

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

## Inhalt

<b>Mäander-Jugendhilfe:</b> .....	1
1. Anliegen der Konzeption .....	3
2. Menschenbild .....	4
3. Art der Einrichtung.....	4
4. Zielgruppe .....	6
5. Wie kommt man zu uns? .....	9
6. Leistungsspektrum .....	9
7. Wie arbeiten wir.....	10
8. Verlauf des Aufenthaltes (Moduläres Konzept).....	13
9. Exemplarischer Tagesplan/Wochenplan.....	17
10. Zielsetzung.....	18
11. Elternarbeit / Arbeit mit dem Bezugssystem .....	19
12.Partizipationsmöglichkeit und Beschwerdemangement .....	20
13. Krisenintervention.....	20
14. Kinderschutz/Kindeswohlgefährdung.....	23
15.Kooperationen.....	23
16. Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung.....	23

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: die/der BewohnerIn etc. Wenn wir uns in diesen Fällen für die männliche 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. Angegliedert sind Landwirtschaft, Garten und Werkstatt.

Wenn die oben beschriebenen Verhaltensweisen so auffällig geworden sind, dass sich das Helfersystem 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 schaffen, 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 Selbständigkeit 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 einen Bezugsbetreuer, der für den einzelnen Bewohner ein zentraler Ansprechpartner in Alltagsfragen ist und der mit dem der Bewohner Ziele und Perspektiven entwickelt, ihn bei der Um-setzung 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 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 Klienten 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 Klienten sein. Sie sollen ihren individuellen Weg gehen, im Austausch mit der Umgebung und hoffentlich, wie der mäandernde Fluss, schließlich ihr(e) Ziel(e) erreichen.

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 Klienten. 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 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 zwei Gruppen insgesamt 16 Plätze.

## **Finanzierung**

Gesetzliche Grundlagen bildet das SGB VIII mit den §§ 27; 34; 35a und 41. Eine weitere Möglichkeit ist die Aufnahme auf Grundlage von SGB XII §53.

## **Mitarbeitende**

Unser multiprofessionelles Team setzt sich zusammen 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 pädagogische Leitung, 1,0 psychologische Fachkräfte, 9 pädagogische Fachkräfte, 2,5 Fachkräfte für Arbeitstherapie, 0,25 Kunsttherapie/Körpertherapie

## **Beschreibung der Lage, des Ortes und des Hauses**

Bei der Suche nach einer neuen Örtlichkeit gibt es vielfältige und z.T. widersprüchliche Anforderungen, die wir in den ersten 3,5 Jahren unseres Bestehens in Rädels bei Kloster Lehnin gut wahrnehmen konnten:

Einerseits zeigten die ersten Jahre deutlich, wie sehr die jungen Menschen von einer naturnahen, reizarmen Gegend profitieren. 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 auf Dauer eine gute Erreichbarkeit erforderlich.

Wir glauben, mit dem Grundstück Kuhfortdamm eine Örtlichkeit gefunden zu haben, 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 man innerhalb von 20 Min. den Hauptbahnhof Potsdam erreichen 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 Berlin innerhalb von etwa 40 Min. Fahrzeit erreichen.

Neben der Bahnstation liegt die Universität Potsdam, in Potsdam gibt es das Oberlin-Haus, das REHA-Ausbildungen in verschiedensten Bereichen anbietet, und mit dem wir kooperieren. Ebenfalls im Radius von 10 km liegen die Waldorfschulen Potsdam und Werder, mit denen ebenfalls eine Kooperation besteht.

## 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 waren davor in einer psychiatrisch/psychotherapeutischen Klinik. Meist aber war kein weiterführendes pädagogisch-therapeutisches Anschlussangebot verfügbar, sodass die Jugendlichen die in der Klinik erreichten Erfolge nicht in den Alltag überführen konnten. Die Folge: die PatientInnen scheitern häufig nach ihrer Entlassung und müssen wieder stationär aufgenommen werden.

Unserer Erfahrung nach gibt es zwei Hauptgründe für solche Verläufe: ein destruktives häusliches Setting und/oder das Vorliegen einer Persönlichkeitsentwicklungsstörung (PES) wie histrionisch/narzißtisch/schizoid/ängstlich-vermeidend/borderline/dissozial. Eine PES liegt nach klinischen Studien bei 50-60% aller stationären Patienten vor (siehe z.B. „Der Nervenarzt“ 11/2009). Wir sehen dabei eine PES als eine Beziehungsstörung des Betroffenen zu seiner sozialen Umgebung oder zu dem eigenen gesunden Potential; meistens sind beide Pole betroffen. Sie beeinflusst also weite Bereiche seines Lebens und seiner Umgebung. Sie muss aber durchaus nicht lebenslanges Schicksal sein. Mittlerweile gibt es mehrere psychotherapeutische Methoden, mit denen Persönlichkeitsentwicklungsstörungen erfolgreich therapiert werden können. Drei davon, die DBT, die Schematherapie und die Traumatherapie, finden in der TWG „Lindenhof“ Anwendung.

In Folge der oben genannten umfassenden Auswirkungen einer PES können die jungen Menschen oft auch ihre schulische und berufliche Zukunft nicht erfolgreich gestalten. So schaffen sie häufig weder einen Schulabschluss noch den Eintritt in den ersten Arbeitsmarkt. Nach Angaben einer DGB Studie von 2013 war jeder 7. Junge Erwachsene ohne Berufsabschluss (13,7%), 5,7% verließen im selben Jahr die Schule ohne Abschluss. Ihnen (und den Sozialkassen) droht lebenslange Abhängigkeit von staatlichen Leistungen. Wenngleich nicht bei jedem eine psychiatrische Störung vorliegen wird, sehen wir auch hier einen großen Bedarf für ein Konzept, das Arbeit und Therapie miteinander verbindet, und die jungen Menschen befähigt, auch auf dieser Ebene eine eigenständige, unabhängige Lebensführung zu erreichen. Immer wieder wird in Studien darauf aufmerksam gemacht, dass der Knackpunkt der Problematik genau in diesem Bereich liegt: den Jugendlichen wird Kraft ihres Alters („Volljährigkeit!“) eine Selbständigkeit und Steuerungsfähigkeit zugeschrieben, die sie in dieser Phase noch nicht leisten können – die sie aber potentiell sehr wohl erreichen können.

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.

### **Wie sieht das Aufnahmeverfahren konkret aus?**

Während eines Vorgesprächs besucht der junge Mensch die Einrichtung, so dass er sich nicht nur ein Bild von der Örtlichkeit, sondern auch von der Gruppe und einigen Arbeitsabläufen machen kann. Teil des Vorgesprächs ist auch ein gegenseitiges Kennenlernen des potentiellen neuen Bewohners mit den aktuellen BewohnerInnen. Die aktuellen BewohnerInnen haben danach ein Mitspracherecht und werden ermuntert, ihre Wahrnehmungen zu schildern.

Über jede Aufnahme wird bei uns individuell entschieden.

Eine wichtige Komponente ist dabei natürlich die Therapiemotivation des jungen Menschen selbst. 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 Jugendlingsicht 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 Handy-/Computergebrauch. 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.

Neben den aufgeführten Kriterien achten wir darauf, dass die Gruppe der Jugendlichen in der Balance bleibt. Das heißt, dass vor jeder Neuaufnahme zu prüfen ist, ob der Jugendliche in die vorhandene Gruppe integrierbar und ein gemeinsames Zusammenleben möglich ist.

Zu Beginn des Aufenthaltes gibt es dann die

### **Diagnostische/klärende Phase**

Diese beginnt idealerweise mit einem Hilfe – Installationsgespräch, in dem im Beisein der Fallführerin des Jugendamtes grobe Ziele bestimmt werden. In den dann folgenden 6 Wochen lernen wir uns gegenseitig kennen. Bei Unsicherheiten gibt es die Option auf Verlängerung (z.B. bei Rückfall oder Schwierigkeiten in der Eingewöhnung). 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 Vertretern, Jugendlichen, Jugendamt und unserem Team zur Planung der weiteren Hilfe bei uns oder der Beendigung der Hilfe und weiterer Empfehlungen. 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 Wochenende (Samstagnachmittag oder Sonntag) möglich.

### **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?

Die Kontaktaufnahme erfolgt immer über das Jugendamt. Gegebenenfalls kann es danach einen telefonischen Kontakt mit dem jungen Menschen, den Eltern, den Behandlern oder dem Sozialamt geben. Hernach wird ein Vorstellungstermin vereinbart.

Mit Einverständnis der Sorgeberechtigten und des Jugendlichen werden schriftliche Einschätzungen der Behandler, Jugendämter und anderer Hilfetragern zu Rate gezogen. Das Jugendamt oder Sozialamt wird in jedem Fall mit einbezogen und entscheidet maßgeblich mit, ob ein Jugendlicher überhaupt bei uns aufgenommen werden darf. Vor Aufnahme muss eine Helferkonferenz mit Beteiligung des Jugendamtes, der Jugendlichen und deren gesetzliche Vertreter sowie den bisherigen Behandlern stattfinden – Ziel ist die Überprüfung der individuellen Ausgangssituation sowie das Festlegen eines gemeinsamen Ziels der Hilfe durch Mäander.

Die Aufnahme jedes Jugendlichen wird im Gesamtteam der Einrichtung beraten, unsere Entscheidung wird ebenfalls offen kommuniziert. Wenn es zur Aufnahme kommt, erfolgt eine 6-wöchige Probezeit. Nach dieser Zeitspanne sollen Jugendliche und Wohngruppe sich nochmals dazu äußern, ob eine weitere Zusammenarbeit als sinnvoll und zielführend erlebt wird.

Zudem muß der Jugendliche selbst, aber auch dessen soziales Umfeld, sich auf die Regeln von „Mäander“ einlassen und dies schriftlich bestätigen. Bei emotional-instabilen BewohnerInnen müssen auch Therapieverträge bezüglich Skills und Suizidalität aufgesetzt und unterschrieben werden.

## 6. Leistungsspektrum

Folgende individuelle und flexibel anpassbare Angebote können Anwendung finden:

- Arbeitstherapie
- Einzelgespräche
- Gesprächsgruppen
- Gruppenpsychotherapie/Psychoedukation
- Anthroposophische Anwendungen und medikamentöse Therapien
- Kunsttherapie
- 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. Unser Konzept basiert auf vier Säulen:

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

### I. Arbeitstherapie

Wir glauben, dass es für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen in dieser Phase der Persönlichkeitsbildung essentiell ist, eine Aufgabe zu haben. Dabei sollte diese so ausgelegt sein, dass 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 jeder unserer Klienten 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 auf dem Lindenhof lebenden Tiere versorgt.

Ziel ist es, in diesen breit gefächerten Arbeitsmöglichkeiten für jeden 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 und Therapietiere (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 Kleintiere
- Hauswirtschaft: diese kocht das Mittagessen und sorgt für die Sauberkeit der Gemeinschaftsbereiche
- Handwerksgruppe: Arbeit in der Holzwerkstatt/Hausmeisterei

Nicht alle Arbeitsfelder werden das ganze Jahr über betrieben.

## 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 Körperseele 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 therapeutischen oder pädagogischen Ansatz nicht zugänglich wären.

Konkret heißt das für die KlientInnen, dass es wöchentlich sowohl Gesprächsgruppen als auch psychoedukative Gruppen gibt. Jeder Jugendliche soll möglichst eine Stunde Kunst- oder Bewegungstherapie bekommen. Die Einzelpsychotherapie soll ambulant mit unserem örtlichen Kooperationspartner durchgeführt werden.

In diesem Geflecht erhält jeder Klient die Möglichkeit, neue Verhaltensweisen und Konfliktbewältigungsstrategien zu erlernen und zu erproben.

Die verschiedenen Therapien finden direkt auf unserem Gelände statt.

### III. Betreutes Wohnkonzept / Bezugsbetreuersystem

Mitarbeiter unseres Betreuerenteams haben zwei differenzierte Rollen. Sie sind Betreuer mit der Zuständigkeit für die ganze Gruppe und jeden Einzelnen und sie sind Bezugsbetreuer für ein bis zwei Bewohner.

Jeder Bewohner bekommt nach einer kurzen Kennenlernphase, noch in der Probezeit, einen Bezugsbetreuer zugeteilt. Die grundlegende Aufgabe für den Bezugsbetreuer ist eine intensive Beziehungsarbeit. Gestaltet wird diese u.a. durch gemeinsame Aktivitäten und wöchentlich stattfindende Bezugsbetreuergespräche. Der Bezugsbetreuer begleitet den Bewohner bei alltäglichen Fragen, Sorgen und Problemen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung. Der Bezugsbetreuer ist das zentrale Bindeglied zwischen den unterschiedlichen Bezugssystemen: Eltern/Familie, Psychotherapeut, Arbeitsanleiter, Mitbewohner, Jugendamt etc.

In halbjährlich stattfindenden Zielentwicklungsgesprächen vereinbart der Bezugsbetreuer mit dem Jugendlichen/Jungen Erwachsenen Nah-, Zwischen- und Fernziele. Hierbei orientieren wir uns nach der SMART-Methode. Die Nahziele werden dann in einen Verstärkerplansystem jeden Abend mit dem Jugendlichen reflektiert. Dabei kann der Jugendliche Punkte sammeln, die er dann innerhalb eines Belohnungssystems einlösen kann. Um den Jugendlichen bei der Umsetzung seiner Ziele zu begleiten, findet einmal im Monat ein Zielreflektionsgespräch mit dem Bezugsbetreuer statt, in dem das Erreichte reflektiert und Ziele ggf. angepasst werden.

Die Betreuer haben durch die enge Zusammenarbeit mit dem Einzeltherapeuten 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 dem diensthabenden Betreuer trainiert werden. Hierbei arbeiten unsere Pädagogen wie beschrieben mit Techniken und Strategien aus der DBT, Schemapädagogik und Traumapädagogik.

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 Klienten 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 Miteinander ist Ziel des Gruppenkonzeptes.

Für die meisten Bewohner steht ein Einzelzimmer zur Verfügung (10 EZ), zusätzlich gibt es drei Doppelzimmer. Es gibt im Haupthaus zwei Gemeinschaftsräume sowie im Werkstattgebäude einen Sport-/Gymnastikraum.

Unsere Klienten haben zeitlich begrenzt Zugang zu den elektronischen Medien (Smartphone etc.). Die Nutzung von außerhalb angebotener Freizeitgestaltungsmöglichkeiten ist in Abhängigkeit des Therapieplanes ausdrücklich erwünscht.

Der Betreuungsaufwand ist dabei abhängig von der Intensität der individuellen Betreuung eines neu aufzunehmenden Bewohners.

#### 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 Betreuern 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 der Jugendliche stabilisiert und besteht ausreichende Motivation, so wird der Besuch einer Kooperationsschule angestrebt. Dies kann die Parceval-/Waldorfschule Potsdam 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 veranstalten wir normalerweise die sog. Akademie, eine ca. 10-tägige Bildungsfahrt. Hierbei werden sowohl von BewohnerInnen als auch von MitarbeiterInnen zum jeweiligen Akademie-Thema im Vorfeld Referate erarbeitet und in der Gruppe präsentiert. So wurde z. B. 2014 eine Studienreise in die Toskana mit dem Schwerpunkt „Übergang und Bewusstseinswandel vom Mittelalter zur Neuzeit“ veranstaltet.

Die berufliche Förderung erfolgt während der Kernphase des Aufenthaltes durch unsere Arbeitstherapie. Am Ende des Aufenthaltes werden externe Praktika bzw. der Beginn einer Lehre bzw. höherer Schulabschluss bzw. Beginn eines Studiums von uns mit begleitet.

## **8. Verlauf des Aufenthaltes (moduläres 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. Traumabedingt sind noch keine gesunden seelischen Strukturen vorhanden. Der Bewohner 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, verletzte 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 erstmal eine ausreichende Stabilität bestehen, sonst kommt es zu schweren Selbstverletzungen, Suizidalität oder verschiedensten Formen der Dissoziation. Erst dann kann man innerhalb der Therapie mittels verschiedenster Techniken die eigentlichen Traumata anschauen und können die KlientInnen 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 auf dem Lindenhof 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 durchlaufen. 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 des Jugendlichen unmittelbar zusammen. Aufgrund der in Studien belegten Zeitdauer für Nachreifung und Veränderungsprozesse gehen wir von einer Aufenthaltsdauer von mindestens einem Jahr und im Normalfall nicht länger als drei Jahren aus. Aufenthalte von unter einem Jahr bilden die Ausnahme

## **Modul 1:**

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

Hier findet die intensivste Betreuung statt. Für die meisten BewohnerInnen, die dieses Modul benötigen, kommt es in der Anfangsphase in Betracht. 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 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 Betreuer notwendig.

Räumlich soll das Modul deshalb im Haupthaus, hauptsächlich im ersten Stockwerk, angesiedelt werden. Hier befinden sich 3 Zimmer sowie ein Ess-/Gemeinschaftsraum. Die Mahlzeiten können somit ggfs. in reizärmerem geschützterem Rahmen eingenommen werden – es besteht aber auch die Möglichkeit, mit den Bewohnern aus den anderen Modulen zusammen im Speisesaal des „Bistros“ zu essen.

Die Tagesstruktur findet in Modul 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 in jedem Fall Teil des Tagesablaufes.

## **Modul 2:**

### **Nachreifungs-/Gruppenphase: die BewohnerInnen wohnen im Wohnhaus, die Tagestruktur ist z.T. extern**

Dieses Modul ist für BewohnerInnen gedacht, die eine gewisse Grundstabilität erreicht haben oder diese Fähigkeiten bereits mitbringen. 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 Fokus in Phase II viel mehr auf der Begegnungsfähigkeit untereinander – die Gruppe ist also wichtiges Spiegelungsfeld. 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 Modul 1.

Räumlich sind die BewohnerInnen im Modul 2 im Erd- und Obergeschoss des Haupthauses 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.

### **Modul 3: (nicht Bestandteil dieser Konzeption, aber in unserer bestehenden Konzeption schon ausgearbeitet)**

#### **Verselbständigungs-WG: Tagesstruktur größtenteils extern**

Ist das Modul 2 erfolgreich durchlaufen, konnte also eine ausreichende äußere Stabilisierung sowie Arbeit an inneren Schemata stattfinden, mag für manche Jugendliche der Wechsel nach Hause, in ein Internat, in eine (T)WG in der Nähe ihrer Heimat oder Ähnliches anstehen. Für andere mag eine weitere Verselbständigung innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft von Mäander der nächste Schritt sein, dieser findet dann in Modul 3 statt. Hier ist zeitnah ein geeigneter Ort in der Nähe der TWG Lindenhof zu finden. Dieser ist aber nicht Teil dieser Konzeption.

### **Modul 4 (in Einzelfällen)**

#### **Ambulante Einzelfallhilfe**

In Einzelfällen gibt es die Möglichkeit, in der Übergangsphase nach dem Auszug aus dem Lindenhof eine ambulante Einzelfallhilfe durch Mäander zu beantragen: Diese hat die Aufgabe, bei organisatorischen Aufgaben (Praktikumsplatz, Schule etc.) zu helfen, aber auch bei der schwierigen Umsetzung in der Startphase zu begleiten.



## 9. Exemplarischer Tagesplan/Wochenplan

Wochenplan							
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
7:20	Frühstück						
8:20	Morgenkreis					9:00 Frühstück	Ausschlafen
anschl.	Arbeitsphase I: Garten / Hauswirtschaft / Handwerk						
10:00	Pause					Zimmernutz	
10:20	Arbeitsphase II: Garten / Hauswirtschaft / Handwerk						
12:15	Mittagessen					Mittagessen	
13:00	Mittagspause					Mittagsruhe	
14:00	Schule	Kunsttherapie	Schule	Schule	Kunsttherapie		
15:00	Kaffe/Kuchen					Besuche/	
15:30	Sport	Schule	Spaziergang	Politik	Sport	freie Gestaltung	Ausflug
17:00	IA-Gruppe	Hausplenum		PEG Gruppe			
18:00-	Abendessen					Abendessen	Abendessen
19:00	Bewohnerrunde (montags) Freie und gemeinsame Abendgestaltung						
22:00	Nachtruhe					23:00 Nachtruhe	Nachtruhe

IA: Interaktionelle Gruppe

PEG: Psychoedukative Gruppe

## 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 aufrecht erhalten
- 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 (auch aus dem klinischen Kontext), 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, und bei denen es in der Regel bei von dritten auferlegten Kontaktsperren zu einer ungesunden Solidarisierung mit ihren Eltern kommt. 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.

Mit den Bezugspersonen wird erarbeitet, wie die Kontakte zu gestalten sind, wie häufig diese erfolgen und welche Aufgabe die Eltern übernehmen können. Ist allerdings eine familientherapeutische Arbeit induziert, so können wir diese Arbeit nicht im Rahmen des normalen Kostensatzes leisten.

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, sind für uns Feste, Feiertage und Geburtstage Gelegenheiten, um mit den Familienangehörigen in

Kontakt zu treten. Daher werden sie dazu eingeladen, wenn der Jugendliche dies möchte.

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 Beschwerdemangement**

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 Bewohnerversammlung und ihrer gewählten Sprecher als auch den Raum für die Erörterung von neuen Vorschlägen von Seiten der Bewohner und der Betreuer: diesen Raum gibt es sowohl formell (Wochenversammlung) als auch informell im Gespräch mit den Arbeitstherapeuten und Betreuern. Zusätzlich gibt es immer wieder Konzepttage zusammen mit den Bewohnern, an denen diese Prozesse gemeinsam besprochen werden.

Kommt es zu Konflikten, die intern nicht gelöst werden können (über Gespräche mit Betreuern, Bezugsbetreuer, Leitung) gibt es bei uns, analog zu der externen Instanz des Patientenfürsprechers im Krankenhaus, eine Bewohnerführsprecherin, die nicht zum Team gehört. Name und Anschrift/Telefonnummer hängt für alle gut sichtbar am Schwarzen Brett. Über die Institution und ihre Funktion werden die Bewohner regelmässig informiert. In regelmässigen Abständen kommt die Bewohnerführsprecherin ins Haus und stellt sich auch persönlich den Bewohnern 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 Tätlichkeit gegenüber Mitbewohnern 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 (Antisuiizidverträge, 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 Mitarbeiter 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 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 Bewohner eine Verhaltensanalyse auszufüllen, die mit dem Therapeuten oder Bezugsbetreuer 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 Lindenhof sein will, nichts zu suchen hat. Das heißt konkret, dass wir vom Bewohner fordern, dass er konstant daran arbeitet, sich nicht selbst zu verletzen und auch nicht andere unbewusst oder bewusst motiviert, 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 auf dem Lindenhof 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 *besonderes Vorkommnis* 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 chron. 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 der Fallführer im Jugendamt informiert und es findet ein Gespräch mit der „insoweit erfahrenen Fachkraft“ statt. Im nächsten Schritt wird im Gespräch mit Sorgeberechtigten und Jugendlichem/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 Kinder, Jugend und Familie 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.

## **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 bereits eine gute Vernetzung mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie Friedrichshain und der Charite (Virchow-Klinikum) sowie der Station „Junge Erwachsene“ des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe, der Kinder- und Jugendpsychiatrien Ernst von Bergmann Klinikum in Potsdam und Asklepiosklinikum in Brandenburg.

## **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:

- Mitarbeiterqualifizierung: Mitarbeitergespräche, Teamsitzungen, Weiterbildung, Supervision, hausinterne Fortbildungen
- Dokumentation: Verlaufsdokumentation über objektive Erhebungsinstrumente, Entwicklungsberichte, Protokolle von Hilfeplankonferenzen, Gesprächsprotokolle, Protokolle der Arbeitsgemeinschaften, Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementhandbuches
- Regelmäßiger Austausch in Form eines Qualitätsdialoges mit den zuständigen Vertragspartnern
- Bauliche Entwicklung/Investition
- Arbeitsorganisation: Arbeitsvorbereitung, Koordination, Anleitung von Praktikanten, Vorstellungsgespräch