

Pestalozzi-Fröbel-Haus  
STIFTUNG DES ÖFFENTLICHEN RECHTS



EJF-Lazarus  
miteinander – füreinander



DER STEG



Jugendwohnen im Kiez-  
Jugendhilfe gGmbH



ALICE SALOMON



HOCHSCHULE BERLIN  
University of Applied Sciences

Abschlussbericht der Katamnese studie  
therapeutischer Wohngruppen in Berlin

# KATA-TWG





Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.)

Abschlussbericht der Katamnesestudie  
therapeutischer Wohngruppen in Berlin

# KATA-TWG

Verlag allgemeine jugendberatung

Titelbild:

Glaskunst von Ingrid Schneider, [www.ingridschneider.de](http://www.ingridschneider.de)

Lektorat, Grafik, Satz und Layout:

Ilona Oestreich & Bianca Heers

Umschlag- und CD-Labelgestaltung:

Ilona Oestreich & Bianca Heers

Druck:

Satzart Plauen, [www.satzart.de](http://www.satzart.de)

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek: Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2009 Verlag allgemeine Jugendberatung

ISBN 978-925399-07-7

# Inhalt

Vorwort	5
Einführung	8
1 Das Angebot Therapeutischer Jugendwohngruppen	9
2 Der Stand der Forschung	12
3 Ergebnisse aus der Aktenanalyse	15
3.1 Zentrale Ergebnisse	15
3.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede	18
3.3 Erfolge und Einflussfaktoren	20
3.4 Verbleib der Jugendlichen	22
4 Ergebnisse aus den Interviews	24
4.1 TWGs behandeln Jugendliche mit komplexen psychiatrischen Diagnosen aus Multiproblemfamilien	24
4.2 Basisbestandteil des ‚Therapeutischen Milieus‘: Betreuung, Gruppenerleben und Begleitung im Alltag	26
4.3 Bindungs- und Beziehungsarbeit als Kernkompetenz zur Gestaltung des ‚Therapeutischen Milieus‘	29
4.4 Rahmen- und Strukturgebung im Zusammenspiel mit dem Bindungs- und Beziehungsnetzwerk	31
4.5 Therapie im Kontext als Chance und Brücke ins reale Leben	34
4.6 Die Bedeutung von Vernetzung: Eltern-, Angehörigen- und Umfeldarbeit	36
4.7 Risiken und Nebenwirkungen: nicht zu verhindern, aber mitzudenken	38
5 Konzeptionelle und jugendhilfepolitische Schlussfolgerungen	40
6 Literatur	47

## ANHANG

7 Hintergrundinformationen zum quantitativen Teil der Untersuchung	55
7.1 Kommentierter Erhebungsbogen (Kodierplan) Handanweisung zum Kodieren	55
7.2 Erhebungsbogen (Kodierplan)	74
7.3 Ergebnisse des quantitativen Untersuchungsteils	84
8 Hintergrundinformationen zum qualitativen Teil der Untersuchung	100
8.1 Methodisches Vorgehen der qualitativen Interviewstudie	100
8.2 Auswertungsergebnisse der qualitativen Interviewstudie: acht Fallverläufe	101



## Vorwort

*„Ich musste lernen ... , dass es halt gute Menschen gibt, die mir halt wirklich helfen wollen, das war auch so'n Schwierigkeitsgrad am Anfang, dass ich irgendwie noch nicht ganz realisiert hatte, ... dass sie mir nichts tun ... Das funktionierte dann auch ...“ (Bettina, Bewohnerin)*

*„...eigentlich muss die Passung stimmen, zwischen Einrichtung und Mensch, zwischen Betreuer und Mensch und dann auch noch zwischen Therapeut und Mensch ... das muss alles auf wundersame Weise zusammenkommen, dass sich jemand aufgehoben fühlt“ (Betreuer, Teilnehmer der Expertendiskussion)*

Übereinstimmend deutlich und klar ist die Hervorhebung des „Zwischenmenschlichen“ aus beiden Perspektiven: jener der jungen Frau, die in einer TWG gelebt hat, und jener des Pädagogen aus der TWG-Expertenrunde. Umso mehr stellt sich uns – den in diesem Arbeitsfeld tätigen PädagogInnen, SozialarbeiterInnen und PsychotherapeutInnen – immer wieder die Frage, wodurch diese Passung als zentrales Merkmal positiv wirkender pädagogisch-therapeutischer Arbeit entsteht, wovon sie abhängt und wie wir sie herstellen oder zumindest fördern können.

In der vorliegenden Veröffentlichung präsentieren wir Ihnen die Ergebnisse eines Forschungsprojektes, das wir in den letzten zwei Jahren gemeinsam mit der Alice-Salomon-Hochschule in Berlin durchgeführt haben.

Die Idee zu dem Projekt entstand im Rahmen des Arbeitskreises der Therapeutischen Wohngruppen in Berlin (AK TWG), der seit 1999 in enger Kooperation der zehn beteiligten Träger der Jugendhilfe kontinuierlich an der fachlichen Diskussion und Qualitätsentwicklung arbeitet. Inzwischen organisiert der AK TWG regelmäßig größere Fachtagungen, die Raum für die öffentliche Debatte zur pädagogischen und therapeutischen Arbeit mit diesen besonderen Jugendlichen eröffnen. Im Rahmen dieser Fachtagungen wurde vielfältig über theoretische Hintergründe, pädagogisch-therapeutische Methoden und insbesondere immer wieder über das ‚Therapeutische Milieu‘, Diagnostik und Interventionsstrategien berichtet. Workshops zur konkreten Arbeit vor Ort boten Diskussionsforen dafür (vgl. dazu die beiden Herausgeberbände des Arbeitskreises Therapeutischer Jugendwohngruppen 2005, 2008).

Eine Frage jedoch blieb bislang immer offen und in der Diskussion daher virulent: Was kommt dabei heraus? Helfen therapeutische Wohngruppen den Jugendlichen? Wenn ja, warum bzw. wodurch? Wenn nein, woran liegt es, was könnte anderes getan oder strukturiert werden? Abstrakter formuliert: die Frage nach **Wirkfaktoren und Erfolgskriterien**.

Die funktionalen Hintergründe dieser Fragen sind interessengeleitet und unterschiedlich konnotiert: So fallen sie anders aus für Jugendliche und ihre Familien als für PraktikerInnen in der konkreten pädagogisch-therapeutischen Arbeit; im Rahmen der Selbstwirksamkeitsbeurteilung von MitarbeiterInnen sehen sie anders aus als im Kontext von Ausgabensteuerung der Jugendhilfe; und ‚rein‘ wissenschaftlich wiederum sind sie different von all diesen Perspektiven.

Die acht unten noch einmal genannten Träger des AK TWG haben sich zusammengefunden, um – jenseits der alltäglichen, feldbezogenen, diskursiven Übereinstimmung von Einschätzungen und Annahmen – mithilfe wissenschaftlicher Methoden und somit intersubjektiver Kontrolle Antworten auf diese Fragen zu erarbeiten, Annahmen zu überprüfen und Einschätzungen zu verifizieren.

Daraus entwickelte sich ein über die ganze Zeit der Untersuchung laufender interessanter Prozess der „Begegnung von Wissenschaft und Praxis“. Dabei wurde auf der einen Seite immer wieder deutlich, dass viele Fragen aus wissenschaftlicher (vor allem methodischer) Sicht zu komplex sind, um sie „überprüfen“ zu können. Auch ist die vorhandene (praxisbezogen erhobene) Datenbasis in den Einrichtungen z.T. zu heterogen und unvollständig, um methodisch haltbare Schlüsse ziehen zu können. Auf der anderen Seite erwies sich, dass ohne die konkrete Erfahrung der beteiligten Praktiker manche Frage kaum sinnvoll gestellt und manche „Antwort“ nicht praxistauglich verstanden und bewertet werden kann.

Zum Glück war den beteiligten ForscherInnen wie auch PraktikerInnen diese Problematik bewusst, sodass wir in gemeinsamer Diskussion den Anspruch an die Ergebnisse der Untersuchung den realen Möglichkeiten anpassen (siehe die Erläuterungen zur Methodik) und ein methodisches Vorgehen wählen konnten, das ein Maximum an nutzbarem Erkenntnisgewinn verspricht.

Wie bei jeder gut durchgeführten Forschung hat man am Ende eine ganze Reihe vorheriger Annahmen und Einschätzungen bestätigt und einige erste z.T. sehr klare Antworten erhalten. Vor allem aber hat auch diese Untersuchung erwartungsgemäß eine Reihe neuer Fragen aufgeworfen, die nun konkreter, genauer, gegenstandsangemessener gestellt werden können. Auf der Grundlage weiterer Erhebungen wäre es nun sinnvoll, weitere inhaltliche Bereiche auszu-leuchten, die bei dieser ersten explorativ angelegten Untersuchung nur ganz am Rande ins Blickfeld geraten konnten. So könnten neu gewonnene bzw. präziserte, durch die vorliegende Untersuchung vertiefte Hypothesen überprüft werden.

Darüber hinaus sprechen die hier präsentierten Ergebnisse in vieler Hinsicht für sich. Manche wirken geradezu banal, andere machen stutzig, erscheinen noch immer unklar oder lassen sich auf den ersten Blick nur schwer einordnen und bewerten. Insgesamt bilden die Ergebnisse aus unserer Sicht jedoch eine ausgezeichnete Grundlage für die weitere fachliche Diskussion um Erfolg und Wirksamkeit der Arbeit von Therapeutischen Jugendwohngruppen. Wir laden dazu ein und sind selber gespannt auf den nächsten Schritt. Wesentliche Aspekte des ‚Therapeutischen Milieus‘ werden in der Studie konkreter nachvollziehbar, und wir können nun besser beschreiben, was mit diesem Schlüsselbegriff unserer Arbeit gemeint ist.

Kooperation ist ein schwieriges Geschäft. Insofern ist gelingende Kooperation besonders hervorzuheben. Im vorliegenden Projekt umfasst sie gleich mehrere Ebenen: Da wären zunächst die acht Träger untereinander, die durchaus in vieler Hinsicht „Konkurrenten“ sind, sich im Rahmen des Projektes jedoch inhaltlich sehr eng mit „sensiblen“ Daten über konkrete Abläufe gemeinsam beschäftigt haben. Schwierige Situationen, Konflikte und Scheitern in der praktischen Arbeit wurden dabei offengelegt und mit viel Einsatz von Zeit, Geduld und Gedanken tatkräftig an der Studie mitgearbeitet.

Hervorzuheben ist ebenso die vertrauensvolle, kooperative, pragmatisch-alltagstaugliche, sich gegenseitig wertschätzende Zusammenarbeit mit der Hochschule. Dies liegt immer auch an den beteiligten Personen, ohne deren professionelle Kompetenz und persönlichen Einsatz die Un-

tersuchung nicht hätte gemacht werden können. Insofern gebührt unser ganz besonderer Dank Prof. Dr. Silke Gahleitner, Prof. Dr. Susanne Gerull und Bert Krause, die die Studie geleitet, die Datensammlung und Datenaufarbeitung mit unendlicher Geduld bewerkstelligt haben und die Ergebnisse formuliert haben. Auch der Alice-Salomon-Hochschule sei für die organisatorische, personelle und institutionelle Absicherung an dieser Stelle gedankt.

Praxisforschung ist ohne Geld nicht zu machen. In dieser Hinsicht ist die gute Kooperation zwischen den Trägern erneut zu betonen: Unser Dank gilt den GeschäftsführerInnen und DirektorInnen der beteiligten Träger, die die Studie inhaltlich unterstützt und – neben der Alice-Salomon-Hochschule – finanziell getragen haben.

Besonderer Dank gilt der Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, die die Durchführung der Studie genehmigt und es durch ihre Unterstützung ermöglicht hat, dass wir die Ergebnisse der Untersuchung mithilfe von Geldern aus der „Lotterie PS-Sparen und Gewinnen“ der Landesbank Berlin/Berliner Sparkasse in der vorliegenden Form der Fachöffentlichkeit präsentieren können.

An letzter Stelle, natürlich aber mit besonderer Betonung, danken wir den Jugendlichen, den BetreuerInnen, den PsychotherapeutInnen und Leitungskräften, die uns ihre Erfahrungen und Überlegungen in den qualitativen Interviews mit großer Offenheit und Ernsthaftigkeit zur Verfügung gestellt haben.

***Im Namen der EinrichtungsleiterInnen,  
Claus-Peter Rosemeier***

Ute Meybohm, Jochen Kern, Moritz 55 – Therapeutische Wohngruppe  
*ajb gmbh, gemeinnützige Gesellschaft für Jugendberatung und psychosoziale Rehabilitation*

Thomas Girnth, Der Steg – Therapeutische Jugendwohngruppen  
*Der Steg gGmbH*

Andree Egel, ‚Respect Yourself‘ – Janusz-Korczak-Haus  
Ulrich Ehlert, TWG auf der Familienfarm Lübars  
Constance Hornbogen, Myrrha – Therapeutische Mädchenwohngruppe  
Karsten Köster, Male – Therapeutische Wohngruppen für Jungen  
*EJF-Lazarus gemeinnützige AG*

Florian Landes, Gemini – Therapeutische Wohngruppen  
*neuhland e.V. und Jugendwohnen im Kiez – Jugendhilfe gGmbH*

Claus-Peter Rosemeier, Koralle – therapeutische wohngruppen  
*Pestalozzi-Fröbel-Haus Berlin – Stiftung öffentlichen Rechts*

Gerd Pillen, Therapeutische Wohngruppen  
*Prowo e. V.*

Wolfgang Merda, Wuhletal – Therapeutische Wohngruppen  
*Wuhletal Psychosoziales Zentrum gGmbH*

## Einführung

Therapeutische Wohngruppen haben sich als professionelle Antwort auf die Problematiken schwer in ihrer Entwicklung oder Persönlichkeit beeinträchtigter Jugendlicher entwickelt, um den Anforderungen des Jugendhilfegesetzes nach angemessener und qualifizierter Hilfe für diese Klientel zu entsprechen. Sie sind inzwischen ein fester Bestandteil der Berliner Jugendhilfelandschaft. Seit 1999 hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend das Bundesmodellprogramm Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung durch wirkungsorientierte Ausgestaltung der Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsentwicklungsvereinbarungen nach §§ 78a ff SGB VIII initiiert. Qualitätssicherung ist in der Jugendhilfe seither nicht nur ein wünschenswertes, sondern ein Pflichtelement geworden. Auch in der praktischen pädagogisch-therapeutischen Arbeit gibt es viele Überlegungen zu angemessenen Hilfesettings und daran orientiert sehr differenzierte, konzeptionell umgesetzte Strukturen und Arbeitsformen.

Umfassendere Untersuchungen zu diesem spezifischen Jugendhilfesektor fehlen jedoch bisher. Die Jugendhilfeträger Pestalozzi-Fröbel-Haus Berlin, EJK-Lazarus, Der Steg, Prowo, Allgemeine Jugendberatung, Wuhletal Psychosoziales Zentrum, Jugendwohnen im Kiez – Jugendhilfe gGmbH und Neuhland haben daher in Kooperation mit der Alice-Salomon-Hochschule Berlin eine explorativ angelegte Katamnesestudie der Betreuungsqualität in Therapeutischen Wohngruppen (Kata-TWG) durchgeführt, um erste Schritte im Hinblick auf Einflussfaktoren für nachhaltig wirksame Betreuung und Behandlung in TWGs aufzuspüren. Die Einrichtungen sind allesamt Mitglieder im Arbeitskreis therapeutischer Jugendwohngruppen Berlin (AK TWG), der seit 1999 die fachliche Arbeit der unterschiedlichen Einrichtungen bündelt und den internen Qualitätsentwicklungsprozess vorantreibt.<sup>1</sup>

Die angesprochene Forschungs- und Theorielücke ist neben fehlenden Ressourcen für praxisorientierte Forschung auch durch methodologische Probleme bedingt. Die Qualität der Hilfe in Therapeutischen Jugendwohngruppen ist kaum quantifizierbar und nur schwer beschreibbar, am ehesten noch aus dem Verständnis einzelner Falldarstellungen heraus (bottom-up). Harte, leicht operationalisierbare Kriterien (top-down) sind in dem Versuch, veränderungsrelevante Einflüsse herauszukristallisieren, eher die Ausnahme. Deutlich wird ebenfalls das Fehlen praxisrelevanter Erkenntnisse darüber, wie die betreuten Jugendlichen im Rückblick, d.h. eine Weile nach Ende der Betreuung, ihre Erfahrungen in den Einrichtungen bewerten und ihr Erleben beschreiben.

Das vorliegende Forschungsprojekt hat daher den Versuch unternommen, im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten multimethodisch vorzugehen und Verlaufsprozesse zu beschreiben sowie zu analysieren. Zielsetzung war eine explorative Annäherung an Wirkungsforschung über eine mehrperspektivische Evaluation. Eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Herangehensweisen mit qualitativen, halbstrukturierten Interviews mit ehemaligen BewohnerInnen und ihren BetreuerInnen auf der einen und Leitungskräften bzw. psychologischem Personal auf der anderen Seite sowie einer quantitativen Aktenanalyse von 237 Betreuungsakten ermöglicht,

---

<sup>1</sup> Siehe Flyer des AK TWG und Arbeitskreis Therapeutischer Jugendwohngruppen, 2005.

sich dem Gegenstand von verschiedenen Seiten (top-down und bottom-up) zu nähern und ihn durch eine Triangulation der Ergebnisse so weit wie möglich auszuleuchten (ausführliche Informationen zum methodischen Vorgehen siehe Anhang).

Im Folgenden werden nach einem kurzen Einblick in die Arbeitsweise Therapeutischer Jugendwohngruppen und einem Überblick über die Forschungslandschaft ausgewählte Ergebnisse aus der quantitativen Aktenanalyse und der qualitativen Interviewstudie präsentiert und auf dieser Basis bestehender Konzepte und Herangehensweisen diskutiert. Dazu sei jedoch noch eine Vorbemerkung vorangestellt. Untersuchungen im psychosozialen Bereich haben oft die Eigenart, im Ergebnis entweder als Banalitäten oder als Absonderlichkeiten zu erscheinen, je nachdem ob sie Ergebnisse produzieren, die im Arbeitsalltag dem Erfahrungswissen gleichen oder widersprechen. Dennoch ist es in der Forschung und letztlich auch für den Begründungszusammenhang schlüssiger Praxiskonzepte von Bedeutung, auch Selbstverständlichkeiten empirisch nochmals zu überprüfen. Ob ein im Arbeitsalltag existierendes Bauchgefühl der Professionellen von den jugendlichen Betroffenen geteilt wird oder nicht, ist von entscheidender Bedeutung für die konzeptionelle Gestaltung. Ebenso ist es wichtig, sich auch von abweichenden Ergebnissen inspirieren zu lassen und seinen Arbeitsalltag daraufhin zu überprüfen, welche Bedeutung diese neue Erkenntnis haben könnte.

Eine weitere Bedeutung in der Erforschung der ‚Alltagsbanalitäten‘ liegt in der Differenzierung unseres Erfahrungswissens durch die Präzisierung unseres Alltagserlebens in der Praxis. Ein gutes Beispiel dafür im TWG-Bereich ist das viel zitierte ‚Therapeutische Milieu‘. Alle Einrichtungen waren sich auch vor der Untersuchung einig, dass das ‚Therapeutische Milieu‘ einen entscheidenden Einflussfaktor darstellt, wie genau es jedoch funktioniert, bedarf eines differenzierten Aufschlusses dieser Begrifflichkeit. In der Sicht auf die Ergebnisse waren sich die ExpertInnen der Gruppendiskussion einig, „dass wesentliche Aspekte des ‚Therapeutischen Milieus‘ in der Studie deutlich werden, insbesondere im Hinblick auf das Zusammenwirken zwischen der Pädagogik und dem Therapeutischen, so dass sich besser beschreiben lässt, was damit gemeint ist“ (Zitat aus der globalanalytisch ausgewerteten Gruppendiskussion; s. Anhang). Für einen Blick in die differenziert gestalteten Ergebnisse der Studie empfiehlt es sich daher, den ganzen folgenden Text eingehend zu lesen und eventuell auch einen ausführlichen Blick in den Anhang, der die Entstehung der Ergebnisse detailliert dokumentiert, vorzunehmen. Eiligen, lediglich an den Kernergebnissen interessierten LeserInnen sei insbesondere das Kapitel 5 ‚Konzeptionelle und jugendhilfepolitische Schlussfolgerungen‘ ans Herz gelegt.

## **1 Das Angebot Therapeutischer Jugendwohngruppen**

Das Angebot Therapeutischer Jugendwohngruppen (TWGs) richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 14 und 21 Jahren sowie an deren Eltern. Viele der Jugendlichen haben Verhaltensauffälligkeiten oder psychiatrische Symptomatiken entwickelt, die die Problemlösungsmöglichkeiten der Familien bzw. anderer betreuter Wohnbereiche, in denen sie derzeit leben, überfordern. Dazu gehören schwere Traumata, Bindungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Selbstverletzung, Sucht, soziale Störungen etc. Ein erheblicher Anteil der Jugendlichen war zuvor in psychiatrischen Kliniken untergebracht oder wurde ambulant ju-

gendpsychiatrisch behandelt. Jugendliche mit diesen Problematiken brauchen eine psychologisch-therapeutisch geleitete, sozialpädagogische Hilfe – und haben nach § 27 in Verbindung mit den §§ 27 (3), 30, 34, 35, 35a und 41 KJHG einen gesetzlichen Anspruch darauf.

Zielrichtung ist die Erlangung von Selbstverantwortung und ein eigenständiges Leben außerhalb psychiatrischer oder sozialpädagogischer Institutionen. Der Unterschied zwischen regulären Jugendwohngemeinschaften und Therapeutischen Wohngruppen besteht dabei nicht in einer längeren Betreuungsdauer, sondern einer grundsätzlich anderen Betreuungsqualität, in der ein multiprofessionelles Team ein ‚Therapeutisches Milieu‘ etabliert (vgl. dazu bereits die beiden Herausgeberbände des Arbeitskreises Therapeutischer Jugendwohngruppen 2005, 2008). Trotz der Schwere der Symptomatik der Jugendlichen steht die Entwicklungsperspektive des KJHG als Leitlinie im Mittelpunkt der Arbeit.

Die Jugendlichen sollen in die Lage versetzt werden, mit ihrer speziellen Störung bzw. Problematik zu leben und die nächste psychosoziale Entwicklungsstufe trotz der erfahrenen erschwerten biografischen Bedingungen zu erreichen, indem sie neue Bewältigungsstrategien erlernen und sich in einer krisenhaften Situation zum richtigen Zeitpunkt an der richtigen Stelle Hilfe holen können (Lindauer, 2005). Ein Zuviel an Versorgung und Unselbstständigkeit wird laut den Konzepten der einzelnen Einrichtungen dabei ebenso vermieden wie der Aufbau eines psychiatrieähnlichen Rahmens und Milieus (Gahleitner & Schmude, 2005). Inklusionsprozesse und eine grundsätzlich dialogisch und partizipativ orientierte Vorgehensweise gehören ebenfalls zum angestrebten Ziel der Einrichtungen (Meybohm, 2005).

Zu den Hilfezielen im Einzelnen gehört die Förderung innerpsychischer, jedoch zugleich alltags- und realitätsbezogener Entwicklungsprozesse. Dazu zählt z.B. die Arbeit an den Themen Selbstwert und Autonomie, die Stärkung vorhandener bzw. der Aufbau neuer Ressourcen und Kompetenzen zur adäquaten Selbstregulation und zur eigenverantwortlichen Alltagsbewältigung. Unterstützung brauchen Jugendliche dabei i.d.R. bei der konstruktiven Bewältigung von Ablösungskonflikten, der Herbeiführung von Klärungen familiärer Verstrickungen und bei der Integration in altersentsprechende schulische, berufliche und soziale Kontexte (Lindauer, 2005). Die Teams der Therapeutischen Jugendwohngruppen sind dafür meist interdisziplinär zusammengesetzt. Sie bestehen aus weiblichen und männlichen Fachkräften mit sozialpädagogischer, psychologischer oder ErzieherInnenausbildung, zumeist mit diversen Zusatzqualifikationen aus den Bereichen Beratung, Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Gruppentherapie, Kunsttherapie und Familienberatung bzw. -therapie.

Die enge Verzahnung von pädagogischer und therapeutischer Arbeit findet in kleinen gemeinsamen Wohnbereichen statt und beinhaltet wöchentliche interdisziplinäre Fachgespräche innerhalb des Betreuungsteams. In enger Verzahnung mit dem Alltagsbereich, jedoch auch mit ausreichend Distanz dazu, bieten Angebote wie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Familientherapie und/oder Gruppentherapie einen zusätzlichen Reflexions- und Entwicklungsraum für die Jugendlichen zur Bearbeitung spezifischer Thematiken. In enger Kooperation mit Jugendämtern, Kliniken und Ärzten, Schulen, Ausbildungs-/Arbeitsstätten und anderen zentralen Sozialisationsagenturen arbeiten alle TWGs trotz konzeptueller Unterschiede am jeweiligen Einzelfall orientiert, mithilfe kontinuierlicher Einzelgespräche unter aktivem Einbezug der Jugendlichen und mit klarer Tagesstruktur, ob dies nun den Besuch einer Schule, einer Ausbildungsstätte, einer Tagesklinik oder eines Praktikums bedeutet. Begleitung bei alltagspraktischen Anforderungen wie z.B. dem Um-

gang mit Behörden sowie hygienischen, hauswirtschaftlichen und finanziellen Aspekten gehören zum selbstverständlichen Angebot (Lindauer, 2005).

Das psychotherapeutische Angebot beinhaltet Aspekte wie Diagnostik (Pauls, 2008; Gahleitner & Rajes, 2008; Wolfrum, 2008), Prozessbegleitung, Therapieanbahnung, Durchführung von Psychotherapie, Gruppentherapie und Krisenintervention. Jede/r Jugendliche hat zunächst einige Gesprächstermine, die der persönlichen Anbindung und dem Vertrautwerden mit einem therapeutischen Setting dienen, das für Jugendliche zunächst häufig mit unangenehmen Assoziationen/Bewertungen verknüpft ist. In vielen Einrichtungen finden in regelmäßigen Abständen gruppentherapeutische Sitzungen und Gruppengespräche statt, die den Aufbau und die Gestaltung von Peerbeziehungen unterstützen (Egel & Rosemeier, 2008). Im Zuge des familientherapeutischen Angebots geht es um Diagnostik in Bezug auf familiäre Interaktionsmuster, um Begleitung des Prozesses der gesamten Familie während der Unterbringung und um familiäre Krisenintervention. Allen Familien, Eltern oder wichtigen Bezugspersonen werden regelmäßige familientherapeutisch orientierte Gespräche angeboten, die je nach Einzelfall in unterschiedlichen Settings stattfinden (Nürnberg & Wolfrum, 2008; Otto, 2008; Rosemeier & Hestermeyer, 2005).

Jugendliche in Therapeutischen Wohngruppen haben i.d.R. fortgesetzt negative Beziehungserfahrungen gemacht und daraus hervorgehend oft schwere Bindungsstörungen entwickelt. Konzepte Therapeutischer Wohngruppen versuchen daher insbesondere Alternativerfahren auf Bindungs-, Beziehungs- und sozialer Ebene bereitzustellen, ein – wie bereits oben angedeutet – ‚Therapeutisches Milieu‘ (Egel & Strutzke, 2008; Gahleitner, 2008; Rosemeier et. al., 2005; Schleiffer, 2008) zu gestalten. ‚Therapeutisches Milieu‘ bedeutet dabei nicht etwa eine Therapeutisierung des Alltags, sondern die Wahrnehmung der Jugendlichen durch das Betreuungsteam vor einem professionellen Hintergrund, also unter Einbezug eines professionellen Verständnisses von Störungsbildern, Krisenanfälligkeiten, Dynamiken, jedoch auch Ressourcen und der subjektiven Perspektive der Jugendlichen (Gahleitner, Ossola & Mudersbach, 2005). Auf dem Boden dieser Bindungs- und Beziehungsarbeit können die Interventionen je nach Situation und Indikation stützenden oder konfrontierenden Charakter haben. Dabei wird in unterschiedlichen Modalitäten gearbeitet – wie übungszentriert, erlebniszentriert, konfliktzentriert, netzwerkbezogen und medikamentengestützt –, wobei das Schwergewicht einmal mehr auf der einen, dann wieder mehr auf einer anderen Modalität liegt (ebenda).

Auch wenn sich die Einrichtungen konzeptuell unterscheiden, haben sie jedoch gemeinsam, innerhalb des multiprofessionellen, gemischtgeschlechtlichen Teams das Therapeutische Milieu auf eine Weise zu etablieren, dass sozialarbeiterische Unterstützung, sozialpädagogisches Handeln und psychotherapeutisches Verstehen im Lebensalltag miteinander in Einklang gebracht werden. Die Herstellung dieses ‚Therapeutischen Milieus‘ erfolgt dafür auf mindestens zwei Ebenen: (1) auf der Alltagsebene durch die Etablierung einer stationären Bezugsbetreuung, und (2) auf der psychotherapeutischen Ebene durch das Angebot einer tragfähigen – vom Alltag entlasteten – therapeutischen Beziehung. In enger Vernetzung machen die Angebote zwei Beziehungsräume möglich: einerseits eine klar strukturierte und nach außen orientierte Alltagsbeziehung und andererseits eine nach innen orientierte, Raum gebende, vor dem Alltag geschützte therapeutische Beziehung. Beide eröffnen gleichermaßen Alternativerfahren – sowohl in Bezug auf das Angebot von Schutz und Fürsorge als auch bezüglich des verantwortungsvollen Umgangs mit Grenzen – und ermöglichen Unterstützung und Verbundenheit im vorsichtigen Wiederaufbau der Selbstorganisation und Dialogfähigkeit (Gahleitner, 2005a).

## 2 Der Stand der Forschung

Die schrittweise Heranführung an ein selbstverantwortliches Leben unter Berücksichtigung der individuellen Kompetenzen und Einschränkungen der Jugendlichen sind das Kernziel der Einrichtungen. Praxiserfahrungen gibt es in diesem Bereich unzählige, viele auch schriftlich niedergelegt (vgl. Arbeitskreis Therapeutischer Jugendwohngruppen, 2005, 2008). Für bisherige Forschungsergebnisse im größeren Rahmen muss man jedoch auf allgemeinere Jugendhilfestudien zurückgreifen. Die Jugendwohngemeinschaft gehört dabei in den übergreifenden Bereich der Heimerziehung in Deutschland, zu dem höchst unterschiedliche Praxiskonzepte – Jugendwohngemeinschaften, geschlossene Unterbringungen, betreutes Einzelwohnen, aber auch Kleinstheime und Kinderdörfer – zählen (Gabriel, 2007).

Einen Versuch einer Bestandsaufnahme unternahm bereits Sobczyk (1995), selbst langjährig Leiter einer Wohngruppe für verhaltensauffällige Jugendliche. Seine Zielsetzung, Jugendwohngruppen und Praxis-Modelle in möglichst umfassendem theoretischem Rahmen zu stellen und Reflexionsprozesse in der Praxis in Gang zu setzen, bezog er jedoch nahezu ausschließlich auf „pädagogisch betreute Wohngruppen“ (ebenda, S. 7). Dies gilt in einem ähnlichen Maße für weitere frühe Studien zu der Thematik (Heitkamp, 1984; Kiehn, 1982). In seinem Bemühen, die Bedingungen zu erfassen und zu verstehen, die erzieherisches Handeln für Jugendliche subjektiv bedeutsam machen und die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Hilfestellungen auf den Prüfstand zu stellen, kommt Sobczyk (1995) dem vorliegenden Forschungsanliegen jedoch sehr nahe. Sein Resümee: „Pädagogische Arbeit kann nur gelingen, wenn das Verhalten, Denken, Fühlen und Handeln dieser Jugendlichen nicht nur unter dem Blickwinkel der eigenen Weltsicht, sondern insbesondere unter der Perspektive der Sinnggebung der Jugendlichen selbst erfaßt wird, da nur so gegenseitiges Vertrauen, Achtung, Wertschätzung und damit der Aufbau einer Beziehung als Voraussetzung erzieherischer Einflußnahme möglich ist“ (Sobczyk, 1995, S. 63) bietet interessante Ansatzpunkte.

Auch Sobczyk (1995) kommt zu dem Ergebnis, dass einschlägige Veröffentlichungen, die sich mit der „Analyse organisationsstruktureller Rahmenbedingungen und erzieherisch-therapeutischer Ansatzmöglichkeiten speziell in pädagogisch betreuten Wohngruppen“ beschäftigen, fehlen (ebenda, S. 7). Die dem vorliegenden Forschungsgegenstand noch am nächsten stehende groß angelegte, jedoch bereits veraltete Untersuchung stellt das Projekt ‚PETRA‘ (Publikation hrsg. von Petermann, 1987) dar. Unter dem Titel ‚Analyse von Leistungsfeldern der Heimerziehung – ein empirischer Beitrag zum Problem der Indikation‘ fokussierte die Untersuchung einzelne Leistungsfelder wie ‚Pädagogik‘, ‚Alltag‘, ‚Elternarbeit‘ und ‚Therapie‘, obwohl keineswegs alle der untersuchten Einrichtungen über ein konstant vorhandenes Therapieangebot verfügten. Steinke (1987) resümiert die Ergebnisse zur Zusammenarbeit zwischen Pädagogik und Therapie: „Unsere These ist, daß die Überbetonung der intensionalen Komponenten von Heimerziehung (d.h. pädagogische und therapeutische Maßnahmen) zu Ungunsten elementarer Erlebnismöglichkeiten (spontane Emotionalität, selbstgesteuerte Erfahrungsbildung, Heim als ‚Zuhause‘) oder vice versa häufig auftritt, weil ein der Heimerziehung immanenter Konflikt vorliegt“ (ebenda, S. 377). Konstatiert wird ein ‚doppeltes Problem‘, zum einen die Abstim-

mung der pädagogischen und therapeutischen Handlungen aufeinander, zum anderen die Berücksichtigung der ‚natürlichen‘ Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen.

Die aktuellere, jedoch mit wesentlich breiterem, nicht auf stationäre Angebote begrenzten Fokus durchgeführte Untersuchung JULE (Leistungen und Grenzen von Heimerziehung – Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen, hrsg. vom BMFS unter der Leitung von Tiersch, Publikationsherausgabe Baur et al., 1998) unternahm eine Analyse von Jugendamtsakten und eine retrospektive Nachbefragung junger Menschen, die ehemals innerhalb der jeweiligen Hilfen zur Erziehung betreut wurden. Viele durchliefen vorher mehrere andere Jugendhilfeeinrichtungen. Die Forschungsgruppe schließt daraus, wie bedeutsam es ist, Hilfen sinnvoll aufeinander aufzubauen und Übergänge sorgfältig zu planen und vorzubereiten – eine Forderung, die der aktuellen Finanzierungsstruktur zuwiderläuft (Kühn, 1998). Über 70 Prozent der Hilfen sind nach der Untersuchung zu Heimunterbringungen erfolgreich und wirken positiv auf Verhaltensauffälligkeiten, Kompetenzen und das soziale Umfeld (Thiersch, 1998, S. 11). Stationäre Unterbringung wird dabei als besonders erfolgreich eingeschätzt, ohne die Angebote jedoch bisher weiter differenzieren zu können. Die Verweildauer beträgt durchschnittlich 1,5 Jahre (Hamberger, 1998, S. 36).

TWGs wurden dabei nicht explizit untersucht. Vielmehr wurden unter ‚Betreutes Jugendwohnen‘ verschiedene Betreuungskonzepte wie Kleinstheime, heilpädagogisch oder therapeutisch arbeitende Einrichtungen, Außenwohngruppen, Wohngruppen für ältere Jugendliche und Lehrlingswohngruppen zusammengefasst, welche vor allem Jugendliche mit stark belastenden Vorerfahrungen und aus bildungsbenachteiligten und mehrfachbelasteten Bevölkerungsteilen aufweisen (Finkel, 1998). Konstatiert werden in dieser Studie auch gravierende geschlechtsspezifische Unterschiede in der KlientInnenstruktur, die jedoch teilweise auf übergreifende Geschlechterdifferenzen in der Jugendforschung und Gesundheitsberichterstattung zurückzuführen sind (Faulstich-Wieland, 2001; Fritzsche & Münchmeier, 2000; Kolip, 1997).

Nach der Effektestudie für erzieherische Hilfen (JES; Schmidt et. al., 2002) als Nachfolgestudie der JULE haben in der BRD 2002 ca. 77.000 Jugendliche und junge Erwachsene erzieherische Hilfen in Form von Heimerziehung und sonstige betreute Wohnformen nach § 34 SGB VIII in Anspruch genommen. 28.667 Jugendliche und junge Erwachsene haben im selben Jahr Maßnahmen der Heimerziehung und sonstiger betreuter Wohnformen begonnen. Von 2001 bis 2002 hat die Zahl der Hilfebedürftigen in diesem Bereich um ca. 4,6 Prozent zugenommen – mit einer steigenden Tendenz. Die jährlichen Kosten pro Fall in der Heimerziehung beliefen sich auf durchschnittlich 36.704 Euro. Die Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS; Institut für Kinder- und Jugendhilfe, 2004) kam zu dem Ergebnis, dass abgeschlossene Hilfen eine höhere Erfolgsquote aufweisen als abgebrochene und die Dauer der Hilfeleistung sich positiv auf den Effekt auswirkt. Insbesondere Hilfen, die deutlich über ein Jahr andauerten, zeigten nach der Studie positive Effekte (Macsenaere & Herrmann, 2004).

In einer weiteren Untersuchung wandte man sich der Nutzen-Kosten-Relation zu (Roos, 2002). Bei Jungen und Männern ergab sich eine Nutzen-Kosten-Relation von +1,95, was bedeutet, dass ein in Heimerziehung eingesetzter Euro im weiteren Lebensverlauf gesamtwirtschaftlich mit 2,95 Euro zurückgezahlt wird, d.h., der Volkswirtschaft einen Gewinn von 1,95 Euro einbringt. Entsprechend ergibt sich bei Frauen eine Nutzen-Kosten-Relation von +2,00. Die im weiteren Lebensverlauf erzielten gesellschaftlichen Nutzengewinne übersteigen somit die Aufwendungen im Bereich der Heimerziehung deutlich. Heimerziehung lohnt sich folglich aus wirt-

schaftlicher Sicht, da dadurch zusätzliche Produktivität und Erwerbstätigkeit in späteren Jahren erzielt und spätere Ausgaben in den Bereichen Arbeitslosigkeit, Delinquenz und Gesundheit vermindert werden können. Es lohnt sich daher, jetzt in diesem Bereich zu investieren, da dieses Geld in späteren Jahren der Gesellschaft mehrfach wieder zufließt.

Thiersch (1998) plädiert bereits in der Einleitung der JULE-Studie für Erweiterungen bzw. Differenzierungen des Untersuchungsdesigns, um „Standards für die unterschiedlichen Formen von Heimerziehung – Daten also zur Struktur- und Prozeßqualität der Erziehung in den Heimen und zur Typisierung unterschiedlicher Angebotsstrukturen“ zu präzisieren (S. 13). Aktuelle Studien beleuchten daher eher bestimmte Ausschnitte unter einem ganz bestimmten Fokus. Im Abschlussbericht der ‚Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte‘ (Goldbeck & Fegert, 2006) wird die stationäre Jugendhilfe zwar nicht genauer spezifiziert, ein übergreifendes und wichtiges Ergebnis jedoch ist, dass „nur mit multimodalen Therapieansätzen und kombiniert mit intensiver pädagogischer Betreuung ... die Jugendlichen mit ihrer komplexen Symptomatik Erfolg versprechend therapiert werden“ (S. 71) können. „Für die Jugendpsychiater ist dabei die enge Kooperation mit den Pädagogen aus den Heimeinrichtungen unerlässlich, und die Erarbeitung eines interdisziplinären Hilfeplans ist meist erst der Schlüssel zum Erfolg“ (ebenda).

Zikoll (2002), Fachbereichsleiterin einer dezentralen und differenzierten Einrichtung der Jugendhilfe in Niedersachsen mit stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten, u.a. auch therapeutischen Wohngruppen mit einer ähnlichen Klientel sowie ähnlichen personellen Besetzung wie in der vorliegenden Gruppe der untersuchten Einrichtungen, fokussiert die Bedeutung der Stigmatisierung durch stationäre Behandlung. Häufig bedeute für junge Menschen der Eintritt in eine TWG das Verlassen des Freundeskreises, Kränkungen sowie Schulgefühle, resümiert sie. Das erfordere eine Orientierung an individuellen Bedürfnissen der jungen Menschen, ein ganzheitliches Menschenbild als Hintergrund der Arbeit, Ressourcenorientierung, Lebenswelt- und Sozialraumorientierung sowie eine systemische Sichtweise, die Einbeziehung der Eltern so weit möglich und eine grundsätzlich sozialpsychiatrische Ausrichtung.

Wie gewohnt ist der angloamerikanische Forschungs- und Sprachraum an vielen Stellen bereits weiter fortgeschritten. Aus der LaC-Initiative (Looking after Children; vgl. Ward, 1995) z.B. sind sieben Kriterien für die Entwicklung junger Menschen bekannt, die für stationäre Einrichtungen aus bisherigen Ergebnissen aus Forschung, Theorie und Praxis abgeleitet werden können: Gesundheit (health), Erziehung und Ausbildung (education), Identität (identity), familiäre und soziale Beziehungen (family and social relationships), soziale Präsentation (social presentation), Entwicklung von Emotion und Verhalten (emotional and behavioural development) und Fähigkeiten zur Selbstsorge (self-care skills). Dabei sind grundsätzlich die interaktiven Aspekte der Entwicklungsdimensionen zu betonen (Gabriel, 2001).

Die Interessen und Erwartungen der Leistungserbringer wie beispielsweise Kostenreduktion und Reduktion der Unterbringungszahlen sind dabei aber nicht notwendigerweise identisch mit denen der betroffenen Kinder und Jugendlichen, ihrer Familien oder der Praktikerinnen und Praktiker. Nach Gabriel (2001) lassen sich fünf Erfolgsperspektiven unterscheiden: Wirkung aus Sicht (1) der Öffentlichkeit, (2) der Administration, (3) der Professionellen, (4) der betroffenen Familien und (5) der jungen Menschen. „Diese verschiedenen Erfolgsperspektiven sind in der Praxis vermischt. Öffentliche Erwartungen und Erfolgsdefinitionen sind von denen, die sich in

den Institutionen der Jugendhilfe herausgebildet haben, und den Überzeugungen der Professionellen und der Familien zu trennen.“ (Gabriel, 2001, S. 14f.). Deshalb sind die Erfahrungen, Wahrnehmungen und Erwartungen der beteiligten Personen möglichst vielfältig und langfristig in Evaluationsüberlegungen einzubeziehen. Dieser Anspruch wurde im Rahmen der Möglichkeiten in der vorliegenden Studie versucht, auf retrospektiver Basis einzulösen.

### 3 Ergebnisse aus der Aktenanalyse

#### 3.1 Zentrale Ergebnisse

Die Aktenanalyse umfasste 237 zufällig ausgewählte Behandlungsakten aus elf therapeutischen Jugendhilfeeinrichtungen. Die in diesem Rahmen untersuchten Jugendlichen waren zwischen 13,2 und 25,4 Jahren alt ( $M = 17,11$ ,  $SD = 1,7$ ). Der Anteil weiblicher Jugendlicher beträgt 57,9% und ist damit etwas höher als der männliche Anteil. Insgesamt hatten 21,9% der Herkunftsfamilien ein Mitglied mit Migrationshintergrund (siehe hierzu zusammenfassend Abbildung 1).

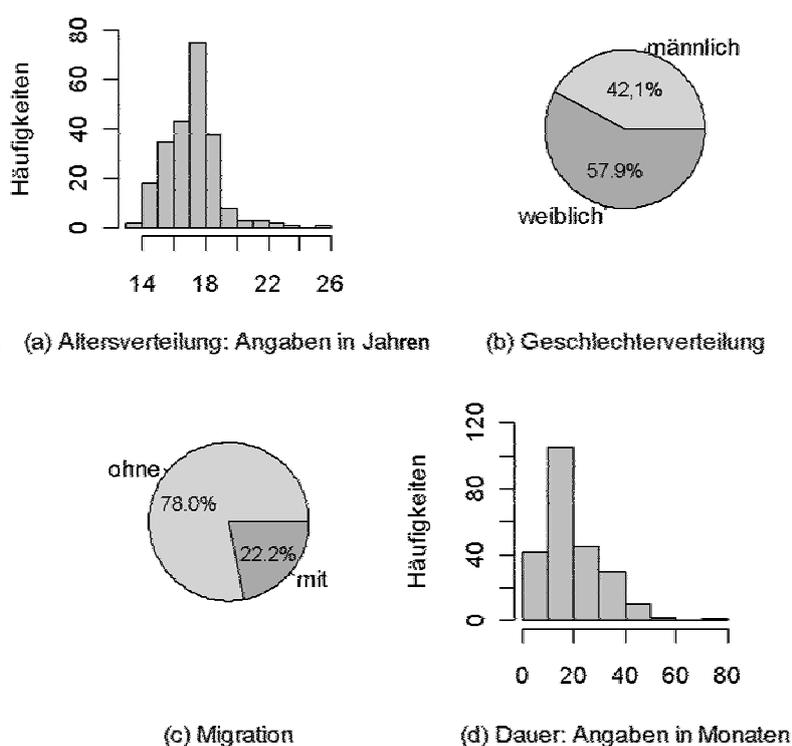


Abbildung 1: Beschreibung der Stichprobe anhand der Merkmale (a) Alter, (b) Geschlecht (c) Migrationshintergrund und (d) Dauer der Maßnahme

Der Umfang und die Dauer der therapeutisch-pädagogischen Maßnahmen variierten. Neben den regulären internen pädagogischen und therapeutischen Angeboten der Einrichtungen haben 52% der Jugendlichen an einer Familientherapie, 42% an Erlebnisreisen, 25,5% an sozialpädagogischen Trainingsangeboten und ca. 11% an kunsttherapeutischen Angeboten teilgenommen. Diese Maßnahmen gehören nur zum Teil zum Standardrepertoire der Einrichtungen und werden oft in Kooperation mit anderen Einrichtungen bzw. ambulanten Diensten durchgeführt. Die Dauer der TWG-Maßnahmen liegt zwischen 1,2 und 72,0 Monaten, im Durchschnitt 19,5 Monate ( $M = 1,6$  Jahre) und einer durchschnittlichen Abweichung 11,4 Monaten ( $SD = 0,95$  Jahre).

Der Anteil der Jugendlichen, die eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen (siehe Abbildung 2) hatten, lag bei 72,5%. Zu den häufigsten Störungen gehörten Anpassungsstörungen (22,3%), Drogenmissbrauch (18,1%) und Persönlichkeitsstörungen (17,2%). Dies weist darauf hin, dass bei einem beträchtlichen Anteil der Jugendlichen massive und bereits chronifizierte Auffälligkeiten vorlagen, bevor sie in einer der therapeutischen Jugendwohngemeinschaften einen neuen Lebensraum gefunden haben. Bei den anderen Jugendlichen lag eine solche Störung entweder nicht vor, oder sie hatten bisher keinen diagnostischen Prozess durchlaufen.

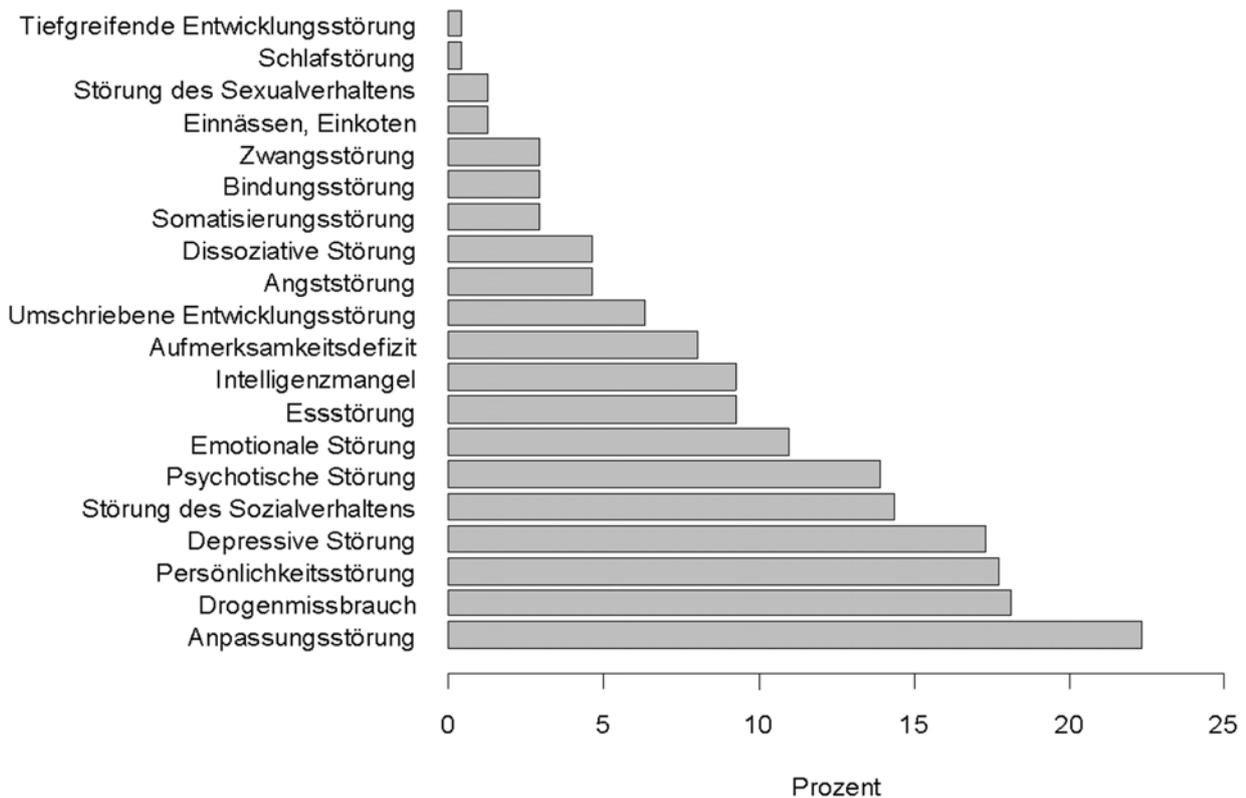


Abbildung 2: Verteilung der ICD-10 Diagnosen. Die Angaben wurden vor allem den Epikrisen entnommen. Mehrfachdiagnosen wurden berücksichtigt. Ohne (bisher festgestellte) Diagnose 27,5%, mit einer Diagnose 21,0% und mit zwei oder mehr Diagnosen 51,5%.

Alle Jugendlichen hatten in verschiedenen Lebensräumen (Familie, Schule, Ausbildung etc.) soziale Probleme und wiesen psychische Auffälligkeiten oder Störungen auf, die im Rahmen der Aktenanalyse zu 29 Kategorien interventionsbedürftiger Probleme zusammengefasst wurden. Diese Problemkategorien beschreiben die lebenspraktischen Konsequenzen der psychischen Störungen sowie der chronifizierten und lebensgeschichtlich bedingten Probleme. Die in diesem Zusammenhang beschriebenen Probleme sind nicht als Ausdruck einer alterstypischen Entwicklungsphase (Pubertät bzw. Adoleszenz) zu verstehen, sondern Ausdruck behandlungsbedürftiger seelischer Problemlagen im Sinne des SGB IX. Sie beschreiben also Beeinträchtigungen, die die Jugendlichen seit mehreren Monaten haben und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft stark behindern.

Die Informationen zur Problembeschreibung wurden vor allem aus den Aufzeichnungen zur Hilfeplanung entnommen, die der Diagnostik und damit der Zielsetzung der Jugendhilfe maßgebend dient. Die Zuweisung einer oder mehrerer Kategorien, die in der Abbildung 3 zu sehen sind, impliziert damit stets, dass diese Schwierigkeiten als interventionsbedürftige Probleme verstanden werden müssen.

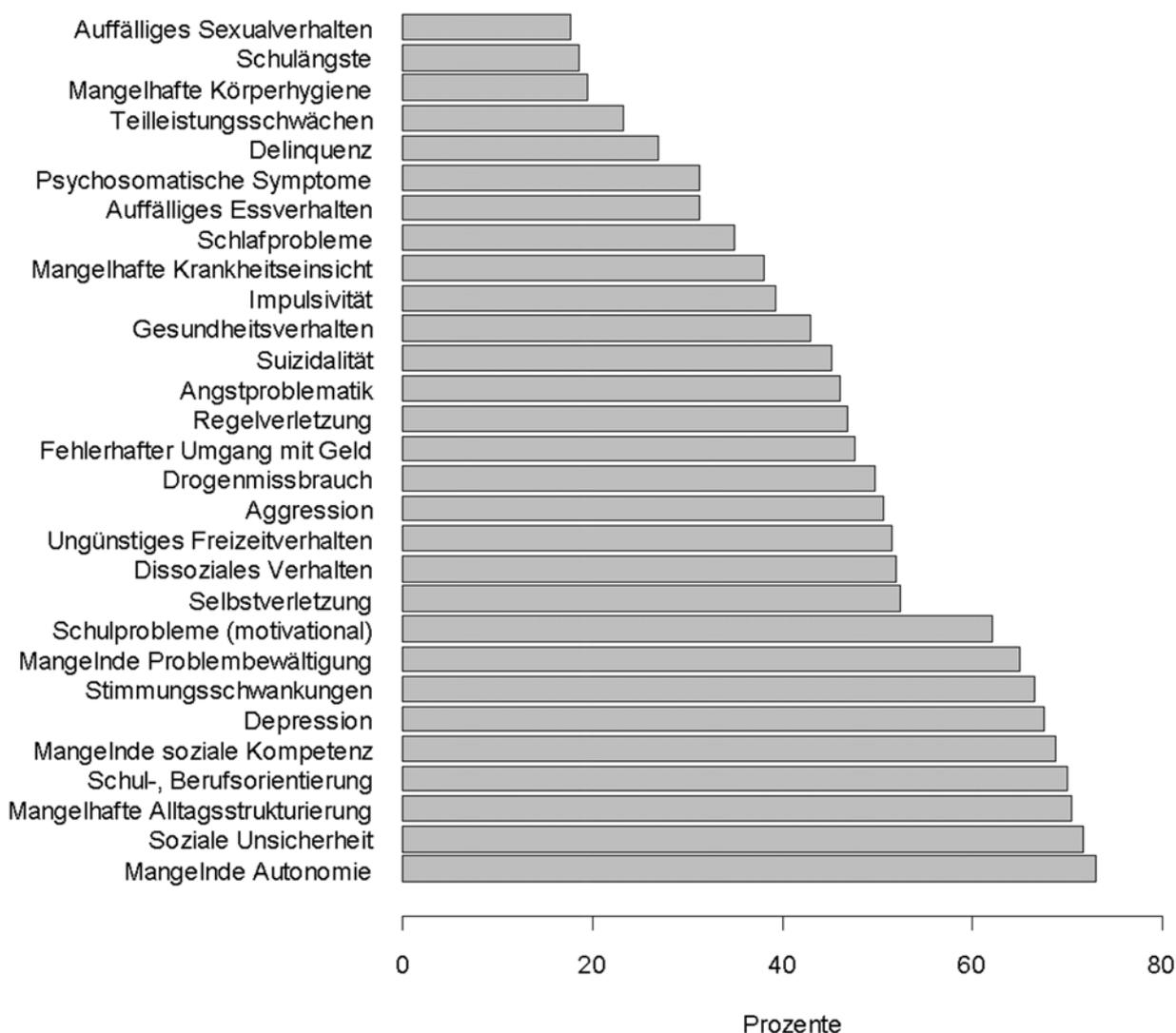


Abbildung 3: Die Kodierung der 29 interventionsbedürftigen Probleme erfolgte vor allem aus den Angaben der Hilfepläne.

Durchschnittlich werden bei einem Jugendlichen 13,9 (MD = 14, SD = 4,9) der interventionsbedürftigen Probleme identifiziert. Bei ca. 70% der Jugendlichen wurden mangelnde Autonomie, soziale Unsicherheiten, fehlende Alltagsstrukturierung, fehlende Schul- und Berufsorientierung sowie Depressionen oder starke Stimmungsschwankungen diagnostiziert. Ferner gehörten zu den häufigsten Problemen:

- familiäre Konflikte,
- mangelnde Selbstwahrnehmung,
- mangelnde Fremdwahrnehmung.

Da sich jedoch bereits im Pretest der Aktenanalyse herausstellte, dass diese Probleme auf fast alle Jugendliche zutrafen, konnten diese Kategorien nicht zur Differenzierung der Problemlagen beitragen und wurden deshalb aus dem Erhebungsbogen entfernt. Die in der Abbildung 3 zusammengetragenen Probleme gehen folglich mit einer mangelnden Selbst- und Fremdwahrnehmung einher und sind stark mit familiären Konflikten assoziiert. Wobei sich die familiären Konflikte nicht nur als Folge der Probleme, sondern häufig als konstituierender Bestandteil der Gesamtproblematik erwiesen haben.

Der Problemlast stehen verschiedene Ressourcen gegenüber (siehe Abbildung 4). An erster Stelle ist hier die körperliche Gesundheit zu nennen, was jedoch nur auf 63,8% der Jugendlichen zutrifft, gefolgt von kommunikativen (61,7%) und alterspraktischen Fähigkeiten (59,4%). Diese Fähigkeiten sind häufig auf bestimmte Lebensbereiche beschränkt, stellen jedoch für viele Jugendliche eine wichtige Ressource dar, die mit der Übernahme sozialer Funktionen in Gruppen oder der Familie einhergehen. Für weitere Zusammenhangsbeschreibungen der Ressourcen siehe auch Tabelle A23 im Anhang.

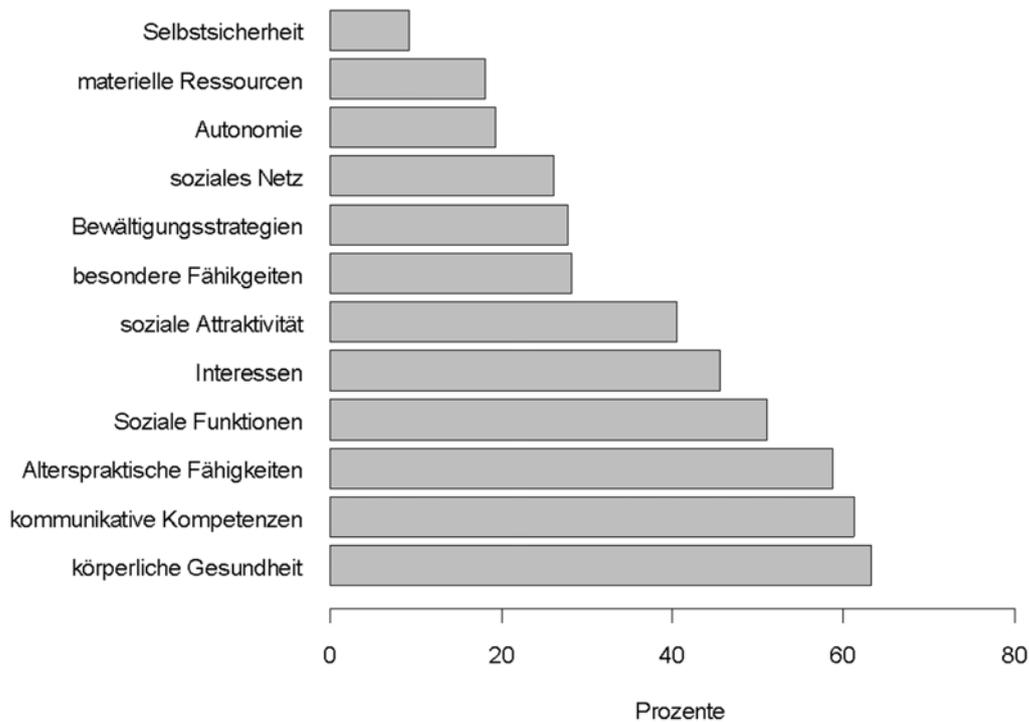


Abbildung 4: Ressourcen der Jugendlichen

Autonomie und Selbstsicherheit hingegen stellen seltene Ressourcen der Jugendlichen dar. Dieser Befund korrespondiert gut mit den gleichnamigen interventionsbedürftigen Problemen „mangelnde Autonomie“ und „soziale Unsicherheit“, die als Ressourcenmangel aufgefasst werden können.

Weitere wichtige Ressourcen zeigen sich in der Fähigkeit zur Mitarbeit, der Regel- und Termin-einhaltung sowie dem Interesse und der Offenheit gegenüber pädagogischen oder therapeutischen Maßnahmen, die im Weiteren unter dem Aspekt der Kooperationsbereitschaft und Beziehungsfähigkeit diskutiert werden (siehe Abschnitt 4.2 und Tabelle A23 im Anhang).

### 3.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Die eingangs beschriebenen geschlechtsspezifischen Unterschiede konnten repliziert werden. So zeigt sich erwartungsgemäß ein höherer weiblicher Anteil bei Depressionen, während Substanzmissbrauch häufiger bei männlichen Jugendlichen vorzufinden ist (siehe hierzu auch Tabelle A23 im Anhang). Der Anteil der Jugendlichen mit der Diagnose „Depressive Störung“ beträgt insgesamt 17,3%, wobei von allen weiblichen 21,3% und von allen männlichen Jugendlichen 11,2% betroffen sind. Hingegen ist der Anteil weiblicher Jugendlicher, die Drogenprobleme aufweisen (11,7%), geringer als der entsprechende Anteil der männlichen Jugendlichen (26,2%). Beide Vergleiche (siehe Abbildung 5 und Abbildung 6) weisen signifikante Unterschiede auf.

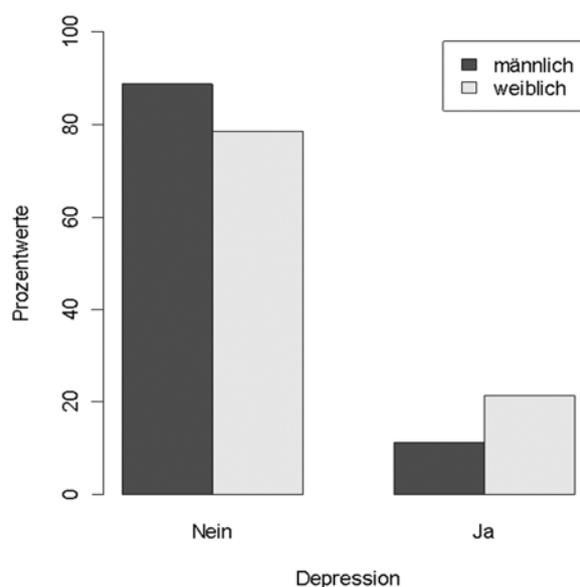


Abbildung 5. Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen bezüglich der ICD-10-Diagnose „Depression“. Der Unterschied ist signifikant,  $\chi^2(df=1, N = 234) = 4,1, p < .05$ . Der Kontingenzkoeffizient beträgt  $c = 0,13$ .

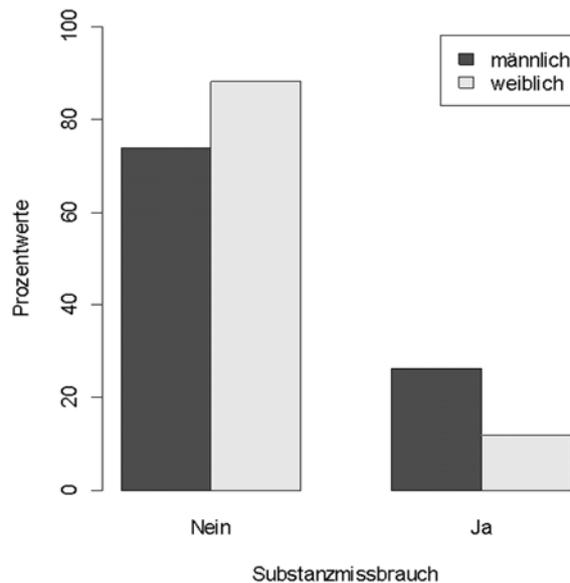


Abbildung 6: Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen bezüglich der ICD-10-Diagnose „Substanzmissbrauch“. Der Unterschied ist signifikant,  $\chi^2(df=1, N = 235) = 8,2, p < .05$ . Der Kontingenzkoeffizient beträgt  $c = 0,18$ .

Erwartungsgemäß zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede auch im Bereich der Jugendhilfediagnostik, die hier durch die Kategorien der interventionsbedürftigen Probleme zusammengefasst wurden. Autoaggressive Verhaltensweisen (Selbstverletzung und Selbstbeschädigung) sind bei den weiblichen Jugendlichen wesentlich öfter (70,5%) zu beobachten als bei den männlichen (26,2%). Ein nach außen gerichtetes aggressives Verhalten wird hingegen öfter bei männlichen (70,4%) als bei weiblichen (37,7%) Jugendlichen beschrieben. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede (siehe Abbildung 7 und Abbildung 8) sind sehr auffällig und in beiden Fällen signifikant.

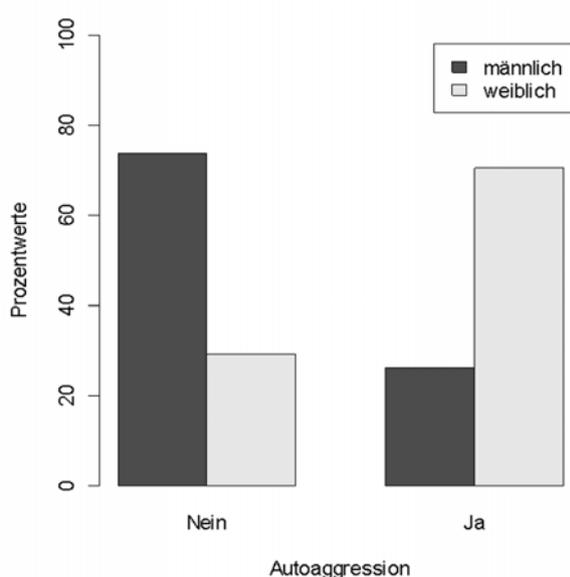


Abbildung 7: Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen bezüglich selbstverletzendem und selbstschädigendem Verhalten. Der Unterschied ist signifikant,  $\chi^2(df=1, N = 235) = 45,1, p < .05$ . Der Kontingenzkoeffizient beträgt  $c = 0,44$ .

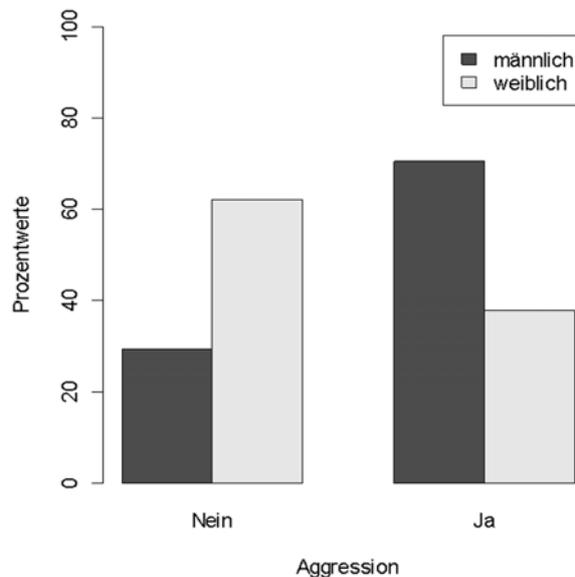


Abbildung 8: Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen bezüglich aggressiver Verhaltensweisen. Der Unterschied ist signifikant,  $\chi^2(df=1, N = 233) = 24,2, p < .05$ . Der Kontingenzkoeffizient beträgt  $c = 0,30$ .

### 3.3 Erfolge und Einflussfaktoren

Zu den Zielen der psychotherapeutischen und der sozialpädagogischen Maßnahmen gehören die Reduktion der interventionsbedürftigen Probleme sowie die Stärkung der individuellen und sozialen Ressourcen. Beide Aspekte der Zielerreichung werden mit dem bereits oben erläuterten Erfolgsindex beschrieben. Hierzu werden die individuellen Indexwerte zunächst in drei Erfolgsgruppen zusammengefasst. Der Anteil der Jugendlichen mit positivem Erfolgswert beträgt insgesamt 64%, wobei für 30% ein Erfolgswert zwischen 0,1 und 0,5 ermittelt werden konnte. Diese Jugendlichen haben also maximal die Hälfte der diagnostizierten Probleme bearbeitet. 34% der Jugendlichen weisen einen Wert zwischen 0,5 und 1 auf und haben damit die Hälfte oder mehr Probleme erfolgreich bearbeitet. Der Anteil der Jugendlichen, die im Verlauf der Maßnahme nur wenige Probleme bearbeiten konnten und bei denen im Verlauf mehrere neue Probleme diagnostiziert wurden, beträgt 36% (siehe Abbildung 9). Die positiven Indexwerte gehen mit einer erfolgreichen Problembewältigung einher, die negativen Indexwerte verweisen auf Probleme, die bisher im Hilfeprozess nicht diagnostiziert bzw. thematisiert wurden. Dieses Phänomen verweist eventuell auch auf Fachdiskussionen im TWG-Bereich, nach denen die Problematiken häufig erst nach einigen Wochen oder Monaten in der Jugendhilfe an die Oberfläche kommen und sichtbar werden (sog. ‚Erstverschlimmerung‘).

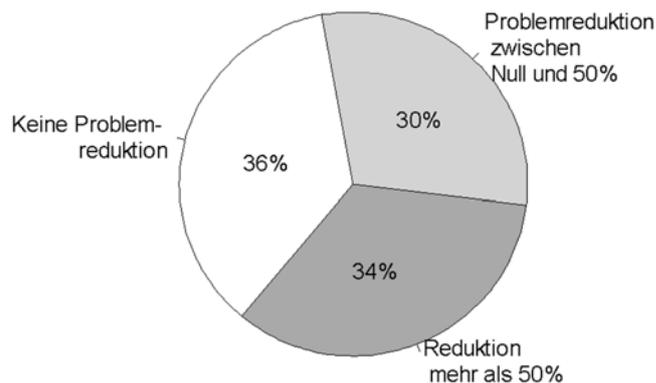


Abbildung 9: Zusammenfassung der Erfolgswerte in drei Gruppen. Sehr erfolgreiche Problemreduktion (mehr als 50% erfolgreiche Bearbeitung), erfolgreiche (bis zu 50% erfolgreiche Bearbeitung der eingangs diagnostizierten Probleme), keine Problemreduktion.

Eine genauere Betrachtung der Erfolgswerte zeigt, dass die erfolgreiche Problembewältigung von der Interventionsdauer und der planmäßigen Durchführung bzw. der planmäßigen Beendigung der Maßnahme abhängig ist.

In Abbildung 10 sind fünf Gruppen Jugendlicher unterschiedlicher Aufenthaltsdauer eingetragen sowie der durchschnittliche Erfolgswert jeder Gruppe. Die ansteigende Linie kennzeichnet den positiven Zusammenhang zwischen Dauer und Erfolg. Die bivariate Korrelation zwischen beiden Merkmalen ist signifikant und beträgt  $r = 0,36$  ( $t = 4,9$ ,  $df = 213$ ,  $p < 0,05$ ). Jugendliche mit geringer Aufenthaltsdauer weisen die geringsten Erfolgswerte auf, beenden die Maßnahme i.d.R. nicht planmäßig und erhalten im Anschluss andere Jugendhilfemaßnahmen. Je länger die Betreuung und Behandlung dauert, desto erfolgreicher sind die Jugendlichen im Durchschnitt.

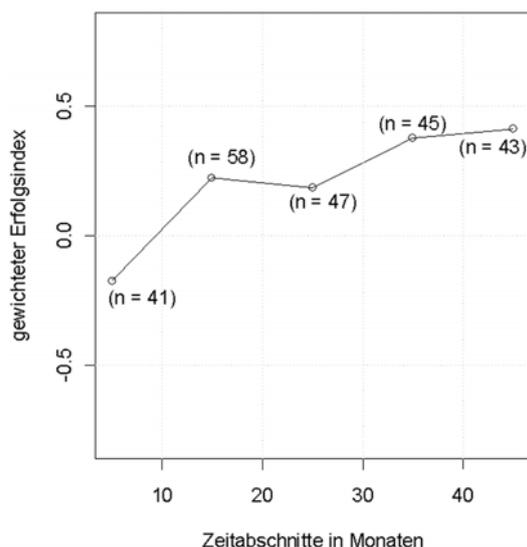


Abbildung 10. Dauer und Erfolge der Maßnahmen. Deskriptiver Gruppenvergleich. n = Anzahl der Teilgruppen. N = 234 (gültige Angaben).

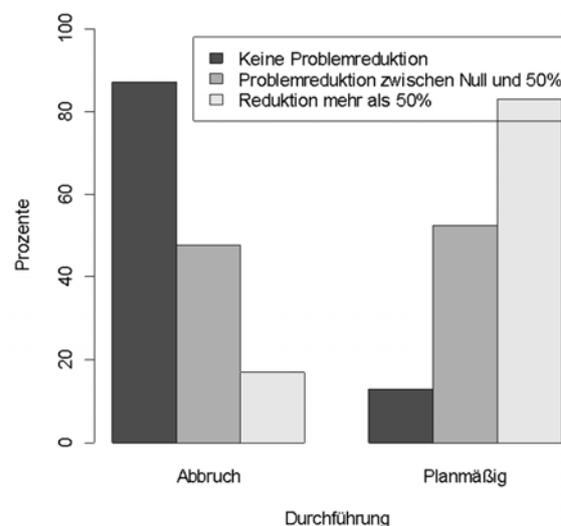


Abbildung 11: Erfolgsunterschiede zwischen Abbruch und planmäßiger Beendigung. Der Unterschied ist signifikant,  $\chi^2(df=2, N=209) = 73,3, p < .05$ . Der Kontingenzkoeffizient beträgt  $c = 0,51$ .

Die starke Assoziation zwischen Abschlussform (Abbruch vs. planmäßige Beendigung) und dem Erfolg der Maßnahme ist ebenfalls signifikant (siehe Abbildung 11). Mehr als 80% der Jugendlichen, die die Maßnahme abbrechen, gehören zur Gruppe, die keine Problemreduktion aufweisen können. Betrachtet man hingegen die Jugendlichen, die die Maßnahme planmäßig durchführen, zeigen sich 83% von ihnen als sehr erfolgreich (mindestens die Hälfte der Probleme wurden erfolgreich bearbeitet), und 52% weisen mittlere Erfolgswerte auf. Nur für einen kleinen Anteil der Jugendlichen von ca. 13% können keine positiven Veränderungen verzeichnet werden, wenn sie die Maßnahme planmäßig beenden. Auch dieser Wert könnte einen Zusammenhang mit dem soeben formulierten Problem der ‚Erstverschlimmerung‘ aufweisen.

Weitere Auswertungen zur Exploration der Faktoren, die den Erfolg der Maßnahme beeinflussen, zeigen, dass die Kooperation der Jugendlichen, die Beziehung zwischen den Jugendlichen und dem pädagogisch-therapeutischen Team und bisherige Hilfemaßnahmen einen sehr starken und statistisch signifikanten Einfluss auf den Erfolg bzw. die Problembewältigung haben.

Im Rahmen der Analyse wurden als Zielvariable der Erfolgsindex (wie oben beschrieben) berücksichtigt und als Einflussfaktoren die Variablen Kooperation, Beziehung zum Personal, Anzahl bisheriger Hilfemaßnahmen und Verweildauer (in Monaten) definiert.

Eine hohe Kooperationsfähigkeit (Termin-, Regeleinhaltung und kooperatives Verhalten) der Jugendlichen ist sehr stark mit der erfolgreichen Problembewältigung assoziiert, wobei sich die kooperativen Jugendlichen bezogen auf den Erfolg in zwei Gruppen unterteilen lassen. Jugendliche, die eine sehr gute Beziehung zum pädagogisch-therapeutischen Team aufbauen konnten, sind signifikant erfolgreicher als Jugendliche mit weniger guten Beziehungen zum Personal. Die Problemreduktion beträgt im Median für die Teilgruppe (n = 52) mit sehr guter Beziehung 0,8. Dies entspricht einer Problemreduktion von 80%. Das untere Quartil (Q25%) liegt bei 0,5, das heißt, dass ca. 75% der Jugendlichen die Hälfte oder mehr interventionsbedürftige Probleme positiv bearbeiten konnten. Die Teilgruppe (n = 24), die ebenfalls als kooperativ beschrieben werden kann, jedoch durchschnittlich einen geringeren Wert ( $\leq 2$ ) auf der Beziehungsskala

(BezAspekt) aufwies, konnte im Median ca. die Hälfte der interventionsbedürftigen Probleme erfolgreich bearbeiten. Auch für diese Gruppe liegt das untere Quartil noch im positiven Bereich des Erfolgsindex, d.h. dass gut 75% aller Jugendlichen von der Maßnahme gut profitierten.

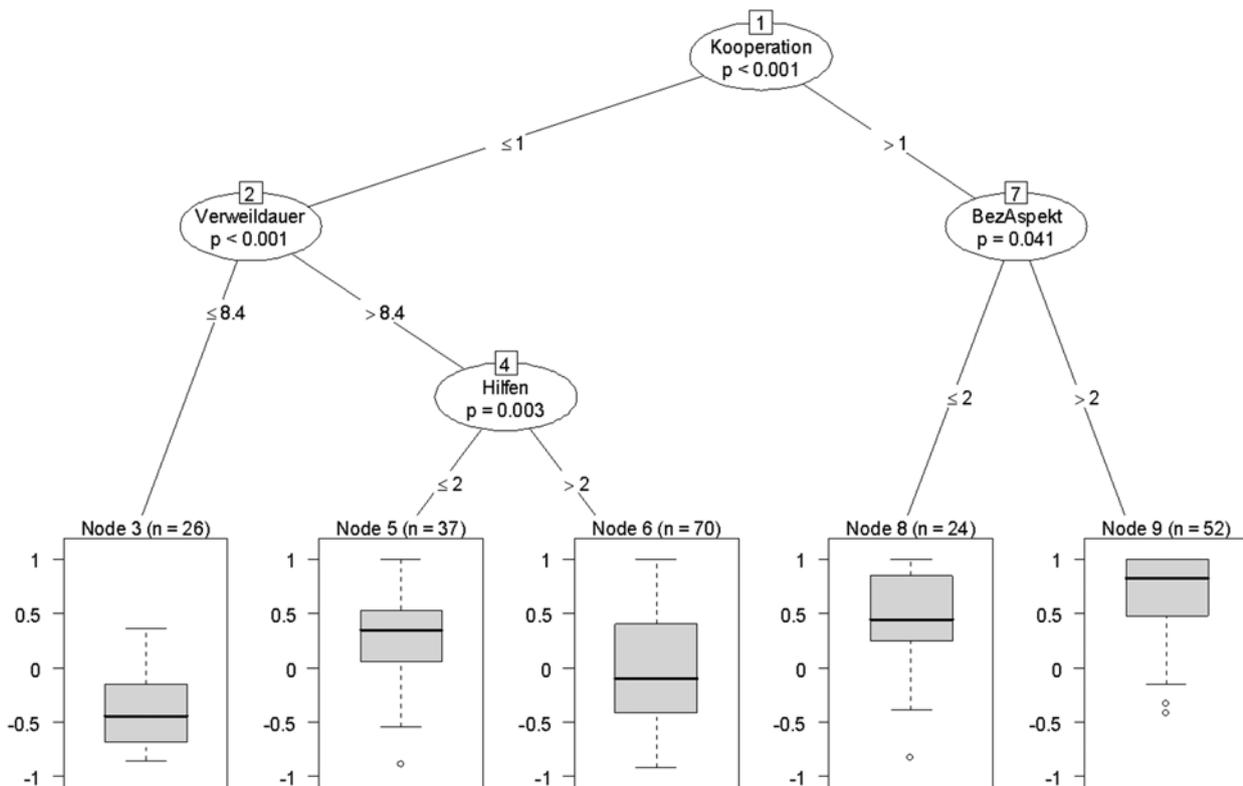


Abbildung 12: Exploration der Daten zum Erfolg der Maßnahmen. Verweildauer in Monaten, Hilfen (= Anzahl bisheriger Maßnahmen), Kooperation (= Termineinhaltung, Regeleinhaltung, kooperatives Verhalten) und der Beziehungsaspekt (= gute Beziehung zum Personal sowie Offenheit und Interesse an Maßnahmen). Positive Werte beinhalten eine Abnahme, negative Werte eine Zunahme an Problemen. Der Betrag von 0,5 entspricht 50% der diagnostizierten Probleme.  $p$  = Alpha-Fehler.

Fehlt die Kooperationsbereitschaft, so weisen signifikant weniger Jugendliche einen positiven Erfolgswert auf. Die Jugendlichen der Gruppe 5 (n = 37) und der Gruppe 6 (n = 70) haben zum Teil noch mittlere Erfolgswerte. Sie weisen eine geringe Kooperationsbereitschaft auf und unterscheiden sich in der Anzahl der Jugendhilfemaßnahmen, die Sie bereits durchlaufen haben. Je größer die Anzahl bisheriger Maßnahmen, desto geringer ist der Erfolgswert. Jugendliche, die maximal 8,4 Monate die Angebote der Einrichtungen nutzten, weisen die geringsten Erfolgswerte auf.

### 3.4 Verbleib der Jugendlichen

Ein Großteil der Jugendlichen (ca. 90%) wird nach Abschluss der Maßnahme in anderen Jugendhilfeeinrichtungen weiter betreut oder nimmt weitere Unterstützungsangebote der Jugendhilfe wahr, die zur Behandlung der noch bestehenden Problemlagen notwendig bzw. die zur Stabilisierung der erreichten Ziele erforderlich sind.

Zur Beschreibung des Verbleibs werden zunächst die Wohnform (Tabelle 1) und die Anschlusshilfen (Tabelle 2) beschrieben. Anschließend werden einige Zusammenhänge zwischen Wohnform, Anschlusshilfen und den Erfolgen dargestellt.

**Tabelle 1. Wohnformen nach Abschluss der TWG-Maßnahme**

Wohnformen	n	%
<b>Betreutes Einzelwohnen</b>	62	26,7
Eltern / Angehörige	50	21,5
stationäre Jugendhilfe	32	13,7
unbekannt	22	9,4
eigene Wohnung	21	9,0
Psychiatrie	15	6,4
andere	14	6,0
Freunde	11	4,7
Wohnungslosenhilfe	6	2,6

Anmerkungen: Die Kategorie „eigene Wohnung“ schließt das Zusammenleben mit Freunden und Freundinnen bzw. Paarbeziehungen mit ein. Die Kategorie „Eltern und Angehörige“ umfasst verschiedene Familienformen (N = 233)

Wie Tabelle 2 zeigt, gehören zu den häufigsten Wohnformen nach Abschluss der Maßnahme das betreute Einzelwohnen (26,7 %), die Rückkehr in die Herkunftsfamilie (19,3%) und das Leben in einer eigenen Wohnung bzw. Wohngemeinschaft (9,0%). Zu den häufigsten Anschluss- hilfen gehören Einzelfall- und Eingliederungshilfen sowie ambulante Psychotherapien.

**Tabelle 2. Geplante Anschlusshilfen**

Anschlusshilfen	n	%
ambulante psychiatrische Behandlung	66	28,3
§34 KJHG Heimerziehung	56	24,1
andere	40	19,8
§35 KJHG sozialpädagogische Einzelfallbetreuung	37	15,9
Psychiatrie, stationär	26	11,2
§53 /54 SGB XII Eingliederungshilfe	22	9,4
§35a KJHG Eingliederungshilfen	20	8,6
Nachbetreuung	11	5,4
§30 KJHG Erziehungsbeistand, Betreuungshilfe	9	3,9
§67ff SGB XII besondere soziale Schwierigkeiten	7	3,0
§31 KJHG Sozialpädagogische Familienhilfe	5	2,1
§19 KJHG Vater-/Mutter-Kind-Einrichtung	1	0,4
offene Beratung	1	0,4

Anmerkung: Die Hilfemaßnahmen schließen sich nicht gegenseitig aus. So wurden für alle Jugendliche insgesamt N = 301 Hilfen geplant. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Jugendlichen, für die jeweils gültige Angaben zur Kategorie vorlagen.

Die Wahl der anschließenden Maßnahme ist stark mit dem Erfolg assoziiert. Jugendliche, die einen Großteil der interventionsbedürftigen Probleme erfolgreich bearbeitet haben, nehmen an weniger intensiven Hilfsangeboten teil (siehe Abbildung 23 im Anhang). Hierzu gehören vor allem das Betreute Einzelwohnen (26,7%) und die Rückkehr in die Herkunftsfamilie bzw. zu einem Elternteil (ca. 20%). Etwa 10% der Jugendlichen ziehen in eine eigene Wohnung oder leben in einer Wohngemeinschaft. Jugendliche ohne Erfolg, deren Problemlage sich erst im Ver-

lauf der Maßnahme zeigte, finden z.T. in stationären Einrichtungen (Psychiatrie, stationäre Jugendhilfeeinrichtungen) weitere Unterstützungen. Hierzu gehören vor allem Jugendliche, die die TWG-Maßnahmen nicht planmäßig durchführen konnten.

## 4 Ergebnisse aus den Interviews

Entlang der zentralen Forschungsfrage: ‚Wie also kann jungen Menschen, Mädchen wie Jungen, durch Jugendhilfemaßnahmen in Therapeutischen Wohngemeinschaften wirksam geholfen werden?‘ war die Zielsetzung des qualitativen Untersuchungsteils, explorativ, beschreibend und hypothesenbildend erste Schritte in Richtung Wirkungsforschung und systematischer Evaluation einzuleiten. Als Leitfrage zur Konstruktion der Interviewleitfäden für die insgesamt 20 Interviews (zum methodischen Vorgehen siehe Anhang) diente die Suche nach wesentlichen Einflussfaktoren auf positiv strukturierende, hilfreiche und vor allem nachhaltig wirksame Erfahrungen der Betreuung bzw. Behandlung in TWGs aus Sicht der BewohnerInnen sowie der BetreuerInnen mehrere Jahre nach dem Aufenthalt. Auf der Suche nach Antworten auf die Frage: ‚Was hat gewirkt?‘ konnten in der retrospektiv angelegten Untersuchung so z.T. auch nachhaltige Effekte bereits einige Jahre nach Abschluss der Hilfe identifiziert und deskribiert werden.

Im Folgenden wird anhand von sieben Thesen, die originär aus dem Interviewmaterial entwickelt worden sind, ein kurzer Gesamtüberblick über die Ergebnisse gegeben. Zum genaueren Verständnis der einzelnen Hilfeverläufe der Jugendlichen im Zusammenspiel mit der Betreuungsleistung der Einrichtungen empfiehlt es sich, Einblick in das methodische Vorgehen der Studie und die einzeln ausgearbeiteten Fallbiografien im Anhang zu nehmen.

### 4.1 TWGs behandeln Jugendliche mit komplexen psychiatrischen Diagnosen aus Multiproblemfamilien

Trotz der starken Unterschiedlichkeiten, die sich durch die breite Auswahl von InterviewpartnerInnen ergaben, entsprechen die interviewten Jugendlichen in ihren geschilderten Problematiken durchgängig dem Symptombild ‚typischer TWG-Jugendlicher‘, im Hinblick sowohl auf die Zielgruppen, die in den Konzepten der Einrichtungen beschrieben sind, als auch auf die Ergebnisse der Aktenanalyse. Die Selbsteinschätzungen der Jugendlichen decken sich mit den Einschätzungen der BetreuerInnen bzgl. der Hauptproblematiken. Alle Jugendlichen zeigen so starke Verhaltensauffälligkeiten und bereits verfestigte psychiatrische Symptomatiken, dass sie durch die Problemlösungsmöglichkeiten der Familien bzw. anderer betreuter Wohnbereiche, in denen sie zuvor lebten, überfordert waren. Die im ersten Teil des Forschungsberichtes aufgeführten Problemkomplexe: Traumata, Bindungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Neurosen, Psychosen, Essstörungen, Selbstverletzung, Sucht und soziale Störungen tauchen ohne Ausnahme bei der Gruppe der interviewten Jugendlichen auf. Bis auf Dirk, der über die Schule und das Jugendamt in die Einrichtung gelangte, hatten alle anderen Jugendlichen zuvor einen oder mehrere Klinikaufenthalte hinter sich.

Interessant bei der Betrachtung ist, dass es sich jedoch keineswegs einseitig um Multiproblemlagen in Verbindung mit materiellen Notlagen handelt, wie man üblicherweise in der Jugendhilfe

annehmen könnte. Es handelt sich vielmehr um eine soziodemografisch recht gemischte Gruppe, die andere Charakteristika aufweist als die sozialer Schichtzugehörigkeit. Spezifiziert werden kann z.B. anhand der Interviewergebnisse der sehr komplexe familiäre Konflikthintergrund der Jugendlichen. Alle Elternpaare der interviewten Jugendlichen haben Trennungsprozesse durchlaufen, entweder aufgrund von Konflikten oder von Todesfällen. Die von den Jugendlichen erlebten Elternteile sind daher alleinerziehend oder gar nicht mehr vorhanden, zu einem beträchtlichen Teil selbst psychisch krank, von Drogen oder Alkohol abhängig bzw. gesellschaftlich stigmatisiert. Die Familien zeichnen sich durch einen hohen Isolierungsgrad, nahezu ohne Netzwerkressourcen, aus. Häufig geht es zudem um Gewalt und/oder sexuelle Gewalt oder spezifische – jedoch auch hier nicht vordringlich materielle – Vernachlässigungs- und Verwahrlosungsphänomene in der Ursprungsfamilie. Schwere Bindungsdefizite oder Bindungsstörungen lassen sich bei allen interviewten Jugendlichen bereits in der frühen Kindheitsgeschichte vermuten. Aufmerksam auf die Problematik werden häufig Sozialisationsinstanzen wie die Schule oder aber die Jugendlichen selbst, wie Claus, der sich eigenständig in die Psychiatrie einweisen lässt, in keinem der Fälle jedoch die Eltern. In Eriks Fall kommt es früh zu einer Fremdunterbringung, die Heimsituation beschreibt Erik jedoch ebenfalls als rigide und als eine Atmosphäre, in der man „*sich nicht entwickeln konnte*“.

In den Interviews wird über die Ergebnisse der Aktenanalyse hinaus deutlich, wie viele Ressourcen die Jugendlichen trotz der schwierigen Voraussetzungen mitbringen, auch wenn diese Ressourcen nicht vermögen, die Jugendlichen vor dem Absturz zu bewahren. Bis auf wenige Ausnahmen stechen in der Gruppe der interviewten Jugendlichen am stärksten die guten intellektuellen Fähigkeiten hervor, in allen Fällen jedoch klare innere Zielsetzungen, die im Verlauf des Aufenthaltes entwickelt, angestrebt und relativ konsequent verfolgt werden. Häufig lassen sich aufgrund der desolaten Verhältnisse in den Ursprungsfamilien Parentifizierungstendenzen bei den Jugendlichen erkennen, die nochmals eine besondere Dynamik aus Defiziten und Ressourcen im Lebensalltag mit sich bringen. Das hohe Ausmaß an Fähigkeiten und Ressourcen, insbesondere im intellektuellen Bereich, hat in der vorliegenden Untersuchung vermutlich auch mit der Auswahl der InterviewpartnerInnen zu tun, die von den Einrichtungen selbst angesprochen wurden und dadurch einem ‚Postiv-Bias‘ unterliegen. Auf der anderen Seite zeigt jedoch auch Dirk, der kognitiv benachteiligt ist, eine ausgesprochen hohe Motivation und Zielstrebigkeit, nicht von Beginn an, jedoch nach einer gewissen Aufenthaltsdauer in der Einrichtung. Die Verbindung zwischen Ressourcen bzw. der Mitwirkung der Jugendlichen, konkretisiert durch das Gelingen von Beziehung, resultierenden Erfolg und Aufenthaltsdauer stellt einen weiteren Zusammenhang zwischen den qualitativen und quantitativen Ergebnissen her.

Ergänzen lässt sich die Symptomliste der Jugendlichen anhand der qualitativen Ergebnisse um die gefährdende Dimension der Obdachlosigkeit, vor allem aber um Suizidalität bei den Mädchen und exzessive Selbstgefährdung bzw. Risikoverhalten bei den Jungen. So mündet für Ali-na das Gefühl, es vergehe kein Tag, an dem sie nicht ‚sterben‘ will, in mehrere Suizidversuche, bei denen es „*ganz knapp*“ war. Erik und Claus gefährden sich exzessiv mit Drogen und Dirk begibt sich immer wieder – inzwischen auch aktiv reinszenierend – in sexuelle Gewaltverhältnisse. Diese geschlechtsspezifische Verteilung der Verhaltensauffälligkeiten bestätigt die quantitativen Ergebnisse aus der Aktenanalyse sowie zahlreiche bereits bestehende Untersuchungsergebnisse im Jugendhilfereich, nach der die Mädchen stärker internale, die Jungen stärker externale Auffälligkeiten zeigen. In den Interviews wird jedoch deutlich, dass sich diese internale Tendenz bei manchen Mädchen erst sekundär aus der externalen entwickelt. So tritt

Bettina anfangs gegen „*Wände und Schränke*“, und auch Helena neigt zu aggressiven Durchbrüchen, bis sich stärker selbstverletzende Tendenzen durchsetzen.

Deutlich wird in den Interviews auch die stärkere emotionale Verslossenheit der Jungen. So nennt die Betreuerin Charlotte ihren Klienten Claus „*gepanzert*“. Sowohl Claus als auch Dirk ‚lernen‘ erst in der TWG, Sprache als Ausdrucks- und Kommunikationsmittel für sich zu nutzen, während die Mädchen von Beginn an eine stärkere soziale Zugewandtheit mitbringen. Diese stärkere Schwierigkeit der Jungen, negative Erfahrungen in irgendeiner Form emotional spüren und in den (verbalen) Ausdruck bringen zu können – jeweils elementare mit Bindungsprozessen verknüpfte Fähigkeiten – ist einerseits erstaunlich, da alle Jugendlichen gleichermaßen frühe (Bindungs-)Defizite aufweisen, andererseits als geschlechtsspezifische Unterschiedlichkeit bei Frauen und Männern im Allgemeinen bekannt. In jedem Falle zeigt sich in der Gruppe der interviewten Jugendlichen die starke Psychiatrienähe der Klientel und der hohe Bedarf an einer auf Multiproblemlagen und schwere Symptomatiken spezifizierten Hilfe, auf die Jugendliche nach dem KJHG, wie bereits oben ausgeführt, einen gesetzlichen Anspruch haben.

## **4.2 Basisbestandteil des ‚Therapeutischen Milieus‘: Betreuung, Gruppenerleben und Begleitung im Alltag**

In den Interviews wird im Rückblick auf den Hilfeprozess, insbesondere von den Jugendlichen selbst, jedoch auch von den BetreuerInnen, als wirksames Agens in erster Linie das unmittelbare und im Alltag stattfindende umfassende Betreuungsangebot thematisiert: „*Na ich würde sagen, dieses ganze Programm insgesamt hat mir geholfen*“, antwortet Bewohner Claus auf die Frage nach der TWG-Zeit, „*dieser ganze Aufenthalt dort, das Zusammenspiel mit den Erziehern, den Jugendlichen – insgesamt positiv. Man wurde gefördert*“. Die Interviews zeigen, dass es bedeutsamer veränderungsrelevanter Momente oder Prozesse im Alltag bedarf, bevor explizit reflexive Betreuungsgespräche oder Psychotherapie im engeren Sinne wirksam werden können. „*Dinge, die der Alltag ausmacht*“, drückt Betreuerin Alexandra diesen Prozess aus. In diesem Alltag muss für die Jugendlichen ‚eindrücklich erfahrbar‘ werden, dass (sich An-)Vertrauen, Problemorientierung, Einsicht und Reflexion Möglichkeiten sind, die trotz der mühsamen Arbeit und der schmerzhaften Erfahrungen, die damit verknüpft sind, konstruktiv Probleme lösen oder wenigstens verkleinern können, und dass Kontakt nicht nur bedrohlich, sondern auch angenehm und hilfreich sein kann.

„*Die TWG ist ein Rahmen, wo man nicht pausenlos voll da sein muss ... man kann sich zurückziehen, und man ist trotzdem nicht allein. Und es ist trotzdem immer Hilfe ... auch potenziell da*“, beschreibt Betreuerin Charlotte das explizit „so gestrickte“ Angebot ihrer Einrichtung. Für die Jugendlichen ist das Anvisieren solcher ‚alternativen Erfahrungsstrukturen‘ zunächst ungewohnt. Der Bewohner Claus fühlte sich zu Beginn nahezu ein Stück weit irritiert: „*Sie waren halt als Betreuer oder als Bezugspersonen für einen da gewesen, mit denen man sich auch normal unterhalten konnte, was ich dann auch fast ein bisschen komisch fand, schwer für mich anzunehmen*“. Mit der Zeit jedoch profitiert er von den Angeboten natürlicher Begegnungen im Alltag: „*Aber das macht es dann auch aus. ... Ist halt nicht so dass irgendwie wie in einem Krankenhaus ... das Verhältnis zwischen dem Doktor und dem Patienten, sondern es ist eher freundschaftlicher ... Es war auch immer jederzeit möglich ... sich über eigene Probleme zu unterhalten*“.

In den Interviews wird deutlich, dass es den Jugendlichen vor und beim Aufenthalt in den TWGs nicht eigentlich an Motivation, sondern in erster Linie an Hoffnung, also einer erlebbaren inne-

ren Perspektive fehlt, Ziele konkret und erreichbar genug zu erfahren. Der Verlust der Selbstwirksamkeit durch frühe Negativerfahrungen mündet häufig in eine Form schicksalsergebener Resignation, aus der die Jugendlichen erst wieder durch bewusste Interventionsprozesse ‚herausgeholt‘ werden müssen. Glaubt jemand anderer an sie, obwohl sie dies anfangs nicht mehr können, kann Veränderung beginnen: *„also dass man überhaupt ein Ziel hat wo man hin will, weil wenn man das nicht mehr hat, wozu soll man sich da anstrengen“*, sagt Betreuerin Berit. Dafür muss für die Jugendlichen im Alltag spürbar werden, dass mit Unterstützung durch das Team eine nächste Entwicklungshürde zu bewältigen ist, die sich durch die Wucht eigener destruktiver Verhaltensweisen bisher nicht in erreichbarer Nähe befand. Gelingt das, erschließen sich neue Hoffungsdimensionen, werden neue Wege gangbar, wie die Bewohnerin Bettina es anschaulich beschreibt. *„Das Pädagogische halt war sehr im Alltag gewesen und ein Vorteil, weil die haben mit mir dann halt tagtäglich umgehen ... müssen, und ich habe mich dadurch ja auch selbst kennengelernt und gemeinsam auch Lösungen gefunden, in bestimmten Situationen zu reagieren“*. Jeder noch so kleine Schritt im Hinblick auf eine andere innere ‚Erfahrungsstruktur‘ scheint dabei hilfreich zu sein, z.B. ganz ‚banale Selbstverständlichkeiten‘, die für problembelastete Jugendliche eben keine Selbstverständlichkeit sind: *„Dass sie eben im Zusammenleben in der WG mit den Betreuern und den anderen Jugendlichen modellhaft erleben können, wie ein Zusammenleben mit anderen Menschen sein kann“*, drückt Berit das aus.

In diesem Sinne entwickeln sich Jugendliche Stück für Stück, von Alltagsszene zu Alltagsszene, indem für sie zunächst ungewohnten Betreuungsalltag. Der Betreuungsalltag beeinflusst dabei auf implizitem Wege – alternativ zu ihren bisherigen Erfahrungen – die bisherige Erfahrungsstruktur, die sich bis hinein in neurophysiologische Aktivationsmuster des Gehirns destruktiv gestaltete. Erst darauf aufbauend können explizitere Interventionsangebote möglich gemacht werden. Viele Jugendliche erleben erstmals eine angemessene Alltags- und Freizeitgestaltung, Dinge wie Kochsequenzen, Wochenendaktivitäten und dabei die Möglichkeit, FreundInnen zu gewinnen. Die Bewohnerin Bettina zum Beispiel fehlten beim Einzug in die TWG zentrale Erfahrungen von Alltagsstruktur, Zugehörigkeit und Sozialisation: *„Zuerst dachte ich so, was soll das Ganze? ... Ich kannte mich nicht wirklich selber – nicht so die Chance gehabt ... war erstmal so ein bisschen ungewohnt für mich, so 24 Stunden Betreuung ... aber ich ... dachte, naja ist man wenigstens nicht allein“*, erzählt Bettina vom Anfang der TWG-Zeit. Und sie resümiert ihre Zeit dort: *„Ich musste lernen ... , dass es halt gute Menschen gibt, die mir halt wirklich helfen wollen, das war auch so’n Schwierigkeitsgrad am Anfang, dass ich irgendwie noch nicht ganz realisiert hatte, ... dass sie mir nichts tun ... Das funktionierte dann auch ... so nach einer Weile dann bin ich ruhiger geworden“*.

Von mehreren Jugendlichen und BetreuerInnen wird auch die tragende Funktion einer innerhalb der Einrichtung tätigen Hauswirtschaftskraft als sehr hilfreich für die Bereitstellung eines nachsozialisierenden Rahmens genannt: *„Also die Jungs glaube ich, die gehen erst in die Küche und sagen ihr Hallo, bevor sie zu uns Betreuern kommen“*, erzählt Dieter. Innerhalb dieses entwicklungsfördernden Klimas kann dann auch die Gruppe insgesamt eine positive Nachsozialisationswirkung entfalten, auch wenn sie das Risiko der ‚Ansteckungsgefahr‘ beinhaltet. So berichtet der Bewohner Claus vom Kontakt mit den anderen TWGLern, nachdem er sich eingewöhnt hatte: *„In der Gruppe war positiv, ... Kommunikation mit Leuten zu haben mit denen man sonst nicht so Kommunikation hatte ... auch Fragen zu stellen, irgendwie über Probleme zu reden“*, obwohl es sich anfangs *„nicht immer gut angefühlt“* hatte. Das Erlernen von wichtigen Kompetenzen wie Konfliktfähigkeit und der Bedeutung von Kontakt und Gesprächen im Allgemeinen vollzieht sich daher einerseits mühsam und schleppend und andererseits für die Jugendlichen überraschend

mitten in ihrem Alltag: Die Bewohnerin Alina erzählt fast ein wenig erstaunt: *„Dort war ich auf einmal nicht mehr ... also ich wurde ernst genommen, ich bekam sehr viel Bestätigung“*.

Selbst für Helena, deren Aufenthalt in der TWG auch von BetreuerInnenseite keineswegs nur als erfolgreich eingeschätzt wird, schildert Betreuerin Heidrun den Gesamtkontext, den Zusammenhalt bzw. die *„authentische“* Atmosphäre im Team und damit die *„wohlwollende ... Atmosphäre“* in der gesamten Einrichtung als wichtigen Wirkfaktor. *„Da hat sie ... einfach viel mitnehmen können ... an positiver Lebenserfahrung ..., da hatten wir als Team ... einen Boden geebnet“*. Die Bereitstellung dieses Rahmens für die Jugendlichen, der Halt in der TWG, die Eröffnung eines Schutzraumes – auch gegen Drogen, Reviktimisierungen und gegen die starken Tendenzen zur Selbstdestruktion – und eine entwicklungsfördernde Alltagsstruktur und -gestaltung stellen sich damit zum Thema Wirkfaktoren sowohl in den Interviewabschnitten mit den Jugendlichen als auch mit den BetreuerInnen als tragende Säulen der Arbeit in den TWGs heraus, ebenso wie die jeweils passfähige Arbeit an einer Zukunftsperspektive mit allen zugehörigen administrativen sowie vernetzungsintensiven Tätigkeiten, in eben jener ganzheitlichen Kombination: *„Dieses Containment“*, betont Betreuerin Charlotte, *„dass das alles gesehen wird und zusammengehalten wird ..., also die Möglichkeit, bei uns korrigierende Erfahrungen machen zu können, ... die sie vorher nicht bekommen haben“*.

Die Jugendlichen schildern anschaulich, wie sich auf diesem Boden – innerhalb und außerhalb der TWG – langsam eigene Räume und Dialogfähigkeit entwickeln – stets in Begleitung der Basis in der TWG. Die Bewohnerin Alina beschreibt eine Reihe von in der TWG erworbenen Copingstrategien, u.a. auch die Fähigkeit, an der richtigen Stelle professionelle Hilfe zuzuziehen. Dies kann auch dazu führen, den eigenen Entwicklungsprozess als nicht nur negativ von der Vergangenheit geprägt zu empfinden, sondern auch resilienzfördernde Aspekte für sich wahrnehmen zu können, z. B. die ausdrückliche Abscheu vor gewalttätigem Verhalten, wie die Bewohnerin Bettina das für sich erkennt und in Zusammenhang mit ihren bisherigen Erfahrungen bringt: *„Ich kann mittlerweile ... in meiner Vergangenheit Positives sehen“*. Von den MitarbeiterInnen der Einrichtung muss diese Entwicklung Stück für Stück unterstützt werden: *„Zu lernen, ein Selbstwertgefühl zu entwickeln ... Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten ... Schwächen und Stärken ... gespiegelt bekommen, wie sehen mich andere, was sehen sie in mir ... Reflexion ... und dann natürlich eben solche Sachen wie Unterstützung in Alltagsdingen ... also auf den Weg bringen von Ausbildungsdingen ... Perspektiven entwickeln, Lebensperspektiven“* fasst Betreuerin Berit zusammen, was es dafür von BetreuerInnenseite erfordert.

An diesem Punkt wird deutlich, dass TWGs auch zukunftsorientiert Hilfe zur Selbsthilfe leisten und einem zutiefst partizipativen Konzept verpflichtet sind. Unterstützt wird diese Funktion von der Bereitschaft der meisten TWG-MitarbeiterInnen, auch für die weitere Zukunft ‚ein Anlaufpunkt‘ zu bleiben. Doch selbst wenn dies nur bedingt gelingt, weil die Hilfe wie bei der Bewohnerin Helena auf eine für sie sehr negative Weise abgebrochen werden muss, betont z.B. auch sie: *„Also ich würde schon sagen, dass mir die WG das Leben gerettet hat ... der Rahmen – einfach aus der Familie raus kommen“*. *„Einen Rahmen ... zu finden, in dem sie sich aufgehoben fühlen“*, nutzt Betreuerin Heidrun unabgesprochenerweise die selben Worte wie ihre Klientin. Auch sie sieht die Gesamtheit der Angebote als ein gemeinsames hilfreiches Netz im Sinne einer zentralen Nachsozialisation für die Jugendlichen, einem bereitgestellten Schutzraum mit der Botschaft. *„So bist du hier richtig und gut, und wir wollen dich hier“*. Dann entsteht für die

Jugendlichen im günstigsten Falle *„eine Möglichkeit, einen sanften Weg wieder in so etwas wie Normalität, in ein Alltagsleben reinzubringen“*.

### 4.3 Bindungs- und Beziehungsarbeit als Kernkompetenz zur Gestaltung des ‚Therapeutischen Milieus‘

Zahlreiche Interviewsequenzen weisen darauf hin, dass die Arbeit mit den Jugendlichen im Alltag mehr umfasst als die im sozialpädagogischen Diskurs häufig thematisierte Lebensweltorientierung. Die Lebensweltorientierung ist ein wichtiger und bedeutsamer Anteil, jedoch funktioniert sie in den TWGs nur mithilfe von – für die Jugendlichen häufig mühsam völlig neu erworbenen – Vertrauensbeziehungen. Die Lebensweltorientierung muss daher durch eine innerpsychische, beziehungsorientierte, dialogische Komponente bereichert werden, die die Qualität der psychosozialen Hilfe, letztlich den Kern des ‚Therapeutischen Milieus‘ ausmacht. Diese beziehungsorientierte Komponente muss wiederum innerhalb der Lebenswelt verortet sein, sie realisiert sich – häufig implizit – inmitten dieser Lebenswelt, jedoch nur durch vorhandene positive Beziehungsangebote ‚hindurch‘. Mehrere Beispiele aus den Interviews können trotz ihrer Verschiedenheit diesen Aspekt der Arbeit gut veranschaulichen.

Die Bewohnerin Alina thematisiert die Bedeutung wichtiger Bezugspersonen für ihr Ankommen und ihre Entwicklung in der Einrichtung gleich in den ersten Sequenzen des Interviews. Über ihre Startschwierigkeiten im Übergang von der Klinik in die TWG haben ihr allein ihre beiden BezugsbetreuerInnen hinweggeholfen, *„da haben Albert und Anja sehr viel Zeit mit mir verbracht ... sehr viel Halt gegeben ... das war so der Anfang“*. Damit waren für sie dann die Würfel für den Start in ein Vertrauensverhältnis und für das Gelingen des TWG-Aufenthaltes insgesamt gefallen. Der später unfreiwillig anstehende Betreuungswechsel wird auf Basis dieser Vorerfahrung für Alina schwierig, aber möglich, erzählt ihre Betreuerin Alexandra stimmig dazu. Die *„ersten Monate waren ziemlich mühsam“*. Eine gemeinsamen Reise mit vielen positiven Alltagssequenzen bietet für Alexandra die Möglichkeit, stark auf Alina zuzugehen: Danach schrieb Alina ihr *„einen wunderschönen Brief ... da fing unsere Beziehung an“*. Im Kontrast dazu ist der von der Bewohnerin Helena nur teilweise gelungene TWG-Aufenthalt in der selben Einrichtung und zur selben Zeit von stark ambivalenten Beziehungskonstellationen geprägt. Die erste Bezugsbetreuerin erlebt sie als *„’n bisschen krass hart“* und auch die weiteren Begegnungen gelingen aus ihrer Perspektive nur bedingt. Zum zweiten Betreuer kommentiert sie: *„zwischen uns gab’s ständig so ’ne ganz komischen Missverständnisse“*. Auch die Betreuerin Heidrun hat in Erinnerung, dass die Kontaktgestaltung zu Helena große Herausforderungen beinhaltete, Konflikte nur *„schwer auszutragen“* waren und der Dialog nicht fruchtbar zustande kommen konnte.

Auf die Frage nach Einflussfaktoren auf die positive Entwicklung für ihren Klienten Claus kommt Betreuerin Charlotte schnell auf ihren theoretischen und Erfahrungshintergrund zu sprechen, den sie nach ihrer Aussage gerade in der Arbeit mit Claus aktiv weiterentwickelt hat: *„Genau, in dem Zusammenhang übrigens habe ich angefangen, mich mit der Bindungstheorie zu beschäftigen ... also, ich denke, dass das – gerade für Claus – auch etwas ganz Wichtiges war“*. Sie spricht in der Folge mehrere wichtige Bestandteile der konkreten Wirksamkeit in der Arbeit mit den Jugendlichen vor Ort an: *„So haben wir unser Angebot auch extra gestrickt, auch mit diesem Bezugsbetreuungssystem ... also auch so ’n Stück nachbeelert werden und korrigierende Beziehungserfahrungen machen können ... das ist eine große Ressource, die wir bieten, die*

*Bezugsbetreuung, die also schon sehr individuell dann auch arbeitet“.* Diese Arbeit geschieht jedoch insbesondere mit emotional verarmten Jugendlichen nicht „*frontal*“, sondern, um die treffenden Worte von Charlotte zu verwenden: Sie „*geschieht*“. In winzigen Alltagssequenzen, Dialogsequenzen, beschreibt Charlotte, „*kann man ins Gespräch kommen, muss aber nicht*“.

„*Ich würde sagen, ich habe es geschafft, meine Probleme abzulegen soweit – durch Einzelgespräche und dann Nachfragen, immer wieder Nachfragen*“, sagt Bewohner Claus korrespondierend zur Beschreibung seiner Betreuerin Charlotte. Besser lässt sich kaum beschreiben, was mit veränderungsrelevanten und durchaus an dieser Stelle auch therapeutischen Sequenzen innerhalb des Arbeitsalltages in TWGs gemeint ist, auch wenn es wichtig ist, den Alltagsraum vom Therapieraum zu trennen. Fachlich qualifizierte MitarbeiterInnen können auf diese Weise im Alltag eine völlig von fachlich weniger qualifizierten MitarbeiterInnen unterschiedliche Arbeit leisten. Für Jugendliche, die zu diesem Zeitpunkt weder reif genug noch gewillt sind, in eine vom Setting her viel starrere Psychotherapie einzusteigen, sind nur im Lebensalltag der TWG für Veränderungsmöglichkeiten erreichbar – meist unter sehr impliziten Bedingungen. Die Wirksamkeit dieser Interventionen vollzieht sich zunächst oft unbewusst. Die zunächst vagen Sequenzen innerer Erfahrung können jedoch Stück für Stück im Sinne des Mentalisierungskonzeptes der Bindungstheorie ins Bewusstsein und schließlich auch in die Kommunikation und den gegenseitigen Dialog ‚geholt werden‘, bzw. dorthin gelangen: „*... und dabei praktisch auch immer zwischen den Zeilen mitgeliefert viel Reflexionen ... also praktisch im Mitnehmen*“, schließt Charlotte ihre aufschlussreiche Sequenz über die bindungsbezogene Arbeit in TWGs.

„*Dirk hat auch keine Sprache gehabt*“, fügt sein Betreuer Dieter an dieses Thema an. Und Dirk selbst beschreibt aus seiner Perspektive den Prozess des Sich-Öffnens und seine elementare Bedeutung mit einem Bild: „*Vorher steht man so an die Wände gebunden*“. So lange, so Dirk, kann man ihn nur „*anderweitig unterstützen*“, damit er „*sich öffnet ... und erzählt*“. Dann jedoch „*kann man ihn auch weiter unterstützen*“. Gefragt nach wirksamen Interventionen und Vorgehensweisen sagt auch Dieter, wie fast alle interviewten BetreuerInnen: „*Beziehung ist ein Wirkfaktor*“. Im weiteren Verlauf des Interviews wird jedoch deutlich, dass er darunter viel mehr versteht als ‚nur‘ Beziehung: „*erstmal primär das Gefühl ... ich habe ein Zuhause hier*“. Zur Verdeutlichung schwärmt er von der positiven Atmosphäre im Alltag und den Diensten über Weihnachten und von den „*strahlenden Augen*“ der ‚straffälligen Jungs‘. Auf die Frage, wie er als Fachkraft dies denn Jugendlichen vermittelt, erklärt Dieter, dass er sich mit „*seiner ganzen Person anbietet*“ und großen Wert auf Authentizität und Wertschätzung im Alltag legt: „*Und wichtig ist, dass man sauer sein kann, aber dass sie merken, ich nehme sie trotzdem an, ich werde sie nicht ab ... wenn sie spüren, dass du ... das nicht ernst meinst ... das merken sie und da hast du dann keine Chance*“.

In Dieters Erzählung steckt eine wichtige Information. Bindungs- und Beziehungsprozesse entfalten ihre Wirksamkeit in den TWGs – wie im frühkindlichen Entwicklungsprozess auch – nicht durch eine isolierte Einzelbeziehung zu einer Person alleine, sondern innerhalb des Kontextes eines positiv zusammenwirkenden Betreuungsnetzwerkes. Dazu gehören zentral eine oder einige wenige primäre Bezugspersonen, jedoch unterstützend ebenso andere Fachkräfte, sogar qualifizierte Aushilfskräfte und PraktikantInnen, wenn das Team gemeinsam ein fachlich qualifiziertes Betreuungsmilieu entfaltet, eben jenes von den TWGs so viel zitierte ‚Therapeutische Milieu‘. Auf den Kern der Wirkung der TWG hin befragt kommt die Bewohnerin Bettina beispielsweise darauf zurück, welche zentrale Bedeutung Personen und Tiere für sie haben – und auf die Möglichkeit, in spezifischen Situationen spezifische AnsprechpartnerInnen zu wählen und sich

daran zu entwickeln. Bettina schildert in diesem Zusammenhang eine anschauliche Sequenz, in der das Wechselspiel der eigenen Entwicklung – in ihrem Fall die wieder aufkeimende stark stützende und auch herausfordernde Entwicklung im Kontakt mit Tieren – in Verknüpfung mit positiver Unterstützung durch das Team im richtigen Moment im Alltag präsent ist:

*„Ich konnte halt am Anfang nicht so lange am Computer sitzen und schreiben – vor allem nicht über Vergangenheit oder so, war einmal auch ziemlich zu viel gewesen das habe ich aber zu spät gemerkt – und die Nachtwache hat ... die hat mich sehr schnell durchschaut, ich konnte ihr irgendwie nicht so richtig was vormachen ... sie wusste aber auch in sehr schwierigen Situationen, was sie tun sollte ... dann hatte ich zum Beispiel ein weißes Pferd gezeichnet gehabt, so 'n Pferdekopf mit Bergen und ... und die hat halt, als sie gemerkt hat, dass ich in mein Zimmer gegangen bin, weil mir so komisch war, natürlich dann irgendwie ... versucht, übers Bild mich dann wieder zurückzuholen, hat's aber auch geschafft ... die hat dann irgendwie so was ausgelöst in mir ... ich weiß auch nicht, aber irgendwie, ja war schon klasse.“ (Bettina)*

Diese Sequenz schildert Bettina als einen herausragenden veränderungsrelevanten Moment in ihrer Entwicklung. Helfende Professionen in TWGs sind entlang diesem Erleben von Bettina für unterstützende Mentalisierungsprozesse im richtigen Moment im Lebens-, Entwicklungs- und Beziehungsalltag der Jugendlichen zuständig: für das Anknüpfen an eine ehemals abgebrochene Bindungsentwicklung, Kommunikation und Sozialisation. Im Idealfall bedeutet dies, dass die in der Betreuung erworbenen Begegnungs-, Symbolisierungs- und Ausdruckserfahrungen von den Jugendlichen verinnerlicht und zu einer positiven Weiterentwicklung im Umgang mit sich und anderen genutzt werden können, sodass Räume zur Selbstentfaltung und zur Fähigkeit zu einem echten, gegenseitigen Dialog entstehen. Dabei der ‚bedeutsame Andere‘ in der Begegnung zu sein, bedeutet viel Verantwortung und hohe Anforderungen an die Fachkompetenz der BetreuerInnen innerhalb eines insgesamt tragfähigen Betreuungsnetzes. Wenn dies gelingt, kann der eine auch den Fehler des anderen ausgleichen. So sagt Bettina abschließend zu dem Thema: *„gab's auch halt sehr viele verschiedene Persönlichkeiten. Ist auch gut“.*

#### **4.4 Rahmen- und Strukturgebung im Zusammenspiel mit dem Bindungs- und Beziehungsnetzwerk**

Als zentrales sozialisationsförderndes Element in Verbindung mit dem Bindungs- und Beziehungsangebot erscheint in den Interviews der bereitgestellte Sozialisationsrahmen einer TWG, die vom Betreuungsbereich vermittelte Struktur, in der neben entwicklungsangemessenen Förderungs- und Forderungsstrukturen problemorientiertes Fachwissen eine große Rolle spielt. Entlang den vorherrschenden Zielgruppen in den TWG's entwickelt dabei jede Einrichtung eine spezifische Angebotsstruktur, die zu einem je unterschiedlichen Rahmen- und Regelwerk führt, das ebenso unterschiedlich starr oder flexibel gehandhabt wird. An der Spitze der regelorientierten Angebote stehen Einrichtungen mit sexuell übergriffigen Jungen und Drogenkonsumenten.

Jedoch auch die Einrichtungen mit stärkerer Betonung auf anderen Zielgruppen arbeiten mit festen Rahmenbedingungen, die den Jugendlichen Orientierung, Halt und einen Schutzraum gegenüber ihren eigenen destruktiven Tendenzen und der Außenwelt bieten, in der sie ohne diese Rahmenbedingungen gescheitert sind. Befragt nach Wirkfaktoren im Prozess mit ihrer Klientin Felicitas sagt Betreuerin Friederike spontan: *„In erster Linie die Rahmenbedingung, die Struktur, ich denke, dass es für sie etwas war, wonach sie sich orientieren konnte, und das brauchte sie ...*

*diese Strukturierung hat ihr Sicherheit geboten, und durch diese Sicherheit konnte sie sich überhaupt einlassen, sie wusste ganz genau, dann und dann kommt der Kollege, und dann und dann habe ich meine Ansprechpartner ... diese Rahmenbedingungen, die haben ihr, glaube ich, sehr geholfen, und man hat es ja auch gerade dann gesehen, als der Umbruch war, als die Kollegen gegangen sind, da ist sie ja ins Trudeln gekommen ... also ganz viel Struktur“.*

Die Bewohnerin Alina, in ihrer Kindheit hoffnungslos überfordert von Parentifizierungsanforderungen, genießt sichtlich die Möglichkeit, sich innerhalb eines gesetzten Sozialisationsrahmens zu bewegen: *„toll, die ganze Verantwortung mal abzugeben“*, sagt sie spontan, als sie von Regeln und Rahmenbedingungen der Einrichtung spricht. Solidarität ‚auf beiden Seiten‘, wie Alina es erklärt, auf Seiten der Jugendlichen und der MitarbeiterInnen, gibt ihr das Gefühl eines Zusammenhalts innerhalb der Gruppe, der sich für sie richtig anfühlt und ihr angemessene Generationsgrenzen vermittelt, die sie ihr Leben lang vermisst hat. Ausdrücklich benennt Alina in diesem Zusammenhang auch Teamgeist als eine sehr wichtige Dimension: *„dass halt die Betreuer alle zusammen gehalten haben und dass ... wenn Regeln im Team beschlossen wurden, haben sich alle dran gehalten“*.

Eine gewisse strukturelle Einbettung in einen Rahmen, der ihr hilfreich gewesen ist, um sich aus ihrer Elternbeziehung heraus zu entwickeln, benennt auch die Bewohnerin Helena als positiv, obwohl sie über das Regelwerk in massive Konflikte mit den BetreuerInnen der Einrichtung geriet und letztlich auch aus Gründen klarer Regelungen der Jugendhilfe die Einrichtung ungewollt verlassen musste: *„Ich glaube, dass es einfach der Rahmen war, also nicht das direkte Therapieangebot oder direkte Betreuung, sondern alles so insgesamt“*. Betreuerin Heidrun greift diesen Gedanken auf, betont aber für Helena vor allem auch die Gruppe – in diesem Falle als Alternative zu den ambivalenten Erwachsenenbeziehungen und zu dem dort angesiedelten Regelwerk – als wichtigen positiven Einflussfaktor für Helena.

Auch die Betreuerin Charlotte hält die Bereitstellung eines Rahmens für die Jugendlichen, den Halt, der sich daraus ergibt und die klare Markierung eines Schutzraumes, für wesentliche Bestandteile einer entwicklungsfördernden Alltagsstruktur und -gestaltung. Im Zusammenhang mit einer qualifizierten, jeweils individuell abgestimmten und beziehungsorientierten Arbeit an Selbstwert, Selbstbewusstsein und Zukunftsperspektiven mit allen zugehörigen administrativen sowie vernetzungsintensiven Tätigkeiten webt sich daraus für Charlotte das Netz der Hilfeleistung einer TWG. *„Dass das mal zusammenkommt. Also ... Doppeldiagnose, Containment und das Beziehungsangebot, ... Erfahrungen zu kriegen: und das in einem Feld, wo sie recht sicher sein können. Weil wenn sie das in der freien Wildbahn ausprobieren, dann laufen sie natürlich Gefahr, dass dann das Gegenüber wegrennt ... oder mitagiert ... ein sicherer Rahmen für solche Experimente“*.

Der Bewohner Claus schildert aus seiner Perspektive den Rahmen als einen *„gesunden Druck“*, der dafür gesorgt hat, dass er *„am Laufen blieb“*. Letztlich hat diese von außen gesetzte Struktur seiner Meinung nach seinen Schulwiedereinstieg gerettet, auf dessen Basis er das Abitur machen konnte und sich dann irgendwann *„immer wieder ... selbstständig überwunden“* hat. Er benennt dies unmissverständlich und explizit: *„Und dadurch, dass ich dort diesen Rahmen hatte, wo ich mich ständig überwinden musste, irgendwas erledigen musste, irgendwo hinfahren musste, irgendwelche Verpflichtungen, fiel es mir dann auch leichter mit der Schule, ...die ich irgendwie dann genauso gehandhabt habe“*. Das bedeutet jedoch nicht, dass Claus keine Kritik an der gesetzten Struktur hat. Er ist zwar im Nachhinein froh, dass ihn die Einrichtung vom Cannabiskonsum ferngehalten hat, aber Alkohol erscheint ihm persönlich keine so gefährliche Droge zu sein.

Daher erlebte er das Alkoholverbot zu Beginn in der Einrichtung als sinnlos rigide und seinem Gefühl nach auch als Grund für stigmatisierende Momente in der Außenwelt, *„wenn da irgendwelche Partys gefeiert werden oder so ... habe ich mich ein wenig ausgegrenzt gefühlt“*.

In der Einrichtung für sexuell übergriffige Jungen hat der Schutzrahmen diese Doppelfunktion besonders explizit zu erfüllen. Der Bewohner Dirk war sowohl gefährdet, selbst weiter sexuelle Gewalt zu erfahren, als auch, sie an jüngere Kinder weiterzugeben: *„Er hat's nicht geschafft, irgendwie da eine Grenze zu ziehen, sondern hat das versucht zu verdrängen, indem er sich an nichts erinnern konnte“*, erzählt sein Betreuer Dieter sorgenvoll vom Beginn der Arbeit mit ihm in der Einrichtung. Wie sehr seine Herkunft von Schutz- und Strukturlosigkeit geprägt war, wird bei einem Blick auf die Elternarbeit deutlich, in der der Vater auf die Eröffnung des langjährigen Missbrauchs durch seine Verwandten kommentiert, er glaube beiden Parteien, seinem Sohn, dass er missbraucht wurde, und den Verwandten, die den Missbrauch leugneten. Die Grenzsetzung von Dieter gegenüber dieser Aussage von Dirks Vaters führt zu einer Strukturgebung nicht nur gegenüber Dirk, sondern auch in Bezug auf die Eltern und die dortigen Familienverhältnisse. *„Schritt für Schritt“*, so Dieter, habe er auf diese Weise immer mehr ‚Form‘ in Dirks Leben mit diesem gemeinsam erarbeitet, ein komplexer Prozess von Nachsozialisation, nicht nur in Bezug auf Grenzen, sondern auch auf Körperhygiene, den Umgang mit Geld, auf Kommunikationsstrukturen etc.: *„Wir hatten da so einen Plan, einen Wochenplan, ... für jeden Tag“*.

Dirk selbst nimmt im Interview deutlich auf die problemorientierte, strukturgebende pädagogische Arbeit Bezug. Er betont dabei die *„Bezugsbetreuungsgespräche“*, jedoch auch den *„Selbsteinschätzungsbogen“*, den er regelmäßig ausfüllen musste. Der Selbsteinschätzungsbogen fordert den Jugendlichen Einschätzungen darüber ab, was sie bisher erreicht haben, was sie in der nächsten Zeit erreichen möchten, was sie selbst dafür tun können und was sie sich an Unterstützung von BetreuerInnenseite dafür wünschen. Dirks Kommentar, *„das habe ich auch zwei bis drei Jahre durchgemacht“*, verrät eventuell, dass die positive Einschätzung zu diesem ‚Instrument‘ sich nicht gleich von Beginn an eingestellt hat, denn *„die Betreuer ... die dürfen dann auch Ermahnungen und Abmahnungen aussprechen“*. Diese Gratwanderung zwischen Förderung und Forderung, zwischen Struktur und Flexibilität, zwischen Vorgabe und partizipativem Erarbeiten von Grenzen in der Einrichtung bedeutet ein hohes Maß an indikationsspezifischer und zugleich situationsadäquater Interventionskompetenz durch das Betreuungsteam, dessen Arbeit Dirk als ‚intensiv, präsent und vertrauenswürdig‘ erlebt: *„ah, da kuckt einer auf mich haargenau, man kriegt dann auch Vertrauen“*.

Sein Betreuer Dieter greift diesen interessanten Faden von Dirk auf und kommentiert abschließend den Gesamtkontext, innerhalb dessen sich Nachsozialisation und Strukturgebung überhaupt nur entfalten kann. Der Rahmen ist seiner Meinung nach sinnlos ohne ein Gefühl von Geborgenheit, ohne einen aufrichtigen gegenseitigen Dialog, für den allein es sich lohnt, Grenzsetzungen zu respektieren und sie als sinnvoll für sich zu erleben. Denn das konsequente Regelwerk ist ja alles andere als einfach zu erfüllen für Jugendliche, die zum Teil zum ersten Mal damit konfrontiert sind: *„Und das ist hier das Besondere, ... dass wir Kollegen sind, die, die den Jungs ganz viel Nähe und Schutz bieten und dass die sich geborgen hier fühlen, und damit kann man ganz viel arbeiten, und das macht es überhaupt aus ... das ist so 'ne Basis, die sie hier mitkriegen und die sie auch für ihr weiteres Leben nutzen können“*. Ohne diese Basis, so Dieter, gibt es keine Schritte in Richtung strafferer Struktur, zumindest keine aufrichtigen.

## 4.5 Therapie im Kontext als Chance und Brücke ins reale Leben

Innerhalb des Angebotes von Beziehung und Struktur, zuweilen jedoch auch als Alternativangebot dazu, entfaltet sich der therapeutische Strang der TWGs. Vor einer ‚Verankerung‘ der Jugendlichen im Betreuungsnetzwerk, vor einem ‚Angekommensein‘ in der TWG oder abgelöst vom Betreuungsalltag wird Therapie häufig als etwas Psycho-Esoterisches bzw. stark Stigmatisierendes empfunden, das in der Perspektive der Jugendlichen ‚bloß legt, peinlich und albern zu sein verspricht oder in der Wirkung überhaupt nicht einschätzbar ist‘. Für die Bewohnerin Alina beispielsweise erweist sich die Therapie im Rückblick heute als eine gute und eigenständige Stütze. Der Weg dorthin war jedoch steinig. Es gelang nur mit viel Unterstützung durch ihre Betreuerin Alexandra und andere hilfreiche KollegInnen, eine längere Sequenz Psychotherapie zu initiieren. Ähnlich, jedoch auch schon während des TWG-Aufenthaltes intensiver, beschreibt Betreuerin Berit das Zusammenspiel zwischen Betreuungsarbeit und Psychotherapie im Falle der Bewohnerin Bettina. Im Gegensatz zum nachfolgenden Klinikaufenthalt, der aufgrund des Endes der Jugendhilfe keine Anbindung mehr an die TWG möglich machen konnte und für Bettina einen großen Rückschlag verursachte, konnte die Arbeit in der Psychotherapie auf der gemeinsam geschaffenen Basis aufbauen, langfristig stützend sowie aufarbeitend tätig sein und den Heilungsprozess sehr fruchtbar mitgestalten.

Auch für den Bewohner Claus erschließt sich der therapeutische Aspekt der Einrichtung erst aus dem pädagogischen und therapeutischen Zusammenspiel. Dort profitieren zu können, funktionierte erst auf der Basis des von beiden Seiten als anspruchsvoll geschilderten langsamen Vertrauensaufbaus. Wichtig dabei war für Claus die Alltagsnähe des therapeutischen Angebots, die Integriertheit in sein Leben in der TWG, *„dass die Psychologin ständig da war, also des Öfteren ... die Psychologen ... sind irgendwie Teil von uns geworden“*. An dieser Sequenz wird anschaulich, dass der mehrmalige Aufenthalt pro Woche innerhalb des Betreuungsalltags den Jugendlichen Berührungängste nimmt, ein Gefühl von Kontinuität, von ‚ständiger Präsenz‘ vermittelt, die so verknüpft mit der ‚Homebase‘ ist, dass die therapeutische Hilfeleistung einen anderen Charakter bekommt, nicht mehr so *„psycho“*, wie Claus es ausdrückt. Auf diese Weise können Vorurteile und fixierte Bilder über Psychotherapie sich langsam verflüchtigen und Begegnungen möglich machen, die therapeutische und stark veränderungsrelevante Wirkung haben: *„und dadurch konnte man Probleme in der Gruppentherapie ansprechen oder auch im Einzel“*. Claus resümiert den therapeutischen Prozess: *„Ich denke, ich hab‘ mich verändert durch die Therapie, dass ich mich nicht mehr so beeinträchtigt fühle in manchen Situationen durch meine Psyche“*.

Noch expliziter oder subjektiv spürbarer ‚wirkt‘ das therapeutische Angebot auf Jugendliche, die im Betreuungsalltag nicht zu landen vermögen oder eine spezifische Problematik wie Drogenabhängigkeit, Dissozialität oder Straffälligkeit aufweisen. Für die Bewohnerin Helena ergaben sich im therapeutischen Raum als einem Alternativraum zum ambivalent besetzten Betreuungsraum wichtige Impulse. Ein externes Angebot bestärkt sie darin, ihrer Neigung zum Schreiben noch mehr entlastende Funktion für sich zu verleihen. Dennoch bleiben die therapeutischen Sequenzen eher kurze spontane Erleichterungserfahrungen für Helena, als dass sich eine kontinuierliche, stabile, stützende Begleitung dadurch ergeben hätte, auf der sich eine neue, veränderte Lebensgestaltung aufbauen ließe. Zu einem konstruktiven Zusammenspiel zwischen den beiden Angeboten kam es bei ihr nicht. In Einrichtungen für spezifische Problemlagen, die ein stark restriktives Vorgehen im Betreuungsalltag erfordern, um den Schutzcharakter der Einrichtung aufrechtzuerhalten, wird diese Vernetzungsnotwendigkeit besonders deutlich. Hier bietet

Psychotherapie einen ausgewiesenen Schutzraum, der Jugendlichen insbesondere in der Zeit der Instabilität gegenüber dem Regelwerk zunächst für innerpsychische Veränderungsprozesse bereitsteht und ein echtes Alternativangebot ermöglicht. Allerdings lassen sich auch hier im Vergleich beispielsweise von Helena und Dirk wiederum Schlüsse ziehen, dass eine umfassende konstruktive Arbeit viel eher gelingt, wenn Psychotherapie in einem guten Zusammenspiel mit dem Betreuungsalltag dabei unterstützen kann, das Erarbeitete von der Therapie aus in den Beziehungsalltag und damit Lebensalltag der Jugendlichen zu befördern.

Auf die Frage wie er denn zu der Entscheidung für sich gekommen sei, andere Wege zu gehen als bisher, antwortet Bewohner Dirk: *„Es kommt meistens charaktermäßig an ... so der Psychotherapeut, da wo die Jungs dann einmal wöchentlich runtergehen und mit dem Psychotherapeuten dann kucken, ob 's gut geht. Und der arbeitet dann auch mit ihnen diese Vergangenheit auf und verarbeitet sie dann auch mit ihnen. Und das ist praktisch 'ne Unterstützungsleistung. Ja. Dadurch meinte ich: gut machst das mal, probierst es“*. Im Gespräch über den Veränderungsprozess im Detail stellt Dirk sehr schnell die Reihenfolge klar, in der sich Veränderung bei ihm vollziehen konnte: *„Wie ich es erstens beschreiben würde, das ist nämlich mein Doktore ... also mir hat es geholfen, indem er intensiv dranne war, also, das heißt, er hat wirklich also von therapeutischer Sicht, er kuckt intensiv nach, und das hat mich gestärkt.“*

Der ‚Doktore‘, *„mein Vertrauter“*, wie ihn Dirk nennt, der Psychotherapeut, hat eine elementare Rolle für ihn gespielt, aus seinem Schutz- und Schweigepanzer herauszutreten, den selbst verübt und bis zu diesem Zeitpunkt erlittenen Missbrauch aufzudecken und neue Lebenswege einzuschlagen. Ohne diesen Schutzraum in der Zusammenarbeit mit seinem ‚Doktore‘ wäre dieser Prozess nicht möglich gewesen: ohne die sensible, die Grundfesten der Schweigepflicht garantierende Arbeit des Psychotherapeuten. Ohne die jedoch dem Betreuungsraum gegenüber ebenso verantwortliche Informationsübermittlung des Psychotherapeuten in wichtigen Entwicklungs- und Schutzaspekten und ohne ein fruchtbares Zusammenspiel der beiden Bereiche im Sinne der Weiterentwicklung von Dirk wäre dieser Schritt eventuell niemals in den Lebensalltag gelangt und hätte dort seine befreiende Wirkung nicht entfalten können, in der man *„sich öffnet ... und erzählt“*, wie Dirk selbst es benennt und nicht mehr *„so an die Wände gebunden“* ist.

Dieser sensible Prozess zwischen dem therapeutischen und dem Alltagsraum, zwischen Schweigen und Sprechen, dieses zeitweise auch ‚zweigleisig Fahren‘, ‚sprechen Lernen‘, wie Betreuer Dieter und sein Klient Dirk es übereinstimmend nennen, spielt eine zentrale Rolle für Jugendliche in Einrichtungen, in denen es um strafrechtlich relevante Themen geht. Das *„Sicherheitsgefühl“*, so Dirk, wächst dann *„von Gespräch zu Gespräch“*. Und er schließt diese aufschlussreiche Sequenz: *„Und so die Art Therapeuten arbeiten schließlich mit den Betreuern zusammen“*. Der bei ihm sehr erfolgreiche Prozess der Aufdeckung der sexuellen Ausbeutungsverhältnisse kann aufgrund der guten Zusammenarbeit zwischen den beiden Bereichen schließlich sogar in eine fruchtbare Elterarbeit einmünden, die zumindest eine Rückverortung der Verantwortung an die Täter der Übergriffe und eine Rückverortung der nicht ausreichend wahrgenommenen Verantwortung für den Schutz des Jungen an die Eltern erreichen kann. Dieses Vorgehen setzt Dirks eigene Auffälligkeit im sexuellen Bereich in einen biografischen Kontext und ermöglicht Dirk eine deutliche Abgrenzung und das Einschlagen neuer, anderer Wege für die Zukunft.

Für alle TWGs übereinstimmend ist zu beobachten, wie sehr dieses Zusammenspiel zwischen dem ausdrücklich psychotherapeutischen Schutzraum und dem alltagsorientierten Betreuungsraum das Therapeutische Milieu konstellierte. Wird der Alltag zu therapeutisch aufgeladen, können

sich pathologische Ambivalenzen zu sehr hochspielen, der Raum zum spontanen Experimentieren ohne jeden Reflexionsanspruch verschwindet, und es entsteht tatsächlich der von den Jugendlichen so sehr befürchtete Druck ‚Psycho allday‘. Borderline Klientinnen z.B. müssen nicht nur sprechen, sondern auch schweigen und regulieren lernen, um sich nicht immer wieder in neuen Reinszenierungen zu verfangen. Dafür müssen bestimmte Themen vom Betreuungsteam bewusst in die Psychotherapie verwiesen werden. Von einer klaren Trennung, jedoch vertrauensvollen Zusammenarbeit, die die beiden Räume einerseits verbindet, jedoch auch verschiedene Beziehungs- und Auseinandersetzungsräume aufspannt, hängt die Qualität der Hilfeleistung daher entscheidend ab.

Eine konstruktive Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der Schweigepflicht auf der einen und dem Austausch bzgl. bedeutsamer Entwicklungslinien andererseits bzw. auch von Themen, die den Schutzraum oder die eigene bzw. fremde Personen gefährden, erfordert viel Fingerspitzengefühl und Vertrauen von beiden Seiten. Insofern muss der Psychotherapie in TWGs mehr gelingen als innerpsychische Prozesse anzustoßen, es muss ihr gelingen, durch eine fruchtbare Zusammenarbeit mit der sozialarbeiterischen und sozialpädagogischen Betreuung eine Brücke zu bauen und im Alltag wirksam zu werden.

#### **4.6 Die Bedeutung von Vernetzung: Eltern-, Angehörigen- und Umfeldarbeit**

Die in dieser Untersuchung anhand der Interviews mit den Jugendlichen und BetreuerInnen zu wenig explorierbare Rolle der Elternarbeit stellt mit einem Anlass für die Durchführung einer Gruppendiskussion mit Leitungskräften und TherapeutInnen der TWGs dar. Dass Elternarbeit so wenig explizit in den Interviews vorkommt, könnte damit zu tun haben, so die TeilnehmerInnen der Gruppendiskussion, dass weder BetreuerInnen noch Betreute die Arbeit mit der Familie so explizit und bewusst miterleben, da sie viel im Hintergrund durch die psychologischen MitarbeiterInnen stattfindet und im Alltag für sie nicht so stark präsent ist. Spätestens bei der Betrachtung des Transfers der pädagogischen und therapeutischen Hilfe in das reale Leben jedoch, bei der Integration der Hilfe in die Biografie der Jugendlichen, tritt die Bedeutung der Eltern- und Vernetzungsarbeit besonders stark hervor. Viele Jugendliche kehren entweder sogar explizit an den Wohnort, fast immer jedoch in die Einflussosphäre und das Umfeld der Ursprungsfamilie zurück, falls sie es über den Aufenthalt in der TWG überhaupt maßgeblich verlassen haben und nicht darin verhaftet geblieben sind. *„Ohne erfolgreiche Elternarbeit gibt es wenig oder gar keine erfolgreiche Entwicklung für die Jugendlichen“*, konstataieren die TeilnehmerInnen der Gruppendiskussion einhellig.

Dieser Aspekt der Verhaftung bzw. der Gefahr, lebenslang in den Familienstrukturen befangen zu bleiben und Konstellationen immer wieder erneut zu reinszenieren, stellt bereits einen wichtigen Schwerpunkt der Arbeit mit den Ursprungsfamilien dar. *„Ein bisschen Luft an die Beziehung zu bringen, für ein wenig Abstand zu sorgen“*, beschrieben die ExpertInnen der Gruppendiskussion diesen Sachverhalt, den Ablösungsprozess angemessen zu begleiten. Auf der anderen Seite ist unabdingbar, eine Beziehung mit den Eltern zu etablieren, innerhalb derer *„sie ‚compliant‘ gegenüber dem sind, was wir in den Einrichtungen tun“*, betonen die KollegInnen übereinstimmend. ‚In irgendeiner Weise ein Einvernehmen darüber herzustellen‘ kann manchmal schwierig bis unmöglich werden und ist nach Ansicht der GruppendiskussionsteilnehmerInnen ein wichtiger Einflussfaktor für Abbrüche. In viele Fällen müssen Eltern auch mit bestimm-

ten Aspekten der bisherigen Verläufe konfrontiert werden. Bei aller Wertschätzung und der Berücksichtigung methodischer Aspekte, wie der Auslagerung in dritte ‚neutrale‘ Beratungseinrichtungen etc. führt auch diese Konfrontationssituation häufig zu Loyalitätskonflikten der Jugendlichen und in der Folge auch zu Abbrüchen.

Jedoch gibt es auch bei der Betrachtung der Interviewergebnisse mit den Jugendlichen und BetreuerInnen einige erwähnenswerte Hinweise auf gelungene Elternarbeit. Dies kann sich sehr verschieden gestalten. Bei Bewohner Claus z.B. gelang es, den Kontakt innerhalb der Familie und zwischen den Geschwistern im Verlauf des TWG-Aufenthaltes wiederherzustellen. Nach dem Suizid von Claus' Mutter war die Familie völlig zerrüttet. Der Witwer konnte zunächst seine Kinder nicht angemessen unterstützen. Daraus resultierten tiefe Konflikte zwischen den Geschwistern. Insbesondere die durch Gewalt geprägte Beziehung zwischen den Brüdern konnte mithilfe der vorsichtigen Angehörigenarbeit von seiner Betreuerin Charlotte wieder zu einer Ressource werden: *„Und so sind die also tatsächlich wieder in Kontakt zueinander gekommen ... und pflegen den auch“*. Auch Claus' Beziehung zum Vater hat sich verbessert: *„Ja, also, es geht ohne Probleme, dass ich mich mit meinem Vater über irgendwas unterhalten kann ... ich denke, ich hab' mich verändert, durch die Therapie, dass ich mich nicht mehr so beeinträchtigt fühle in manchen Situationen durch meine Psyche und dadurch, dass ich nicht mehr zu Hause wohne“*, erzählt er im Interview.

Dennoch gibt es auch ernst zu nehmende Hinweise, dass in vielen Fällen zunächst oder sogar über lange Zeit hinweg der Kontaktabbruch als letzte rettende Maßnahme für die Jugendlichen sinnvoll erschien. Bei Alina z.B. wirkte der Kontakt während des Aufenthaltes in der Einrichtung keinesfalls angebracht, und auch bei Bettina wurde von allen Beteiligten als besser eingeschätzt, zunächst eigene, neue Wege zu erarbeiten, bevor ein Kontakt mit dem Adoptivvater oder der Ursprungsfamilie für sinnvoll erachtet wurde. Bei Erik erfolgte die Ablösung von den Eltern bereits zum Zeitpunkt der Verlegung in ein Heim, und scheint der Faden zur Ursprungswie Pflegefamilie auch kaum konstruktiv gestaltbar. Möglicherweise hat auch dieses Ergebnis eine der Ursachen in einem deutlichen Bias des Samplings. Bei den komplexen und schweren Fällen, die von den Einrichtungen zur Verfügung gestellt wurden, spielt das Umfeld, insbesondere die Eltern, evtl. eine besonders unerfreuliche Rolle, sodass in der Interviewauswertung häufig eher die Schwierigkeiten mit der Elternarbeit zutage treten als dass sie sich als große Ressource im Hilfeprozess erweisen würden. Da das Sampling aber durchaus sehr typische TWG-Fälle erfasst, gibt dieses Ergebnis sehr zu denken.

Eine interessante Zwischenstellung zwischen den beiden erwähnten Fällen mit viel Bezugnahme auf die Ausführungen in der Gruppendiskussion mit den ExpertInnen nehmen die Beispiele von Gitta und Felicitas ein. Aufgrund der komplexen Familienverhältnisse kam es in der Herkunftsfamilie trotz beachtlicher materieller Ressourcen zu einer maßlosen Überforderung der Eltern, zu zahlreichen Familienkonflikten, Vernachlässigungen und Rollenkonflikten. Gitta wurde dabei zur Managerin der Familienkonflikte, war stark in die suizidalen Phasen der Mutter einbezogen und im Alltag viel auf sich gestellt. Die Klinik wie auch die TWG vermittelten Gitta erstmals ein Gefühl, angemessen Unterstützung von Erwachsenen zu erhalten, Raum für ihre eigene Entwicklung zu bekommen und langsam in Selbstverantwortung hinein zu wachsen. Zu ihrer Familie hatte sie dabei die ganze Zeit über Kontakt, jedoch zeitweise in einem angemessenen Abstand, um sich auf sich, ihre Entwicklung und ihre Aufgaben konzentrieren zu können. Gesine, ihre Betreuerin, und die Psychologin der Einrichtung fanden es dabei wichtig, die Generationengrenzen wieder zu stärken, die in der Familie in der Erziehung der Kinder durcheinan-

dergeraten waren. Im Anschluss an die bereits intensive Arbeit in der Klinik konnte die TWG hier sowohl in Vernetzung mit der Klinik als auch im engen Kontakt zu den Eltern Gitta zunächst eigenen Entwicklungsraum durch Abstand und schließlich eine Annäherung an die Familie unter neuen Bedingungen ermöglichen.

Felicitas, die auf eigenen Wunsch und nach einer langen Irrfahrt durch verschiedene Institutionen, besonders einem langen Klinikaufenthalt in die TWG kam, scheiterte vorher mehrmals in anderen Institutionen: *„Ich war damals noch nicht so weit ... ich hatte alles im Kopf geklärt, also ich wusste alles was ... in der Familie nicht stimmt ... und dann, habe ich halt den einzigen und letzten Selbstmordversuch gemacht“*. Die schwere Essstörung und das selbstverletzende Verhalten begannen sich erst langsam zunächst in der Klinik und fortgesetzt dann in der TWG zu ändern. Hilfreich für sie war nach ihrer Aussage besonders die Gesamtheit des Netzes von Personen und Einrichtungen, auf das sie stets zurückgreifen konnte – bis heute. *„Das was mir geholfen hat, ist, glaube ich, so ein Netz aus Klinik, WG und Schule gewesen ... also die drei Faktoren mussten zusammenwirken, damit es mir wieder besser geht“*. In diesem Kontext des ‚Abgefedertseins‘ konnte dann auch die Elternarbeit passfähig gestaltet werden, zunächst in der Findung eines geeigneten Abstandes, später durch eine Wiederannäherung: *„ ... dass ich es geschafft habe, anderthalb Jahre durchzuziehen, wo ich meine Mutter nicht gesehen habe und keinen Kontakt zu ihr hatte. Und, dass ich ... ein Gespräch mit ihr und der Fachleitung ... hatte und danach aber keinen Einbruch hatte, also ich mich so weit stabilisiert habe“*. Diese Unterstützung im Umgang mit der Mutter identifiziert Felicitas als eindeutig hilfreich für sich, auch wenn die Unterstützung lange Zeit darin bestand, sie in ihren Abgrenzungswünschen zu stabilisieren.

#### **4.7 Risiken und Nebenwirkungen: nicht zu verhindern, aber mitzudenken**

Die im Interview durchaus auch angefragten Negativaussagen – von BewohnerInnen- wie BetreuerInnenseite – konzentrieren sich im Wesentlichen auf drei Aspekte: Auf die personelle Ausstattung bzw. Fluktuation, auf Negativaspekte der Gruppe unter dem Stichwort ‚Ansteckungsgefahr‘ und auf die Hochschwelligkeit der Einrichtung, die dafür sorgt, dass einige wenige Jugendliche durch das Hilfenetz fallen und die Einrichtung nach kurzer Zeit verlassen müssen.

Alle interviewten Jugendlichen haben BetreuerInnenwechsel in der Zeit ihrer Aufenthalte zu verzeichnen, nur wenige davon auf eigenes Betreiben oder im Sinne einer ‚besseren‘ Betreuungskonstellation. Betrachtet man diese Tatsache unter dem Blickwinkel der Bindungstheorie, die sich als wichtiger Bezugspunkt für die Arbeit mit den in allen vorliegenden Fällen stark bindungsverunsicherten Jugendlichen herauskristallisiert hat, stellt dieses Faktum eine (in der Realität der Arbeitswelt dennoch kaum vermeidbare) mittlere Katastrophe dar. Aus einer anderen Perspektive bietet gerade Bindungstheorie wiederum auch die theoretische Verankerung der Chance, die in der ‚Katastrophe‘ liegt, nämlich das Erlernen der Bedeutung verschiedener Beziehungsangebote in ihrem Zusammenspiel für die eigene Bindungssicherheit. Gelingt der Transfer der erworbenen Bindungssicherheit in das neue Betreuungsverhältnis, kommt dieser ‚Lerneffekt‘ den Jugendlichen zugute. Gelingt dieser Transferprozess jedoch schlecht oder gar nicht, kann die hohe Fluktuation einen entscheidenden Destabilisierungsfaktor für den Hilfeprozess darstellen.

In ähnlicher Weise gilt das für unfreiwillige Abbrüche: die Bewohnerin Helena z.B. verließ die TWG nicht auf eigenen Wunsch. Im Interview mit der Betreuerin Heidrun stellt sich heraus, dass

vom Jugendamt aus die Jugendhilfe mit ihrer Eheschließung endete. Vermutlich war für Helena nicht nachvollziehbar, dass das bedeutete, dass sie nach dieser wichtigen Lebensentscheidung für sich nur wenige Tage für einen Umzug in eine neue Wohnung hatte: „*das hatte weitreichende Folgen für mich ...*“. Diese Ehe zu diesem Zeitpunkt einzugehen, sicherte den Aufenthalt ihres Ehemannes in Deutschland, mit dem sie bis heute, seit bereits fünf Jahren, zusammenlebt. Das Thema eines unfreiwilligen Jugendhilfeendes aufgrund von Finanzierungsabbrüchen weit vor dem 27. Lebensjahr trotz der extremen Problemlagen, die die Jugendlichen zu verarbeiten und in ihr Leben zu integrieren haben, beschäftigt nicht nur die Jugendlichen. Seit viele Jugendhilfemaßnahmen bereits mit 18 Jahren oder wenige Monate danach ihr Ende finden sollen bzw. deren Fortsetzung auf dem Hintergrund finanzieller Steuerung erheblich in Frage gestellt wird, kommt es zahlreich zu übereilten Sozialisationsprozessen, in denen die Entlassung zu durchaus lebensbedrohlichen Rückfällen führt.

In den Interviews betrifft dies all jene Jugendliche, die nicht im Sinne eines stufenweisen Ablösungsmodells in den Jahren nach der TWG noch Hilfe in Anspruch nehmen konnten: Helena, Bettina und Erik. Nur durch das auf persönlichem Engagement beruhende, weiterlaufende Kontaktangebot der BezugsbetreuerInnen, abermals Hilfe zu vermitteln, gelingt den genannten Jugendlichen dann doch noch der Ausstieg aus der Negativkarriere. Auf der anderen Seite könnte man kritisch betrachten, dass Jugendliche bei einem ‚Zuviel an Unterstützung‘ in einer Neuauflage ihrer als Kind erlernten Hilflosigkeit versinken und den Absprung in das reale Leben zurück nicht zu bewerkstelligen vermögen. Dieses Risiko darf bei aller notwendigen Versorgung der Jugendlichen nicht aus dem Blickfeld geraten, zumal dieser Aspekt der De-Institutionalisierung ein wichtiges konzeptionelles Anliegen von TWGs darstellt.

So scheitert bei Bettina die eigentlich sogar geplante Überführung in eine Klinik. Bettina ist zu diesem Zeitpunkt nicht mehr ‚jugendhilfeberechtigt‘, obwohl sie weder das 21. noch das 27. Lebensjahr überschritten hat. Eine schmerzliche Odyssee beginnt. Erik rutscht nach dem Übergang in eine ‚Erwachseneneinrichtung‘ ab, in der ein deutlich höheres Ausmaß an Selbstverantwortung gefordert ist – eine Kompetenz, die Erik zu diesem Zeitpunkt noch nicht umfassend genug erwerben konnte. Er gerät in lebensgefährliche und strafrelevante Eskapaden, und es gelingt nur mit viel Einsatz und Mühe vonseiten seines Betreuers Eberhard, für Erik überhaupt auf dem Amt eine weitere Hilfe zu erwirken. Aufgrund des ‚Abrutschens‘ war er dort als ‚hoffnungsloser Jugendhilfefall‘ eingestuft, ein weiterer Entzug wurde als ‚hoffnungslos‘ eingeschätzt und daher für nicht mehr finanzierungswürdig erachtet.

Das Abrutschen in Drogensucht, selbstgefährdendes Verhalten und Kriminalität kann in seltenen Fällen jedoch auch durch den Gruppenzusammenhang in der Einrichtung selbst mit befördert werden. Der negative Einfluss durch die Gruppe beginnt mit ‚kleinen Dingen‘ wie dem tagtäglichen Zusammenleben. Gar nicht erfreut ist Bettina im Nachhinein von so manchen Zeiten, in denen der Lebensraum ein gewisses Maß an Chaos überschritt und sie sich in den Räumen der Einrichtung nicht mehr wohl fühlte. Auch die Betreuerin Berit spricht von der ‚Ansteckungsgefahr‘, die von Negativeinflüssen der Gruppe ausgeht, z.T. auch von selbstverletzendem und Risikoverhalten. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Bettina dabei eine klare Erwartung an das Betreuungsteam als konsequente Elternfiguren zum Ausdruck bringt, von denen erwartet wird, dass sie sanktionierend mit der Situation umgehen, ähnlich wie der Bewohner Dirk dies an mehreren Stellen beschreibt. Die Jugendlichen sind sich alle einig, dass der Einfluss der Gruppe immer mal wieder während des Aufenthaltes gefährdend und rückfallproduzierend auf sie gewirkt hat.

Das Maß an Restriktion und Flexibilität angemessen zu handhaben, stellt sich jedoch als äußerst schwierig heraus. Bei Bewohner Claus wird die Ambivalenz zwischen der Sinnhaftigkeit von Regelwerken und einem konsequenten Umgang damit auf der einen Seite versus einem größeren Freiraum für Entwicklung auf der anderen Seite deutlich. Er thematisiert als Abiturient vor allem den stigmatisierenden Effekt, den rigide Regeln im Vergleich mit anderen nicht problembelasteten Jugendlichen haben können. Im Gegensatz dazu fühlt er sich von den anderen Jugendlichen in der Einrichtung bedroht: *„Ich hatte z.B. nur Cannabis konsumiert und wurde zusammen mit Leuten untergebracht, die auch Heroin genommen haben, und wenn solche Leute dann Rückfälle bauen ... dann kann es passieren, dass man auch zu anderen Drogen greift“*. Später im Interview wiederum zeigt er sich sehr glücklich darüber, dass der Rahmen der Einrichtung ihn vor dem Abrutschen in weitere Drogenexzesse bewahrt hat. Das Thema der Stigmatisierung ist besonders ein Thema der Einrichtungen mit strafrechtlich relevanten Problematiken. Bewohner Dirk zeigt dies durch seine Selbststigmatisierung bereits zu Beginn des Interviews. Sein Betreuer Dieter fügt dem hinzu, dass die Einrichtung für sexuell übergriffige Jungen insgesamt von der sie gesellschaftlich umgebenden Stigmatisierung sehr geprägt ist.

Im Falle der Bewohnerin Helena wird am Deutlichsten, wie sehr für sie das Thema Macht und Ohnmacht sowie Ungerechtigkeit und Härte einen Vertrauensaufbau blockierten: *„Also was so die schlimmsten Erlebnisse waren ... war einfach dass man sehr machtlos gegenüber den Betreuern ist ... und man gargarkeine Möglichkeit hatte, sich zu wehren“*, sagt sie gleich zu Beginn des Interviews. Das Gefühl, sehr viel Negatives und nur teilweise und zeitweise Unterstützung und Beziehung in der TWG erfahren zu haben, zieht sich durch das Interview mit ihr. Ihre Betreuerin Heidrun kann die Wut auf manche Geschehnisse von Helena *„aus ihrer Sicht“* zum damaligen Zeitpunkt nachvollziehen. Die Struktur war sicher an einigen Punkten hilfreich für sie, an anderen jedoch führte sie zu stetigen Zusammenstößen und Einschränkungen. Das bietet eventuell auch Hinweise darauf, dass TWGs nicht für alle Jugendlichen gleichermaßen geeignet sein könnten. Es stellt sich die Frage, ob sich über anamnestiche und diagnostische Bemühungen noch klarere Indikationen zur Entscheidung für oder gegen eine Aufnahme von Jugendlichen in die TWG erarbeiten lassen könnten.

## 5 Konzeptionelle und jugendhilfepolitische Schlussfolgerungen

Die Einschätzung der Jugendlichen und der zugehörigen Betreuungspersonen über den Hilfeprozess in den TWGs weist nach den Interviewergebnissen ein großes Maß an inhaltlicher Übereinstimmung auf. Dies gilt sowohl für die Jugendlichen, die ihren Aufenthalt in der TWG als sehr hilfreich und zentral für ihre weitere Entwicklung erlebt haben, als auch für jene, die dem Aufenthalt im Nachhinein ambivalent oder negativ gegenüber stehen oder ihm eher eine flankierende Bedeutung neben anderen Maßnahmen im Lebensverlauf einräumen. Auch die Ergebnisse der Aktenanalyse und der Interviews korrespondieren in einem hohen Ausmaß, die Ergebnisse der Aktenanalyse weisen darüber hinaus **bedeutsame Bezüge zu groß angelegten, übergreifenden Jugendhilfestudien** im nationalen und auch internationalen Bereich auf (u.a. hrsg. vom BMFS unter der Leitung von Tiersch, Publikationsherausgabe Baur et al., 1998; JES,

hrsg. von Schmidt et. al., 2002; IKJ, 2004; EVAS, vgl. Macsenaere & Herrmann, 2004; LaC, vgl. Gabriel, 2001 und Ward, 1995).

Die Jugendlichen und BetreuerInnen schildern entlang den Ergebnissen der quantitativen und qualitativen Untersuchung durchgängig **Multiproblemlagen und komplexe psychiatrische Diagnosen in der Vorgeschichte der Jugendlichen**. Der familiäre Hintergrund der Ursprungsfamilie weist entweder extreme Konfliktlagen, Verwahrlosungstendenzen, Gewalt und/oder sexuelle Gewalt, Armut, soziale Isolierung bzw. gesellschaftliche Stigmatisierung oder manifeste psychische Krankheiten der Eltern, in jedem Fall jedoch Bindungsdefizite oder bereits manifeste Bindungsstörungen auf. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede, die man in vielen Jugendhilfeuntersuchungen findet (Finkel, 1998; vgl. auch Faulstich-Wieland, 2001; Fritzsche & Münchmeier, 2000; Kolip, 1997), wurden in der vorliegenden Studie repliziert. Der hohe Bedarf an einer betreuungsintensiven Hilfe und Psychiatrienähe der Klientel wird auch in den Interviews durchgängig prägnant (Lindauer, 2005; Meybohm, 2005a), auch wenn es sich ausdrücklich **keineswegs immer um materiell benachteiligte Familien** handelt, wie dies in anderen großen Studien konstatiert wird (Finkel, 1998). In der Aktenanalyse und den Interviews wird darüber hinaus sichtbar, dass die **Jugendlichen** ebenfalls über **wichtige Ressourcen** verfügen. Dies wird auch bereits daran deutlich, dass einige von ihnen trotz (mitunter sogar mehreren) Suizidversuchen und bereits einsetzender Chronifizierungstendenzen, Reviktimisierungen, Obdachlosigkeit und Odysseen durch verschiedene Einrichtungen in konstruktive Hilfeverhältnisse finden.

Anhand der vorliegenden quantitativen Ergebnisse (n=237) ist davon auszugehen, dass **TWGs einen Rahmen für die Jugendlichen schaffen, der für ihre Entwicklungsperspektive, ihr Wachstum, ihre Möglichkeiten der Problembewältigung und für ihre Ressourcenaktivierung förderlich ist**. Bei **ca. 2/3 der Jugendlichen** können eindeutige Verbesserungen im Bereich der interventionsbedürftigen Probleme festgestellt werden. Diese Ergebnisse korrespondieren relativ exakt mit übergreifenden bisherigen Ergebnissen in der Jugendhilfeforschung, insbesondere mit der JULE-Studie (BMFS, Jahr, S. XXXII). Auch die **Dauer der Hilfeleistung und die Bedeutung von Abbrüchen** wird in der vorliegenden wie in anderen Jugendhilfeuntersuchungen als wichtiger Einflussfaktor herausgearbeitet (Hamberger, 1998; Kühn, 1998; Macsenaere & Herrmann, 2004). Entlang der englischen Studie LaC (Looking after Children; Ward, 1995) wurden in die vorliegende Studie neben den quantitativen Daten **auch die Erfahrungen, Wahrnehmungen und Erwartungen der beteiligten Personen in die Evaluationsüberlegungen einbezogen** (vgl. dazu Gabriel, 2001). Dieses bedarfs- und einzelfallorientierte Vorgehen in der Forschung hat gerade für TWGs große Bedeutung, da es dem Arbeitskonzept in den Einrichtungen entspricht und sowohl Hinweise auf die Prozessqualität als auch die Ergebnisqualität gibt.

Als elementare Säulen des Konzeptgebäudes der TWGs lassen sich aus der Interviewstudie folgende **Charakteristika der Hilfeleistung** herauskristallisieren: **Das ‚Therapeutische Milieu‘ – Beziehungsarbeit innerhalb einer haltgebenden Struktur und eines aufrichtigen Dialoges –, Fachkompetenz und personelle, disziplinäre sowie methodische Vielfalt bzw. Vernetzungskompetenz** im Angebot. In Jugendwohngemeinschaften mit geringerer Betreuungsdichte kann, wie sich an einigen Beispielen zeigt, dieses Element von Bindung auf der einen und Struktur auf der anderen Seite nicht so eng geknüpft werden. Einige der Jugendlichen, wie z.B. Erik, haben dort konkret die Erfahrung gemacht, durch das Netz zu fallen und nicht genügend aufgehoben zu sein. Dies korrespondiert eventuell mit den Ergebnissen der JULE- sowie der EVAS-Studie in Bezug auf Hilfeabbrüche (Kühn, 1998; Macsenaere & Herrmann, 2004).

Qualitätsmerkmal der TWG ist offenbar ein eng geknüpftes Netz aus Bindungsbezügen, das durch eine angemessene Sozialisationsstruktur und fundiertes Fachwissen über die jeweiligen Problematiken hindurch gewebt wird und die Möglichkeit nach angemessenem Aufgehobensein auf der einen und authentischer Nachsozialisation und pädagogischer Konfrontation auf der anderen Seite bietet. Der Schwerpunkt der TWG-Arbeit liegt damit auf dem Alltags- und Betreuungsgeschehen, das jedoch durch die Besonderheit des ‚Therapeutischen Milieus‘ dem Scheitern von ‚normalen Jugendhilfeeinrichtungen‘ entkommt, die durch die schweren komplexen Problematiken der Jugendlichen überfordert sind und nicht die notwendige Betreuungsdichte zusichern können. Es soll jedoch andererseits nicht unerwähnt bleiben, dass für manche Jugendliche wiederum dieses ‚hochschwellige In-Beziehung-Gehen‘ mit einem gewissen Anspruch auf Reflexion der eigenen Situation in der jeweiligen Situation zu anspruchsvoll werden kann. Eventuell erklärt dieser Sachverhalt einen weiteren Einflussfaktor der in der quantitativen Untersuchung erhobenen Abbruchquote.

Die **Therapie entfaltet sich in der Regel nur fruchtbar auf dem Boden dieses Beziehungsgefüges, seltener auch als Alternativangebot dazu**. Die Aufarbeitung z.B. traumatischer Ereignisse ist nur auf einer stabilen Alltagsbasis und einer gelungenen Gesamtbeziehungskontellation möglich, die die pädagogischen und therapeutischen Beziehungsräume in ihrer Verschiedenheit angemessen und konstruktiv für den Aufarbeitungsprozess zu nutzen versteht. Aufarbeitung spielt jedoch für die meisten Jugendlichen eine untergeordnete Rolle hinter den Alltags- und Sozialisationsanforderungen und -erfahrungen. Insofern arbeitet auch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in den Einrichtungen häufig – dem Bedarf der Jugendlichen angemessen – stützend und alltagsbegleitend. Ähnlich verhält es sich mit dem **Einfluss der Peers, sei es nun die Gruppe als Ganzes oder Freundschaftsbeziehungen im Einzelnen**. In der Regel entfaltet auch der gemeinsame Alltag mit der Gruppe oder mit Peerbeziehungen seine Wirkung eher auf dem Boden der Betreuungsarbeit, seltener als Alternativverfahren dazu (Egel & Rosemeier, 2008). Gelingt innerhalb dieses sozialen Netzwerkes ein positives Zusammenwirken, so spielen Alltagserfahrungen und atmosphärisch positiv gestaltete Freizeitmomente die größte sozialisatorische Rolle in der TWG-Arbeit: Atmosphären als Dimensionen, die sich ‚randlos in den Raum ergießen‘, wirken offenbar als bedeutsame ‚emotional wie kognitiv korrektive Erfahrungen‘ und vermögen einen großen Einfluss auf den Heilungsprozess auszuüben. Dieses Ergebnis ist andeutungsweise in einer Reihe bisheriger Studien zu finden, ohne jedoch präziser ausformuliert zu sein (Goldbeck & Fegert, 2006; Sobczyk, 1995; Steinke, 1987). *„Für mich erstmal so ein bisschen Überwältigung, aber ich bin dann erstmal mit und fand’s in der Regel auch schön“*, sagt die Bewohnerin Bettina zur Erfahrung mit der TWG-Gruppe der Einrichtung, zu der sie erst mit der Zeit und nur mit Hilfe der Betreuungspersonen einen guten und konstruktiven Draht entwickelte.

Als **entscheidender ‚Wirkfaktor‘** erscheint damit einstimmig in den Interviews sowie in der Aktenanalyse das **unmittelbare und im Alltag stattfindende umfassende Beziehungs- und Betreuungsangebot**. Die Bereitstellung dieses für die Jugendlichen höchst veränderungsrelevanten und z.T. bereits in Alltagssequenzen therapeutisch wirksamen Angebots muss den Jugendlichen im TWG-Alltag ‚erfahrbar‘ werden (vgl. dazu die Forderung von Steinke, 1987). Es realisiert sich als nachsozialisierender Rahmen – häufig implizit inmitten der Lebenswelt der Jugendlichen – durch ein vorhandenes positives Netz von Beziehungs- und Dialogangeboten hindurch. Auf der Basis dieses Angebotes von Beziehung und Struktur, zuweilen jedoch auch als Alternative dazu, realisiert sich – so weit für die Jugendlichen überhaupt zum jeweiligen Ent-

wicklungszeitpunkt möglich – die therapeutische Arbeit in den TWGs. Für die Wirksamkeit der therapeutischen Arbeit in TWGs ist das konstruktive **Zusammenspiel – jedoch auch die angemessene Distanz – zwischen dem psychotherapeutischen Schutzraum und dem alltagsorientierten Betreuungsraum** sehr bedeutsam (Gahleitner, 2005a). In Einrichtungen, in denen es gelingt, pädagogisches Handeln und therapeutisches Verstehen in Einklang zu bringen, kann das therapeutische Vertrauensverhältnis als Brücke zur realen Welt fungieren und auch im Betreuungsalltag und in der Außenwelt Beziehungs- und Veränderungsprozesse ermöglichen. MitarbeiterInnen – auch BetreuerInnen – profitieren daher von beraterischen und therapeutischen Zusatzausbildungen, gerade weil dann die Beziehungs- und Arbeitsräume in ihrer Unterschiedlichkeit abgestimmt zusammen wirken können.

Die beiden Fallbeispiele Gitta und Felicitas stellen idealtypische Beispiele eines gelungenen Modells von **passfähiger Eltern-, Angehörigen- und Vernetzungsarbeit** dar und sind zugleich ein didaktisches Anschauungsbeispiel für einige der zentralen Komponenten der Elternarbeit. Bei beiden wurde konstruktiv und kollegial an die vorherige Klinikerfahrung angeknüpft. Und bei beiden kommt eine adäquate Kombination aus sorgsamem Schutz vor Reinszenierungen und Abgrenzungsunterstützung sowie späterer Ermunterung und Unterstützung dabei, die Fäden auf dieser neugewonnenen Basis wiederaufzunehmen, zum Tragen. Felicitas schwärmt in diesem Kontext auch von einem ganz anderen Element der Vertrauensbildung nach den vielen Lebenttäuschungen: von der Reittherapie, die ihr die ersten Schritte zurück ins Leben ermöglicht hat: *„Weil, also mein Vertrauen zu Menschen war halt überhaupt gar nicht mehr da, zu Frauen sowieso nicht ... und es hat ganz lange gedauert, bis ich da irgendwas an mich rangelassen hatte“*. Diese weiteren Einflussfaktoren sowie das Thema Elternarbeit und Vernetzung sollte daher in mehreren Hinsichten weitere, auf dieses Thema spezifiziertere Untersuchungen inspirieren, insbesondere da es aus der bisherigen TWG-Literatur zahlreiche Hinweise auf die große Bedeutung und Wirksamkeit von Elternarbeit gibt (Nürnberg & Wolfrum, 2008; Otto, 2008; Rosemeier & Hestermeyer, 2008).

Betrachtet man die Falldarstellungen und Interviewsequenzen im Überblick, so lässt sich präzisierend in Bezug auf das ‚Therapeutische Milieu‘ feststellen, dass sich Bindungs- und Beziehungsarbeit nicht als ein ‚wichtiger Faktor‘ in der Arbeit begreifen lässt, ebenso wie Bindungsarbeit nicht als eine ‚Grundlage zu Beginn‘ des Hilfeprozesses, auf der im Weiteren gearbeitet werden kann, verstanden werden kann. Sondern **jeder einzelne der Schritte, jede Intervention, fließt durch die Qualität der Bindungs- und Beziehungsarbeit, durch den aufrichtig geführten Dialog hindurch und entfaltet darüber seine Wirkung** – im Jetzt und Hier ebenso wie in der Langzeitwirkung. *„Das ist also, denke ich mal, das Positive an der Arbeit in der TWG: Beziehungsarbeit ... der Faktor Verlässlichkeit ... das ist das A und O ... wirklich das Aushängeschild von uns“*, fasst Betreuerin Alexandra diesen Sachverhalt für sich zusammen. Die Bedeutung, die für die Jugendlichen die innere Gewissheit hat, auch nach dem Aufenthalt in der Einrichtung Kontakt zu den Bezugspersonen aufnehmen zu können oder gar in einem Konzept stufenweiser Ablösung weiter betreut zu werden, stellt einen weiteren Indikator für diese These dar. Gelungene Beziehungen bieten so für nicht wenige der Jugendlichen auch nach dem TWG-Aufenthalt – insbesondere in Krisenzeiten – erneut die Möglichkeit, als Anlaufstelle und Chance zur Vermittlung weiterer Hilfen zu dienen, da ‚Hilfe‘ an sich als etwas Positives erlebt wurde.

Auch untersuchungsübergreifend und im Vergleich mit anderen Forschungsergebnissen betrachtet ist Bindungs- und Beziehungsorientierung – nach den ‚KlientInnenvariablen‘, u.a. auch

der Kooperationsfähigkeit – der mit Abstand entscheidendste ‚Wirkfaktor‘ der Arbeit in den TWGs, insbesondere für jene Jugendlichen, für die die TWG einen Familienersatzcharakter besitzt und die länger als ein bis zwei Jahre betreut werden. Die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung korrespondieren an der Stelle der Aufenthaltsdauer und der Kooperationsfähigkeit aufschlussreich mit den Ergebnissen der Aktenanalyse. Kooperationsvermögen stellt nach der Aktenanalyse einen der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Hilfe dar. Die Wirksamkeit weist jedoch in der Aktenanalyse Zusammenhänge mit einer lang anhaltenden und von beiden Seiten als gelungen erlebten Betreuung heraus. Bindungs- und Beziehungskompetenzen wiederum sind stark verknüpft mit Fähigkeiten der Kooperationsfähigkeit. Bindungsarbeit kann also besser auf einer Basis guter Zusammenarbeit wirksam werden. Dazu gibt es sowohl in den bisherigen TWG-Veröffentlichungen zahlreiche Hinweise (Lindauer, 2005; Egel & Strutzke, 2008; Gahleitner, 2008; Rosemeier et. al., 2005; Schleiffer, 2008) als auch eine große Korrespondenz zu klassischen und aktuellen nationalen und internationalen Ergebnissen aus der Beratungs- und Psychotherapieforschung (Alexander & French, 1946; Bachelor & Horvarth, 2001; Behr, 2006; Brisch, 2003, 2006; Keupp, 2003; Lambert & Bergin, 1994; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Nestmann, 1988; Schleiffer, 2001) sowie einiger qualitativer Studien im Wohngemeinschaftsbereich (Sobczyk, 1995). Der Sachverhalt wurde zuvor jedoch noch nicht systematisch im TWG-Bereich erforscht und zeigt auch in den übergreifenden Jugendhilfestudien keine konkrete Korrespondenz, da die Untersuchungen sehr viel breiter und auf quantitativer Basis abgefasst sind.

Dass der **Einfluss des Gruppenzusammenhangs** sehr positiv bis hin zu rückfallgefährdend oder ‚ansteckend negativ‘ erfahren werden kann, macht die Untersuchung ebenfalls deutlich. Dies ist kein neues Faktum. Gleiches gilt für das Thema der **Stigmatisierungskomponente**, ein Preis, den nahezu alle Jugendlichen in einem gewissen Umfang zu zahlen haben, die aufgrund der desolaten Bedingungen des Aufwachsens eine institutionelle Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Institutionen bieten KlientInnen neue Entwicklungsräume, jedoch auch lebenslang eine gewisse Verortung als ‚Hilfesuchende‘ (vgl. dazu ausführlich Zikoll, 2002). Dieser Ebene entgegenzuwirken verlangt eine klare ethisch-politische Ausrichtung, die sich nicht nur in der Außenwelt in politischen Gremien, sondern vor allem auch in der tagtäglichen Arbeit mit den Jugendlichen eindeutig zu einer reflektierten Grundhaltung bekennt und die Ursachen dort verortet, wo sie entstanden sind: in aller Regel außerhalb der Jugendlichen selbst, in ihrem Umfeld und ihrer Umwelt, im gesellschaftlich-aktualpolitischen Raum von Modernisierungs- und Exklusionsprozessen. Den daraus entstandenen Symptomatiken und Auswirkungen jedoch können die Jugendlichen dennoch nur in – von Betreuungsseite unterstützter – aktiver Eigeninitiative entgegenwirken – eine Schiefelage, zu der sich das **Betreuungsteam auf jeden Fall im Arbeitsalltag parteilich-reflektiert positionieren** muss. Die Interviews zeigen, dass es möglich ist, diese ‚aufrechtere‘ Haltung an die Jugendlichen zu vermitteln. Dirk ist dafür – im Rahmen des Möglichen – ein gutes Beispiel.

Als **Qualifikationsprofil** für die Fachkräfte in den TWGs ergibt sich daraus eine **Kombination aus Anforderungen im Bereich Bindungs- und Beziehungsarbeit, Fachwissen zur vorherrschenden Problematik, Strukturgebung, Flexibilität, Teamgeist, Vernetzungskompetenz, Selbstreflexion und Psychohygiene**. Fort- und Weiterbildung, Supervision, Intervision und ein guter Teamgeist sind Voraussetzung, um in der komplexen Anforderung gute Arbeit zu leisten. Dies bedeutet für das multiprofessionelle, gemischtgeschlechtliche Team, die bereits in der Vorstellung des TWG-Konzepts angesprochene produktive Korrespondenz sozialarbeiterischer Unterstützung, sozialpädagogischen Handelns und psychotherapeutischen Verstehens im Lebensalltag fachlich qualifiziert herzustellen. Die MitarbeiterInnen sollten SozialpädagogIn-

nen beziehungsweise SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, ErzieherInnen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, jedoch eventuell auch ergo- und Kreativtherapeutin sein und über therapeutische Zusatzqualifikationen verfügen. Dies ermöglicht eine konstruktive interdisziplinäre Zusammenarbeit, in der die unterschiedlichen Beziehungs-, Bearbeitungs- und Alltagsräume hergestellt und in ein fruchtbares Zusammenspiel gebracht werden können.

Sind die Beziehungs-Ressourcen sehr stark angegriffen, braucht Bindungs- und Betreuungsarbeit viel Zeit, um eine Nachsozialisation möglich zu machen. Aus dieser Korrespondenz zwischen dem qualitativen und quantitativen Teil der Untersuchung können wichtige Hypothesen für die Praxis der Jugendhilfe entwickelt werden. Die Jugendhilfe unterstützt im Zuge der Sparmaßnahmen seit einigen Jahren realiter nicht mehr den Adoleszenzprozess, obwohl nach dem Gesetzgeber der Zeitraum bis 27 immer noch als Entwicklungsrahmen vorgesehen ist. Nach mehreren Abbrüchen in einer ‚Jugendhilfekarriere‘ wird vom Jugendamt unter finanzpolitischen Erwägungen häufig keine weitere Hilfe gewährt. Die Untersuchung zeigt, dass gerade für diese Jugendlichen eine **besonders passgenaue und auf den jeweiligen Bindungsstatus antwortende Hilfeleistung** angemessen wäre und auch **Aussichten auf Erfolg eröffnen würde**. Das Thema ist aus bisherigen Fachdiskussionen und Tagungen unter dem Titel ‚18 Jahre und erwachsen?! Übergang KJHG-BSHG‘ (Meybohm, 2005a; vgl. auch Goldbeck & Fegert, 2006) hinreichend bekannt. Belege aus der Forschung spezifisch zum TWG-Bereich blieben bisher aus, einige der bisherigen Jugendhilfergebnisse können jedoch hypothesenstützend beigezogen werden (vgl. z.B. die **Überlegungen zur Nutzen-Kosten-Relation** von Roos, 2002; vgl. auch Kühn, 1998; Sobczyk, 1995).

Für einige Jugendliche bleibt in schwierigen Zeiten nach dem TWG-Aufenthalt den Interviews zufolge das Angebot der BetreuerInnen bzw. Einrichtungen, sich an sie zurückzuwenden, eindeutig der letzte Rettungsanker. Die zugehörigen BetreuerInnen wiederum betonen, dass dieses Angebot in ihrem Lebensalltag von den Jugendlichen nicht missbraucht wird, weil inzwischen ein Vertrauensverhältnis entstanden ist, in dem auch die Jugendlichen genug Empathie entwickelt haben, um dieses Angebot angemessen wertschätzen zu können. Für die Betreuerin Charlotte ist zum Beispiel ganz selbstverständlich, dass ihre Einrichtung *„ein Anlaufpunkt bleibt ... und sei es, um weitere Hilfen zu vermitteln“*. Die Bewohnerin Alina betitelt die fließenden Übergänge von der Vollzeit- und Gruppenbetreuung in immer mehr Autonomie, die das Konzept der Einrichtung auch so vorsieht, als *„total klasse“*. Und auch Betreuerin Alexandra sagt im Hinblick darauf: *„ist was Positives bei uns, diese Abnabelung, die gewährleistet einen geschützten Rahmen“*. Auch der Betreuer Dieter betont den Genuss, im weiteren Kontakt mit einem Übergangskonzept ‚Langzeitwirkungen und -entwicklungen‘ weiter verfolgen zu können. Seiner Ansicht nach bringt man sich als Betreuer um das Gefühl ‚satter Erfolge‘, wenn man die Nachwirkungen der eigenen Arbeit nicht angemessen zur Kenntnis nehmen kann.

Im qualitativen Teil der Untersuchung gibt es zu dieser Problematik auf der Basis der retrospektiven Anlage der Interviews auch von den Betroffenen selbst Hinweise auf **Langzeitwirkungen und/oder -schäden durch den Umgang mit Bewilligungszeiträumen** in der stationären Jugendhilfelandchaft. In den vorliegenden Interviews wird deutlich, dass die real von der Jugendhilfe ermöglichten Zeiträume für stark problembelastete Jugendliche zu kurz sind, um den Sozialisationsprozess konstruktiv zu beenden. Jugendliche ohne die Möglichkeit einer stufenweisen Ablösung oder mit einem zu frühen Beginn dieses Ablösungsprozesses geraten in schwere Rückfälle, die in einigen Fällen bis hin zu suizidalen oder lebensgefährlichen Karrieren führen. Auch in der Aktenanalyse ließen sich die Daten in Bezug auf die Abbrüche der Jugend-

lichen eventuell in diese Richtung interpretieren. In den vorliegenden Interviews entsteht durch den bereits erfahrenen Hilfeprozess in Verbindung mit einem fortgesetzten Kontaktangebot jedoch erneut eine Chance, eine weitere Hilfeleistung möglich zu machen, die zu diesem Zeitpunkt mit einer weiteren ‚Portion Unterstützung‘ eine ‚innere Entscheidung‘ der Jugendlichen herbeiführen kann, diese erneut eingeleitete Hilfestellung wahrnehmen zu können. Das Risiko der ‚Übergangszeit‘ mündet in anderen Fällen jedoch vermutlich in eine Chronifizierung der Problematik, in den dauerhaften Verlust von Zukunftsperspektiven oder gar tödliche Risiken und bedingt sinnlose zahlreiche Wechselsituationen für Jugendliche und junge Erwachsene (Kühn, 1998; Macsenaere & Herrmann, 2004; Sobczyk, 1995).

**Fasst man die Kritik der Jugendlichen zur personellen Ausstattung bzw. Fluktuation sowie die Aussagen der Professionellen zum Qualifikationsprofil in TWGs zusammen, so ergeben sich zahlreiche Übereinstimmungen zu theoretischen Abhandlungen über den Gegenstand von Selbstevaluationen als Qualitätsinstrument in der Jugendhilfe:** „Wenn die Fachkräfte in den Einrichtungen den zentralen Bezugspunkt jeglicher Qualitätsarbeit bilden, ist Qualitätsentwicklung immer auch Personalentwicklung“, konstatiert Spiegel (2001, S. 88) in dem Artikel ‚Perspektiven der Selbstevaluation – veranschaulicht am Beispiel Qualitätsentwicklung in der Kinder- und Jugendarbeit‘. „Fachkräfte brauchen Handwerkszeug“, sagt Spiegel (ebenda), „um die verschiedenen, teilweise konträren Qualitätserwartungen zusammenzuführen und in zielförderliche pädagogische Arrangements und Prozesse umzusetzen“ (Spiegel, 2001, S. 88). Seine darüber hinausgehende Forderung, über Methoden der Berichterstattung und der (Selbst-)Evaluation zu verfügen, findet man ebenfalls in einigen der Zitate der Professionellen. Dies gilt ebenfalls für die Notwendigkeit einer fachlichen, externen Begleitung, die von vielen der Professionellen geforderte Supervision.

Qualifizierte Arbeit in den TWGs erfordert auch nach Aussage der ehemaligen BewohnerInnen und BetreuerInnen von den Fachkräften eine Kombination aus Anforderungen im Bereich Bindungs- und Beziehungsarbeit, Fachwissen zur vorherrschenden Problematik, Strukturgebung auf der einen, Flexibilität auf der anderen Seite, Teamgeist, Vernetzungskompetenz, Selbstreflexion und Psychohygiene. Fort- und Weiterbildung, Supervision, Intervision bzw. authentische Auseinandersetzung im Team sowie angemessene Ausgleichsmöglichkeiten im Privatbereich betonen alle BetreuerInnen in den Interviews gleichermaßen als absolute Notwendigkeit für eine fruchtbare Arbeit. Die Betreuerin Charlotte beispielsweise hält die Anforderungen an Authentizität und Reflexivität in der TWG-Arbeit sonst für gar nicht leistbar. Sie beschreibt die Arbeit zusammenfassend als vielseitig und herausfordernd. Jeder Fall entfalte seine individuelle Dynamik, der man mit fachlicher Kompetenz, immer aber auch mit Offenheit begegnen müsse. Dass in ihrer Einrichtung eine so ungewöhnlich geringe Fluktuation im Betreuungsteam herrscht, begründet sie mit den guten Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Intervision, Supervision sowie Fort- und Weiterbildung. Der nachdrücklich von den KollegInnen des TWG-Bereich geforderte Teamzusammenhalt wird auch von Spiegel (2000, 2001) thematisiert: „Fachkräfte brauchen Motivationshilfen und Unterstützung in Form von Ermutigung, positiven Sanktionen und einer insgesamt fehlerfreundlichen Atmosphäre. Formen kollegialer Beratung und Lernpartnerschaften sind hier hilfreich, ohne dass sie eine professionelle Begleitung ersetzen können.“ (Spiegel, 2000, S. 170)

Aufgrund der Multiproblemlagen der meisten Jugendlichen, die in TWGs untergebracht sind, braucht es eine Vielfalt von Personen, Disziplinen und Angeboten, die den Jugendlichen mehrere Entwicklungs- und Lösungswege für ihre Entwicklungshürden zur Verfügung stellen kann. Indivi-

duell zugeschnittene, personenzentrierte, indikationsspezifische und situationsadäquate Angebote zu machen, erfordert disziplinar, methodisch wie personell eine große Mannigfaltigkeit innerhalb des verbindenden TWG-Rahmens und große Vernetzungs- und Fallmanagementkompetenzen zu anderen Einrichtungen und Institutionen. So auch die Forderungen zahlreicher oben genannter Jugendhilfestudien. Häufig greift dann eine Person, ein Angebot, eine disziplinäre Ausrichtung, wenn ein(e) andere(s) nicht greift. Eine Verschmalung von Personal, disziplinärer Ausrichtung und Angeboten bedeutet real eingeschränkte Chancen der Veränderung, insbesondere für schwierige, mit Multiproblemlagen und hartnäckigen Problematiken belastete Jugendliche.

Die zum Teil strukturellen Bedingungen der Jugendhilfelandchaft und der Ausstattung der Einrichtungen – sowohl personell als auch im Bereich der Sachmittel – werden durchgängig kritisiert. Der Betreuer Dieter macht diesem Ärger Luft, indem er sagt: „*Dass man um alles kämpfen muss ... die Arbeit... ist wirklich ganz wichtig, aber zehrt auch ganz schön ... und wenn man dann noch merkt, man muss auf der anderen Seite auch noch kämpfen und ... bekommt so wenig Wertschätzung*“. So auch die Forderung von Spiegel: „Die Fachkräfte dürfen nicht durch ein zu hohes Arbeitspensum und Kontrollzumutungen überfordert werden“ (2001, S. 88). Im selben Atemzug wird der Aspekt der Psychohygiene genannt. Die Verantwortlichen in der Kinder- und Jugendpolitik sowie die Träger müssten „zeitliche und finanzielle Ressourcen bereitstellen“ (ebenda). Innerhalb der Professionellen und der Forschungscommunity scheint hier Einigkeit zu herrschen. Es stellt sich jedoch die Frage, wie diese Forderungen angesichts der über Jahrzehnte anhaltenden Sparmaßnahmen umzusetzen sind. Dies soll nach Meinung von Spiegel (2000, 2001) **Aufgabe der Politik** sein. Es ist zu hoffen, dass das vorliegende Forschungsprojekt in diesem Sinne zu einer veränderten Jugendhilfepolitik beitragen kann.

## 6 Literatur

- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Rolande.
- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2005). *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2008). *Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Band 2: Beziehungsangebote, Diagnostik, Interventionen*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Auckenthaler, A. (1990). Bedingungen und Voraussetzungen für eine personenzentrierte Praxisforschung. In D. Deter & U. Straumann (Hrsg.), *Personenzentriert Verstehen – Gesellschaftsbezogenes Denken – Verantwortlich Handeln. Theorie, Methodik und Umsetzung in der psychosozialen Praxis* (S. 105-114). Köln: GwG.
- Bachelor, A. & Horwath, A. (2001). Die therapeutische Beziehung. In M. A. Hubbe, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 137-192). Dortmund: Verlag modernes Leben.
- Baur, D., Finkel, M., Hamberger, M. & Kühn, A. D. (1998). Was leisten stationäre und teilstationäre Erziehungshilfen? Zentrale Ergebnisse und Folgerungen der wissenschaftlichen Untersuchung Jugendhilfeleistungen (JULE). *EREV-Schriftenreihe*, 39(2), 23-63.
- Behr, M. (2006). Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. *Person*, 10(2), 108-117.

- Blumer, H. (1973). Der methodische Standpunkt interaktionistischen Interaktionismus. In A. B. Soziologen (Hrsg.), *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Band 1: Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie* (S. 80-188). Reinbek: Rowohlt.
- Brisch, K. H. (2003). Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma* (S. 105-135). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2006). Bindungsstörung. Grundlagen, Diagnostik und Konsequenzen für sozialpädagogisches Handeln. *Blickpunkt Jugendhilfe*, 3, 43-55.
- Egel, A. & Rosemeier, C.-P. (2008). Gruppenleben – Struktur, Dynamik und Interventionen. In Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), *Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Band 2: Beziehungsangebote, Diagnostik, Interventionen* (S. 180-191). Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Egel, A. & Strutzke, A. (2008). Haltgebende Strukturen gegen das innere Chaos – Theorie und Praxis des therapeutischen Milieus. In Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), *Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Band 2: Beziehungsangebote, Diagnostik, Interventionen* (S. 85-97). Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Faulstich-Wieland, H. (2001). Sozialisation von Mädchen und Jungen. Zum Stand der Theorie. *Diskurs*, 2, 8-14.
- Finkel, M. (1998). Grunddaten der Untersuchungspopulation. In Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (Hrsg.), *Leistungen und Grenzen von Heimerziehung: Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen. Forschungsprojekt JULE* (S. 2-23). Stuttgart: Kohlhammer. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 170.)
- Flick, U. (1999). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften* (4. Aufl.). Reinbek Rowohlt.
- Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (Hrsg.). (2004). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (3. Aufl.). Reinbek: Rowohlt. (Rowohlt's Enzyklopädie.)
- Fritzsche, Y. & Münchmeier, R. (2000). Mädchen und Jungen. Ausgangslage – Ergebnisse – Zusammenfassung. In A. Fischer, Y. Fritzsche, W. Fuchs-Heinritz & R. Münchmeier (Hrsg.), *Jugend 2000. 13. Shell Jugendstudie. Ban 1* (S. 343-348). Opladen: Leske + Budrich.
- Gabriel, T. (2001). *Forschung zur Heimerziehung. Eine vergleichende Bilanzierung in Großbritannien und Deutschland*. Weinheim: Juventa.
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhard. (Personzentrierte Therapie & Beratung. 2.)
- Gahleitner, S. B. (2008). ‚Emotional korrigierende Erfahrungen‘ als Kernkonzept des ‚therapeutischen Milieus‘ in TWGs. In Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), *Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Band 2: Beziehungsangebote, Diagnostik, Interventionen* (S. 136-149). Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Gahleitner, Silke Birgitta & Schmude, Michael (2005). Jugendliche zwischen Regression und Selbständigkeit – Betreuung zwischen Versorgung und Anforderung. In Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin* (S. 147-161). Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Gahleitner, S. B., Ossola, E. & Mudersbach, A. (2005). Das T in der TWG: Interdisziplinäre Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen im sozialtherapeutischen Kontext. In Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), *Therapeutisches Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin* (S. 94-107). Berlin: VERLAG ALLGEMEINE JUGENDBERATUNG.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Goldbeck, L. & Fegert, J. M. (2006). *Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte. Abschlussbericht*. Ulm: Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm.
- Hamberger, M. (1998). Die drei Hilfeformen im Vergleich. In Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (Hrsg.), *Leistungen und Grenzen von Heimerziehung: Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen. Forschungsprojekt JULE* (S. 30-39). Stuttgart: Kohlhammer. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 170.)

- Heitkamp, H. (1984). *Sozialarbeit im Praxisfeld Heimerziehung. Zu pädagogisch-therapeutischen, rechtlichen und verwaltungsbedingten Aspekten des Alltagshandelns*. Frankfurt: Diesterweg.
- Institut für Kinder- und Jugendhilfe (2004). *[Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen.] EVAS-Auswertung 2004. Gesamtbericht*. Mainz: Institut für Kinder- und Jugendhilfe.
- Keupp, H. (1997). *Ermutigung zum aufrechten Gang*. Tübingen: DGVT.
- Keupp, H. (2003). Identitätsbildung in der Netzwerkgesellschaft: Welche Ressourcen werden benötigt und wie können sie gefördert werden? In U. Finger-Trescher & H. Krebs (Hrsg.), *Bindungsstörungen und Entwicklungschancen* (S. 15-50). Gießen: Psychosozial.
- Kiehn, E. (1982). *Sozialpädagogische Jugendwohngemeinschaften*. Freiburg: Lambertus.
- Köckeis-Stangl, E. (1980). Methoden der Sozialisationsforschung. In K. Hurrelmann & D. Ulich (Hrsg.), *Handbuch der Sozialisationsforschung* (S. 321-370). Weinheim: Beltz.
- Kolip, P. (1997). *Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter*. Opladen: Leske + Budrich.
- Kühn, A. D. (1998). „Viele Hilfen in Folge“ – Jugendhilfekarrieren. In Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (Hrsg.), *Leistungen und Grenzen von Heimerziehung: Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen. Forschungsprojekt JULE* (S. 5-32). Stuttgart: Kohlhammer. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 170.)
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., S. 469-485). New York: Wiley.
- Lindauer, U. (2005). Das therapeutische Milieu der Jugendwohngruppen. In Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin* (S. 16-33). Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Macsenaere, M. & Herrmann, T. (2004). Klientel, Ausgangslage und Wirkungen in den Hilfen zur Erziehung. *unsere jugend*, 56(1), 32-42.
- Mayring, P. (1993). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. 28 Absätze. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]*, 2(1), Verfügbar unter: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs.htm> [18.07.2002].
- Meybohm, Ute (2005). Die Situation der Berliner Jugendhilfe für psychisch beeinträchtigte Jugendliche und junge Erwachsene in therapeutischen Jugendwohngemeinschaften. In Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin* (S. 83-88). Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Nestmann, F. (1988). *Die alltäglichen Helfer*. Berlin: de Gruyter. (Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter. 2.)
- Nürnberg, R. & Wolfrum, P. (2008). Elterliche Präsenz: Gemeinsames Lernen von Pädagogen, Therapeuten und Eltern – ein Abenteuer zwischen Begeisterung und Ernüchterung. In Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), *Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Band 2: Beziehungsangebote, Diagnostik, Interventionen* (S. 205-211). Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., S. 270-376). New York: Wiley.
- Otto, T. (2008). Störungsbild und Familienarbeit. In Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), *Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Band 2: Beziehungsangebote, Diagnostik, Interventionen* (S. 98-106). Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Pauls, H. (2008). Was ist der Fall und was ist zu tun? – Was macht psycho-soziale Diagnostik Klinischer Sozialarbeit neben der psychologischen und der psychiatrischen Diagnostik aus? In Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), *Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Band 2: Beziehungsangebote, Diagnostik, Interventionen* (S. 32-46). Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Petermann, F. (Hrsg.) (1987). *Analyse von Leistungsfeldern der Heimerziehung. Ein empirischer Beitrag zum Problem der Indikation. Planungsgruppe PETRA*. Frankfurt: Lang. (Studien zur Jugend- und Familienforschung. 1.)

- Rosemeier, C.-P. & Hestermeyer, B. (2005). Nicht mit, aber auch nicht ohne! – Familientherapeutische Arbeit in therapeutischen Jugendwohngruppen. In Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin* (S. 171-180). Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Rosemeier, C.-P., Lopes, A., Gerstenberger J. & Scheel, V. (2005). Beziehungsarbeit im pädagogischen Alltag – Mögliches und Unmögliches. In Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin* (S. 140-146). Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Roos, K. (2002). *Kosten-Nutzen-Analyse von Jugendhilfemaßnahmen*. Seckach: Kinder- und Jugenddorf Klinge Seckach. Verfügbar unter: [http://www.klinge-seckach.de/download/kosten\\_nutzen\\_analyse.pdf](http://www.klinge-seckach.de/download/kosten_nutzen_analyse.pdf) [13.07.2007].
- Schleiffer, R. (2001). *Der heimliche Wunsch nach Nähe*. Weinheim: Beltz.
- Schleiffer, R. (2008). Konsequenzen desorganisierter Bindungsmuster für Pädagogik und Therapie. In Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), *Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Band 2: Beziehungsangebote, Diagnostik, Interventionen* (S. 116-135). Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Schmidt, M. H., Schneider, K., Hohm, E., Pickartz, A., Macsenaere, M. & Petermann, F. (2002). *Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe*. Stuttgart: Kohlhammer. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 219.)
- Sobczyk, M. (1995). *Die pädagogisch betreute Wohngruppe. Organisationsstrukturelle Rahmenbedingungen und pädagogisch-therapeutische Ansätze stationärer Betreuung und Förderung verhaltensauffälliger Jugendlicher* (2. Aufl.) Regensburg: CH-Verlag.
- Spiegel, v. H. (2001). Perspektiven der Selbstevaluation – veranschaulicht am Beispiel Qualitätsentwicklung in der Kinder- und Jugendarbeit. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.), *Perspektiven der Evaluation in der Kinder- und Jugendhilfe. Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe*. (S. 85-88). Düsseldorf: Vereinigte Verlagsanstalten. (Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe – Qs. 35.)
- Steinke, T. (1987). Therapie im Heim. In F. Petermann (Hrsg.), *Analyse von Leistungsfeldern der Heimerziehung. Ein empirischer Beitrag zum Problem der Indikation. Planungsgruppe PETRA* (S. 373-420). Frankfurt: Lang. (Studien zur Jugend- und Familienforschung. 1.)
- Struzyna, K.-H. (2007). Wirkungsorientierte Jugendhilfe. Hintergründe, Intentionen und Ziele des Bundesmodellprogramms. In K.-H. Struzyna, T. Gabriel, K. Wolf, M. Macsenaere, M. Finkel & C. Munsch (Hrsg.), *Wirkungsorientierte Jugendhilfe. Bd. 1: Beiträge zur Wirkungsorientierung von erzieherischen Hilfen* (S. 5-13). Münster: ISA Planung und Entwicklung. (Eine Schriftenreihe des ISA zur Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung.)
- Thiersch, H. (1998). Einleitung. In Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (Hrsg.), *Leistungen und Grenzen von Heimerziehung: Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen. Forschungsprojekt JULE* (S. 1-13). Stuttgart: Kohlhammer. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 170.)
- Ward, Harriet (Hrsg.) (1995). *Looking after children. Research into practice. The second report to the Department of Health on assessing outcomes in child care*. London: H.M.S.O.
- Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*. Frankfurt Campus.
- Wolfrum, P. (2008). Übergänge gestalten – Diagnosen im Aufnahmeprozess einer Familientherapeutischen Wohngruppe. In Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), *Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Band 2: Beziehungsangebote, Diagnostik, Interventionen* (S. 63-68). Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Zikoll, G. (2002). Therapeutische und Sozialpsychiatrische Wohngruppenverbände. In Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV) (Hrsg.), *Hilfen nach § 35a SGB VIII/KJHG. Gefahr der Stigmatisierung junger Menschen oder Chance für die Bereitstellung effektiver und bedarfsgerechter Hilfeangebote* (S. 130-143). Hannover: Linden-Druck. (Schriftenreihe des Evangelischen Erziehungsverbandes. 43,1.)

# **ANHANG**



## Inhaltsübersicht zum Anhang

7 Hintergrundinformationen zum quantitativen Teil der Untersuchung.....	55
7.1 Kommentierter Erhebungsbogen (Kodierplan)	
Handanweisung zum Kodieren .....	55
7.1.1 <i>Allgemeine Hinweise</i> .....	55
<i>Ablaufschema: Lesen ... Kodieren</i> .....	56
7.1.2 <i>Kodierregeln und Beispiele</i> .....	57
<i>Allgemeine Angaben zur Person</i> .....	57
<i>Vorgeschichte und Diagnosen</i> .....	59
<i>Durchführung der Maßnahmen</i> .....	70
<i>Abschluss der Maßnahmen</i> .....	71
7.1.3 <i>Literatur</i> .....	73
7.2 Erhebungsbogen (Kodierplan) .....	74
7.3 Ergebnisse des quantitativen Untersuchungsteils .....	84
7.3.1 <i>Häufigkeitstabellen</i> .....	84
<i>Tabelle A 1: Angaben zur Person</i> .....	84
<i>Tabelle A 2: Zuletzt wohnhaft (Aufenthalt)</i> .....	84
<i>Tabelle A 3: Zuletzt besuchte Schule</i> .....	85
<i>Tabelle A 4: Berufsbildungsmaßnahmen</i> .....	85
<i>Tabelle A 5: Bisherige Maßnahmen</i> .....	86
<i>Tabelle A 6: Initiative zur Aufnahme</i> .....	86
<i>Tabelle A 7: Gründe der Aufnahme</i> .....	87
<i>Tabelle A 8: Diagnosen (ICD-10 bzw. DSM IV)</i> .....	88
<i>Tabelle A 9: Krankheiten / Behinderungen</i> .....	89
<i>Tabelle A 10: Ressourcen / Schutzfaktoren</i> .....	89
<i>Tabelle A 11: Drogenkonsum</i> .....	90
<i>Tabelle A 12: Polizeilich ermittelte Straftaten</i> .....	90
<i>Tabelle A 13: Interventionsbedürftige Probleme</i> .....	91
<i>Tabelle A 14: Sozial- und psychotherapeutische Maßnahmen</i> .....	92
<i>Tabelle A 15: Kooperation / Compliance</i> .....	92
<i>Tabelle A 16: Andere Maßnahmen</i> .....	92
<i>Tabelle A 17: Veränderungen der Probleme</i> .....	93
<i>Tabelle A 18: Art der Beendigung</i> .....	94
<i>Tabelle A 19: Bei Abbruch bitte Gründe nennen</i> .....	94
<i>Tabelle A 20: Geplante berufliche / schulische Situation                 nach Beendigung der Maßnahme</i> .....	94
<i>Tabelle A 21: Geplante Anschlusshilfen</i> .....	95
<i>Tabelle A 22: Wohnsituation nach Abschluss der Hilfe</i> .....	95
7.3.2 <i>Korrelationstabellen</i> .....	96
<i>Tabelle A 23: Korrelationen der Einfluss- und Erfolgsfaktoren</i> .....	96
7.3.3 <i>Ergänzende Abbildungen</i> .....	97
<i>Abbildung A 1: Verteilung der Probleme</i> .....	97
<i>Abbildung A 2: Interventionsbedürftige Probleme</i> .....	97
<i>Abbildung A 3: Exploration der Daten zum Erfolg der Maßnahmen</i> .....	98

<i>Abbildung A 4: Veränderung von dissozialem Verhalten und Aggression durch Sozialtraining</i>	98
<i>Abbildung A 5: Heuristisches Modell zum Einfluss von Kooperation und therapeutischer Beziehung auf die emotionale Stabilität</i>	99
<i>Abbildung A 6: Heuristisches Modell zum Einfluss der Kooperation (Compliance) auf den Therapieerfolg</i>	99
<b>8 Hintergrundinformationen zum qualitativen Teil der Untersuchung.....</b>	<b>100</b>
8.1 Methodisches Vorgehen der qualitativen Interviewstudie	100
8.2 Auswertungsergebnisse der qualitativen Interviewstudie: acht Fallverläufe	101
8.2.1 <i>Alina: „Das ist ganz wichtig, dass man sich drauf einlässt“</i>	101
<i>Vorgeschichte und Verlauf</i>	101
<i>Der Aufenthalt in der TWG: ‚Wirkungen‘ und ‚Nebenwirkungen‘</i>	102
<i>Zentrale Wirkfaktoren</i>	104
8.2.2 <i>Bettina: „War erst sehr ungewohnt ... hab’ mich selber kennengelernt“</i>	106
<i>Vorgeschichte und Verlauf</i>	106
<i>Der Aufenthalt in der TWG: ‚Wirkungen‘ und ‚Nebenwirkungen‘</i>	107
<i>Zentrale Wirkfaktoren</i>	111
8.2.3 <i>Helena: „Die schlimmsten Erlebnisse waren ... dass man sehr machtlos gegenüber den Betreuern ist“</i>	113
<i>Vorgeschichte und Verlauf</i>	113
<i>Der Aufenthalt in der TWG: ‚Wirkungen‘ und ‚Nebenwirkungen‘</i>	114
<i>Zentrale Wirkfaktoren</i>	116
8.2.4 <i>Claus: „Dort habe ich halt Betreuung bekommen ... und gelernt, mit meinen Problemen umzugehen“</i>	117
<i>Vorgeschichte und Verlauf</i>	117
<i>Der Aufenthalt in der TWG: ‚Wirkungen‘ und ‚Nebenwirkungen‘</i>	118
<i>Zentrale Wirkfaktoren</i>	121
8.2.5 <i>Dirk: „Schweigen kann zu Katastrophen führen... Reden hilft dann“</i>	122
<i>Vorgeschichte und Verlauf</i>	122
<i>Der Aufenthalt in der TWG: ‚Wirkungen‘ und ‚Nebenwirkungen‘</i>	124
<i>Zentrale Wirkfaktoren</i>	126
8.2.6 <i>Felicitas: „Ich habe immer ein paar Leute im Hinterkopf, wo ich weiß, ich könnte ... anrufen, und sie wären dann da“</i>	128
<i>Vorgeschichte und Verlauf</i>	128
<i>Der Aufenthalt in der TWG: ‚Wirkungen‘ und ‚Nebenwirkungen‘</i>	129
<i>Zentrale Wirkfaktoren</i>	132
8.2.7 <i>Erik: „Ich habe viele Erfahrungen gesammelt, ... sehr sehr viel Erfahrung“</i>	134
<i>Vorgeschichte und Verlauf</i>	134
<i>Der Aufenthalt in der TWG: ‚Wirkungen‘ und ‚Nebenwirkungen‘</i>	136
<i>Zentrale Wirkfaktoren</i>	137
8.2.8 <i>Gitta: „Wenn es schief geht, dann ... kann man sich wieder eine Alternative suchen“</i>	139
<i>Vorgeschichte und Verlauf</i>	139
<i>Der Aufenthalt in der TWG: ‚Wirkungen‘ und ‚Nebenwirkungen‘</i>	141
<i>Zentrale Wirkfaktoren</i>	142

# 1 Hintergrundinformationen zum quantitativen Teil der Untersuchung

## 1.1 Kommentierter Erhebungsbogen (Kodierplan) Handanweisung zum Kodieren

### 1.1.1 Allgemeine Hinweise

Der Kodierplan umfasst vier Abschnitte, die thematisch und zeitlich so geordnet sind, dass wichtige Personenmerkmale, Diagnosen, Entwicklungen und Therapieverläufe erfasst werden können. Jeder Abschnitt ist durch eine Überschrift gekennzeichnet.

1. Allgemeine Angaben zur Person
2. Vorgeschichte und Diagnose
3. Hilfeplanung und Durchführung
4. Abschluss der Maßnahme

Die Überschriften werden durch Hinweise zur Informationsquelle ergänzt, die zum Ausfüllen der Abschnitte empfohlen werden. Besonders wichtige Informationsquellen sind:

1. Epikrise
2. Hilfepläne
3. Entwicklungsberichte
4. Abschlussberichte

Die *Epikrisen* sind zumeist medizinischen Berichte (Stellungnahmen, Entlassungsbrief), die die wichtigsten Angaben zur Anamnese, zur durchgeführten Diagnostik, zu den Befunden sowie zur verordneten oder empfohlenen Medikation beinhalten. Die *Hilfepläne* enthalten wichtige Informationen über die individuellen Zielsetzungen der vereinbarten Maßnahmen bzw. der einzelnen Umsetzungsschritte. Die *Entwicklungsberichte* dokumentieren die Interventionen und den Entwicklungsverlauf. Inhaltlich umfassen die Entwicklungspläne Einschätzungen des Jugendlichen in folgenden Bereichen: emotionale und soziale Entwicklung, Lern- und Leistungsfähigkeiten, lebenspraktische Fähigkeiten, familiäre Veränderungen und Entwicklungen im Bereich Schule, Ausbildung und Freizeit. Im *Abschlussbericht* befinden sich eine Zusammenfassung der Entwicklung sowie Informationen über Gründe der Beendigung sowie zu weiteren geplanten Maßnahmen.

Die vier Abschnitte des Kodierplans bestehen formal betrachtet aus unterschiedlichen Listen, die alle Kategorien, die kodiert werden können, enthalten. Die Listen sind durch graue Markierungen voneinander getrennt. Einige Listen sind durch **fettgedruckte Titel** unterteilt.

Die Listen können (a) Kategorien, (b) Mehrfachnennungen oder (c) Textfelder enthalten.

- (a) Listen, die sich ausschließende Kategorien enthalten, sind durch Optionsfelder  gekennzeichnet. Trifft das Merkmal auf die Person zu, wird der Bereich entsprechend markiert . In jeder Liste muss es genau ein Kreuz geben.
- (b) Listen, die Mehrfachnennungen zulassen (Symptomchecklisten, Diagnosen etc.), sind durch zwei oder mehrere Checkboxen  gekennzeichnet. Die passende Alternative wird durch ein Kreuz markiert . Für jede genannte Kategorie muss *genau eine* Alternative (i.d.R. ja oder nein) ausgewählt werden.
- (c) Offene Antworten können in dem gekennzeichneten Textfeld oder auf der Rückseite eingetragen werden. Wird die Blattrückseite genutzt, wird in das Textfeld eine (fortlaufende) Nummer geschrieben . Der Text auf der Rückseite des Blattes wird mit einer entsprechenden Referenznummer versehen.  *Es folgt der Text ...*

### Ablaufschema: Lesen ... Kodieren

Im ersten Schritt der Aktenkodierung sollte die Akte gesichtet und die Chronologie der Berichte überprüft werden. Wenn das Deckblatt nicht übernommen werden kann oder nicht vorhanden ist, dann werden die demografischen Angaben im Kodierbogen eingetragen.

Im zweiten Schritt wird die Akte gelesen (ohne Abschlussbericht), anschließend wird kodiert. Verstehend lesen soll in diesem Zusammenhang bedeuten, dass die Akte nicht nur nach Stichwörtern durchsucht wird, sondern der Fall im Ganzen erfasst wird. Erst wenn ein Fallverständnis vorhanden ist, kann mit der Kodierarbeit begonnen werden. Im ersten Durchgang werden alle Kategorien, die eindeutig kodiert werden, mit einem entsprechenden Kreuz versehen. Sollte es Kategorien geben, die nicht eindeutig beantwortet werden können, müssen die entsprechenden Aktenabschnitte (z.B. Hilfeberichte, Entwicklungsberichte) gelesen werden. Hinweise, welche Aktenabschnitte relevant sind, können den folgenden Ausführungen entnommen werden.

Erst wenn die Aufnahmegründe, die Diagnosen und die interventionsbedürftigen Probleme sowie der Verlauf der Maßnahmen vollständig kodiert sind, werden die Abschlussberichte (bzw. letzten Entwicklungsberichte) gelesen. Auch hier sollte nach einem ersten Kodierdurchlauf überprüft werden, ob es noch ungeklärte Kategorien gibt.

Sollten aus dem Abschlussbericht oder dem letzten Entwicklungsbericht neue Informationen zur Vorgeschichte oder Diagnose hervorgehen, so können diese im Abschnitt zur Vorgeschichte und zu Diagnosen im Nachhinein kodiert werden.

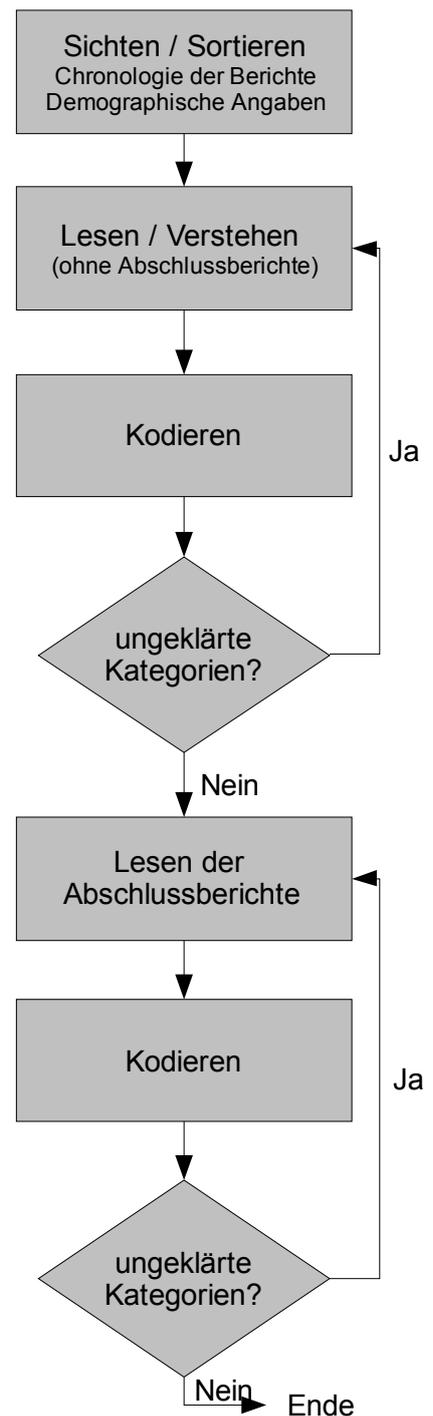


Abbildung 1: Kodierschema

## 1.1.2 Kodierregeln und Beispiele

### Allgemeine Angaben zur Person

#### Angaben zur Person (Tabelle 1)

Einrichtung \_\_\_\_\_ Beginn: \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_

Tabelle 1: Geschlecht des Jugendlichen		⊗
1	männlich	O <sub>1</sub>
2	weiblich	O <sub>2</sub>
3	Geburtsdatum: _____	
4	Migration (Land _____)	ja <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nein <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

(Bitte nur ausfüllen, wenn Deckblatt nicht vorhanden.)

#### Zuletzt wohnhaft (Tabelle 2)

Inhalte / Quellen: Die Kategorien der Tabelle 2 umfassen Alternativen zum letzten Aufenthalt. Die Informationen sind i.d.R. dem ersten Hilfeplan zu entnehmen oder gehen aus Krankenhausberichten hervor.

Tabelle 2: Zuletzt wohnhaft (Aufenthalt)		⊗
1	mit beiden leiblichen Eltern, verheiratet	O <sub>1</sub>
2	mit beiden leiblichen Eltern, in Lebensgemeinschaft	O <sub>2</sub>
3	allein erziehende leibliche Mutter / Vater	O <sub>3</sub>
4	Stieffamilie	O <sub>4</sub>
5	Großeltern	O <sub>5</sub>
6	Pflegefamilie	O <sub>6</sub>
7	Adoptivfamilie (ohne leibl. Eltern)	O <sub>7</sub>
8	andere Verwandte	O <sub>8</sub>
9	eigene Wohnung	O <sub>9</sub>
10	Mutter-Vater-Kind-Einrichtung (§19)	O <sub>10</sub>
11	andere Jugendhilfeeinrichtungen	O <sub>11</sub>
12	Krankenhaus	O <sub>12</sub>
13	Psychiatrie (stationär)	O <sub>13</sub>
14	Haft	O <sub>14</sub>
15	Flüchtlingshilfe /Asyl	O <sub>15</sub>
16	Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	O <sub>16</sub>
17	Lebensmittelpunkt Straße (Trebeingang)	O <sub>17</sub>
18	Inobhutnahmestelle (§42)	O <sub>18</sub>
19	Freund / Freundin / Bekannte	O <sub>19</sub>
20	unbekannt	O <sub>20</sub>
21	andere Unterkünfte	O <sub>21</sub>

Die Kategorien der Tabelle 2 (Aufenthalt) schließen sich gegenseitig aus, es kann daher nur eine Kategorie angekreuzt werden. Dabei ist zu beachten, dass diese Kategorie

- nicht die Anmeldung (im Sinne des Einwohnermeldeamts) umfasst und
- kurzfristige Aufenthalte, im Sinne von Übergangslösungen, *nicht* kodiert werden.

Kodiert wird der letzte längere Aufenthalt von mindestens 4 Wochen.

Beispiel: Ein Jugendlicher, der 6 Wochen in der psychiatrischen Station verbracht hat und für wenige Tage zur Pflegefamilie zurückgeht bevor er in einer therapeutischen Wohngemeinschaft aufgenommen wird, erhält den Kode 13 (stationäre Psychiatrie).

**Schule, Beruf und bisherige Maßnahmen (Tabelle 3 bis Tabelle 5)**

Inhalte / Quellen: Die Kategorien der Tabellen 3 und 4 umfassen verschiedene Bildungsmerkmale. Die Informationen sind i.d.R. dem ersten Hilfeplan und vor der Aufnahme verfassten Berichten zu entnehmen.

Tabelle 3: Zuletzt besuchte Schule		⊗
1	Grundschule	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>
2	Hauptschule	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
3	Realschule	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>
4	Gymnasium	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
5	Gesamtschule	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
6	Projektschulen	<input type="radio"/> O <sub>6</sub>
7	Förder- und Sonderschulen (bei Lernbehinderung)	<input type="radio"/> O <sub>7</sub>
8	andere Schulform (z.B. Oberstufenzentrum) _____	<input type="radio"/> O <sub>8</sub>
9	höchster Schulabschluss: _____	<input type="radio"/> O <sub>9</sub>

Kodiert wird die zuletzt besuchte Schule. Jugendliche, die zunächst ein Gymnasium besucht haben, dann aber auf eine Realschule wechseln, erhalten den Kode 3 (Realschule). Jugendliche, die nach der 10. Klasse (Gymnasium) einen Realschulabschluss erhalten, bekommen den Kode 9 (Schulabschluss: Mittlere Reife).

Tabelle 4: Berufsbildungsmaßnahmen		⊗
1	Ausbildung auf dem freien Markt	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>
2	Ausbildung in beschützter Werkstätte / im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahmen / und Ähnliches	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>
3	Ausbildung in einem heiminternen Betrieb	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>
4	Förderlehrgang	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
5	Maßnahme des Arbeitsamt	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
6	keine Berufsbildungsmaßnahmen	<input type="radio"/> O <sub>6</sub>
7	andere Maßnahmen	<input type="radio"/> O <sub>7</sub>
8	entfällt, trifft altersbedingt nicht zu	<input type="radio"/> O <sub>8</sub>
9	entfällt, Ausbildung bereits beendet	<input type="radio"/> O <sub>9</sub>
10	unbekannt	<input type="radio"/> O <sub>10</sub>

Kodiert wird nur die Berufsbildungsmaßnahme, die unmittelbar vor der Aufnahme durchgeführt wurde. Inhalte / Quellen: Die Kategorien der Tabelle 5 umfassen wichtige psychotherapeutische und sozialpädagogische Maßnahmen, die vor der Aufnahme in die therapeutische Wohngemeinschaft durchgeführt wurden.

Tabelle 5: Bisherige Maßnahmen		ja	nein
<b>Jugendhilfe ...</b>			
1	ambulant	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2	teilstationär	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3	stationär	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Psychiatrie ...</b>			
1	ambulant	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2	teilstationär	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3	stationär	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4	ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5	Medikamentöse Behandlung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6	andere Maßnahmen _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Ambulant ist eine Maßnahme, wenn der bzw. die Jugendliche die Nacht vor und die Nacht nach der Maßnahme nicht in der Institution (z.B. einem Krankenhaus) verbringt, in der die Maßnahme durchgeführt wird. Für einige Jugendhilfemaßnahmen ist typisch, dass die Maßnahmen im Haushalt bzw. im Lebensumfeld der Familie und der Jugendlichen stattfinden.

Typische Beispiele für ambulante Jugendhilfen und Krankenhausbehandlungen:

- Einzel- und Familienhilfe
- Erziehungsberatung
- Schulhilfen
- Psychotherapeutische Angebote (auch von Krankenhäusern)

Die teilstationären Maßnahmen beinhalten eine umfassende und spezialisierte Maßnahme, die i.d.R. zeitaufwändiger als ambulante Maßnahmen sind. Das Angebot kann an einzelnen Tagen oder Halbtagen (oft mehrmals in der Woche) genutzt werden. Die Abende und Nächte verbringen die Jugendlichen in ihrem gewohnten Umfeld.

Typische Beispiele für teilstationäre Jugendhilfen bzw. Krankenhausbehandlungen:

- Tagesgruppe
- (heil-)pädagogischen Tagesstätte
- Tageskliniken

Stationär ist eine Maßnahme, wenn der bzw. die Jugendliche über einen längeren Zeitraum (in jedem Fall über eine Nacht) in einer Einrichtung untergebracht ist.

Typische Beispiele für stationäre Jugendhilfen und Krankenhausbehandlungen:

- Heime
- betreute Jugendwohngemeinschaften
- Übergangwohnheim
- Krankenhausaufenthalte (z.B. Psychiatrie)

Wenn keine Entscheidung zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Maßnahme getroffen werden kann, soll die Kategorie *andere Maßnahmen* angekreuzt werden. Hierzu gehören z.B. Kriseninterventionen, die nicht explizit als ambulante, teilstationäre oder stationäre Maßnahme gekennzeichnet ist.

## Vorgeschichte und Diagnosen

### ***Initiative und Gründe der Aufnahme (Tabelle 6 und Tabelle 7)***

Inhalte / Quellen: Die Kategorien der Tabelle 6 erfassen die aktive Beteiligung zur Aufnahme in eine therapeutische Wohngemeinschaft.

Tabelle 6: Initiative zur Aufnahme		ja	nein
1	Selbstmelder / Selbstmelderin	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Eltern	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Jugendamt	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Notdienst /Kriseneinrichtung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	andere Jugendhilfeeinrichtungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	sonstige _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Die Kategorien zur Initiative der Aufnahme schließen sich nicht gegenseitig aus. Die Kategorien sind mit ja zu beantworten, wenn

- Einrichtungen eine eindeutige Empfehlung zur Aufnahme aussprechen
- Beteiligte eindeutige Wünsche zur Aufnahme äußern und initiativ werden (z.B. Beratungsstellen aufsuchen)

Die Kategorien werden nicht bei einfacher Zustimmung oder Einverständniserklärung mit „ja“ kodiert.

Inhalte / Quellen: Die Kategorien der Tabelle 7 beziehen sich ausschließlich auf die Vorgeschichte und beinhalten verschiedene Gründe für die Aufnahme. Die empfohlenen Quellen zur Kodierung sind Krankenhausberichte (Epikrisen) und vor allem der erste Hilfeplan.

Tabelle 7: Gründe der Aufnahme		Ja	Nein
1	gestörte Interaktion zwischen den Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	familiäre Suchtprobleme	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	übertriebene Fürsorge	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Vernachlässigung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	inkonsequentes Erziehungsverhalten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	überzogene Anforderungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Ausfall eines Elternteils (z.B. Trennung, Tod)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	Inhaftierung eines Elternteils	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9	körperlicher Misshandlung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
10	sexueller Missbrauch	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
11	psychiatrische Erkrankungen eines Elternteils	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
12	Migrations- und Fluchtproblematik der Eltern	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
13	Schulschwänzen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
14	Lern- und Leistungsprobleme (nicht motivationsbedingt)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
15	motivationsbedingte schulische Probleme	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
16	Gefährdung durch soziales Umfeld (nicht familiär)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
17	Suchtgefährdung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
18	internalisierende Störungen (soziale Unsicherheit)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
19	Suizidalität	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
20	dissoziale Störungen (Aggressivität, Delinquenz)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
21	Weglaufen (Trebe)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
22	Straffälligkeit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
23	Migrations- und Fluchtproblematik des Kindes	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
24	Opfer von Gewalttaten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
25	Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
26	Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Die Kategorie 1 *gestörte Interaktionen* bezeichnet auffällige Störungen der familiären Kommunikation und Beziehungsstruktur. Hierzu gehören Verhaltensweisen wie z.B.

- wiederholtes Einschließen in einem Zimmer
- Verweigerung der Kommunikation über einem längeren Zeitraum
- Wutanfälle mit Übergriffen und Zerstörung (z.B. Haushaltsgegenstände)

Die Kategorie 3 *übertriebene Fürsorge* beschreibt elterliches Verhalten der Besorgtheit manchmal auch Ängstlichkeit um seelische und körperliche Befinden.

- Überbehütung (Overprotection)
- nicht loslassen können
- Verwöhnen und Beschützen

Die Kategorie 4 *Vernachlässigung* ist durch folgende Verhaltensweisen der Eltern (Pflegeeltern etc.) gekennzeichnet bzw. benannt:

- Beziehungslosigkeit, mangelnde Pflege und Fürsorge
- Gleichgültigkeit, Achtlosigkeit, Interesselosigkeit
- Liebesentzug, ständiger Gefühlskälte bis hin zu Feindseligkeit

Die Kategorie 5 *inkonsequentes Erziehungsverhalten* soll angekreuzt werden, wenn deutlich wird, dass die Eltern (Pflegeeltern etc.) keine Orientierung geben können und keine Grenzen setzen.

- Mangel an familiären Regeln
- Mangel an Einhaltung der Regeln
- Hü-Hott-Erziehungsstil

Ausschluss ist eine familiäre Kommunikation, die durch Doppelbotschaften gekennzeichnet ist. Doppelbotschaften werden unter Kategorie 1 (gestörte Interaktion) kodiert.

Die Kategorie 6 *überzogene Anforderungen* umfasst vor allem Leistungsaspekte und wird kodiert, wenn die Eltern Erwartungen und Forderungen stellen, die der Jugendliche nicht erfüllen kann. Hierzu gehören vor allem Erwartungen an schulische Leistungen, die

- Lern- und
- Leistungsvoraussetzungen nicht berücksichtigen

Kategorie 18 *internalisierende Störungen* umfasst verschiedene Formen der sozialen Unsicherheit, die nur kodiert werden sollen, wenn folgende diagnostische Angaben explizit in der Akte genannt werden:

- übermäßige Schüchternheit, Ängstlichkeit, Unsicherheit
- Kontaktvermeidung
- Depressionen, körperliche Beschwerden

Ausschluss: Die Kategorie 18 wird nicht zugewiesen, wenn eine aggressive-dissoziale Störung (Kategorie 20) vorliegt.

Die Kategorie 24 *Opfer von Gewalttaten* umfasst nur außerfamiliäre Ereignisse. Familiäre Gewalt wird unter Misshandlung oder /und Missbrauch kodiert. Zu typischen außerfamiliären

- Überfälle, Raub, Bedrohung
- heftige Prügeleien unter Jugendlichen
- rechtsextremer Straf- und Gewalttaten

Ausschluss: familiäre bzw. häusliche Gewalt. Diese wird unter den Kategorien *körperliche Misshandlung* oder/und *sexueller Missbrauch* kodiert.

Die Kategorie 25 *Selbstgefährdung* umfasst alle Verhaltensweisen, die die körperliche oder seelische Gesundheit direkt gefährden (nicht mittelbar), damit umfasst diese Kategorie auch Selbstverletzungen bzw. Autoaggressives Verhalten. Hierzu gehören z.B.:

- S-Bahn-Surfen, Roofride,
- Schneiden, Ritzen, Aufkratzen der Haut, Verbrennungen
- exzessives Nägelkauen, Öffnen verheilender Wunden

Ausschluss: Drogenkonsum und Suizidalität, wenn nicht gleichzeitig Selbstverletzung und -beschädigung vorliegt. Drogenkonsum wird unter *Suchtgefährdung* bzw. in Tabelle 8 unter *Alkohol-, Drogen-, Med. Missbrauch (F10.x/F55.x)* kodiert. *Suizidalität* kann ebenfalls in Tabelle 8 kodiert werden.

Alle anderen Kategorien sind nur erfüllt, wenn die Problemlage wörtlich benannt wird.

### **Diagnosen: ICD-10 bzw. DSM-IV (Tabelle 8)**

Inhalte / Quellen: Die Kategorien der Tabelle 7 umfassen die wichtigsten Störungsbilder des ICD-10 Kapitel V(F). Kodiert werden kann die Störung unter Spalte ICD-10, wenn die Störung als Diagnose vorliegt. Üblicherweise können sie Krankenhausberichten (Epikrisen) und psychologischen Untersuchungsberichten entnommen werden.

Liegt keine Diagnose vor, so kann auffälliges Verhalten und Erleben im Sinne einer Störung in der Spalte Symptomumfeld kodiert werden. Hierbei gelten die allgemeinen Richtlinien des ICD-10 bzw. DSM-IV.

Besondere Hinweise:

- (1) Die Diagnosen unter F9 ICD-10 werden nur kodiert, wenn das Problem bereits vor der Einschulung bzw. vor dem 6. Lebensjahr bestand.
- (2) Wenn aus der Aktenlage ersichtlich wird, dass eine Störung als kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen vorliegt (ICD-10 F92), so sind die Kategorien Störungen des Sozialverhaltens (F91) und emotionale Störungen (F93) in der Spalte ICD-10 zu kodieren.
- (3) Suizidalität, überdurchschnittliche Intelligenz und Adipositas sind keine ICD-10 Kategorien, werden in dieser Tabelle jedoch als Problemlage mit aufgenommen und werden kodiert, wenn mindestens ein Suizidversuch unternommen wurde oder wiederholt Suizidphantasien thematisiert werden, eine Intelligenz (IQ) über 115 diagnostiziert wurde bzw. wenn der Hinweis auf Adipositas besteht (BMI ab 30).

Die aufgelisteten Störungen sind anzukreuzen, wenn sie in einem Bericht vor der Aufnahme oder im ersten Hilfeplan als Diagnose auftauchen. Wird keine der genannten Diagnosen vergeben, kann es dennoch Auffälligkeiten geben, die in das Symptomumfeld einer Diagnose fallen.

Tabelle 8: Diagnosen (ICD-10 bzw. DSM IV)		ICD-10	Symptom- umfeld	Nicht genannt	Anmerkungen
1	Organische, einschließlich sym. psychischer Störungen (F0)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
2	phobische Störungen / Angststörungen (F40/F41)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
3	Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
4	Dissoziative Störungen (F44)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
5	Somatisierungsstörung (F45)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
6	Bindungsstörungen (F94.1/F94.2)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
7	Essstörungen (F50)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
8	Schlafstörungen (F51)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
9	Störungen des Sozialverhaltens (F91)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
10	Alkohol-, Drogen-, Med. Missbrauch (F10.x/F55.x)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
11	Einnässen / Einkoten (F98.0/F98.1)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
12	Tic-, Zwang-, Bewegungsstörungen (F95/F42/F98.4)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
13	Intelligenz (F7x)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
14	umschriebene Entwicklungsstörung (F80-F83)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
15	tief greifende Entwicklungsstörung (F84)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
16	emotionale Störungen (F93)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
17	depressive Störungen (F32)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
18	Störungen des Sexualverhaltens (F52/F64-F66)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
19	Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivität (F90.x)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
20	Persönlichkeitsstörungen (F60-F62)	( <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> )	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
21	psychotische Störungen (F2)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
22	Suizidalität		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
23	Anmerkung bei überdurchschnittlicher Intelligenz		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
24	Adipositas		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
25	Sonstige: _____(Text)		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	

**(2) phobische Störungen / Angststörungen (F40/F41)**

Typische Symptome / Auffälligkeiten:

Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, Mundtrockenheit, Erstickungsgefühl, Hyperventilation, Brustschmerz oder Beklemmungsgefühl, Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden, Schwindel, Entfremdungsgefühle (De-realisation oder Depersonalisation), Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden, Angst zu sterben, Hitzegefühle oder Kälteschauer, Empfindungsstörungen (Parästhesien).

**(3) Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43)**

Besteht ein unmittelbarer und klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen einer außergewöhnlichen Belastung und dem Beginn der Symptomatik, so gehören Symptome wie depressive Stimmungen, Ängste, Ärger, Verzweiflung, Überaktivitäten und auffälliger Rückzug in das Symptomumfeld der Belastungs- und Anpassungsstörungen. Unter außergewöhnlichen Belastungen fallen z.B.: Verlust durch Todesfälle, Unfälle, Krieg, Verbrechen, Vergewaltigung, Naturkatastrophen sowie bedrohliche Veränderungen der sozialen Stellung bzw. des sozialen Netzes der Betroffenen.

**(4) Dissoziative Störungen (F44)**

Das Gemeinsame der dissoziativen Störungen ist eine plötzlich und zeitlich begrenzte Veränderung von Bewusstsein, Identitätserleben und der Wahrnehmung sowie der motorischen Kontrolle.

Typische Symptome / Auffälligkeiten:

- Flucht bzw. plötzliches Verlassen der Umgebung (Fugue)
- Trancezustände, Besessenheitszustände
- Reaktions- und Bewegungseinschränkungen (Stupor)

### (5) Somatisierungsstörung (F45)

Die Kategorie *Symptomumfeld der Somatisierungsstörungen* ist anzukreuzen, wenn mehrere unterschiedliche körperliche Symptome eindringlich thematisiert werden, die medizinisch untersucht wurden und kein Organkorrelat aufweisen. Es muss aus den Unterlagen hervorgehen, dass die Beschwerden seit langem bestehen.

Typische Symptome / Auffälligkeiten:

- Schmerzen im Kopf-, Bauch oder / und Rücken
- Durchfälle, Hyperventilation
- eine Neigung zur Hypochondrie (wobei die körperlichen Symptome wiederholt dargeboten und hartnäckig medizinische Untersuchungen gefordert werden)

### (6) Bindungsstörungen (F94.1/F94.2)

Die Bindungsstörungen gehören zu einer heterogenen Gruppe gestörter sozialer Funktionen. Sie beginnen in den ersten 5 Lebensjahren. Vermutlich spielen schwerwiegende Milieuschäden oder Deprivation eine entscheidende Rolle in der Entstehung der Problemlage.

Typische Symptome / Auffälligkeiten:

- Abnormes Beziehungsmuster zu Betreuungspersonen mit einer Mischung aus Annäherung und Vermeidung und Widerstand gegen Zuspruch
- Eingeschränkte Interaktion / Beeinträchtigung des sozialen Umgangs
- Gegen sich selbst und andere gerichtete Aggressionen

### (7) Essstörungen (F50)

Unter dem Oberbegriff Essstörungen werden zwei wichtige Syndrome beschrieben: Anorexie und Bulimie. Die Kategorie *Symptomumfeld der Essstörungen* ist anzukreuzen, wenn eine oder mehrere der folgenden Auffälligkeiten in der Akte verzeichnet sind:

Typische Symptome / Auffälligkeiten:

- Selbst verursachter bedeutsamer Gewichtsverlust oder
- Beibehaltung eines für das Alter zu niedrigen Körpergewichtes oder
- Überzeugungen, trotz Untergewichts zu dick zu sein (Körperbildstörung)
- Auffälliges Essverhalten (Essattacken, Erbrechen, Fasten etc.)

### (8) Schlafstörungen (F51)

Die Schlafstörung kann unterschiedliche Formen annehmen. Sie umfasst Störungen von Dauer, Qualität oder Zeitpunkt des Schlafes, die deutlichen Leidensdruck verursacht oder sich störend auf die soziale und schulisch-berufliche Leistungsfähigkeit auswirkt. Die Kategorie *Symptomumfeld der Schlafstörungen* ist anzukreuzen, wenn ein oder mehrere der folgenden Auffälligkeiten in der Akte verzeichnet sind.

Typische Symptome / Auffälligkeiten:

- Plötzliches Erwachen mit Panikschrei, vegetativer Erregung, intensiver Angst
- Desorientiertheit, erschwerte Erweckbarkeit
- Umhergehen während des Tiefschlafs (Schlafwandeln)
- Angstträume (häufige Wiederholungen gleicher oder ähnlicher Träume)

Weitere Bezeichnungen :

Somnambulismus, Hypersomnie, Pavor nocturnus

### (9) Störungen des Sozialverhaltens (F91)

Die Störungen des Sozialverhaltens umfassen ein Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens mit Verletzungen altersentsprechender sozialer Erwartungen, welches länger als 6 Monate besteht. Sie kommen oft gleichzeitig mit schwierigen psychosozialen Umständen (F91) vor und können mit deutlichen Symptomen einer emotionalen Störung, vorzugsweise Depression oder Angst, kombiniert sein (F92).

Wenn zwei oder mehr der folgenden Auffälligkeiten in der Akte berichtet werden, kann die Kategorie *Symptomumfelde zur Störung des Sozialverhaltens* kodiert werden.

Typische Symptome / Auffälligkeiten:

- Deutliches Maß an Ungehorsam, Streiten oder Tyrannisieren
- Ungewöhnlich häufige oder schwere Wutausbrüche
- Grausamkeit gegenüber anderen Menschen oder Tieren
- Erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum

- Zündeln, Stehlen, Häufiges Lügen
- Schuleschwänzen
- Weglaufen von zu Hause.

*(10) Alkohol-, Drogen-, Med. Missbrauch (F10.x/F55.x)*

Diese Gruppe umfasst verschiedene Störungen, deren Schweregrad von einer akuten, unkomplizierten Intoxikation und schädlichem Gebrauch bis hin zu psychotischen Störungen oder schweren Abhängigkeitssyndromen reicht. Die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen. Zur Kategorie des Symptomumfeldes von Substanzmissbrauch gehören folgende Auffälligkeiten, wenn diese Auffälligkeit nicht als einmaliger Versuch verstanden werden kann. Zur Kodierung bedarf es einer oder mehrere Auffälligkeiten:

Typische Symptome / Auffälligkeiten:

- Ein Konsumverhalten, das auf Dauer zu einer Gesundheitsschädigung führt
- Starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit der Menge des Konsums
- Auftreten einer Entzugserscheinung
- Anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutiger körperlich, psychisch o. sozial schädlicher Folgen

*(11) Einnässen / Einkoten (F98.0/F98.1)*

Einnässen (Enuresis) und Einkoten (Enkopresis) bezeichnet eine Blasenentleerung bzw. Stuhlgang am falschen Platz und zur falschen Zeit. Während diese Störungen im ICD-10 Alters- und Zeitkriterien erfüllen müssen, wird hier das Symptomumfeld der Störung kodiert bei einmaligem Auftreten.

*(12) Tic-, Zwang-, Bewegungsstörungen (F95/F42/F98.4)*

Hier werden aus verschiedenen Abschnitten des ICD-10 unterschiedliche Störungen zusammengefasst, die im Folgenden kurz beschrieben werden:

- Bei Tics handelt es sich um nicht rhythmische, weitgehend unwillkürliche Bewegungen (gewöhnlich in funktionell umschriebenen Muskelgruppen) oder Lautäußerungen, ohne dass ein offensichtlicher Zweck zu erkennen ist..
- Die Zwangsstörung ist gekennzeichnet durch sich wiederholende unangenehme Gedanken, Impulse oder Handlungen.
- Als Bewegungsstörungen werden gleichförmige Bewegungen von Kopf, Körper und Händen bezeichnet. Diese betreffen dabei meist eine gesamte Körperregion im Sinne einer integrierten zweckfreien und offensichtlich willensgestörten Bewegung.

Kodierregel: Wenn wörtlich von Tics, Zwängen oder auffälligen, stereotypen oder gleichförmigen Bewegungsabläufen berichtet wird, soll das Symptomumfeld dieser Kategoriegruppe kodiert werden.

*(13) unterdurchschnittliche Intelligenz (IQ < 85)*

Intelligenzminderung wird als eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten verstanden, wobei besondere Beeinträchtigungen von Fertigkeiten vorliegen, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Ferner liegt stets eine Beeinträchtigung des Anpassungsverhaltens vor. Sie ist gemäß internationaler Terminologie als grenzwertige Intelligenz im Bereich von IQ 85-70 definiert.

Eine Kodierung im Symptomumfeld ist nicht vorgesehen.

*(14) umschriebene Entwicklungsstörung (F80-F83)*

- Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung
- Auffälligkeiten schulischer Fähigkeiten (Teilleistungsstörungen):
  - Auffällige Schwierigkeiten beim Lesen und / oder Schreiben
  - Auffällige Schwierigkeiten beim Rechnen
  - Weitere Lernschwächen, Kenntnismangel etc.
- Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung

*(15) tief greifende Entwicklungsstörung (F84)*

Eine Gruppe von Störungen, die durch qualitative Beeinträchtigungen in gegenseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern sowie durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten charakterisiert sind. Diese Kategorie wird nur kodiert,

wenn ersichtlich wird, dass die Störung bereits vor der Einschulung (5. Lebensjahr) bestanden hat und folgende Störungen noch zur Abklärung ausstehen bzw. als Verdacht genannt werden:

- Asperger-Syndrom
- frühkindlicher / atypischer Autismus
- Rett-Syndrom

#### (16) emotionale Störungen (F93)

Bei diesen Störungen stellen Manifestationen von unrealistischer bzw. übermäßig ausgeprägter Angst die Hauptsymptomatik dar. Im Gegensatz zur Kategorie *phobische Störungen / Angststörungen (F40/F41)* sollten hier eine oder mehrere der folgenden Aspekte im Mittelpunkt stehen:

- Trennungsängste
- Geschwisterrivalität / Eifersucht
- Geschlechtsidentitätsstörung

#### (17) depressive Störungen (F32)

Es handelt sich um eine Störung mit gedrückter Stimmung, Verlust von Freude und Interesse und erhöhter Ermüdbarkeit. Die Symptomatik ist vielfältig, z.T. altersabhängig und wenig situationsgebunden. Somatische und/oder psychotische Symptome können zusätzlich vorhanden sein. Für die Kodierung der Auffälligkeiten im Symptomumfeld der depressiven Störung spielen Zeitkriterien und Ablauf keine Rolle, sondern nur das Stimmungsbild.

Typische Symptome / Auffälligkeiten:

- Gedrückte Stimmung ohne deutliche Abhängigkeit von bestimmten Lebensumständen
- Verlust von Interesse oder Freude
- Erhöhte Ermüdbarkeit
- Verlust von Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl
- Unbegründete Selbstvorwürfe
- Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten
- verminderter Antrieb
- Kopfschmerzen, gastrointestinale Beschwerden
- Störungen des Appetits
- Vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen

#### (18) Störungen des Sexualverhaltens (F52/F64-F66)

Zum Symptomumfeld dieser Kategorie gehören nicht nur Symptome und Störungen, die im ICD-10 aufgelistet werden (z.B. Transsexualismus, Transvestitismus, Fetischismus, Exhibitionismus, Voyeurismus, Sadismus, Masochismus) sondern auch unspezifische Auffälligkeiten wie z.B.

- Prostitution / Strichen
- auffälliges, sexualisiertes Verhalten
- Promiskuität

#### (19) Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivität (F90.x)

Hyperkinetische Störungen (HKS) sind durch ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität gekennzeichnet, das in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationsübergreifend auftritt. Die Störung beginnt vor dem Alter von 6 Jahren und sollte in mindestens 2 Lebensbereichen/Situationen (z.B. in der Schule, in der Familie, in der Untersuchungssituation) über mehr als 6 Monate auftreten.

Typische Symptome / Auffälligkeiten:

- Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit)
- Überaktivität (Hyperaktivität, motorische Unruhe)
- Impulsivität

#### (20) Persönlichkeitsstörungen (F60-F62)

„Persönlichkeitsstörungen“ erfassen für das Individuum typische stabile und beherrschende Verhaltensweisen, die sich als rigide Reaktionsmuster in unterschiedlichsten Lebenssituationen manifestieren und mit persönlichen Funktionseinbußen und/oder sozialem Leid einhergehen.

Hinweis: Diese Definition beinhaltet, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz aufgrund der noch vorhandenen Entwicklungspotenziale zurückhaltend gestellt werden sollte. Andererseits lässt sich bei einigen Persönlichkeitsstörungen ein eindeutiges Kontinuum zwischen den Verhaltensmustern in Kindheit und Jugend und denen des Erwachsenenalters nachweisen, so-

dass auch aus klinisch-praktischen Erwägungen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung in der späten Adoleszenz sinnvoll sein kann.

Diese Kategorie sollte nur bei einem expliziten Verdacht, der in der Akte notiert ist, kodiert werden.

**(21) psychotische Störungen (F2)**

Die psychotische Störung (Schizophrenie) ist gekennzeichnet durch eine grundlegende Störung des Realitätsbezuges. Die Klarheit des Bewusstseins ist in der Regel nicht beeinträchtigt. Es treten jedoch verschiedene Wahrnehmungsstörungen auf, vor allem im akustischen und optischen Bereich. Die Störung verläuft häufig in Phasen oder Schüben. Das Symptomumfeld kann bereits beim Vorliegen eines typischen Symptoms / einer Auffälligkeit kodiert werden.

Typische Symptome / Auffälligkeiten:

- Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
- Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des „Gemachten“ (eigene Gedanken, Gliederbewegungen, Empfindungen, Stimmungen und Wahrnehmungen werden als durch fremde Mächte und Kräfte hervorgerufen gemacht erlebt)
- Kommentierende oder dialogische Stimmen
- Anhaltende Wahnideen
- Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität ohne deutliche affektive Beteiligung
- Formale Denkstörungen wie Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt
- Katatone Symptome wie Erregung, wächserne Biegsamkeit, Mutismus oder Stupor

**(22) Suizidalität**

Suizidalität ist ein Symptom, keine Diagnose. Sie wird hier kodiert, wenn aus der Akte eindeutig hervorgeht, dass die betroffene Person Selbstmordphantasien hat oder einen Selbstmordversuch durchgeführt hat. Die Suizidalität muss eindeutig thematisiert werden.

**(23) Anmerkung bei überdurchschnittlicher Intelligenz**

Eine überdurchschnittliche Intelligenz soll kodiert werden, wenn der IQ-Wert von mindesten 115 (bzw. Prozentrang 85) diagnostiziert wurde.

**(24) Adipositas**

Adipositas soll kodiert werden, wenn ein Körpermasseindex (BMI) von 30 kg/m<sup>2</sup> berichtet wird, wobei hier keine Schweregrade unterschieden werden. Adipositas kann auch kodiert werden, wenn das Problem namentlich benannt wird oder von sehr starkem Übergewichtproblem wiederholt berichtet wird, auch wenn es keine Angaben zum BMI gibt.

**Krankheiten und Behinderungen (Tabelle 9)**

Tabelle 9: Krankheiten / Behinderungen		ja	nein
1	Atmungsorgane (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Verdauungstrakt (Bauchschmerz, Erbrechen)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Bewegungsapparat (Rheuma, Schmerzen)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Haut (Neurodermitits, Allergien)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Infektion (Tuberkulose, Aids etc.)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	Stoffwechsel (Diabetes)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Kopfschmerzen / Migräne	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	Sinnesbehinderungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9	andere: _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

### Ressourcen und Schutzfaktoren (Tabelle 10)

Inhalte / Quellen: Die Kategorien der Tabelle 10 umfassen Indikatoren zur Beschreibung personbezogener Ressourcen (Schutzfaktoren)

Tabelle 10: Ressourcen / Schutzfaktoren		ja	nein
1	soziale Interaktion / kommunikative Kompetenzen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	soziale Attraktivität	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	besondere Fähigkeiten und Leistungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Interessen, Aktivitäten, Freizeitbeschäftigung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Überzeugungen und Bewältigungsstrategien	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	Selbstsicherheit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Autonomie (Selbstständigkeit, Unabhängigkeit)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	Funktionen in der Familie (bzw. Gruppe)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9	stabiles, stützendes soziales Netz	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
10	Alltagspraktische Fähigkeiten (Körperhygiene, Ordnung)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
11	körperliche Gesundheit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
12	materielle Ressourcen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Die Kategorie 1 *soziale Interaktion / kommunikative Kompetenzen* wird kodiert, wenn aus der Akte ersichtlich wird, dass mindestens eine oder mehrere der folgenden Fähigkeiten vorhanden sind:

- Überzeugungsvermögen
- Schlagfertigkeit
- Empathie bzw. Einfühlungsvermögen

Die Kategorie 2 *soziale Attraktivität* ist zu kodieren, wenn die Person sehr beliebt ist. Oft, aber nicht zwangsläufig, ist soziale Attraktivität mit der äußeren positiven Erscheinung und guter Körperpflege verbunden. Typische Beschreibungen in den Akten sind:

- ansprechend, sympathisch, anziehend
- eigenständig, selbständig,
- Funktion in der Gruppe (z.B. Gruppenbzw. Klassensprecher)

Die Kategorie 3 *besondere Fähigkeiten und Leistungen* umfasst vor allem schulische Leistungen.

- Gute Noten in verschiedenen Fächern
- besonders guter Schulabschluss (Abitur, Mittlere Reife mit guten Noten)
- besondere sprachliche Fähigkeiten

Die Kategorie 4 *Interessen, Aktivitäten, Freizeitbeschäftigung* umfasst vor allem außerschulische Aktivitäten und Interessen. Hierzu gehören vor allem:

- Sportliche Aktivitäten (z.B. Sportverein)
- Musik (z.B. Spielen eines Instrumentes)
- Interesse an Literatur

### Drogenkonsum und Delinquenz (Tabelle 11 und Tabelle 12)

Inhalte / Quellen: Die Kategorien der Tabelle 11 beschreiben den Drogenkonsum. Die Informationen können aus Krankenhausberichte (Epikriesen), psychologischen Untersuchungsberichten und dem ersten Hilfeplan entnommen werden.

Tabelle 11: Drogenkonsum		ja	nein
1	Alkohol	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Cannabis	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Amphetamine	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Medikamente	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Halluzinogene	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	Schnüffeln	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	andere harte Drogen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Zur Bestätigung des Drogenkonsums muss keine IDC-10 (F10.x/F55.x) vorliegen. Der Drogenkonsum soll nur mit „ja“ kodiert werden, wenn der Konsum explizit als Problem, als Gefährdung oder Ursache für Folgeprobleme beschrieben wird. Hierzu gehören beispielsweise ausdrückliche

- Anmerkungen im Hilfeplan, psychologische Gutachten zur Suchtgefährdung
- Selbstberichte (z.B. starker Wunsch oder Zwang zum Konsum)
- Hinweise zur Vernachlässigung bedeutsamer Verpflichtungen (z.B. Schule)

Die Kategorie 1 *Alkohol* wird kodiert, wenn der Konsum als Problem auffällig geworden ist. Ein Problem impliziert regelmäßigen bzw. wiederholten Konsum oder Toleranzbildung oder Konsumzwang oder Konflikte in der TWG, die mit dem Konsum in Zusammenhang stehen.

Die Kategorie 2 *Cannabis* (Hanf, Marihuana bzw. Haschisch) wird kodiert, wenn der Konsum als Problem auffällig geworden ist. Ein Problem impliziert regelmäßigen bzw. wiederholten Konsum oder Toleranzbildung oder Konsumzwang oder Konflikte in der TWG, die mit dem Konsum in Zusammenhang stehen.

Die Kategorie 3 *Amphetamine* umfasst den Konsum von Substanzen, die eine temporäre Leistungssteigerung bewirken (Aufputzmittel, Stimulanzien, Weckamine). Hierzu gehören z.B. Substanzen mit den Straßennamen Ecstasy, Speed, Ice wie auch der Wirkstoff Methylphenidat (Ritalin).

Die Kategorie 4 *Medikamente* umfasst vor allem den Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Hierzu gehören vor allem Barbiturate (Medikamente, die eine dämpfende, angst- und spannungslösende Wirkung haben) und Benzodiazepine (Beruhigungsmittel und Schlafmittel). Diese Kategorie wird nicht kodiert, wenn die Substanz ärztlich verschrieben wurde. Des Weiteren fällt hierunter auch der Missbrauch von Abführmittel bei Essstörungen.

Die Kategorie 5 *Halluzinogene* umfasst den Konsum von Substanzen, die Wahrnehmungsveränderungen hervorrufen. Hierzu gehören vor allem die unter den Straßennamen bezeichneten Substanzen: LSD, Magic Mushrooms, und Angel Dust.

Die Kategorie 6 *Schnüffelstoffe* umfasst u.a. das absichtliche Inhalieren von Dämpfen diverser Lösungsmittel. Gebräuchliche Schnüffelsubstanzen sind z.B. Klebstoffe, Lacke, Nagellackentferner.

Die Kategorie 7 *andere harte Drogen* bezeichnet Substanzen, die schnell zu körperlichen und/oder psychischen Abhängigkeiten führen. Hier können vor allem Opiaten (Opium, Morphin, Heroin) kodiert werden.

Spezielle Substanzen, die namentlich genannt werden (insbesondere med. Fachbezeichnungen, auf die hier nicht im Einzelnen eingegangen werden kann), sollten als Anmerkung notiert werden, sodass eine spätere Klassifizierung möglich ist.

Inhalte / Quellen: Tabelle 12 umfasst Kategorien typischer Straftaten. Die Angaben sind i.d.R. dem ersten Hilfeplan und anderen Berichten, die vor der Aufnahme verfasst wurden, zu entnehmen.

Tabelle 12: Polizeilich ermittelte Straftaten		ja	nein
1	Gewalttaten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Körperverletzung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Hassverbrechen (z.B. Rechtsradikale Taten)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Sexuelle Übergriffe/Missbrauch	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Einbruch / Diebstahl	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	Rauschgiftdelikte (BtMG)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Verstoß gegen Waffengesetz	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	Sachbeschädigungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9	Betrug	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
10	Beleidigung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
<b>... vor der Aufnahme</b>			
12	Verurteilung(en) nach Jugendstrafrecht	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
13	Laufende(s) Gerichtsverfahren	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Die Kategorien sind nur dann mit „ja“ zu kodieren, wenn die Taten polizeilich gemeldet bzw. ermittelt wurden. D.h., Taten mit juristischer Relevanz, die nicht strafrechtlich verfolgt wurden, werden hier mit „nein“ kodiert.

Zum Beispiel: Der Konsum illegaler Drogen (siehe Tabelle 11) ist ein Rauschgiftdelikt und damit ein Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Der Tatbestand wird nur mit „ja“ kodiert, wenn der Polizei die Straftat bekannt ist und ermittelt wurde, anderenfalls wird der Tatbestand mit „nein“ kodiert.

### **Interventionsbedürftige Probleme (Tabelle 13)**

Inhalte / Quellen: Die Kategorien der Tabelle 13 dienen der Erfassung der interventionsbedürftigen Probleme, die zur Aufnahmezeit bestanden haben. Daher werden hier nur Angaben kodiert, die im 1. Hilfeplan stehen oder den Epikrisen entnommen werden können. Andere Berichte dürfen nur Berücksichtigung finden, wenn deutlich wird, dass die Probleme bereits vor der Aufnahme bestanden haben.

Tabelle 13: Interventionsbedürftige Probleme		ja	nein
1	Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Gesundheitsverhalten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Mangelhafte Körperhygiene	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Mangelnde Krankheitseinsicht	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Auffälligkeiten im Essverhalten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	Alkohol-/Drogen-/Medikamentenmissbrauch	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Schlafprobleme	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	Körperliche Begleitsymptome/psychosomatische Symptome	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9	Aufmerksamkeitsdefizit/Impulsivität/motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
10	Aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
11	Delinquenz (mit formalen Sanktionen belegt)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
12	Regelverletzungen (intern/extern)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
13	Fehlerhafter Umgang mit Geld	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
14	Mangelhafte Alltagsstrukturierung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
15	Ungünstiges Freizeitverhalten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
16	Dissoziales Verhalten (z. B. Lügen, Schuleschwänzen)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
17	Mangelnde soziale Kompetenz	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
18	Unselbstständigkeit/mangelnde Autonomie	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
19	Unzulänglicher Umgang mit lebenspraktischen Problemen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
20	Auffälligkeiten im Sexualverhalten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
21	Soziale Unsicherheit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
22	Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
23	Suizidale Tendenzen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
24	Angstproblematik	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
25	Depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
26	Relative Leistungsschwäche in der Schule	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
27	Teilleistungsschwäche (z. B. Lesen/Rechnen)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
28	Schulangst (z. B. massive Prüfungängste)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
29	Unzulängliche schulische oder berufliche Orientierung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
30	Sonstige	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Die Kategorie 3 *ungünstiges Freizeitverhalten* beschreibt sowohl einen inneren Rückzug der Jugendlichen, als auch besondere Aktivitäten, die gefährlich oder schädlich sein können. Hierzu gehören:

- auffälliger Rückzug, Kontaktmangel (z.B. im eigenen Zimmer verkriechen)
- völlige Interesselosigkeit
- Drogenbeschaffung oder -handel
- S-Bahn-Surfen

Hinweis: Drogenkonsum wird unter Kategorie 6 *Alkohol-/Drogen-/Medikamentenmissbrauch* kodiert und geht nicht zwangsläufig mit ungünstigem Freizeitverhalten einher.

## Durchführung der Maßnahmen

### Interventionsformen (Tabelle 14)

Inhalte / Quellen: Die Tabelle 14 listet wichtige Kategorien sozial- und psychotherapeutischer Maßnahmen auf. Die Angaben sind vor allem den Entwicklungsberichten zu entnehmen.

Tabelle 14: Sozial- und psychotherapeutische Maßnahmen		ja	nein
1	Familientherapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Kunsttherapeutische Angebote	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Erlebnispädagogische Angebote (Reisen)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Antiaggressions- und Antigewalttraining	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Sozialtraining /Soziale Gruppen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	sonstiges _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Da in den therapeutischen Einrichtungen i.d.R. Gruppengespräche, Elterngespräche angeboten und durchgeführt werden, sollen hier nur besondere therapeutische Interventionen erfasst werden. Die Maßnahmen müssen nicht innerhalb der therapeutischen Wohngemeinschaften durchgeführt werden.

### Compliance (Tabelle 15)

Tabelle 15: Kooperation / Compliance		ja	nein
1	Regeleinhaltung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Terminvereinbarungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Akzeptanz der Ziele	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Interessen an therapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	positive Beziehung zum Personal	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	Kooperatives Verhalten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Einlassen, Offenheit, Bereitschaft	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

### Andere Maßnahmen (Tabelle 16)

Tabelle 16: Andere Maßnahmen		ja	nein
1	Krisenkonferenz(en)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Klinkaufenthalt (Psychiatrie)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Klinikaufenthalte (körperliche Erkrankungen)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Psychopharmaka	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	andere Medikamente	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	Beurlaubungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Schulbefreiungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	Krankschreibungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9	Verwarnungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
10	Sonstige Maßnahmen _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

## Abschluss der Maßnahmen

### Veränderungen der Probleme (Tabelle 17)

Inhalte / Quellen: Die Tabelle 17 beschreibt mögliche Veränderungen der Probleme, die mit der Tabelle 13 erfasst wurden. Die Informationen sollen aus dem Abschlussbericht und / oder dem letzten Entwicklungsbericht entnommen werden.

Tabelle 17: Veränderungen der Probleme		+	?	-
1	Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Gesundheitsverhalten	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Mangelhafte Körperhygiene	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Mangelhafte Krankheitseinsicht	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Auffälliges Essverhalten	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	Drogenmissbrauch	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Schlafprobleme	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	Psychosomatische Symptome	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9	Impulsivität	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
10	Aggression	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
11	Delinquenz	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
12	Regelverletzung	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
13	Fehlerhafter Umgang mit Geld	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
14	Mangelhafte Alltagsstrukturierung	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
15	Ungünstiges Freizeitverhalten	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
16	Dissoziales Verhalten	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
17	Mangelnde soziale Kompetenz	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
18	Mangelnde Autonomie	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
19	Mangelnde Problembewältigung	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
20	Auffälliges Sexualverhalten	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
21	Soziale Unsicherheit	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
22	Selbstverletzung	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
23	Suizidalität	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
24	Angstproblematik	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
25	Depression	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
26	Schulprobleme (motivational)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
27	Teilleistungsschwächen	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
28	Schulängste	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
29	Schul-, Berufsorientierung	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
30	Sonstige	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

#### Kodierregeln:

- Wird aus dem letzten Bericht deutlich, dass das umschriebene Problem sich positiv verändert hat, wird der Bereich mit „+“ kodiert.
- Wird aus dem letzten Bericht deutlich, dass das umschriebene Problem sich verschlimmert hat, wird der Bereich mit „-“ kodiert.
- Wird der Problembereich im letzten Bericht nicht angesprochen oder wird keine Veränderung berichtet, dann wird der Bereich mit „?“ kodiert.

Inhaltlich entsprechen diese Problemkategorien den Angaben, die in Tabelle 13 erfasst wurden.

**Art der Beendigung (Tabelle 18 und Tabelle 19)**

Inhalte / Quellen: Beide Tabellen (Tabelle 18 und Tabelle 19) nehmen Bezug auf den Abschluss der Maßnahme. Die Information soll aus dem Abschlussbericht und / oder dem letzten Entwicklungsbericht entnommen werden.

Tabelle 18: Art der Beendigung		ja	nein
1	abgestimmt, planmäßig beendet	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	abgebrochen aufgrund ...	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	... Initiative Kostenträger	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	... Initiative Jugendlicher	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	... Initiative Sorgeberechtigte(r)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	... Initiative Einrichtung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	... Inhaftierung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Tabelle 19: Bei Abbruch bitte Gründe nennen		ja	nein
1	Verschlimmerung der Problematik	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	aktuelle Vorkommnisse (neue Partnerschaft)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	falsche, aus fachlicher Sicht nicht ausreichende Hilfe	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	eine weniger intensive Hilfe ist ausreichend	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	fehlende Mitarbeit des Jugendlichen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	fehlende Mitarbeit des Jugendamtes (z.B. Kosten)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Die Kategorien schließen sich nicht aus, Mehrfachkodierungen sind möglich. Wenn die Maßnahme abgebrochen wird (Tabelle 18, 2), soll sowohl die Initiative zum Abbruch, als auch Gründe, die zum Abbruch geführt haben, kodiert werden.

Beispiele: Eine Jugendliche, die sich verliebt und zu ihrem Freund zieht, bricht die Maßnahme ab, wenn eindeutige Bedenken von Seiten des Therapeutenteams geäußert werden. Kodiert wird der Fall durch Bestätigung der Kategorie *abgebrochen* und als *Initiative des Jugendlichen* (Tabelle 18). Des Weiteren wird die Kategorie *aktuelle Vorkommnisse / neue Partnerschaft* bestätigt (Tabelle 19).

**Geplante Maßnahmen nach Beendigung (Tabelle 20 und Tabelle 21)**

Inhalte / Quellen: Beide Tabellen (Tabelle 20 und Tabelle 21) erfassen Anschlussmaßnahmen. Die Information soll aus dem Abschlussbericht und / oder dem letzten Entwicklungsbericht entnommen werden.

Tabelle 20: Geplante berufliche / schulische Situation nach Beendigung der Maßnahme		ja	nein
1	Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Gelegenheitsjobs	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Ausbildung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Berufsvorbereitende Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Schule	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	arbeitslos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	entfällt (z.B. noch schulpflichtig)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9	unbekannt	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Tabelle 21: Geplante Anschlusshilfen		ja	nein
1	§19 KJHG Vater-/Mutter-Kind-Einrichtung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	§30 KJHG Erziehungsbeistand, Betreuungshilfe	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	§31 KJHG Sozialpädagogische Familienhilfe	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	§34 KJHG Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	§35 KJHG Intensive sozialpäd. Einzelfallbetreuung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	§35a KJHG Eingliederungshilfen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	§53 /54 SGB XII Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	§67ff SGB XII besondere soziale Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9	offene Beratung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
10	ambulante psych. Behandlung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
11	Psychiatrie, stationär	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
12	Nachbetreuung § _____, _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
13	andere § _____, _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

### **Wohnsituation nach Abschluss der Hilfe (Tabelle 22)**

Inhalte / Quellen: Die Tabelle erfasst die neue Wohnsituation der Jugendlichen nach der Maßnahme. Die Information soll aus dem Abschlussbericht und / oder dem letzten Entwicklungsbericht entnommen werden.

Tabelle 22: Wohnsituation nach Abschluss der Hilfe		⊗
1	eigene Wohnung (Zimmer in WG)	<input type="radio"/> <sub>1</sub>
2	eigene Wohnung mit Partner/ -in	<input type="radio"/> <sub>2</sub>
3	bei leibl. Eltern oder einem Elternteil	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
4	bei leibl. Eltern mit Partner/ -in	<input type="radio"/> <sub>4</sub>
5	bei anderen Angehörigen (z.B. Großeltern)	<input type="radio"/> <sub>5</sub>
6	bei Freunden / Freundinnen /Partner bzw. Partnerin	<input type="radio"/> <sub>6</sub>
7	stationäre Jugendhilfeeinrichtung (z.B. Jug. WG)	<input type="radio"/> <sub>7</sub>
8	Betreutes Einzelwohnen (Jugendhilfe)	<input type="radio"/> <sub>8</sub>
9	Lebensmittelpunkt Straße (Trebeingang)	<input type="radio"/> <sub>9</sub>
10	Psychiatrie, stationär	<input type="radio"/> <sub>10</sub>
11	Flüchtlingshilfe / Asyl	<input type="radio"/> <sub>11</sub>
12	Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	<input type="radio"/> <sub>12</sub>
13	Sonstige	<input type="radio"/> <sub>13</sub>
14	unbekannt	<input type="radio"/> <sub>14</sub>

Kodierregeln: Ist die Wohnsituation nicht stabil bzw. wechselhaft, so kann diese Situation unter „sonstige Wohnsituation“ vermerkt werden und durch eine Anmerkung beschrieben werden.

Die Kategorie „Lebensmittelpunkt Straße (Trebeingang)“ wird nur vergeben, wenn diese explizit benannt wird und die betroffene Person nicht in Einrichtungen der Wohnungshilfe (z.B. Treberhilfe) untergekommen ist.

### **1.1.3 Literatur**

Dillinger, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1999). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Bern: Huber.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2008). Leitlinien für Diagnostik und Therapie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. AWMF online. Verfügbar unter: <http://leitlinien.net/> [15.07.2008].

## 1.2 Erhebungsbogen (Kodierplan)

Fall Nr. \_\_\_\_\_

Einrichtung \_\_\_\_\_ Beginn: \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_

Tabelle 1: Geschlecht des Jugendlichen		⊗
1	männlich	O <sub>1</sub>
2	weiblich	O <sub>2</sub>
3	Geburtsdatum: _____	
4	Migration (Land _____)	ja <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nein <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

(Bitte nur ausfüllen, wenn Deckblatt nicht vorhanden.)

Tabelle 2: Zuletzt wohnhaft (Aufenthalt)		⊗
1	mit beiden leiblichen Eltern, verheiratet	O <sub>1</sub>
2	mit beiden leiblichen Eltern, in Lebensgemeinschaft	O <sub>2</sub>
3	allein erziehende leibliche Mutter / Vater	O <sub>3</sub>
4	Stieffamilie	O <sub>4</sub>
5	Großeltern	O <sub>5</sub>
6	Pflegefamilie	O <sub>6</sub>
7	Adoptivfamilie (ohne leibl. Eltern)	O <sub>7</sub>
8	andere Verwandte	O <sub>8</sub>
9	eigene Wohnung	O <sub>9</sub>
10	Mutter-Vater-Kind-Einrichtung (§19)	O <sub>10</sub>
11	andere Jugendhilfeeinrichtungen	O <sub>11</sub>
12	Krankenhaus	O <sub>12</sub>
13	Psychiatrie (stationär)	O <sub>13</sub>
14	Haft	O <sub>14</sub>
15	Flüchtlingshilfe /Asyl	O <sub>15</sub>
16	Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	O <sub>16</sub>
17	Lebensmittelpunkt Straße (Trebegang)	O <sub>17</sub>
18	Inobhutnahmestelle (§42)	O <sub>18</sub>
19	Freund / Freundin / Bekannte	O <sub>19</sub>
20	unbekannt	O <sub>20</sub>
21	andere Unterkünfte	O <sub>21</sub>

Tabelle 3: Zuletzt besuchte Schule		⊗
1	Grundschule	<input type="radio"/> <sub>1</sub>
2	Hauptschule	<input type="radio"/> <sub>2</sub>
3	Realschule	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
4	Gymnasium	<input type="radio"/> <sub>4</sub>
5	Gesamtschule	<input type="radio"/> <sub>5</sub>
6	Projektschulen	<input type="radio"/> <sub>6</sub>
7	Förder- und Sonderschulen (bei Lernbehinderung)	<input type="radio"/> <sub>7</sub>
8	andere Schulform (z.B. Oberstufenzentrum) _____	<input type="radio"/> <sub>8</sub>
9	höchster Schulabschluss: _____	<input type="radio"/> <sub>9</sub>

Tabelle 4: Berufsbildungsmaßnahmen		⊗
1	Ausbildung auf dem freien Markt	<input type="radio"/> <sub>1</sub>
2	Ausbildung in beschützter Werkstätte / im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahmen / und Ähnliches	<input type="radio"/> <sub>2</sub>
3	Ausbildung in einem heiminternen Betrieb	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
4	Förderlehrgang	<input type="radio"/> <sub>4</sub>
5	Maßnahme des Arbeitsamt	<input type="radio"/> <sub>5</sub>
6	keine Berufsbildungsmaßnahmen	<input type="radio"/> <sub>6</sub>
7	andere Maßnahmen	<input type="radio"/> <sub>7</sub>
8	entfällt, trifft altersbedingt nicht zu	<input type="radio"/> <sub>8</sub>
9	entfällt, Ausbildung bereits beendet	<input type="radio"/> <sub>9</sub>
10	unbekannt	<input type="radio"/> <sub>10</sub>

Tabelle 5: Bisherige Maßnahmen		ja	nein
<b>Jugendhilfe ...</b>			
1	ambulant	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	teilstationär	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	stationär	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
<b>Psychiatrie ...</b>			
1	ambulant	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	teilstationär	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	stationär	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Medikamentöse Behandlung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	andere Maßnahmen _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Tabelle 6: Initiative zur Aufnahme		ja	nein
1	Selbstmelder / Selbstmelderin	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Eltern	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Jugendamt	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Notdienst /Kriseneinrichtung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	andere Jugendhilfeeinrichtungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	sonstige _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Tabelle 7: Gründe der Aufnahme		Ja	Nein
1	gestörte Interaktion zwischen den Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	familiäre Suchtprobleme	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	übertriebene Fürsorge	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Vernachlässigung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	inkonsequentes Erziehungsverhalten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	überzogene Anforderungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Ausfall eines Elternteils (z.B. Trennung, Tod)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	Inhaftierung eines Elternteils	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9	körperlicher Misshandlung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
10	sexueller Missbrauch	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
11	psychiatrische Erkrankungen eines Elternteils	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
12	Migrations- und Fluchtproblematik der Eltern	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
13	Schulschwänzen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
14	Lern- und Leistungsprobleme (nicht motivationsbedingt)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
15	motivationsbedingte schulische Probleme	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
16	Gefährdung durch soziales Umfeld (nicht familiär)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
17	Suchtgefährdung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
18	internalisierende Störungen (soziale Unsicherheit)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
19	Suizidalität	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
20	dissoziale Störungen (Aggressivität, Delinquenz)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
21	Weglaufen (Trebe)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
22	Straffälligkeit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
23	Migrations- und Fluchtproblematik des Kindes	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
24	Opfer von Gewalttaten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
25	Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
26	Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Tabelle 8: Diagnosen (ICD-10 bzw. DSM IV)		ICD10	Symptom- umfeld	Nicht genannt	Anmerkungen
1	Organische, einschließlich sym. psychischer Störungen (F0)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
2	phobische Störungen / Angststörungen (F40/F41)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
3	Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
4	Dissoziative Störungen (F44)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
5	Somatisierungsstörung (F45)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
6	Bindungsstörungen (F94.1/F94.2)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
7	Essstörungen (F50)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
8	Schlafstörungen (F51)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
9	Störungen des Sozialverhaltens (F91)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
10	Alkohol-, Drogen-, Med. Missbrauch (F10.x/F55.x)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
11	Einnässen / Einkoten (F98.0/F98.1)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
12	Tic-, Zwang-, Bewegungsstörungen (F95/F42/F98.4)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
13	Intelligenz (F7x)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
14	umschriebene Entwicklungsstörung (F80-F83)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
15	tief greifende Entwicklungsstörung (F84)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
16	emotionale Störungen (F93)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
17	depressive Störungen (F32)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
18	Störungen des Sexualverhaltens (F52/F64-F66)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
19	Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivität (F90.x)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
20	Persönlichkeitsstörungen (F60-F62)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
21	psychotische Störungen (F2)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
22	Suizidalität		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
23	Anmerkung bei überdurchschnittlicher Intelligenz		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
24	Adipositas		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
25	Sonstige: _____(Text)		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	

Tabelle 9: Krankheiten / Behinderungen		ja	nein
1	Atmungsorgane (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Verdauungstrakt (Bauchschmerz, Erbrechen)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Bewegungsapparat (Rheuma, Schmerzen)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Haut (Neurodermitits, Allergien)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Infektion (Tuberkulose, Aids etc.)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	Stoffwechsel (Diabetes)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Kopfschmerzen / Migräne	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	Sinnesbehinderungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9	andere: _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Tabelle 10: Ressourcen / Schutzfaktoren		ja	nein
1	soziale Interaktion / kommunikative Kompetenzen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	soziale Attraktivität	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	besondere Fähigkeiten und Leistungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Interessen, Aktivitäten, Freizeitbeschäftigung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Überzeugungen und Bewältigungsstrategien	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	Selbstsicherheit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Autonomie (Selbstständigkeit, Unabhängigkeit)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	Funktionen in der Familie (bzw. Gruppe)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9	stabiles, stützendes soziales Netz	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
10	Alltagspraktische Fähigkeiten (Körperhygiene, Ordnung)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
11	körperliche Gesundheit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
12	materielle Ressourcen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Tabelle 11: Drogenkonsum		ja	nein
1	Alkohol	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Cannabis	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Amphetamine	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Medikamente	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Halluzinogene	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	Schnüffeln	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	andere harte Drogen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Tabelle 12: Polizeilich ermittelte Straftaten		ja	nein
1	Gewalttaten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Körperverletzung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Hassverbrechen (z.B. Rechtsradikale Taten)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Sexuelle Übergriffe/Missbrauch	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Einbruch / Diebstahl	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	Rauschgiftdelikte (BtMG)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Verstoß gegen Waffengesetz	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	Sachbeschädigungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9	Betrug	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
10	Beleidigung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
<b>... vor der Aufnahme</b>			
12	Verurteilung(en) nach Jugendstrafrecht	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
13	Laufende(s) Gerichtsverfahren	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Tabelle 13: Interventionsbedürftige Probleme		ja	nein
1	Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Gesundheitsverhalten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Mangelhafte Körperhygiene	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Mangelnde Krankheitseinsicht	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Auffälligkeiten im Essverhalten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	Alkohol-/Drogen-/Medikamentenmissbrauch	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Schlafprobleme	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	Körperliche Begleitsymptome/psychosomatische Symptome	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9	Aufmerksamkeitsdefizit/Impulsivität/motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
10	Aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
11	Delinquenz (mit formalen Sanktionen belegt)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
12	Regelverletzungen (intern/extern)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
13	Fehlerhafter Umgang mit Geld	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
14	Mangelhafte Alltagsstrukturierung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
15	Ungünstiges Freizeitverhalten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
16	Dissoziales Verhalten (z. B. Lügen, Schuleschwänzen)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
17	Mangelnde soziale Kompetenz	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
18	Unselbstständigkeit/mangelnde Autonomie	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
19	Unzulänglicher Umgang mit lebenspraktischen Problemen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
20	Auffälligkeiten im Sexualverhalten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
21	Soziale Unsicherheit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
22	Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
23	Suizidale Tendenzen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
24	Angstproblematik	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
25	Depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
26	Relative Leistungsschwäche in der Schule	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
27	Teilleistungsschwäche (z. B. Lesen/Rechnen)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
28	Schulangst (z. B. massive Prüfungsjängste)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
29	Unzulängliche schulische oder berufliche Orientierung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
30	Sonstige	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Tabelle 14: Sozial- und psychotherapeutische Maßnahmen		ja	nein
1	Familientherapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Kunsttherapeutische Angebote	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Erlebnispädagogische Angebote (Reisen)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Antiaggressions- und Antigewalttraining	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Sozialtraining /Soziale Gruppen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	sonstiges _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Tabelle 15: Kooperation / Compliance		ja	nein
1	Regeleinhaltung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Terminvereinbarungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Akzeptanz der Ziele	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Interessen an therapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	positive Beziehung zum Personal	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	Kooperatives Verhalten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Einlassen, Offenheit, Bereitschaft	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Tabelle 16: Andere Maßnahmen		ja	nein
	Krisenkonferenz(en)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
	Klinkaufenthalt (Psychiatrie)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
	Klinikaufenthalte (körperliche Erkrankungen)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
	Psychopharmaka	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
	andere Medikamente	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
	Beurlaubungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
	Schulbefreiungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
	Krankschreibungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
	Verwarnungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
	Sonstige Maßnahmen _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Tabelle 17: Veränderungen der Probleme		+	?	-
1	Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Gesundheitsverhalten	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Mangelhafte Körperhygiene	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Mangelhafte Krankheitseinsicht	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Auffälliges Essverhalten	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	Drogenmissbrauch	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Schlafprobleme	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	Psychosomatische Symptome	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9	Impulsivität	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
10	Aggression	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
11	Delinquenz	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
12	Regelverletzung	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
13	Fehlerhafter Umgang mit Geld	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
14	Mangelhafte Alltagsstrukturierung	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
15	Ungünstiges Freizeitverhalten	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
16	Dissoziales Verhalten	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
17	Mangelnde soziale Kompetenz	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
18	Mangelnde Autonomie	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
19	Mangelnde Problembewältigung	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
20	Auffälliges Sexualverhalten	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
21	Soziale Unsicherheit	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
22	Selbstverletzung	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
23	Suizidalität	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
24	Angstproblematik	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
25	Depression	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
26	Schulprobleme (motivational)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
27	Teilleistungsschwächen	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
28	Schulängste	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
29	Schul-, Berufsorientierung	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
30	Sonstige	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Tabelle 18: Art der Beendigung		ja	nein
1	abgestimmt, planmäßig beendet	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	abgebrochen aufgrund ...	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	... Initiative Kostenträger	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	... Initiative Jugendlicher	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	... Initiative Sorgeberechtigte(r)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	... Initiative Einrichtung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	... Inhaftierung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Tabelle 19: Bei Abbruch bitte Gründe nennen		ja	nein
1	Verschlimmerung der Problematik	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	aktuelle Vorkommnisse (neue Partnerschaft)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	falsche, aus fachlicher Sicht nicht ausreichende Hilfe	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	eine weniger intensive Hilfe ist ausreichend	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	fehlende Mitarbeit des Jugendlichen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	fehlende Mitarbeit des Jugendamtes (z.B. Kosten)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Tabelle 20: Geplante berufliche / schulische Situation nach Beendigung der Maßnahme		ja	nein
1	Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	Gelegenheitsjobs	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	Ausbildung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	Berufsvorbereitende Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	Schule	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	arbeitslos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	entfällt (z.B. noch schulpflichtig)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9	unbekannt	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Tabelle 21: Geplante Anschlusshilfen		ja	nein
1	§19 KJHG Vater-/Mutter-Kind-Einrichtung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
2	§30 KJHG Erziehungsbeistand, Betreuungshilfe	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
3	§31 KJHG Sozialpädagogische Familienhilfe	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
4	§34 KJHG Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
5	§35 KJHG Intensive sozialpäd. Einzelfallbetreuung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6	§35a KJHG Eingliederungshilfen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	§53 /54 SGB XII Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	§67ff SGB XII besondere soziale Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9	offene Beratung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
10	ambulante psych. Behandlung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
11	Psychiatrie, stationär	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
12	Nachbetreuung §_____, _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
13	andere §_____, _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

Tabelle 22: Wohnsituation nach Abschluss der Hilfe		⊗
1	eigene Wohnung (Zimmer in WG)	O <sub>1</sub>
2	eigene Wohnung mit Partner/ -in	O <sub>2</sub>
3	bei leibl. Eltern oder einem Elternteil	O <sub>3</sub>
4	bei leibl. Eltern mit Partner/ -in	O <sub>4</sub>
5	bei anderen Angehörigen (z.B. Großeltern)	O <sub>5</sub>
6	bei Freunden / Freundinnen /Partner bzw. Partnerin	O <sub>6</sub>
7	stationäre Jugendhilfeeinrichtung (z.B. Jug. WG)	O <sub>7</sub>
8	Betreutes Einzelwohnen (Jugendhilfe)	O <sub>8</sub>
9	Lebensmittelpunkt Straße (Trebeingang)	O <sub>9</sub>
10	Psychiatrie, stationär	O <sub>10</sub>
11	Flüchtlingshilfe / Asyl	O <sub>11</sub>
12	Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	O <sub>12</sub>
13	Sonstige	O <sub>13</sub>
14	unbekannt	O <sub>14</sub>

## 1.3 Ergebnisse des quantitativen Untersuchungsteils

### 1.3.1 Häufigkeitstabellen

**Tabelle A 1: Angaben zur Person**

Alter	Kennziffer	Geschlecht	Anzahl	Prozent	Migration	Anzahl	Prozent
<b>M</b>	17.1	weiblich	99	42.1	ja	181	21.9
<b>SD</b>	1.7	männlich	136	57.9	nein	51	78.1
<b>N</b>	229		235			232	

Anmerkung: M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, N = Gültige Angaben

**Tabelle A 2: Zuletzt wohnhaft (Aufenthalt)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	mit beiden leiblichen Eltern, verheiratet	11	4,6	4,7
	mit beiden leiblichen Eltern, in Lebensgemeinschaft	43	18,1	18,3
	allein erziehende leibliche Mutter / Vater	7	3,0	3,0
	Stieffamilie	1	,4	,4
	Großeltern	1	,4	,4
	Pflegefamilie	2	,8	,9
	Adoptivfamilie (ohne leibl. Eltern)	2	,8	,9
	andere Verwandte	4	1,7	1,7
	eigene Wohnung	62	26,2	26,4
	Mutter-Vater-Kind-Einrichtung (§19)	2	,8	,9
	andere Jugendhilfeeinrichtungen	72	30,4	30,6
	Krankenhaus	3	1,3	1,3
	Psychiatrie (stationär)	17	7,2	7,2
	Haft	4	1,7	1,7
	Flüchtlingshilfe /Asyl	1	,4	,4
	Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	3	1,3	1,3
	Gesamt	235	99,2	100,0
Fehlend	System	2	,8	
Gesamt		237	100,0	

**Tabelle A 3: Zuletzt besuchte Schule**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Grundschule	1	,4	,4
	Hauptschule	50	21,1	22,1
	Realschule	39	16,5	17,3
	Gymnasium	32	13,5	14,2
	Gesamtschule	33	13,9	14,6
	Projektschulen	15	6,3	6,6
	Förder- und Sonderschulen (bei Lernbehinderung)	30	12,7	13,3
	andere Schulform (z.B. Oberstufenzentrum)	8	3,4	3,5
	höchster Schulabschluss:	18	7,6	8,0
	Gesamt	226	95,4	100,0
Fehlend	System	11	4,6	
Gesamt		237	100,0	

**Tabelle A 4: Berufsbildungsmaßnahmen**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Ausbildung auf dem freien Markt	7	3,0	3,0
	Ausbildung in beschützter Werkstatt / im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahmen / und Ähnliches	15	6,3	6,5
	Ausbildung in einem heiminternen Betrieb	1	,4	,4
	Förderlehrgang	21	8,9	9,1
	Maßnahme des Arbeitsamt	11	4,6	4,7
	keine Berufsbildungsmaßnahmen	49	20,7	21,1
	andere Maßnahmen	13	5,5	5,6
	entfällt, trifft altersbedingt nicht zu	109	46,0	47,0
	entfällt, Ausbildung bereits beendet	2	,8	,9
	unbekannt	4	1,7	1,7
	Gesamt	232	97,9	100,0
Fehlend	System	5	2,1	
Gesamt		237	100,0	

**Tabelle A 5: Bisherige Maßnahmen**

	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ambulant	141	60,5%	92	39,5%
teilstationär	225	96,6%	8	3,4%
stationär	92	39,0%	144	61,0%
Psychiatrie ...	154	66,4%	78	33,6%
ambulant	203	87,9%	28	12,1%
teilstationär	54	22,9%	182	77,1%
stationär	130	56,0%	102	44,0%
ambulante Psychotherapie	124	53,7%	107	46,3%
Medikamentöse Behandlung	201	87,4%	29	12,6%

**Tabelle A 6: Initiative zur Aufnahme**

	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbstmelder / Selbstmelderin	187	79,9%	47	20,1%
Eltern	187	80,3%	46	19,7%
Jugendamt	146	62,9%	86	37,1%
Notdienst /Kriseneinrichtung	190	81,9%	42	18,1%
Krankenhaus	127	54,5%	106	45,5%
andere Jugendhilfeeinrichtungen	201	86,6%	31	13,4%

Tabelle A 7: Gründe der Aufnahme

	0		1	
	Anzahl	%	Anzahl	%
gestörte Interaktion zwischen den Familienangehörigen	42	17,9%	193	82,1%
familiäre Suchtprobleme	192	82,1%	42	17,9%
übertriebene Fürsorge	186	79,8%	47	20,2%
Vernachlässigung	162	69,2%	72	30,8%
inkonsequentes Erziehungsverhalten	110	47,0%	124	53,0%
überzogene Anforderungen	205	87,6%	29	12,4%
Ausfall eines Elternteils (z.B. Trennung, Tod)	111	47,4%	123	52,6%
Inhaftierung eines Elternteils	231	98,7%	3	1,3%
körperlicher Misshandlung	184	79,3%	48	20,7%
sexueller Missbrauch	174	74,4%	60	25,6%
psychiatrische Erkrankungen eines Elternteils	189	80,8%	45	19,2%
Migrations- und Fluchtproblematik der Eltern	216	92,7%	17	7,3%
Schulschwänzen	112	48,1%	121	51,9%
Lern- und Leistungsprobleme (nicht motivationsbedingt)	138	59,2%	95	40,8%
motivationsbedingte schulische Probleme	94	40,2%	140	59,8%
Gefährdung durch soziales Umfeld (nicht familiär)	154	65,8%	80	34,2%
Suchtgefährdung	121	51,7%	113	48,3%
internalisierende Störungen (soziale Unsicherheit)	92	39,5%	141	60,5%
Suizidalität	134	57,3%	100	42,7%
dissoziale Störungen (Aggressivität, Delinquenz)	119	51,1%	114	48,9%
Weglaufen (Trebe)	173	73,9%	61	26,1%
Straffälligkeit	186	79,5%	48	20,5%
Migrations- und Fluchtproblematik des Kindes	221	94,4%	13	5,6%
Opfer von Gewalttaten	197	84,2%	37	15,8%
Selbstgefährdung	106	45,3%	128	54,7%

**Tabelle A 8: Diagnosen (ICD-10 bzw. DSM IV)**

	Keine Angaben		ICD10		Symptomumfeld	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Organische, einschließlich sym. psychischer Störungen (F0)	232	98,3%	0	,0%	4	1,7%
phobische Störungen / Angststörungen (F40/F41)	203	86,0%	22	9,3%	11	4,7%
Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43)	137	58,1%	46	19,5%	53	22,5%
Dissoziative Störungen (F44)	215	91,1%	10	4,2%	11	4,7%
Somatisierungsstörung (F45)	199	84,3%	30	12,7%	7	3,0%
Bindungsstörungen (F94.1/F94.2)	173	73,3%	56	23,7%	7	3,0%
Essstörungen (F50)	175	74,5%	38	16,2%	22	9,4%
Schlafstörungen (F51)	193	81,8%	42	17,8%	1	,4%
Störungen des Sozialverhaltens (F91)	131	55,3%	72	30,4%	34	14,3%
Alkohol-, Drogen-, Med. Missbrauch (F10.x/F55.x)	130	54,9%	64	27,0%	43	18,1%
Einnässen / Einkoten (F98.0/F98.1)	228	96,6%	5	2,1%	3	1,3%
Tic-, Zwang-, Bewegungsstörungen (F95/F42/F98.4)	217	91,9%	12	5,1%	7	3,0%
Intelligenz (F7x)	196	83,4%	17	7,2%	22	9,4%
umschriebene Entwicklungsstörung (F80-F83)	194	82,2%	27	11,4%	15	6,4%
tief greifende Entwicklungsstörung (F84)	234	99,2%	1	,4%	1	,4%
emotionale Störungen (F93)	150	63,3%	61	25,7%	26	11,0%
depressive Störungen (F32)	114	48,3%	81	34,3%	41	17,4%
Störungen des Sexualverhaltens (F52/F64-F66)	199	84,3%	34	14,4%	3	1,3%
Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivität (F90.x)	200	84,7%	17	7,2%	19	8,1%
Persönlichkeitsstörungen (F60-F62)	159	67,4%	35	14,8%	42	17,8%
psychotische Störungen (F2)	174	74,0%	28	11,9%	33	14,0%
Suizidalität	148	63,0%	87	37,0%	0	,0%
Anmerkung bei überdurchschnittlicher Intelligenz	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Adipositas	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Sonstige:	0	,0%	0	,0%	0	,0%

**Tabelle A 9: Krankheiten / Behinderungen**

	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Atmungsorgane (z.B. Asthma)	216	91,9%	19	8,1%
Verdauungstrakt (Bauchschmerz, Erbrechen)	215	91,5%	20	8,5%
Bewegungsapparat (Rheuma, Schmerzen)	220	93,6%	15	6,4%
Haut (Neurodermitits, Allergien)	211	89,8%	24	10,2%
Infektion (Tuberkulose, Aids etc.)	233	99,1%	2	,9%
Stoffwechsel (Diabetes)	233	99,6%	1	,4%
Kopfschmerzen / Migräne	219	93,2%	16	6,8%
Sinnesbehinderungen	225	95,7%	10	4,3%

**Tabelle A 10: Ressourcen / Schutzfaktoren**

	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
soziale Interaktion /kommunikative Kompetenzen	90	38,3%	145	61,7%
soziale Attraktivität	139	59,1%	96	40,9%
besondere Fähigkeiten und Leistungen	168	71,5%	67	28,5%
Interessen, Aktivitäten, Freizeitbeschäftigung	127	54,0%	108	46,0%
Überzeugungen und Bewältigungsstrategien	169	71,9%	66	28,1%
Selbstsicherheit	211	90,6%	22	9,4%
Autonomie (Selbstständigkeit, Unabhängigkeit)	189	80,4%	46	19,6%
Funktionen in der Familie (bzw. Gruppe)	114	48,5%	121	51,5%
stabiles, stützendes soziales Netz	173	73,6%	62	26,4%
Alltagspraktische Fähigkeiten (Körperhygiene, Ordnung)	95	40,6%	139	59,4%
körperliche Gesundheit	85	36,2%	150	63,8%
materielle Ressourcen	192	81,7%	43	18,3%

**Tabelle A 11: Drogenkonsum**

	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alkohol	135	57,7%	99	42,3%
Cannabis	139	59,4%	95	40,6%
Amphetamine	201	85,5%	34	14,5%
Medikamente	229	97,4%	6	2,6%
Halluzinogene	218	92,8%	17	7,2%
Schnüffeln	226	96,2%	9	3,8%
andere harte Drogen	219	93,2%	16	6,8%

**Tabelle A 12: Polizeilich ermittelte Straftaten**

	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gewalttaten	227	95,8%	10	4,2%
Körperverletzung	210	88,6%	27	11,4%
Hassverbrechen (z.B. Rechtsradikale Taten)	237	100,0%	0	,0%
Sexuelle Übergriffe/Missbrauch	233	98,3%	4	1,7%
Einbruch / Diebstahl	198	83,9%	38	16,1%
Rauschgiftdelikte (BtMG)	231	97,5%	6	2,5%
Verstoß gegen Waffengesetz	234	98,7%	3	1,3%
Sachbeschädigungen	223	94,1%	14	5,9%
Betrug	230	97,0%	7	3,0%
Beleidigung	233	98,3%	4	1,7%
<b>... vor der Aufnahme</b>				
Verurteilung(en) nach Jugendstrafrecht	214	90,3%	23	9,7%
Laufende(s) Gerichtsverfahren	216	91,1%	21	8,9%

**Tabelle A 13: Interventionsbedürftige Probleme**

	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Stimmungsschwankungen	78	33,1%	158	66,9%
Gesundheitsverhalten	134	56,8%	102	43,2%
Mangelhafte Körperhygiene	191	80,6%	46	19,4%
Mangelnde Krankheitseinsicht	146	61,9%	90	38,1%
Auffälligkeiten im Essverhalten	163	68,8%	74	31,2%
Alkohol-/Drogen-/Medikamentenmissbrauch	119	50,2%	118	49,8%
Schlafprobleme	154	65,0%	83	35,0%
Körperliche Begleitsymptome/psychosomatische Symptome	163	68,8%	74	31,2%
Aufmerksamkeitsdefizit/Impulsivität/motorische Unruhe	144	60,8%	93	39,2%
Aggressives Verhalten	115	48,9%	120	51,1%
Delinquenz (mit formalen Sanktionen belegt)	172	72,9%	64	27,1%
Regelverletzungen (intern/extern)	126	53,2%	111	46,8%
Fehlerhafter Umgang mit Geld	124	52,3%	113	47,7%
Mangelhafte Alltagsstrukturierung	70	29,5%	167	70,5%
Ungünstiges Freizeitverhalten	115	48,5%	122	51,5%
Dissoziales Verhalten (z. B. Lügen, Schuleschwänzen)	113	47,9%	123	52,1%
Mangelnde soziale Kompetenz	74	31,2%	163	68,8%
Unselbstständigkeit/mangelnde Autonomie	63	26,7%	173	73,3%
Unzulänglicher Umgang mit lebenspraktischen Problemen	82	34,7%	154	65,3%
Auffälligkeiten im Sexualverhalten	195	82,3%	42	17,7%
Soziale Unsicherheit	66	28,0%	170	72,0%
Selbstgefährdung	113	47,7%	124	52,3%
Suizidale Tendenzen	130	54,9%	107	45,1%
Angstproblematik	128	54,0%	109	46,0%
Depressive Verstimmungen	75	31,9%	160	68,1%
Relative Leistungsschwäche in der Schule	90	38,0%	147	62,0%
Teilleistungsschwäche (z. B. Lesen/Rechnen)	180	76,6%	55	23,4%
Schulangst (z. B. massive Prüfungsängste)	193	81,4%	44	18,6%
Unzulängliche schulische oder berufliche Orientierung	71	30,0%	166	70,0%
Sonstige	182	77,1%	54	22,9%

**Tabelle A 14: Sozial- und psychotherapeutische Maßnahmen**

	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Familientherapeutische Maßnahmen	113	47,9%	123	52,1%
Kunsttherapeutische Angebote	210	89,0%	26	11,0%
Erlebnispädagogische Angebote (Reisen)	135	57,2%	101	42,8%
Antiaggressions- und Antigewalttraining	223	94,5%	13	5,5%
Sozialtraining /Soziale Gruppen	177	75,0%	59	25,0%

**Tabelle A 15: Kooperation / Compliance**

	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Regeleinhaltung	128	54,5%	107	45,5%
Terminvereinbarungen	90	38,5%	144	61,5%
Akzeptanz der Ziele	67	28,6%	167	71,4%
Interessen an therapeutische Maßnahmen	94	40,3%	139	59,7%
positive Beziehung zum Personal	67	28,6%	167	71,4%
Kooperatives Verhalten	101	43,3%	132	56,7%
Einlassen, Offenheit, Bereitschaft	109	46,4%	126	53,6%

**Tabelle A 16: Andere Maßnahmen**

	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Krisenkonferenz(en)	162	69,2%	72	30,8%
Klinkaufenthalt (Psychiatrie)	127	53,8%	109	46,2%
Klinikaufenthalte (körperliche Erkrankungen)	208	88,5%	27	11,5%
Psychopharmaka	131	55,5%	105	44,5%
andere Medikamente	197	83,5%	39	16,5%
Beurlaubungen	150	63,6%	86	36,4%
Schulbefreiungen	169	71,9%	66	28,1%
Krankschreibungen	177	75,0%	59	25,0%
Verwarnungen	145	61,4%	91	38,6%
Sonstige Maßnahmen	134	65,0%	72	35,0%

Tabelle A 17: Veränderungen der Probleme

	-		?		+	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Stimmungsschwankungen	43	18,2%	142	60,2%	51	21,6%
Gesundheitsverhalten	19	8,1%	169	71,6%	48	20,3%
Mangelhafte Körperhygiene	6	2,5%	204	86,4%	26	11,0%
Mangelhafte Krankheitseinsicht	34	14,4%	177	75,0%	25	10,6%
Auffälliges Essverhalten	16	6,8%	192	81,4%	28	11,9%
Drogenmissbrauch	42	17,8%	144	61,0%	50	21,2%
Schlafprobleme	12	5,1%	196	83,1%	28	11,9%
Psychosomatische Symptome	16	6,8%	188	79,7%	32	13,6%
Impulsivität	23	9,7%	178	75,4%	35	14,8%
Aggression	36	15,3%	158	67,2%	41	17,4%
Delinquenz	20	8,5%	199	84,3%	17	7,2%
Regelverletzung	64	27,1%	147	62,3%	25	10,6%
Fehlerhafter Umgang mit Geld	35	14,8%	166	70,3%	35	14,8%
Mangelhafte Alltagsstrukturierung	41	17,4%	118	50,0%	77	32,6%
Ungünstiges Freizeitverhalten	39	16,5%	140	59,3%	57	24,2%
Dissoziales Verhalten	38	16,2%	158	67,5%	38	16,2%
Mangelnde soziale Kompetenz	21	8,9%	125	53,0%	90	38,1%
Mangelnde Autonomie	13	5,5%	127	54,0%	95	40,4%
Mangelnde Problembewältigung	15	6,4%	130	55,3%	90	38,3%
Auffälliges Sexualverhalten	17	7,2%	207	87,7%	12	5,1%
Soziale Unsicherheit	17	7,2%	126	53,6%	92	39,1%
Selbstverletzung	35	14,9%	143	60,9%	57	24,3%
Suizidalität	21	8,9%	145	61,4%	70	29,7%
Angstproblematik	11	4,7%	182	77,1%	43	18,2%
Depression	25	10,6%	138	58,5%	73	30,9%
Schulprobleme (motivational)	29	12,3%	158	66,9%	49	20,8%
Teilleistungsschwächen	5	2,1%	211	89,4%	20	8,5%
Schulängste	3	1,3%	212	89,8%	21	8,9%
Schul-, Berufsorientierung	55	23,3%	108	45,8%	73	30,9%

Anmerkung: Wurde aus dem letzten Bericht deutlich, dass das umschriebene Problem sich positiv verändert hat, wurde der Bereich mit "+" kodiert, hat sich das umschriebene Problem verschlimmert wurde der Problemkategorie mit "-" kodiert und keine Veränderungen bzw. keine Angaben wurden mit „?“ kodiert.

**Tabelle A 18: Art der Beendigung**

	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
abgestimmt, planmäßig beendet	115	50,7%	112	49,3%
abgebrochen aufgrund ...	114	50,7%	111	49,3%
... Initiative Kostenträger	186	89,4%	22	10,6%
... Initiative Jugendlicher	160	76,9%	48	23,1%
... Initiative Sorgeberechtigte(r)	192	92,3%	16	7,7%
... Initiative Einrichtung	140	67,3%	68	32,7%
... Inhaftierung	206	99,0%	2	1,0%

**Tabelle A 19: Bei Abbruch bitte Gründe nennen**

	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verschlimmerung der Problematik	135	64,0%	76	36,0%
aktuelle Vorkommnisse (neue Partnerschaft)	186	88,2%	25	11,8%
falsche, aus fachlicher Sicht nicht ausreichende Hilfe	190	90,0%	21	10,0%
eine weniger intensive Hilfe ist ausreichend	204	96,2%	8	3,8%
fehlende Mitarbeit des Jugendlichen	121	57,3%	90	42,7%
fehlende Mitarbeit des Jugendamtes (z.B. Kosten)	194	92,4%	16	7,6%

**Tabelle A 20: Geplante berufliche / schulische Situation nach Beendigung der Maßnahme**

	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Arbeitsplatz	227	99,1%	2	,9%
Gelegenheitsjobs	227	99,1%	2	,9%
Ausbildung	192	84,2%	36	15,8%
Berufsvorbereitende Maßnahmen	157	69,2%	70	30,8%
Schule	145	63,0%	85	37,0%
arbeitslos	216	94,7%	12	5,3%
entfällt (z.B. noch schulpflichtig)	209	90,9%	21	9,1%
unbekannt	212	91,4%	20	8,6%

**Tabelle A 21: Geplante Anschlusshilfen**

	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
§19 KJHG Vater-/Mutter-Kind-Einrichtung	232	99,6%	1	,4%
§30 KJHG Erziehungsbeistand, Betreuungshilfe	224	96,1%	9	3,9%
§31 KJHG Sozialpädagogische Familienhilfe	228	97,9%	5	2,1%
§34 KJHG Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform	176	75,9%	56	24,1%
§35 KJHG Intensive sozialpäd. Einzelfallbetreuung	196	84,1%	37	15,9%
§35a KJHG Eingliederungshilfen	213	91,4%	20	8,6%
§53 /54 SGB XII Eingliederungshilfe	211	90,6%	22	9,4%
§67ff SGB XII besondere soziale Schwierigkeiten	225	97,0%	7	3,0%
offene Beratung	231	99,6%	1	,4%
ambulante psych. Behandlung	167	71,7%	66	28,3%
Psychiatrie, stationär	207	88,8%	26	11,2%

**Tabelle A 22: Wohnsituation nach Abschluss der Hilfe**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	eigene Wohnung (Zimmer in WG)	21	8,9	9,0
	eigene Wohnung mit Partner/ -in	45	19,0	19,3
	bei leibl. Eltern oder einem Elternteil	4	1,7	1,7
	bei leibl. Eltern mit Partner/ -in	1	,4	,4
	bei anderen Angehörigen (z.B. Großeltern)	11	4,6	4,7
	bei Freunden / Freundinnen /Partner bzw. Partnerin	32	13,5	13,7
	stationäre Jugendhilfeeinrichtung (z.B. Jug. WG)	62	26,2	26,6
	Betreutes Einzelwohnen (Jugendhilfe)	15	6,3	6,4
	Lebensmittelpunkt Straße (Trebegang)	6	2,5	2,6
	Psychiatrie, stationär	14	5,9	6,0
	Flüchtlingshilfe / Asyl	22	9,3	9,4
	Gesamt	233	98,3	100,0
Fehlend	System	4	1,7	
Gesamt		237	100,0	

### 1.3.2 Korrelationstabellen

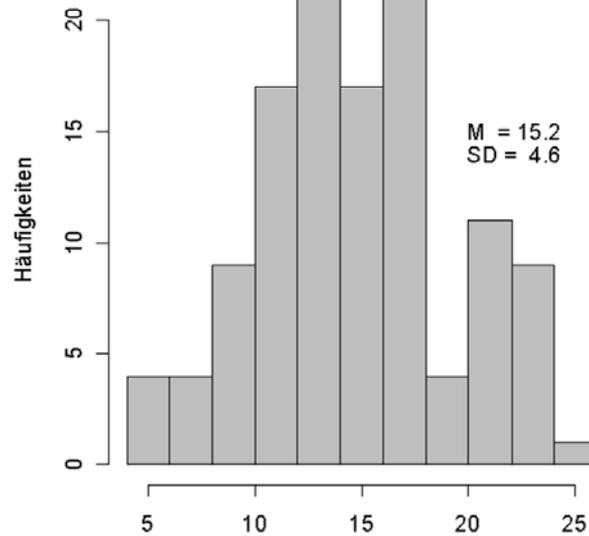
**Tabelle A 23: Korrelationen der Einfluss- und Erfolgsfaktoren**

	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Erfolg	21.5	55.5	1.00*							
2 Dauer	1.6	0.9	0.32*	1.00*						
3 Intensität	1.7	1.2	0.07*	0.19*	1.00*					
4 Ressourcen	41.9	30.6	0.14*	-0.05*	0.08*	1.00*				
5 Motivaion	61.5	37.8	0.37*	0.32*	0.11*	0.38*	1.00*			
6 Kooperation	54.5	41.6	0.52*	0.25*	0.10*	0.28*	0.51*	1.00*		
7 Aggression	44.3	35.6	-0.42*	-0.24*	0.02*	-0.11*	-0.40*	-0.51*	1.00*	
8 Autoaggression	48.7	43.2	0.03*	-0.19*	-0.07*	0.14*	-0.04*	0.05*	0.03*	1.00*
9 Autonomie	61.5	32.3	-0.11*	0.00*	0.10*	-0.08*	-0.08*	-0.11*	0.20*	0.02*

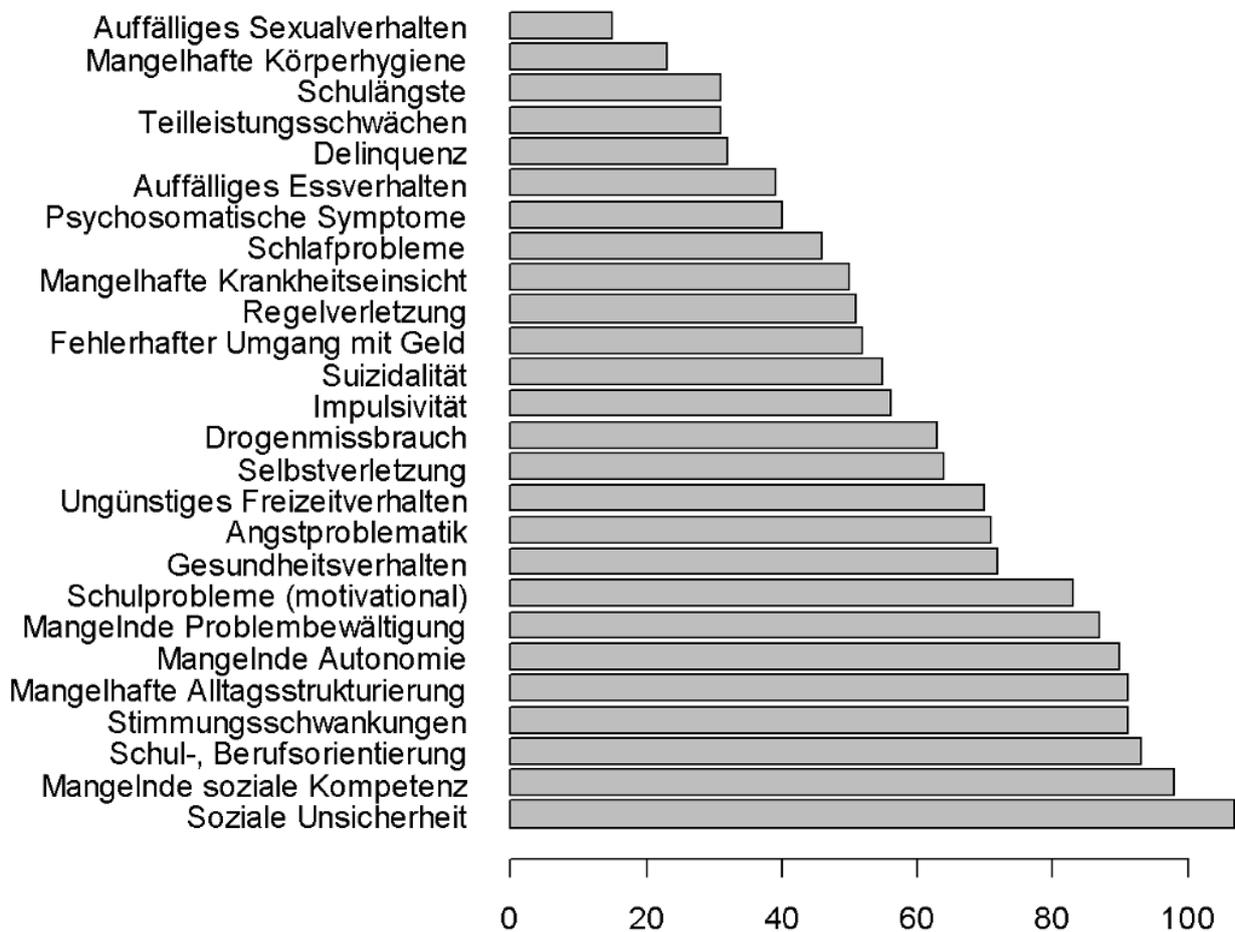
Anmerkungen: M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, \*p-Werte < 0.05

### 1.3.3 Ergänzende Abbildungen

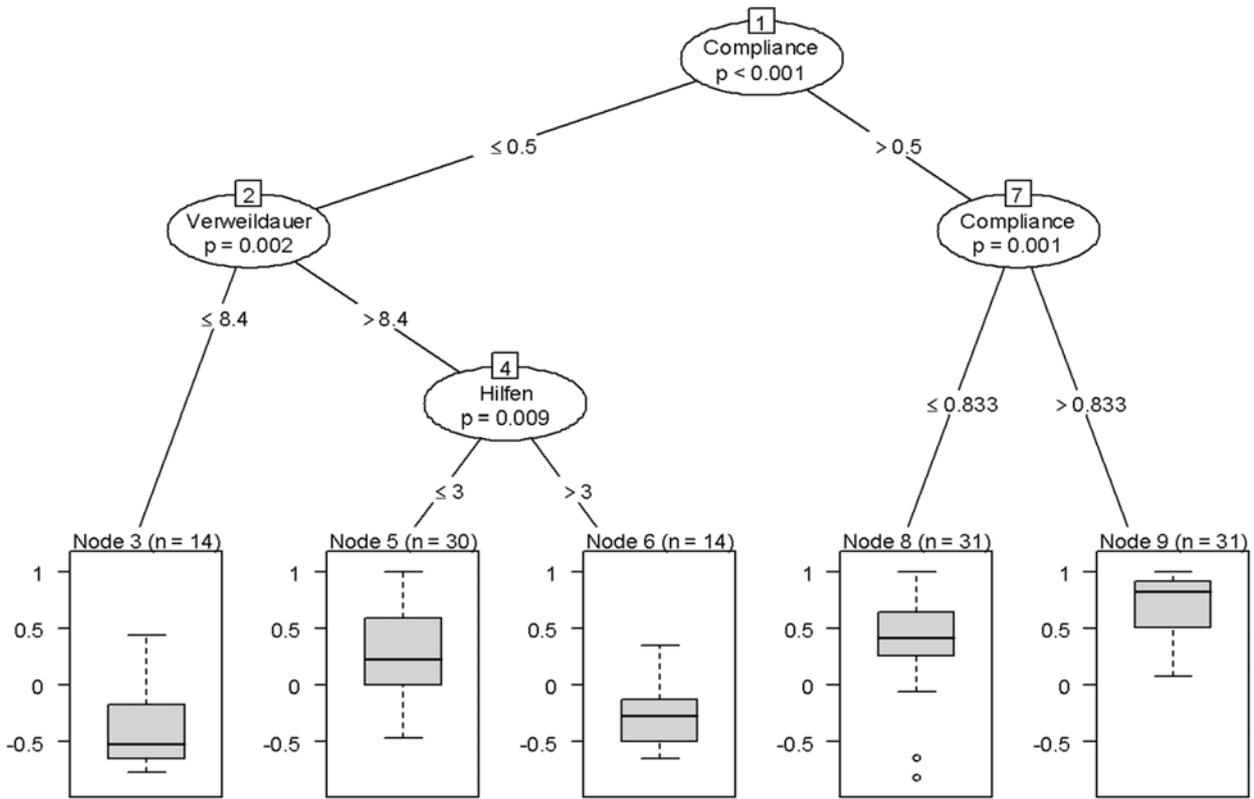
**Abbildung A 1: Verteilung der Probleme**



**Abbildung A 2: Interventionsbedürftige Probleme**

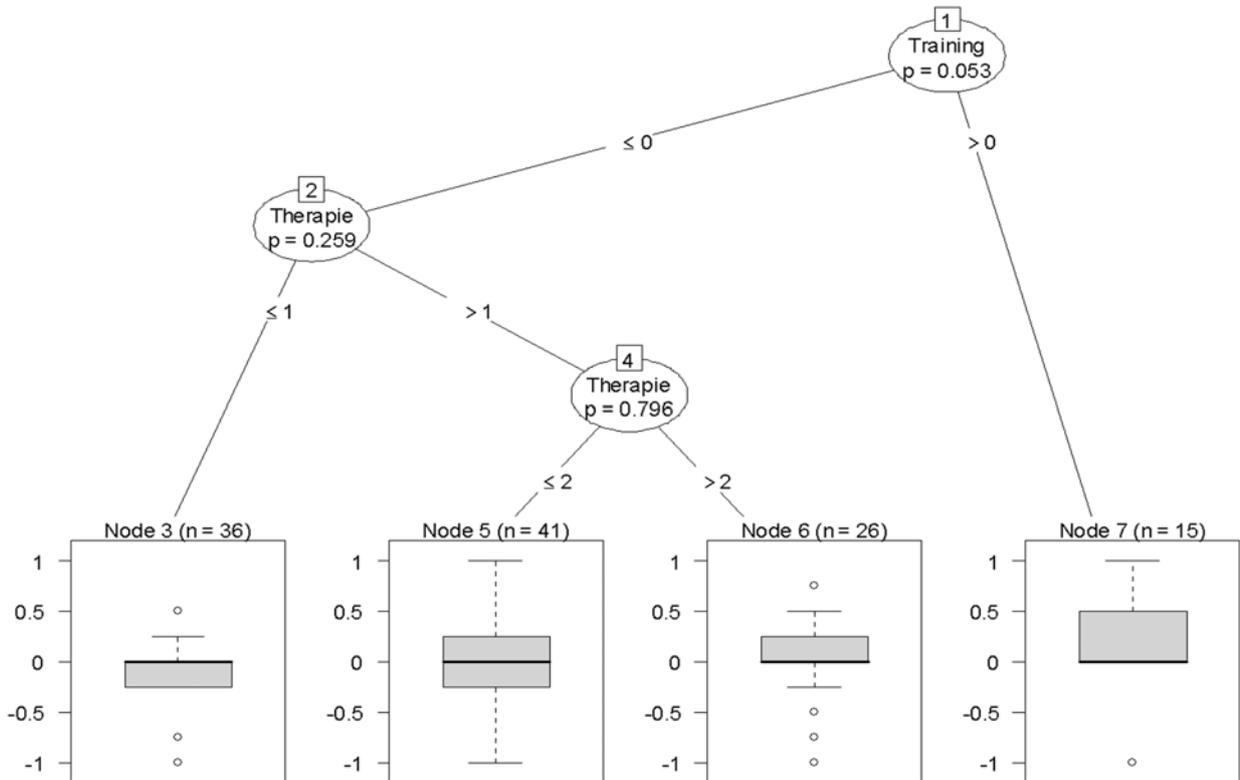


**Abbildung A 3: Exploration der Daten zum Erfolg der Maßnahmen**



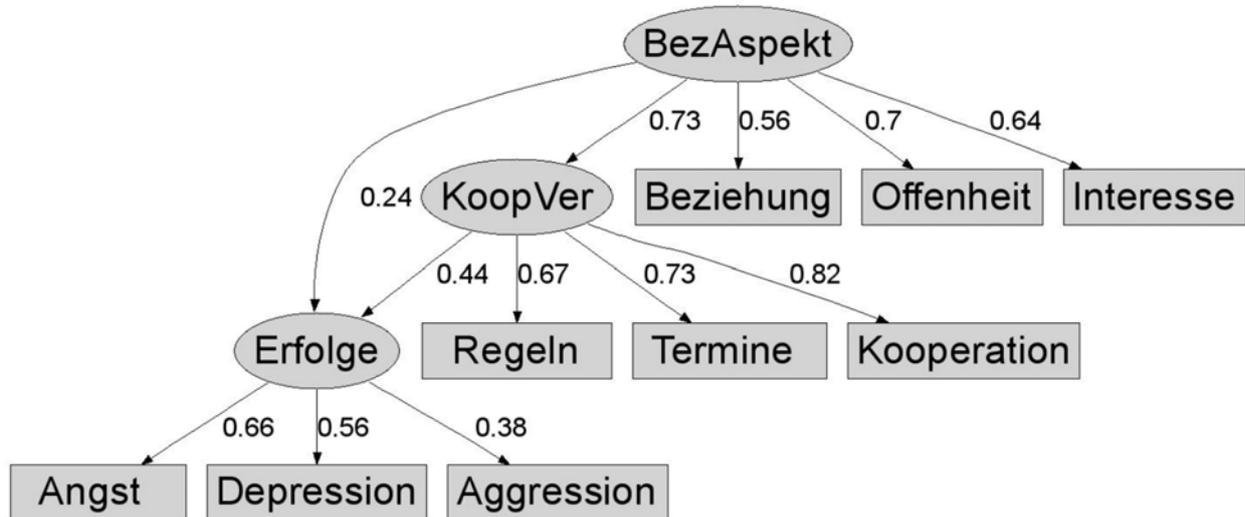
Anmerkungen: Verweildauer in Monaten, Hilfen = Anzahl bisheriger Maßnahmen und Compliance = Kooperatives Verhalten, Offenheit, Interesse an Maßnahmen

**Abbildung A 4: Veränderung von dissozialem Verhalten und Aggression durch Sozialtraining**



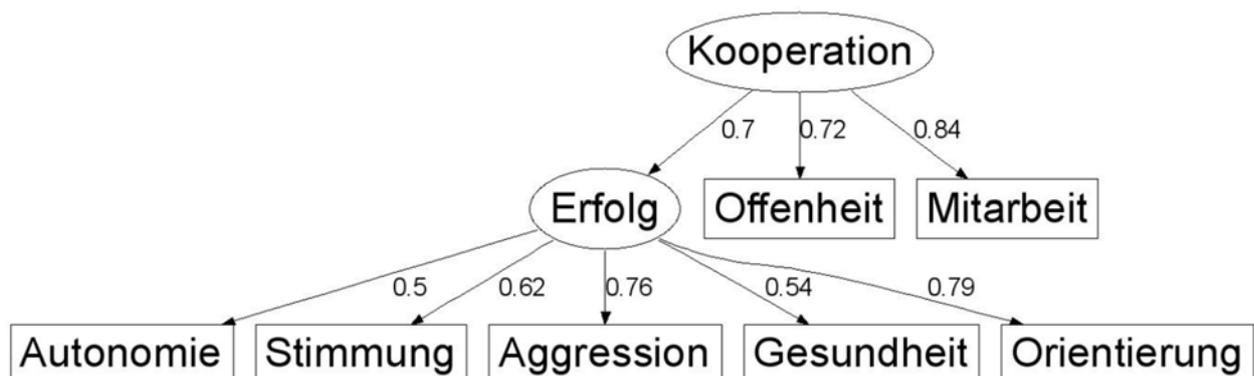
Anmerkungen: Dissoziales Verhalten umfasst die Kategorien „aggressives Verhalten“, „Delinquenz“ und „Regelverletzungen“

**Abbildung A 5: Heuristisches Modell zum Einfluss von Kooperation und therapeutischer Beziehung auf die emotionale Stabilität**



Anmerkungen: **goodness-of-fit index = 0.95**; **adjusted goodness-of-fit index = 0.90**. Das Diagramm enthält Schätzungen der standardisierten Lösungen. Die Faktorenladungen beider Messmodelle sind befriedigend. Die Kooperation der Jugendlichen wird durch Regeleinhaltung, Termineinhaltung und kooperatives Verhalten operationalisiert. Der Beziehungsaspekt (BezAspekt) wird auf eine positive Beziehung zum Personal, Offenheit und Interesse an therapeutischen Maßnahmen zurückgeführt. Angst, Depression und aggressives Verhalten basieren jeweils auf mehreren Indikatoren.

**Abbildung A 6: Heuristisches Modell zum Einfluss der Kooperation (Compliance) auf den Therapieerfolg**



Anmerkungen: **goodness-of-fit index = 0.97**; **adjusted goodness-of-fit index = 0.9**. Das Diagramm enthält Schätzungen der standardisierten Lösungen. Die Kooperation hat einen starken Einfluss auf den Gesamterfolg ( $\beta = 0.7$ ). Die Faktorenladungen beider Messmodelle sind befriedigend. Die Kooperation der Jugendlichen wird auf Ihre Offenheit (Interesse und Akzeptanz der Ziele) sowie auf ihre Mitarbeit (Termineinhaltung, kooperatives Verhalten) zurückgeführt. Die Erfolgsindikatoren basieren ebenfalls jeweils auf zwei bis vier Kategorien.

## 2 Hintergrundinformationen zum qualitativen Teil der Untersuchung

### 2.1 Methodisches Vorgehen der qualitativen Interviewstudie

Jugendhilfeforschung benötigt neben dem abstrahierenden, quantitativen, verallgemeinernden Forschungsansatz einen verstehenden Zugang, um die subjektive Realität ‚beschädigten Lebens‘ (Keupp, 1997) zu erfassen. Optimal ist ein gegenstandsangemessener, dialogischer induktiv-deduktiver Wechselprozess zwischen bestehendem und zu ermittelndem Wissen, um dem „eigenartigen Charakter der empirischen Welt.“ (Blumer, 1973, S. 108) gerecht zu werden. Auf diese Weise lassen sich möglicherweise weitere, bisher noch nicht zur Kenntnis genommene Verstehens- und Handlungskonzepte generieren und weiter entwickeln. Die Ergebnisse aus der quantitativen Aktenanalyse dienen daher neben der statistischen Datenanalyse der Entwicklung zweier Interviewleitfäden für jeweils zehn problemzentrierte retrospektive Interviews mit den jugendlichen HilfeempfängerInnen und ihren zugehörigen BetreuerInnen zur Einschätzung des Verlaufs und Erfolgs der bereits abgeschlossenen Hilfemaßnahme.

Mit einer erzählgenerierenden, narrativ geprägten Eingangsfrage (Witzel, 1982) wurde dabei zunächst ein Zugang zur Lebensrealität der Jugendlichen und der Arbeitsrealität der Fachkräfte geschaffen. Die beiden ähnlich angelegten Leitfäden mit jeweils nur wenigen Nachfragekomplexen ließen ein mehrperspektivisches Abbild der Hilfeprozesse zu, indem Aussagen und Erzählungen sowohl zum Hilfeprozess selbst als auch zum Hilfeverhältnis zwischen BewohnerIn und BetreuerIn ermöglicht wurden. Die Teilstandardisierung erleichterte die Vergleichbarkeit der Interviews und bot die Basis für eine prozesshafte flexible Strukturierung zwischen induktivem und deduktivem Vorgehen in der Datenanalyse. Zur kommunikativen Validierung (Köckeis-Stangl, 1980) wurden die Interviewergebnisse mit den Befragten rückgekoppelt, zur argumentativen Interpretationsabsicherung und Wahrung der Praxisrelevanz (Auckenthaler, 1990) wurden die Ergebnisse in begleitenden Expertenrunden und Veranstaltungen für MitarbeiterInnen der Therapeutischen Wohngemeinschaften Berlins immer wieder zur Diskussion gestellt. Zum Ende der Untersuchung fand eine Gruppendiskussion statt, die in Form einer Globalauswertung (vgl. Flick, 1999, S. 215ff.) in den Gesamtvergleich einbezogen wurde und bezüglich einiger Aspekte wie zum Beispiel der Eltern- und Umfeldarbeit einige neue Einsichten produzierte.

Alle 20 UntersuchungsteilnehmerInnen der Einzelinterviews stammen entsprechend der Fragestellung und Zielsetzung aus Therapeutischen Jugendwohngruppen in Berlin. Nach dem Verfahren des Theoretischen Samplings (Glaser & Strauss, 1967/1998) wurde über eine schrittweise Auswahl jedoch versucht, möglichst viel Reichhaltigkeit im Sampling zu erzielen. Innerhalb der Gruppe der zehn Jugendlichen wurde mit einer sehr typischen Jugendlichen für den TWG-Kreis, Alina, begonnen. Einen ähnlichen Fallverlauf zeigte Bettina, obwohl sich bereits in Bezug auf den familiären Hintergrund einige Differenzen ergeben (minimaler Vergleich). Alle weiteren interviewten Jugendlichen variieren stark in Bezug auf den familiären Hintergrund und die Hauptproblematik (maximaler Vergleich). Helena zeigt deutlich emotional instabile Borderline-Tendenzen; Dirk kommt aus einer spezifischen Einrichtung für sexuell übergriffige Jungen; Bettinas Kindheit war geprägt von extremen Gewalterfahrungen; bei Felicitas bewegt sich die Problematik dagegen stark im emotional ausbeutenden Bereich; und Claus und Erik haben zwar beide massive Drogenproblematiken, weisen aber völlig unterschiedliche Hintergründe und Symptomspektren auf: Bei Claus zeigt sich die Problematik eher in dramatischen psychischen Verstrickungen der Ursprungsfamilie, die schließlich in den Verlust der Mutter durch Suizid einmünden; bei Erik handelt es sich um frühe Vernachlässigung und Gewalterfahrung, die in eine Heimkarriere mündet. Gitta zeigt bereits einige Parallelen zu anderen Interviewten auf, so befindet sie sich in einer ähnlichen Familiensituation wie Felicitas und benötigt ähnlich wie mehrere der Interviewten in erster Linie Strukturgebung für ihre Entwicklung. Ein neuntes Interview, das erneut bereits bekannte Aspekte aufgreift, wurde daher ebenfalls globalanalytisch in den Gesamtvergleich einbezogen (vgl. Flick, 1999, S. 215ff.).

Insgesamt wird deutlich, dass über das mehrgliedrige Material eine theoretische Sättigung erreicht werden konnte. Ein Interview wurde wegen der Schwierigkeit des Interviewpartners, sich über sein Selbsterleben zu äußern, gar nicht in das Sampling aufgenommen.

Zu dieser Gruppe von Jugendlichen wurden die jeweils zugehörigen BezugsbetreuerInnen interviewt. Beide Interviews wurden zunächst getrennt ausgewertet, im nächsten Schritt eine Einzelfalldarstellung für den/die Jugendliche/n erarbeitet. Anschließend wurden die Interviewergebnisse der BetreuerInnen vergleichend eingeflochten. Durch die gemeinsame Falldarstellung ergibt sich eine interessante Gegenüberstellung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Interviews mit den ehemaligen BewohnerInnen und BetreuerInnen. Vor dem Hintergrund des geschlechtsspezifischen Erkenntnisinteresses erfolgte die Auswahl der Falldarstellungen entlang Zahlenverhältnissen der quantitativen Untersuchung, zu einem Drittel mit (männlichen) ehemaligen Bewohnern, zu zwei Dritteln mit (weiblichen) ehemaligen Bewohnerinnen. Entsprechend dem eher geringen Betreueranteil in den Teams der TWGs wurden zwei männliche Betreuer mit in den Kreis der interviewten BetreuerInnen aufgenommen.

Zur Auswertung der Interviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1993, 2000) stark induktiv orientiert angewendet, um in einem induktiv-deduktiven Wechselspiel in der explorativen Vorgehensweise Raum zu öffnen. Die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Analyse wurden während des Auswertungsprozesses immer wieder miteinander in Beziehung gesetzt, um möglichst viel Breite auf der einen und Validität auf der anderen Seite zu ermöglichen (Flick, 2004) Zur besseren Kenntlichkeit sind die Zitate der Jugendlichen von denen der BetreuerInnen abgesetzt, sodass die Verflechtung der jeweiligen subjektiven Sichtweise für den Leser / die Leserin nachvollziehbar ist.

## 2.2 Auswertungsergebnisse der qualitativen Interviewstudie: acht Fallverläufe

### 2.2.1 Alina: „Das ist ganz wichtig, dass man sich drauf einlässt“

#### Vorgeschichte und Verlauf

Alina lebte vor der Aufnahme in eine Klinik, von der sie in die TWG zugewiesen wurde, bei ihrer alleinerziehenden Mutter, die unter einer schweren Alkoholproblematik litt: *„deswegen war es oft sehr schwierig zu Hause“* (Alina, Z. 28-35). Die Eltern trennten sich, als Alina fünf Jahre alt war. Das bereits früh parentifizierte Mädchen befand sich seit geraumer Zeit in starker Suizidgefahr. *„Es verging eigentlich kein Tag, an dem ich nicht sterben wollte, ... auch kein Tag, an dem ich nicht das Gefühl hatte, das alles nicht mehr aushalten zu können ... ich musste halt ziemlich früh anfangen, mich um sie zu kümmern und nicht umgekehrt.“* (Alina, Z. 73-91) Alina und ihre Mutter lebten völlig isoliert, das Mädchen wurde zu einer Außenseiterin, Freundschaften zu knüpfen war ihr fremd geworden: *„Ich bin auch extrem misstrauisch gewesen und hab’ deswegen nach und nach sämtliche Kontakte gebrochen – am Ende hatte ich dann halt, na ja, eigentlich gar keine Freunde mehr.“* (Alina, Z. 140-154) Im Zuge dessen entwickelte sie verschiedene Symptomaten, in erster Linie selbstschädigende Aspekte wie ein gestörtes Essverhalten und selbstverletzendes Verhalten in Form von Schneiden und Brennen (Alina, Z. 441-536).

Alina verfügte bereits zu dieser Zeit über positive Ressourcen; sie reichten jedoch nicht aus, um sie vor dem Absturz zu bewahren: *„Die einzigen beiden Sachen, die mir Halt gegeben haben, waren einmal die Schule, da wusste ich, ich will mein Abitur machen. Und ... und zum anderen Musik, also halt ... Schlagzeug ... und ja, die beiden Sachen haben mich so die ganze Zeit über Wasser gehalten ... aber irgendwann hat’s dann auch nicht mehr gereicht.“* (Alina, Z. 120-128) Auf ihre ersten Hilferufe wurde im Jugendamt nicht reagiert: *„Ich wollte eigentlich schon längst ausziehen, bin auch mehrere Male zum Jugendamt gegangen, und die meinten: ‚ja, die paar Jahre halten Sie jetzt auch noch durch‘.“* (Alina, Z. 395-401) Die Teilnahme an einem stationären Programm zur Behandlung von Borderlineproblematiken bezeichnet sie zwar als die schlimmste Zeit ihres Lebens, sie führte aber zu einem richtungsweisenden Entschluss für ihr Leben: *„also es war so schrecklich, und irgendwann hab’ ich da auch gemerkt, ich will nie wieder ins Krankenhaus, also jedenfalls nicht in so eine richtig psychiatrische Einrichtung ... dann habe ich von einen auf den anderen Tag einfach aufgehört mit allem Möglichen, mit dem Erbrechen, mit dem Ritzen und Brennen. ... Ich bin da raus-“*

*gegangen und hab' gesagt, ich will jetzt gesund werden – ich will diese ganzen Krankenhausgeschichten nicht mehr.“ (Alina, Z. 500-536)*

Rückschläge gab es dennoch. Mit siebzehneinhalb beging sie einen schweren Suizidversuch: *„Da wollte ich wirklich sterben ... ich lag auch 10 Stunden im Koma und musste auch künstlich beatmet werden, und es war ganz knapp.“ (Alina, Z. 539-586)* Erneut wurde sie in eine Klinik eingewiesen und kommt von dort in die TWG. Dort begeht sie in den ersten Wochen einen weiteren Suizidversuch, der jedoch aufgefangen und besprochen werden kann. Von da an *„wurde es dann besser mit den Suizidversuchen“ (Alina, Z. 580-586)*. Heute, nach dem TWG-Aufenthalt, haben die Selbstverletzungen so gut wie aufgehört. Alina ist eingebettet in ein Netz gut funktionierender Beziehungen, ihr Essverhalten hat sich etwas normalisiert. Nach mehreren Versuchen mit beiden Elternteilen, eine konstruktive Beziehung aufzubauen, hat Alina zu beiden die Beziehung weitgehend abgebrochen. Paarbeziehungen bereiten ihr bis heute Schwierigkeiten, sie hat aber einen besseren Umgang mit negativen Situationen und Gefühlen für sich gefunden.

Alexandra, ihre Bezugsbetreuerin, sagt im Rückblick auf den Hilfeverlauf: *„Sie kam damals mit allen ihren geballten Problemen, war super-super traurig, enttäuscht, misstrauisch, wütend, ängstlich und – ja, hat diesen Schmerz auf allen Ebenen ausgelebt. Und sie hat dann durch, über die Zeit hinweg erfahren und gelernt, dass es eben auch gute Dinge, dass es eben Menschen gibt, die auch Gutes wollen, und einfach diese Hilfe gelernt anzunehmen, umzusetzen, Problemlösungsstrategien für sich selbst zu entwickeln.“ (Alexandra, Z. 421-481)*

### **Der Aufenthalt in der TWG: ‚Wirkungen‘ und ‚Nebenwirkungen‘**

Alina beginnt bereits in der Eingangserzählung mit einer Sequenz, die sich wie ein roter Faden durch das ganze Interview zieht: *„Also ich bin mit siebzehneinhalb eingezogen und hab' vorher bei meiner Mutter gelebt, die ... ja, die Alkoholikerin war, und deswegen war es oft sehr schwierig zu Hause ... Und dann bin ich halt erstmal in die Psychiatrie gegangen und von dort aus wurde ich dann halt zur TWG vermittelt ... und hatte erstmal so anfangs Startschwierigkeiten ... und bin dann nach drei Wochen auch erstmal wieder ins Krankenhaus gegangen, aber dann, als ich wieder zurückgegangen bin, haben Albert und Anja sehr viel Zeit mit mir verbracht ... sehr viel Halt gegeben ... das war so der Anfang.“ (Alina, Z. 10-64)*

Trotz eines späteren ungewollten BetreuerInnenwechsels aufgrund der Fluktuation im Betreuungsteam gelingt es Alina, sich auf der Basis der beiden zuvor erworbenen Beziehungserfahrungen auch wieder einer neuen Bezugsbetreuerin anzunähern: *„Da war ich ja eigentlich so'n bisschen verzweifelt, weil Albert und Anja und dann noch ein wichtiger Betreuer gegangen sind und ... aber auf der Reise bin ich meiner jetzigen Betreuerin Alexandra ziemlich schnell nahegekommen, und wir haben gemerkt, dass wir uns sehr sehr gut verstehen und gut miteinander können und – ja ... das war total schön, wir sind dann zusammen ins Museum gegangen dort.“ (Alina, Z. 723-735)*

Alexandra, mit der das korrespondierende Interview geführt wurde, erinnert sich ebenfalls an den schwierigen Beginn: *„Alina war mir am Anfang alles andere als wohlgesonnen.“ (Alexandra, Z. 32-39)* Sie setzt das Thema sogleich in einen fachlichen Zusammenhang: *„Ich muss auch einfach kritisch benennen, dass in der Zeit auch im Team eine hohe Fluktuation stattfand ... Alinas Leben war einfach gekennzeichnet von Beziehungsabbrüchen, und das war dann einfach nur ein ganz großer, also ganz schlimmer Verlust für sie.“ (Alexandra, Z. 43-46 und 231-233)* Die „ersten Monate“, gesteht sie freimütig, *„waren ziemlich, mühsam, bis dann die Gruppenreise stattgefunden hat, in der ich sie mit begleitet und betreut habe ... Beständigkeit und immer wieder ... also ich habe mich ihr zugewendet und anderes, bin mit ihr in die Krisen rein, und das war so der Kasus Knacktus, wo sie dann einfach Vertrauen zu mir geschöpft hat ... es war die erste Reise, in der sie keinen Suizid gemacht hat, ... hat mir danach einen wunderschönen Brief geschrieben, war unglaublich, und da fing unsere Beziehung an.“ (Alexandra, Z. 50-88)*

Alltagssequenzen – ein positives umgebendes Milieu – spielen eine wichtige und zentrale Rolle in der Nachsozialisation in der TWG für Alina: *„Es waren immer so Kleinigkeiten einfach ... so wenn man mal gemeinsam ins Cafe gegangen ist, und ein Betreuer war ja immer so ein lustiger Typ, der hat einen immer zum Lachen gebracht, auch wenn es einem noch so schlecht ging – so was halt, so Kleinigkeiten einfach.“ (Alina, Z. 287-293)* Als ehemalige Außenseiterin erlebt Alina erstmals Integration in die TWG-Gruppe: *„dort war ich auf einmal nicht mehr ... also ... ich bekam sehr viel Bestätigung“ (Alina, Z. 321-331)*. Viele Jugendliche erleben so – wie auch Alina – erstmals eine an-

gemessene Freizeitgestaltung, wie Kochsequenzen (Alina, Z. 301-303), Wochenendaktivitäten und dabei die Möglichkeit, FreundInnen zu gewinnen (Alina, Z. 814-816): *„Dann aber auch so die Sonntagsaktivitäten fand ich halt immer total klasse, dass einfach alle gemeinsam gehen ... weiß nicht, grillen oder ins Kino oder irgendwas ... das war immer ganz schön.“* (Alina, Z. 295-300)

Auch Betreuerin Alexandra erwähnt die wichtige Funktion eines ‚begleiteten Alltags‘ für die Jugendlichen: *„Dann fand ich auch gut, ... morgens gemeinsames Frühstück, mittags gemeinsames Essen und die Möglichkeit, jederzeit auf diese Gemeinschaftsetage, da, wo das Essen auch stattfand, dass sie da jederzeit hinkommen konnten ... da haben wir auch gespielt oder so, das war einfach was ganz Schönes, auch was Warmes, gerade in Winterzeiten, das hab‘ ich auch in sehr, in sehr guter Erinnerung, und das wurde auch wirklich oft in Anspruch genommen ... ich glaube, das ist auch ganz wichtig für die Jugendlichen ... Dinge, die den Alltag ausmachen.“* (Alexandra, Z. 794-854)

Als wichtiges Versatzstück neben Gesprächen im Allgemeinen (Alina, Z. 690-692) auf dem Weg zum Erwachsenwerden benennt Alina das mühsame Erlernen von Konfliktfähigkeit. *„Also als erstes fällt mir da ein Streit ein. Ich hatte einen Streit mit Anja, ich weiß gar nicht mehr, worum es ging ... ich weiß nur noch, dass wir uns beide angeschrien haben und dass ich so wütend war, dass ich einen Teller auf den Boden geschmissen hab‘ und Anja meinte: ‚Das machst du jetzt weg‘ ... und ich meinte dann: ‚nein‘ ... und war echt so‘n richtiges Gemecker und Gezanke, und letztendlich habe ich’s dann weggemacht, und im Nachhinein meinte sie so: ‚Das gehört dazu, man muss sich auch mal streiten können‘, und äh – es war ‘ne total tolle Erfahrung so ... und dann hatte ich auch gar nicht mehr so‘n schlechtes Gewissen so, weil ich dachte, stimmt: gehört dazu, jeder streitet sich.“* (Alina, Z. 667-687)

Ihre Betreuerin Alexandra erwähnt in diesem Kontext nochmals die konstruktiven Aspekte der Gruppe und Alinas Entwicklung darin: *„Also es hat einmal im Monat ein Hausplenum stattgefunden, da war sie und die anderen Mädels, die haben sich superstark für die Belange eingesetzt, und sind da richtig in Konfrontation gegangen, das ist unglaublich, das fand ich großartig.“* (Alexandra, Z. 764-780)

Für Alina waren dabei fließende Übergänge von der Vollzeit- und Gruppenbetreuung in immer mehr Autonomie hilfreich. *„Dieses Konzept finde ich total klasse, also es hat mir sehr geholfen, alsodass man halt erstmal in der WG wohnt dort und halt Mitbewohner hat, und man wohnt zu viert, und dann kommt man dann in die Einzelwohnung ... hat trotzdem noch 24 Stunden Betreuung, und dies ist halt so diese Ablösung und danach BEW, also betreutes Einzelwohnen, also das war für mich auf jeden Fall ideal, so schrittweise diese Ablösung zu kriegen und nicht gleich ins kalte Wasser – also da ausziehen und dein Leben in‘n Griff kriegen so – diese Struktur hat mir unglaublich geholfen.“* (Alina, Z. 707-720)

Ohne darauf angesprochen zu sein, erwähnt auch Betreuerin Alexandra das Stufenkonzept als großes Plus in der Arbeit mit den schwer beeinträchtigten Jugendlichen: *„Also würde ich auf jeden Fall als positiv benennen ... es ging also peu à peu runter ... ist was Positives bei uns, diese Abnabelung, die gewährleistet einen geschützten Rahmen und ... dass das in einer Hand liegt, glaube ich, ist ziemlich gut.“* (Alexandra, Z. 125-142)

Auch Begleitung bei der weiteren Suche nach Hilfeleistungen und Vernetzung mit anderen Institutionen spielen für das Gelingen einer Hilfe eine wichtige Rolle. *„In der Zeit, in der sie in der TWG war“,* sagt ihre Betreuerin Alexandra, *„gab es stationäre Aufenthalte, ... immer wieder auch Krisenaufenthalte.“* (Alexandra, Z. 929-932) Alina fand auch nicht sofort eine geeignete Psychotherapie. Ihre Betreuerin Alexandra erinnert sich: *„Wir haben bei uns in der TWG eine Psychologin, und die hat sie von Anfang bis Ende begleitet ... hat sie auch immer in Anspruch genommen, einmal in der Woche ... war auch ein ganz ganz fester Bezugspunkt für Alina ... auch richtig gutes Vertrauen ... und hat ihr dann auch letztlich die Therapeutin vermittelt, bei der sie jetzt auch ist.“* (Alexandra, Z. 880-925)

Heute erweist sich die Therapie als eine gute und eigenständige Stütze, erzählt Alina. *„Ich hab‘ irgendwie bei bestimmt zwanzig verschiedenen Leuten probatorische Sitzungen gehabt, um den oder die richtige zu finden ... hab’s dann irgendwann dann auch aufgegeben ... ja, und dann, dann hat’s doch geklappt ... hab‘ dann mehrere angefangen ... und jetzt ungefähr seit anderthalb Jahren hab‘ ich eine Therapeutin, mit der es ganz gut klappt.“* (Alina, Z. 214-221 und 695-705)

Das WG-Leben hat jedoch neben den positiven Auswirkungen auch einige Gefahren mit sich gebracht. Vor ihrem Einzug in die Einrichtung hatte das Mädchen keinerlei Kontakt zu Drogen und Suchtstoffen. Das änderte sich nach dem Einzug rasch. *„Und ja, dann fing’s halt an ... dann habe ich bisschen Alkohol immer so getrunken mit anderen ... und dann habe ich einmal mit den Leuten da gekifft und fand das ganz lustig, und dann wurde halt so einmal die Woche daraus und irgendwie einmal am Tag, bis dann, bis wir dann ein ganzen Tag durchgekifft hatten fast ... bis ich dann Pa-*

*nikattacken bekommen habe ... da habe ich dann auch geschafft aufzuhören.“ (Alina, Z. 592-664)* Auf die Frage, wie in der TWG damit von BetreuerInnenseite umgegangen wurde, erzählt sie: *„Das war schwierig also das war ... erstmal hieß es einfach nur kiffen verboten ... es stand ja auch in der Hausordnung, habe ich ja auch unterschrieben, als ich eingezogen bin ... und aber, ja, als dann rauskam, dass es alle machen so, wurde halt gesagt: ‚Dürft ihr nicht mehr‘ – und das hat uns aber irgendwie ermutigt weiterzumachen.“* (ebenda) Allerdings kommt es in der weiteren Folge des Drogenmissbrauchs zu härteren Konsequenzen, zu einer Ausweisung für eine gewisse Zeit, die Alina nur unter großen Mühen und mit Hilfe ihrer Bezugsbetreuerin abwenden kann.

Dieser negative Gruppeneffekt galt nach Alinas Erfahrung auch für selbstverletzendes Verhalten. *„Zum Beispiel zwei, die sich gegenseitig geritzt haben im Wohnzimmer ... die halt so Sachen gemacht haben oder die einen so so runterziehen, gerade wenn man so versucht, Fuß zu fassen. Ist manchmal nicht so toll, so mit anderen wohnen zu müssen ... das braucht auch tatsächlich so ein Gegengewicht von einem Betreuer, ein deutliches Gegengewicht.“* (Alina, Z. 871-897) Als ihr Bezugsbetreuer in der TWG diese Situation mit ihr gemeinsam reflektiert und den Gruppenzwang mit dem Druck vergleicht, den sie zu Hause erlebt hat, gelingt es ihr besser, sich davon zu distanzieren. Heute sind auch Drogen kein Problem mehr für sie. Sie hat andere Strategien für sich gefunden, wenn es ihr schlecht geht.

Eine Problematik jedoch, die sie bis heute begleitet, sind schwierige Paarbeziehungen: *„Beispielsweise ... mein Verhältnis zu Männern ... da hab' ich bis heute noch ganz ganz starke Schwierigkeiten ... mich auf eine feste Beziehung einzulassen, also ich war auch noch nie in einer festen Beziehung ... Das ist ein Riesenproblem für mich so, da Vertrauen zu fassen ... ja, und deshalb fühle ich mich auch oft sehr einsam, darunter leide ich dann auch teilweise sehr stark...“* (Alina, Z. 159-169)

Betreuerin Alexandra betont jedoch aus ihrer Perspektive, dass sich das Beziehungsverhalten gegenüber Freundinnen und anderen Bindungspersonen schon immens verbessert hat: Eifersucht, Verlustangst und Verletzungen können heute angesprochen und geklärt werden, auch im Verhältnis zu ihr als Betreuerin (Alexandra, Z. 550-578). Probleme sieht Alexandra nach wie vor im Essverhalten. Auch hier jedoch hat sich die Problematik zu einer handhabbaren entwickelt, auch wenn Alina in den Augen Alexandras nach wie vor darunter leidet (Alexandra, 606-651).

Alexandra weist in diesem Kontext auch darauf hin, dass Alina sich inzwischen sehr gut Hilfe holen kann: *„Mittlerweile ist sie wirklich unglaublich reflektiert, sie ist klug, lebensklug, sie hat unheimlich viel gelernt ... und sie erkennt selbst mittlerweile ... war das dieses Jahr, am Anfang ... ist sie noch mal in die Krisenintervention gegangen, aber auch da hat sie – ganz professionell in meinen Augen – den Abend auch wirklich angerufen, Bescheid gegeben, sie hält es nicht aus, und sie geht in die Klinik.“* (Alexandra, Z. 155-185)

Auf die Frage hin, was sie in Krisen für sich tun kann, hat Alina selbst eine ganze Serie von Maßnahmen parat: *„In erster Linie aushalten, ablenken, rausgehen, Freunde treffen, Kontakte so ... und wenn's ganz schlimm wird ... dann geh' ich ins Krankenhaus ... also wenn ich weiß, ich kann's jetzt nicht mehr, also es besteht die Gefahr, dass ich mich nicht mehr unter Kontrolle haben könnte und mir mal im Affekt was antun könnte ... ansonsten hab' ich halt immer noch Nachbetreuung und kann mit meiner Betreuerin über alles reden und so, und sie ist halt auch da für mich. Und in Therapie bin ich auch.“* (Alina, Z. 203-215)

## Zentrale Wirkfaktoren

*„Was fällt mir als erstes ein?“,* beginnt Alina das Interview, *„Albert und Anja fallen mir als erstes ... ein ... das waren halt so meine Bezugsbetreuer, als ich dort angekommen bin und eingezogen bin ... ja, die haben mich erstmal sehr aufgefangen.“* (Alina, Z. 10-23) Sie erläutert dieses ‚Eingangsstatement‘ mit einer Erzählung zu ihrem Einzug, der sich für sie alles andere als einfach gestaltete und bei dem die zugehende Beziehungsarbeit der beiden zukünftigen BezugsbetreuerInnen eine zentrale Rolle für den Beginn und damit auch das Gelingen der Hilfeleistung spielte. An späterer Stelle im Interview kommt sie mehrfach auf die Bedeutung der Nachsozialisation für ihre eigene Beziehungsfähigkeit zurück. Befragt nach dem eindrücklichsten und schönsten Erlebnis in der TWG beschreibt sie die Freizeitreise ins Ausland, auf der ihr unerwarteterweise sogar ein BetreuerInnenwechsel gelingt, der aufgrund des Personalwechsels in der Einrichtung notwendig geworden war: *„Die lange Reise ... das war schon irgendwie toll, ja ... so zu merken, dass man Vertrauen auch zu anderen Leuten als zu Albert und Anja aufbauen kann.“* (Alina, Z. 736-738)

Bei dieser Bezogenheit von Alina erstaunt es nicht, dass im Interview mit ihrer Bezugsbetreuerin Alexandra ganz ähnliche Thematiken zur Sprache kommen und Einschätzungen stark korrespondieren: *„Ich konnte Alina verstehen, warum soll sie sich einer Frau, die jetzt eingestellt wird, gleich öffnen, und ich denke, ich habe ihr signalisiert, dass ich an ihr interessiert bin, und sie hat so peu à peu angefangen, sich mir gegenüber zu öffnen. Und es hat dann auch richtig Spaß gemacht.“* (Alexandra, Z. 91-122) Und erneut setzt sie diese Erfahrung in einen fachlichen Zusammenhang: *„Es gibt einen Leitfaden, was Alinas Problematik anbelangt ... das ist ‚sich einsam Fühlen‘ ... seit ich sie kenne bis heute, sie geht aber anders mit ihrer Einsamkeit um. Und sie hat auch begonnen, ... aus ihrer Schutzhülle ... rauszukommen, ... sich auf Leute einzulassen, und das war vorher irgendwie gar nicht möglich. Das Problem Nähe-Distanz war am Anfang immens bei ihr, das hat sie selbst gar nicht so reflektieren, realisieren können ... mittlerweile wird es langsam erreichbarer und ... bewusst, ... also sie hat langjährig auch Therapie gemacht ... diese Einteilung in Gut und Böse, schwarz und weiß, da sind mittlerweile wirklich ganz viele Schattierungen bei ihr aufgetreten, und sie kann auch differenzieren ... finde ich große Klasse.“* (Alexandra, Z. 333-389)

Für Alina war es dafür wichtig, die von Zuhause erworbene Rollenkonfusion zu überwinden. Schmunzelnd erzählt sie: *„Das war dann auch total toll, die ganze Verantwortung mal abzugeben, und ein Betreuer und die Anja hatten dann auch schon so ein bisschen die Elternfunktion für mich übernommen ... und das hat irgendwie totalen Spaß gemacht so, auch mal Kind sein zu können. Schon allein auch so Regeln zu bekommen ‚Um diese Uhrzeit bist du zu Hause!‘ – Andere hassen das ja, aber ich hatte das vorher nie, und ich fand das total toll, dass da jemand sich dann da auch sorgt, wenn ich nicht um diese Uhrzeit zu Hause bin ... und dass das halt plötzlich so auf einmal Regeln gab, an die ich mich halten konnte, die ich mir nicht selbst stellen musste und ähm die ich auch brechen konnte ... so dieses Kindsein Nachholen hat mir ... ja, genau ... war echt schön.“* (Alina, Z. 93-115)

Jedoch auch auf basaler materieller Ebene, ergänzt Betreuerin Alexandra, ist die Nachsozialisation für Jugendliche, die auf keine Familie zurückgreifen können, von entwicklungsrelevanter Bedeutung. *„Also so Banalitäten, obwohl, was heißt banal ... sie hat die Möglichkeit ... gehabt ... Geld zu leihen, dafür dass sie zum Beispiel zusätzlich zu der TWG eben in eine Kunstakademie gehen konnte ... das war für sie, fand ich, was ganz Wichtiges ... weil sie hat niemanden in der Familie, der sie unterstützt, ... die Möglichkeit zu wissen, ... dass da nach wie vor auch jemand da ist.“* (Alexandra, Z. 1150-1188)

Ausdrücklich benennt Alina in diesem Zusammenhang auch Teamgeist als eine wichtige Dimension: *„dass halt die Betreuer alle zusammen gehalten haben und dass ... wenn Regeln im Team beschlossen wurden, haben sich alle dran gehalten.“* (Alina, Z. 847-854) Solidarität auf beiden Seiten – den Jugendlichen und den MitarbeiterInnen – vermittelt ihr ein Gefühl von angemessenen Generationsgrenzen: *„Das war dann irgendwie so eine Gemeinschaft, da war also, einmal immer das Team und wir als Jugendliche, und das war dann halt so bisschen auch so gegeneinander Kämpfen, aber irgendwie auch gar nicht mal schlecht so.“* (Alina, Z. 856-865)

Interessanterweise taucht auch bei Betreuerin Alexandra dieses Thema im Interview auf: *„Auch dieses Gefühl zu bekommen ... sie müssen sich solidarisieren, ganz klar, müssen sich gemeinsam für Belange einsetzen, und das war ... regelmäßiger Dienstschauplatz für Diskussionen halt, für Auseinandersetzungen, aber letztlich auch ein ganz wichtiges Instrumentarium, für uns auch, auch für die Jugendlichen.“* (Alexandra, Z. 780-790) Und weiter: *„Blödsinn machen dürfen ... auf die Barrikaden gehen ... also, fand ich anstrengend, aber rückblickend doch sehr sympathisch, die eigene Rolle in der Gruppe herausfinden können, das sind ja heute auch noch relevante Kontakte für Alina ... das sind ja heute noch ganz ganz relevante Beziehungen ... da ist was gewachsen, was noch über die Zeit hinausgeht, das ist toll, richtig klasse.“* (Alexandra, Z. 1073-1106)

Befragt nach der schwierigsten Sequenz in der Betreuung, die sie erinnert, erzählt Alina einen missglückten Bindungsaufbau: *„Ich sollte in die Einzelwohnung, aber ich hab’ mich mit Händen und Füßen gewehrt ... ich wollte nicht alleine wohnen ... und dann haben die gesagt: ‚ja, dann muss dich jetzt halt der Betreuer betreuen, der die halt betreut‘ ... und den kannte ich gar nicht, und er kannte mich nicht und irgendwie ... mir ging’s irgendwie total schlecht und – genau: ich sollte den Müll runterbringen, und jede Woche war jemand anderes dran, und das war der Müll von der letzten Woche, und ich hab’s nicht eingesehen, dass ich immer die ganze Arbeit ... also aus meiner Sicht ... und hab’ deswegen gesagt: ‚nööö, das muss noch derjenige machen‘ ... und als ich wiederkam, stank mein Zimmer nach Müll, weil dann nämlich dieser Müllsack in meinem Zimmer stank, äh stand, und ähm der Betreuer dachte wohl, das ist so’ne pädagogische Maßnahme ... und ich war sooo sauer ... ich wusste gar nicht, wie ich damit umgehen sollte, mit dieser Wut, die dann plötzlich in mir hoch-*

*kam, aber irgendwie auch Traurigkeit und so dieses ungerecht behandelt Sein und und so ... und da war so'n Spiegel, und ich hab' mich dann so gesehen, wie wütend war, ich konnte das nicht sehen und hab' dann diesen Müllsack dagegen geschmissen, der Spiegel ist zertrümmert ... und hab' mich sehr sehr tief geschnitten ... also musste dann auch genäht werden und ins Krankenhaus und alles. – Das war so in der WG das Schlimmste, glaube ich so ... dieses Erlebnis, auf einmal so hilflos zu sein, seinen Gefühlen gegenüber, und so verloren zu sein und so das Gefühl zu haben, die Betreuer sind jetzt gegen mich so irgendwie.“ (Alina, Z. 740-794)*

Daraufhin befragt, was sie anderen Jugendlichen empfehlen würde, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, sagt sie: *„Lasst euch drauf ein. ... Ich habe oft beobachtet, dass viele nach Hause gegangen sind und dass es denen nicht wirklich viel gebracht hat, weil sie sich nicht drauf einlassen konnten. ... Das ist ganz wichtig, dass man sich drauf einlässt.“* (Alina, Z. 800-806) Damit meint sie zwar in erster Linie, aber keineswegs ausschließlich die Professionellen. *„Also ja, Positives waren halt die Freundschaften, dass man miteinander reden konnte und dass man sehen konnte, ja: dem geht es auch schlecht, oder: ich bin nicht die Einzige, die so schlechte Erfahrungen gemacht hat, die traumatische Erlebnisse hatte, und man ist nicht alleine auf der Welt sozusagen ... das war irgendwie so'ne ganz starke Verbundenheit und ... so, das war alles sehr parallel, also wir hatten alle einen Suizidversuch hinter uns und hatten alle unsere Päckchen zu tragen, und das waren dann halt so'ne Verbundenheiten.“* (Alina, Z. 814-847)

Obwohl Alina diese Begrifflichkeit nicht verwendet, wird an vielen Stelle deutlich, dass Beziehungskontinuität für die das Juwel darstellt, das sie zuhause nicht erleben konnte und durfte: Dass es immer noch möglich ist, zu den BetreuerInnen – auch im Nachhinein – Kontakt zu halten, dass es möglich ist, wieder ‚zurückkommen zu können‘, beschreibt sie daher als sehr wesentlich für sich: *„Das finde ich eigentlich total toll ... so äh so zu wissen, dass die großen Betreuer auch nur Menschen sind, dass sie auch ihre Stärken und Schwächen haben, dass sie auch ... letztendlich auch außerhalb sich drauf einlassen und sich Sorgen machen und für einen da sind, und das finde ich auch echt gut, dass so Engagiertheit auch da ist, genau, dass es auch Menschen sind.“* (Alina, Z. 967-989)

Und Betreuerin Alexandra resümiert: *„Also diese junge Frau interessiert mich schon immens, also, noch habe ich diese professionelle Distanz zu ihr, aber ich bin auch Mensch, sie weiß auch einiges über mich, das macht mich authentisch, denke ich, und wir haben da halt so, die Chemie zwischen uns ist schon ziemlich gut, also, ja, wie gesagt, bin ja schon sehr stolz auf sie.“* (Alexandra, Z. 186-209)

## **2.2.2 Bettina: „War erst sehr ungewohnt ... hab' mich selber kennengelernt“**

### **Vorgeschichte und Verlauf**

*„Also angefangen hat's damit, dass ich ein halbes Jahr keinen festen Wohnsitz hatte. Ich bin dann auch, ich bin nervlich abgerutscht. Seelisch. Bin daraufhin in 'ne geschlossene Psychiatrie gekommen.“* (Bettina, Z. 15-18) Mit diesen Worten beginnt Bettina ihre Eingangserzählung (Bettina, Z. 15-110). Danach wollte sie eigentlich in eine eigene Wohnung ziehen, eventuell mit einer ambulanten Betreuung, *„aber die vom Krankenhaus meinten, nein, das kommt nicht in Frage, ich muss in eine TWG. Zuerst dachte ich so: was soll das Ganze? Ich will gar nicht, und dann gab's dann so'n Sozialarbeiter, der dafür zuständig ist, also WGs rauszusuchen, und ... dann sind wir ... halt dort hin zum Vorstellungsgespräch ... und ich fand die doch irgendwie sympathisch, die Menschen da.“* (ebenda)

Bettina ist nach einem Heimaufenthalt seit dem dritten Lebensjahr in einer Adoptivfamilie aufgewachsen. Über ihre ursprünglichen Familienverhältnisse hat sie bis heute keinen genauen Abschluss. *„Hab' jetzt auch Anfang diesen Jahres meinen eigenen Versuch gestartet per Jugendamt ... geh' auch demnächst zum Standesamt wegen einer Abstammungsurkunde und schau mal, was dann drauf steht, zu überprüfen. Ja, dann mal schauen.“* (Bettina, Z. 130-145) Eine Kurzzeitpflege mit acht Jahren auf Veranlassung der Schule benennt sie als einzigen Kindheitslichtblick. Zusammenfassend sagt sie: *„Ich konnte mich da nicht entwickeln ... Ich habe einfach nur von Angst gelebt. Angst und der Überlebenskampf.“* (Bettina, Z. 1267-1390)

Die Adoptivmutter starb, als Bettina zwölf Jahre alt war, beide Adoptiveltern haben sie psychisch wie physisch schwer misshandelt (Bettina, Z. 111-158 und 1267-1390). Bettina nennt ihre Adoptiveltern Stiefeltern, zu dem Adoptivverhältnis kann sie keine Nähe entwickeln. Mit dem Stiefvater läuft der Kontakt heute nur noch über einen Anwalt. Eine Zeit lang lebte Bettina in der Angst, er könnte sie in der TWG ausfindig machen und ihr nachstellen: *„dachte: was ist, wenn er auftritt oder auftaucht, er hat hier*

die Möglichkeiten, er sitzt am längeren Hebel, er hat die Möglichkeiten zu gucken, wo ich eigentlich wohne, und aufzutauchen ... und die Betreuer haben dann immer so gesagt: ‚denk‘ dran, du bist nicht alleine, und wenn er wirklich in deiner Nähe auftaucht, sind wir halt da‘.“ (Bettina, Z. 750-775)

Zu Beginn des Aufenthaltes in der TWG neigt Bettina zu selbstverletzendem Verhalten und extremen Aggressionen: „Die hab‘ ich halt nie an anderen ausgelassen, sondern immer an mir selber, entweder musste der Schrank oder die Wände dran glauben, später habe ich dann irgendwie halt leicht geritzt.“ (Bettina, Z. 178-190) Für sie neu ist, dass dieses Verhalten anderen nicht gleichgültig ist: „Dann haben sie sich hingesezt mit mir und versucht, ‚ne Lösung zu finden, und da gab’s dann halt einen Boxsack im Aufenthaltsraum ... dann haben wir so eine Art Boxvertrag gemacht ... 10-15 Minuten ... aber wirklich nur, wenn da ein Betreuer vor Ort ist ... also das tat mir schon ganz gut. Hab‘ allerdings irgendwie geschafft manchmal, so doll dagegen gedonnert, dass ich dann hier auf dem Arm eine Färbung trotz Handschuhe eingefangen habe, aber das war mir in dem Moment egal ... aber dann hat es nachgelassen mit dem Ritzen und dem, also mit den Wänden, Schränken und Treten gegen was.“ (Bettina, Z. 190-203)

Die Möglichkeit, zunächst Frauen als Bezugsbetreuung zu bekommen und sich erst langsam durch sorgsame und positive Zuwendung von männlichen Betreuern wieder an ‚das andere Geschlecht‘ heranwagen zu können, stellte für sie eine große Chance dar (Bettina, 390-432, 1541-1601): „War erst sehr ungewohnt und war auch sehr durcheinander gewesen. Ich kannte mich nicht wirklich selber – nicht so die Chance gehabt.“ (Bettina, Z. 70-79) An späterer Stelle schließt sie an: „Ja also, ich hab‘ mich da ganz gut eingelebt, hab‘ mich selber kennengelernt, meine Stärken und Schwächen, hab‘ mich da eigentlich ganz gut entwickelt – gab‘ natürlich auch Höhen und Tiefen.“ (Bettina, Z. 100-120)

Auch Betreuerin Berit berichtet sehr negative Sozialisationseinflüsse von den beiden Herkunftsfamilien: völlig undurchsichtige Familienverhältnisse, Vernachlässigung, körperliche und sexuelle Gewalt sowie der frühe Tod der Adoptivmutter mit der Folge von schweren traumatischen Erscheinungen, psychosomatischen Symptomen, Suizidgedanken und selbstverletzendem Verhalten (Berit, Z. 121-297). Nach Berits Meinung hat sich im Laufe des Aufenthaltes in der TWG eine Menge in der Selbst- und Fremdwahrnehmung für Bettina verändert: Der Betreuerin erscheint sie selbstsicherer, dem Leben gegenüber bedeutend positiver eingestellt, sie achtet mehr auf sich und tritt für sich ein, der Bezug zur Realität hat sich enorm verbessert, und auch in Bezug auf Beziehungen zu Männern und BeziehungspartnerInnen hat sich trotz der extrem negativen Kindheitserfahrung nach Berits Ansicht eine Menge verändert (Berit, Z. 300-357). Das zeigt sich für die Betreuerin vor allem darin, dass Bettina den Kontakt zu wichtigen Bezugspersonen in der WG aufrecht erhalten hat, auch im Rückblick nach mehreren Jahren (Berit, Z. 113-121).

### **Der Aufenthalt in der TWG: ‚Wirkungen‘ und ‚Nebenwirkungen‘**

Beim Einzug in die TWG fehlten Bettina zentrale Erfahrungen von Alltag, Gebundenheit und Sozialisation. Bettina selbst beschreibt sich als stark orientierungslos – gegenüber sich selbst, anderen und der Welt im Allgemeinen: „Gefühlsmäßig waren sehr viele Extreme da ... entweder ging’s mir total gut oder total dreckig, also es gab selten ein Mittelmaß, manchmal wusste ich auch nicht mal, wie es mir geht. Und da hab‘ ich halt so vor mich hin gelebt und, ja, wenn man mich dann gefragt hat, wie es mir geht, dann hab‘ ich meistens nur mit den Schultern gezuckt und gesagt ... ‚keine Ahnung – nächste Frage bitte‘, so ungefähr.“ (Bettina, Z. 1520-1529) Es gelingt ihr jedoch – zu ihrem eigenen Erstaunen – die bereitgestellten Angebote anzunehmen. Einzelerfahrungen mit Personen und Lebewesen spielen darin eine zentrale Rolle. Zunächst ist es vor allem ungewohnt, dass sich überhaupt jemand um sie kümmert: „Ja also mit den Betreuern kam ich sehr gut klar ... war erstmal so ein bisschen ungewohnt für mich so, 24 Stunden Betreuung ... aber ich hatte da nie irgendwie wirklich Probleme damit, weil ich dachte: na ja, ist man wenigstens nicht allein.“ (Bettina, Z. 50-57)

Interessanterweise hebt auch Berit besonders stark die anfänglich geradezu rührende Orientierungslosigkeit Bettinas und die Bedeutung der Nachsozialisation im Alltag für sie hervor. „Also in Bezug auf Bettina speziell würde ich jetzt als sehr wichtig empfinden, dass sie ganz andere Erfahrungen gemacht hat im Zusammenleben mit Bezugspersonen als sie das vorher gemacht hatte. Im familiären Umkreis im weitesten Sinne. Und da würde ich auch nochmals speziell hervorheben, dass mir da wirklich auch ... ganz profane Alltagssituationen ... im Gedächtnis geblieben sind.“ (Berit, Z. 22-55) Sie erzählt dazu ein erschütterndes Erlebnis: „Da weiß ich noch eine Situation, da hat sie irgendwie plötzlich erzählt, sie wollte wohl irgendwie Eier kochen und hat halt

*festgestellt, die wären alle verdorben gewesen, und dann haben wir uns alle gewundert ... und dann stellte sich nach einem Gespräch irgendwie raus ... was es damit auf sich hat: dass sie nicht wusste, wie ein rohes Ei aussieht, als sie zu uns in die WG kam.“ (ebenda)*

Unter diesen neuen, ungewohnt versorgten und ‚gesehenen‘ Bedingungen stellt Bettina sich auch den ersten manifesten Problemen: *„Hab’ auch so ein Riesenproblem mit dem Essen gehabt, und dann hat sich die eine, die nicht so direkt zuständig war, sich halt auch ein bisschen gekümmert, hat dann gesagt, sie guckt sich das nicht länger an, wie ich abnehme halt so und immer dünner werde, und dann hatte ich halt schon mal ein erstes Gespräch mit ihr gehabt ... aber das hat gewirkt gehabt, ... geschafft, mir die Augen zu öffnen, und da dachte ich: da muss ich mich aber zusammenreißen.“* (Bettina, Z. 158-178) Auch von der Gruppe kann sie – allerdings nach einigen Anfangsschwierigkeiten in der Kommunikation – profitieren: *„Und hatte erst so ein bisschen Schwierigkeiten aus meiner Sicht, so mit den anderen Mitbewohnern klarzukommen ... ziemlich viel geredet und auch so ein bisschen zu viel mit den Mitbewohnern, weil die hatten auch ihre eigenen Probleme ... da mussten die Betreuer eine Grenze setzen. Prägt mich natürlich ... haben wir ganz in Ruhe drüber gesprochen. Das funktionierte dann auch – so nach einer Weile dann bin ich ruhiger geworden.“* (Bettina, Z. 40-47)

Eine insgesamt tragende Atmosphäre erscheint auch Berit hilfreicher für Bettinas Entwicklung als einzelne isolierte Interventionen. Zu den positiven Nachsozialisierungserfahrungen rechnet sie dabei zum Beispiel auch den Einsatz der Nachtwachen, das deutliche, einfach authentische Interesse von weiteren, zusätzlich zur Bezugsbetreuung wirkenden Beziehungsangeboten: *„Das mit den Nachtwachen ... die waren auch sehr wichtig ... man konnte sich über alltägliche Sachen noch mehr austauschen als vielleicht in irgendwelchen Betreuungsgesprächen ... ich glaube, das hat ihr viel gegeben, also diese Erfahrung zu machen, dass es Leute gibt, die sich für sie interessieren, die für sie da sein können.“* (Berit, Z. 81-98) Diese Situationen sind jedoch eingebettet in einen ganz normalen Alltag, der für Bettina eben bisher so nicht gestaltet war: *„Ja den Alltag so richtig mitzuerleben ... dass sie mit Betreuern viel gekocht hat und darüber auch viel mitgekriegt hat eben also zum Beispiel, wie man sich auch ernährt, eben möglichst gesund und was alles so dazu gehört. Da konnte sie auch Sachen ausprobieren, die sie vielleicht noch gar nicht kannte oder dass man eben auch Sachen frisch zu bereiten kann und nicht nur aus der Konservendose ... aus unserer Sicht war das ein weites Feld.“* (Berit, Z. 417-471) Konflikte blieben dabei natürlich nicht aus – ein weiteres Lernfeld für Bettina: *„Da war es aber natürlich auch wichtig, den richtigen Weg zu finden, eben auch mit Kritik zum Beispiel umgehen, das war immer sehr schwierig, obwohl sie sich ständig selber abgewertet hat, weil sie sich so abgewertet hat, konnte sie schlecht mit Kritik von außen umgehen. Also dann musste man wirklich sehr vorsichtig sein mit ihr und dann genau erklären und das dann auffangen, eben ihr erklären, dass das nicht eine Kritik an ihrer Person ist, sondern nur an einem bestimmten Verhalten und dass das ja auch nichts Schlimmes ist. Man kann ja auch Fehler machen, jeder macht Fehler, solche Dinge also würde ich als pädagogisch wichtig sehen.“* (Berit, Z. 480-505)

Auch Bettina schildert insbesondere eben jene Alltags- und Freizeitsituationen als ein tragendes Element. *„Ist ja auch mal so, dass man so auch mal gespielt hat miteinander abends und so.“* (Bettina, Z. 50-51) In Bettinas Schilderung klingt das wie ein Übergang in eine andere, für sie völlig fremde Welt: *„Was ich sehr schön fand war, dass es noch eine extra Einrichtung gab, wo man am Wochenende ... also insgesamt war ich zwei Mal gewesen dort ... da sind halt zwei Betreuer oder Betreuerinnen mit der Gruppe zu einem Haus ... gefahren ... ja und das war sehr schön, und da saßen wir halt abends zusammen: die eine hat Gitarre gespielt, die anderen haben dann rumgeträllert und saßen schön am Feuerlager so. War schön also, auch schön ruhig und eine Abwechslung, das war, als ich grad eingezogen war, das war ziemlich am Anfang gewesen, wo ich die noch gar nicht so kannte, das war für mich erstmal so ein bisschen Überwältigung, aber ich bin dann erstmal mit und fand’s in der Regel auch schön ... hat man sich dann so im Laufe der Zeit so ein bisschen kennengelernt ... ich beobachtete die Leute erstmal und dann gucken ...“* (Bettina, Z. 90-115)

Leider gestaltete sich die parallele Arbeit am ehemaligen Umfeld, die Elternarbeit, umso schwieriger bzw. war überhaupt nicht in fruchtbarer Form möglich. Auch die Einrichtung konnte Bettina nur dazu raten, Abstand zu halten (Berit, Z. 613-729). Deshalb schätzt Berit den Nachsozialisationsprozess bei Bettina als ganz besonders bedeutsam ein. Dazu gehören Berits Erinnerung nach auch freundschaftliche Kontakte innerhalb und außerhalb der Einrichtung (Berit, Z. 768-801 und 892-912), solche Dinge wie *„mit anderen Teilen Lernen“* (Berit, Z. 827) sowie das Zurechtfinden in der Außenwelt, im Kontakt mit Behörden und anderen Institutionen: *„Dass sie begleitet wurde zu vielen Terminen außerhalb, weil sie da sehr unsicher war anfänglich ... da haben wir versucht, sie zu stärken und*

*dabei zu sein, aber sie auch mal selbst machen zu lassen.“ (Berit, Z. 505-517) Nach Ansicht von Berit beginnt Bettina auf dieser Basis die Welt neu zu entdecken und andere Wege zu gehen. Berit bringt für diese Veränderungsprozesse ein anschauliches Beispiel: „Ja, also, als sie gekommen ist, sie hatte besonders so körperliche Symptome ... die wurden dann auch ärztlich abgeklärt. ... Dann stellte sich aber heraus, dass es in der Regel keine organischen Ursachen gab, sondern eher um emotionale Zuwendungen ging, und dann haben wir versucht, sie dafür zu sensibilisieren ... also dass sie das auch selber erkennt und ... es auch einfach so sagen kann, wenn sie mit jemanden sprechen möchte ... Das war ein ziemlich langer Prozess, aber ich hab' schon den Eindruck, dass sich das im Laufe der Zeit dahin bewegt hat ... wir sehen das ja auch an den kurzen Kontakten jetzt, also insgesamt finde ich schon, dass sie, ich sag' mal, 'ne positivere Ausstrahlung hat oder auch so eine Grundhaltung überkommt im Gegensatz zu frühe, und dass sie ihre Dinge auch organisiert bekommt, in den Griff kriegt, ja und das finde ich natürlich schön.“ (Berit, Z. 189-357)*

Auch Bettina schildert nachvollziehbar, wie sie innerhalb und außerhalb der WG langsam eigene Räume für sich entwickeln kann – stets in Begleitung der Bezugsbetreuung. Als einen der wichtigsten dieser Räume benennt sie den Ausbau ihres Kontaktes zu Tieren und die umgebende Arbeit im Stall (Bettina, Z. 204-383). *„Und äh ja, dann war es noch ganz wichtig, dass man von der WG aus, wenn man keine Schule macht ... entweder Ausbildung oder ein Praktikum machen muss. Und ... ich habe dann ... fast ein Jahr im Reitstall gearbeitet, weil ich so mit Tieren sehr gut kann ... und die Arbeit hat mir sehr viel Spaß gemacht. Und ... hatte ich dann noch einen Liebling gehabt. Das war ein Frechdachs ... so normalerweise kann man nicht in die Box gehen, wenn die liegen, die springen dann sofort auf, aber ich hab's dann irgendwie bei ihm geschafft, dass er dann aber liegen geblieben ist, bin dann so durch die Box gekrabbelt, da war hinten so eine Ablage, da hab' ich mich dann draufgelegt und gesonnt, und er blieb dann immer noch liegen. Irgendwann ist er dann aufgestanden und hat mich durchsucht, ob ich etwas Leckeres in der Tasche hab' ... das war dann ...“ (ebenda)*

Bettina lächelt an dieser Stelle ausgiebig und setzt fort: *„also bei dem Pferd war das richtig schön.“ (ebenda)* Interessanterweise greift sie dabei auf eine alte Erfahrung zurück: In der Adoptivfamilie gab es einen Hund, das einzige Lebewesen, was ihr zur Seite stand und mit dem sie eine Beziehung entwickeln konnte (Bettina, Z. 1267-1390). Krisen waren damals in der Familie wie auch noch in der TWG dadurch besser bewältigbar, wie ein steter Silberstreif am Horizont: *„Hab' mich allerdings auch manchmal verletzt gehabt, das waren dann eher Dummheiten gewesen von mir ... hatte dann manchmal längere Krankheitsphasen gehabt, die waren dann besonders schwierig gewesen, weil ich dann aus dem Rhythmus gekommen bin.“ (Bettina, Z. 204-383).* Aber sie kehrt immer wieder zu der Arbeit auf dem Hof zurück und wird dort auch sehr für ihre Tätigkeit belohnt: *„Das mit dem Praktikum war halt so'n Energiefeld für mich ... so halt die Kraftreserve für die schwierigen Zeiten.“ (Bettina, Z. 1440-1443)* Resümierend sagt sie: *„Tiere haben mir das gegeben, was ich brauchte, die haben mir Zuwendung gegeben ... das war da eigentlich so die Blüte meiner Zeit gewesen ... hab' auch gutes Feedback bekommen ... meine Betreuerin hat sich auch gefreut drüber. Ich mich natürlich auch.“ (Bettina, Z. 270-383)*

Auch in der Gruppe mehren sich die positiven Erfahrungen, stets positiv unterstützt vom Betreuer-Team. In einer Krisensituation ist es eine Freundin, die sie auffindet und Hilfe herbeiholt (Bettina, Z. 448-533). In einer späteren Situation kann sie diese Hilfe zurückgeben, indem sie der sehr von Ängsten geplagten Freundin spontan einen Spaziergang im Dunkeln anbietet, der alleine für sie nicht möglich gewesen wäre und durch den die Freundin erstmals seit langer Zeit eine Angschwelle überwinden kann. Dies hilft zugleich auch Bettina, die selbst Ängste im Dunkeln empfindet: *„Und eigentlich war ich so der Typ zu der Zeit, der im Dunkeln eigentlich ungern spazieren gegangen ist, aber in dem Moment war das so'n Wechsel, ich wusste, sie ist in dem Moment ängstlicher als ich, und ich habe dann den Schutztrieb entwickelt ... sie hat halt nach der Hand gegriffen, und dann sind wir halt 'ne Runde an der Spree spazieren gegangen. Und ich fand das irgendwie klasse, und ihre Betreuerin hat dann mich sogar den nächsten oder übernächsten Tag angesprochen: ‚wie hast du das geschafft‘, so ungefähr ... kam auch 'n gutes Feedback rüber von den Betreuern, ich dachte, schön, bist über dich hinaus so richtig ... ein schönes Gefühl.“ (ebenda)*

Auch die obligatorischen fünf therapeutischen Gespräche in der Einrichtung nahm Bettina in Berits Erinnerung wahr. Auf dieser Basis fand sie eine externe Therapie, in der sie auf der Basis der TWG-Atmosphäre einige ihrer traumatischen Erfahrungen in behutsamer Unterstützung zum Thema machen konnte. Therapie und pädagogischer Bereich der TWG arbeiteten gut Hand in Hand. Für Berit eine erfreuliche Tatsache, die nicht immer so positiv verläuft. *„Bei manchen Jugendlichen erleben*

wir, dass die danach total instabil sind, wenn sie dann aus der Therapie kommen und wir dann mit Mühe und Not versuchen müssen, sie wieder aufzufangen, damit sie dann den Alltag bis zur nächsten Therapie wieder einigermaßen hinkriegen. So war es bei ihr nicht – also das war schon immer eine recht runde Sache, was aus unserer Sicht sehr positiv war.“ (Berit, Z. 528-612) Das Zusammenspiel wird von Berit als sehr hilfreich für den Heilungsprozess von Bettina eingeschätzt, während der Klinikaufenthalt im Anschluss an die Einrichtung bedauerlicherweise auch in der Wahrnehmung von Berit eher einen Rückschlag darstellte (ebenda).

Auch Bettina kann ihrer Aussage zufolge der Therapie unter diesen Bedingungen einiges abgewinnen, auch wenn das für sie vor dem Aufenthalt in der WG in unerreichbarer Ferne lag: „Über ein Jahr, glaube ich, das war eineinviertel Jahr, was ich in der WG war ungefähr, hab’ ich gleich ’ne Therapie angefangen, und die hat dann auch noch mal geholfen. Die turbulenten Zeiten mit mir zu meistern ... Ordnung reinzubringen.“ (Bettina, Z. 383-390) Heute beschreibt sie für sich eine bessere Kenntnis ihrer eigenen Problematiken und lernt, sich ihnen bewusst zu stellen: „Ja, aber ich hab’ auch gemerkt, hab’ auch manchmal mit Depression zu tun. Ich hab’ auch jedes Mal gemerkt auch, jetzt irgendwie gibt es auch wieder Steigerungen klar. Ich hatte zum Beispiel – bei meinem letzten Freund – immer Abenddepression gehabt ... da hatte er mich rausgeworfen, und da musste meine Freundin mich ganz schön triezen: ‚Na komm, lass uns da und da hingehen‘, und ich sagte: ‚hab’ eigentlich gar keine Lust’ ... aber ich sag’ dann: ... ‚ab geht die Post, wir gehen raus ... füttern Tiere‘, so, da hab’ ich selber gesagt, da will ich das auch richtig ... hatte auch viele Strategien halt in der WG gefunden, dann halt mit der Therapie zusammen ... und meine Therapeutin hat dann auch ’ne Struktur reinbekommen in mein verwirrtes Leben. Und hat dann auch Zusammenhänge gefunden, und ich hab’ dann auch irgendwann klarer gesprochen und nicht so ein hopp hopp hopp.“ (Bettina, Z. 1074-1103)

Nicht erfreut ist Bettina im Nachhinein von so manchen Zeiten, in denen der Lebensraum ein gewisses Maß an Chaos überschritt und sie sich nicht mehr wohlfühlte in den Räumen (Bettina, Z. 1715-1749). Interessant dabei ist die Erwartung an das Betreuungsteam als klare, konsequente Elternfiguren, von denen erwartet wird, dass sie gerecht mit der Situation umgehen. Bettina kann diese Erwartung sehr differenziert schildern: „Und manchmal ... jeder hatte einen Aufgabenbereich, was das Putzen angeht, das Sauberhalten, und da musste ich dann auch auf meine Grenzen verwiesen werden ... weil ich hab’ dann natürlich ein bisschen mehr gemacht, halt nur meinen Bereich, trotz Arbeit, und da sollten die anderen ja auch lernen, das zu machen, und gerade die Küche und so, da waren schon heftige Diskussionen, wo ich gesagt habe, zum Beispiel: ich hab’ nur den Flur gehabt und jemand anderes die Küche, und die Küche sah aus wie ’ne Müllhalde, obwohl man ’nen Geschirrspüler hatte, wo ich dann ’ne Nachricht gab: ... ‚die ist mir zu dreckig, ich krieg da ’ne Macke’ – da waren dann ganz schöne Diskussionen gewesen also ... hin und her ... und irgendwann, und wenn dann halt Teamsitzungen waren, dann haben dann die Betreuer doch mal gesagt: ‚so hilfste uns‘, und da hab’ ich auch geholfen. Aber manchmal fand ich das dann ziemlich doof, weil äh erst darf man nicht, und dann fragen se danach. Das war dann schon echt manchmal verwirrend. Wo ich dann auch so’n bisschen wütend auf die Mitbewohner war, ne: ja, ok, ich steh’ jetzt hier als Einzelne im Regen, im Wald. Und die Konsequenzen waren dann ja auch gewesen wie Geldabzug und so, nach ... paar Mal ermahnen. War jetzt ’ne Erziehungsmethode, denke ich mal. Hat bei manchen aber wirklich gar nichts so außer Blut und Nerv gebracht.“ (Bettina, Z. 1715-174)

Als Negativpunkt nennt Bettina außerdem die hohe Fluktuation in der Einrichtung: „Ja – der eine Betreuer war noch recht neu gewesen und kam später noch hinzu und war ja auch noch Betreuerwechsel, das fand ich, am Anfang hatte ich da noch ein paar Probleme gehabt. Also man hat ja schon so ’nen gewissen Bezug gefunden zu der Person, hat sich gut verstanden, und auf einmal dann so ist die Person nicht mehr da und ist ein neuer dann da, und da hab’ ich dann ... Probleme gehabt, den Neuen dann zu akzeptieren.“ (Bettina, Z. 434-448) Auf der Basis der bereits gemachten guten Erfahrungen mit dem Team gelingt es ihr dann jedoch, den neuen Faden zu knüpfen: „Irgendwann kam’s dann aber dazu, dass ich doch ein Gespräch hatte oder er, ja äh, Kontakt aufgenommen hat, wo ich dann so gemerkt hab’ ... na ja gut.“ (ebenda) Der Nachklang der Hilfe kann zunächst die positive Wirkung nicht bewahren. Bettina wird nach dem Aufenthalt in der TWG abgesprochenenerweise in eine Klinik entlassen, in der ihr nochmals eine Chance eingeräumt wird, weitere Fortschritte zu machen. Dieses Vorhaben scheitert. Danach beginnt eine Odyssee über den Aufenthalt in einem Frauenhaus in eine Partnerschaft, die ihr eine Zeit lang Halt geben kann, aber dann auch zerbricht. Bettina ist zu diesem Zeitpunkt nicht mehr jugendhilfeberechtigt, obwohl sie weder das 21. noch das 27. Lebensjahr erreicht hat (Bettina, Z. 818-920). Als Resümee über die TWG-Zeit hinweg stellt sie jedoch fest: „Also

*im Allgemeinen tat es mir sehr gut. Ich hab' mich da sicher gefühlt, ... ich hab' mich da recht wohl gefühlt. Hab', wie gesagt, meine Stärken und Schwächen kennengelernt, hab' mich sehr gut an sich entwickelt gehabt, bin sehr stabil geworden.“* (Bettina, Z. 708-713)

Auch Berit sieht das Risiko der ‚Ansteckungsgefahr‘ bei den ja ebenso hilfebedürftigen Peers in der TWG: *„Das ist immer so, denke ich, ein Risikofaktor ... sich entweder durch negative Verhaltensweisen – Alkoholkonsum, Drogenkonsum –, dass man da mit reingerät, um in der Gruppe eben dann auch dabei zu sein und dazuzugehören. Das ist wie in allen anderen Gruppen halt auch ... denke ich. Dann gibt es natürlich die Gefahr grundsätzlich, ganz neue Symptome zu entwickeln, dass man sich ansteckt sozusagen.“* (Berit, Z. 942-1166). Ebenso thematisiert Berit die neuerdings kürzeren Aufenthaltsdauern innerhalb der Jugendhilfe und die hohen Fluktuationen innerhalb der Teams (ebenda). Konzepte der schrittweisen Ablösung oder auch Flexibilisierung von Hilfen, wie sie in ihrer Einrichtung zuweilen möglich sind, favorisiert sie sehr: *„Das hat sich sehr sehr positiv gezeigt aus meiner Sicht und auch aus Sicht der Jugendlichen, weil sie einfach extrem lang gebraucht haben, um überhaupt sich auf jemanden einzulassen, und das wäre sicherlich nicht so gelungen, wenn sie ständig einen Wechsel gehabt hätten.“* (ebenda)

## Zentrale Wirkfaktoren

Auf den Kern der positiven Wirkung der TWG hin befragt, kommt Bettina auf zentrale Personen und Lebewesen zurück – und auf die Möglichkeit, in spezifischen Situationen spezifische AnsprechpartnerInnen zu wählen und sich daran zu entwickeln: *„Ja aber halt die Betreuer haben damals sehr gut geholfen, die wussten wie ... manche hatten einen ganz guten Draht zu mir gehabt ... und dann gab's auch halt sehr viele verschiedene Persönlichkeiten. Ist auch gut, weil dann eine ist dann zum Beispiel ein bisschen vorsichtiger gewesen ... die andere war doch sehr direkt, das hat aber auch geholfen in manchen Situationen.“* (Bettina, Z. 145-158) Dabei spielt die Gruppe mit der Zeit eine zunehmende Rolle im Erleben positiver Atmosphären: *„Dass man zusammen als Gruppe was unternommen hat ... das war auch immer recht gut, dann hat man, wir haben die Chance gehabt, so mit den Mitbewohnern dann noch Kontakt zu haben, na und halt Kräfte sammeln. Also so'n Punkt, wo man Energie sammelt.“* (Bettina, Z. 567-570) Bettina betont dabei mehrfach die große Bedeutung der Nachsozialisation am Beispiel des ‚sich von Betreuerseite Sorgen Machens‘ (Bettina, Z. 1506-1520) und der Alltagsdimension des ‚Da-Seins‘ der BetreuerInnen, der tagtäglichen Präsenz, durch die sie sich selbst kennenlernen und neue Lösungsmöglichkeiten entwickeln konnte (Bettina, Z. 1443-1450).

Auf die von Bettina thematisierte Beziehungsarbeit wird in der Einrichtung auch nach Aussage von Berit großen Wert gelegt: *„Ja ich hoffe, dass es ihr geholfen hat zu sehen, dass man anders mit Leuten umgehen kann als die Erfahrungen, die sie hauptsächlich gemacht hatte, gerade dass Erwachsenen anders mit ihr umgehen als die Erwachsenen, die ihr überwiegend in ihrem Umfeld bisher begegnet waren. Und dass sie vielleicht auch darüber ein bisschen gelernt hat, wie sie auch mit Leuten umgehen kann anders, ich sag' jetzt mal: ‚gesund‘? – gesünder vielleicht. Ja, und dass sie sich auch hoffentlich von uns ernst genommen gefühlt hat mit ihrem Problemen und Gedanken und Ideen, die sie so hatte ... sie hatte damals auch Geschichten geschrieben und erzählt und sich auch für Indianer interessiert und hatte dann auch einen Indianernamen und solche Sachen ... alsodass sie auch damit irgendwie Gehör gefunden hat ... dass sie keiner ausgelacht hat oder gesagt hat, sie ist bescheuert, wenn sie nicht wusste, wie ein Ei aussieht zum Beispiel.“* (Berit, Z. 370-406)

Bettina entwickelt in diesem Klima mehr und mehr eigene Räume, die sie zum Teil selbst über- raschen: *„Ich hab' ja nicht nur für andere da Fortschritte gemacht, also ich hab' auch bei mir selber Fortschritte, also ich hab' mich dann ganz gut kennengelernt, also ich hab' auch meine Stärken, ich hab' dann gemerkt, dass ich gerne schreibe.“* (Bettina, Z. 533-567) Bettina schildert in diesem Zusammenhang immer wieder das Wechselspiel der eigenen Entwicklung, wie zum Beispiel die wieder aufkeimende, stark stützende und auch herausfordernde Entwicklung im Kontakt mit Tieren in Verknüpfung mit positiver Unterstützung durch das Team in den für sie zentralen Alltagsmomenten: *„Dann gab's auch immer ein Limit, weil ich konnte halt am Anfang nicht so lange am Computer sitzen und schreiben – vor allem nicht über Vergangenheit oder so, war einmal auch ziemlich zu viel gewesen, das habe ich aber zu spät gemerkt – und die Nachtwache hat ... die hat mich sehr schnell durchschaut, ich konnte ihr irgendwie nicht so richtig was vormachen ... sie wusste aber auch in sehr schwierigen Situationen, was sie tun sollte ... dann hatte ich zum Beispiel ein weißes Pferd gezeichnet gehabt, so'n Pferdekopf mit Bergen und ... und die hat halt, als sie gemerkt hat, dass ich in mein Zimmer gegangen bin, weil mir so komisch war, natürlich dann irgendwie ... versucht, übers*

*Bild mich dann wieder zurückzuholen, hat's aber auch geschafft ... die hat dann irgendwie so was ausgelöst in mir ... ich weiß auch nicht, aber irgendwie, ja war schon klasse. Ja.“ (ebenda)*

Bettina hat heute das Gefühl, mehr Selbstbewusstsein erlangt zu haben und auch positive Feedbacks entgegen nehmen zu können: *„Im Prinzip habe ich schon sehr gute Feedbacks im Allgemeinen bekommen ... die meisten sind jetzt überrascht, wie ich jetzt auftrete.“* (Bettina, Z. 300-315) Sie erzählt dazu eine Sequenz eines Treffens mit einer ehemaligen Betreuerin, die ihre Entwicklung kommentiert: *„So wie du eigentlich redest, deine Art und Weise, wie du redest ... bap bap bap, tut mir nicht mehr gut, lass' uns 'ne Lösung finden' ... da war sie sehr überrascht gewesen, das hab' ich ihr doch angemerkt und hat sie auch selber gesagt beim nächsten Mal .... irgendwie finde ich immer auch 'ne Lösung aus'm Schlamassel – egal wie aktuell oder wie groß der Schlamassel ist – ich finde da immer wieder raus ... dachte ich so: ja, irgendwie hat sie recht.“* (Bettina, Z. 315-380)

Berit bestätigt das Gefühl von Bettina und spricht von einer ganz anderen *„positiveren Ausstrahlung ... Grundhaltung.“* (Berit, Z. 300)

Bettina kann ihren erfahrungsreichen Hintergrund inzwischen auch schätzen: *„bin ja recht jung, hab' aber auch sehr viel erlebt, viele nicht so prickelnde Sachen halt.“* (Bettina, Z. 1140-1141) Sie hat daraus nach eigener Beschreibung eine gewisse Resilienz entwickelt und sich vor allem auch Humor bewahrt (Bettina, Z. 1140-1160): *„Ich kann mittlerweile auch meiner negativ ... , in meiner Vergangenheit Positives sehen und das ist schon 'ne Sache, das ist 'ne Kunst.“* (Bettina, Z. 157-160) Aufgrund der Erfahrung mit ihrer eigenen Entwicklung fehlt es ihr an Verständnis, wenn andere ihre schlechte Vergangenheit dazu nutzen, eigenes Gewaltverhalten zu entschuldigen: *„Da wundert sich dann jeder Mensch heutzutage, der ein bisschen Hintergrund hat ... die Aggressionen halt, dass ich jetzt nicht losgehen kann und sage: ‚die Nase gefällt mir nicht‘, und prügel' dann auf die Person ein, wie es heutzutage ja so üblich ist, und die Leute dann sagen: ... ‚ja, das ist die Vergangenheit‘, wo ich dann aber einen Hals bekomme, wenn ich dann Mädels und Jungs dann in Interviews höre ... die raffen das auch gar nicht irgendwie. Ich habe dafür kein Verständnis ... weil ich sag' mir so: ich weiß, wie es weh tat, ich will es einem anderen Menschen nicht zumuten.“* (Bettina, Z. 1390-1413)

Wie fast alle KollegInnen betont auch Berit als Voraussetzung für eine so qualifizierte beziehungsorientierte Arbeit den hohen Anspruch, den sie an Betreuungskräfte stellt: Professionalität, die sich nur in ständiger Weiterbildung, unter Supervision und in Selbstreflexion entwickeln und aufrechterhalten kann. Wie selbstverständlich sagt sie am Ende des Interviews: *„Das habe ich jetzt schon paar Mal, so fast in jedem Satz quasi, mit einfließen lassen, dass ... die Professionalität der Betreuer ... ein ganz wichtiges Thema ist, wie ich finde, dass da halt nach Möglichkeit auch was für die Qualifikation getan wird eben.“* (Berit, Z. 1173-1202) Die Möglichkeit, dafür auch zuweilen als Teilzeitkraft zu arbeiten und weitere Studien zu betreiben, empfindet sie als sehr bedeutsam für einen hohen Qualitätsstandard der Arbeit (ebenda). Auf der Basis kann dann nach ihrer Meinung auch gute und vor allem passfähige Arbeit für die Jugendlichen geleistet werden *„Und ich denke halt bei Bettina ... das war einfach die Erfahrung einer hoffentlich weitgehend funktionierenden Beziehung, einfach eine ganz wichtige Sache in unserer Arbeit in der WG. Auf Bezugspersonen zu treffen, die verlässlich sind und an die man sich wenden kann, wenn man eben Hilfe braucht oder wenn man einfach nur sprechen will ... und das war bei Bettina auch ausgeprägt, das Bedürfnis, klar, wenn man sich den Hintergrund anguckt, aus dem sie kommt ... sie hat wirklich viel Kontakt gesucht und ihn aber, denke ich, auch bekommen.“* (Berit, Z. 56-81)

Abschließend erwähnt Bettina nochmals ebenso wie auch Berit die negativ erlebte Fluktuation und die Abschiedssituation, die für sie nicht einfach war, da sie in der WG eine ganze Menge Nachsozialisation erfahren hat: *„Hatte ich ja schon vorhin gesagt, ja, es kam nicht jeder klar mit dem Wechsel, mit dem dauerhaften Wechsel, obwohl der Betreuerwechsel schwieriger ist als der Mitbewohnerwechsel. Denn eigentlich kann man zu den Mitbewohnern weiterhin Kontakt haben, bei den Betreuern ist es eigentlich viel schwieriger ... geht eigentlich gar nicht. Sehr schwierig war dann die Trennung, also meine, von der WG gewesen, weil man hat dann dort eine Zeit lang dort verbracht ... muss sie aber einfach verlassen und 'n bisschen Gefühl hängt ja nun auch schon dabei, auch an den einzelnen Leuten ... das sind halt so Nachteile an einer WG, ne. Das Kommen und Gehen.“* (Bettina, Z. 1701-1715) Und dass, wie sie noch schnell anschließt, *„Tiere generell eigentlich nicht erlaubt sind“* (Bettina, Z. 1753-1754). Andererseits fasst sie mit einem eindeutig positiven Gefühl unter dem Strich nochmals mit eigenen Worten zusammen, was Berit aus ihrer Sicht ebenso überzeugt über Betreuungsqualität beschrieben hatte: *„Das war auch so'n Schwierigkeitsgrad am Anfang, dass ich irgendwie noch nicht ganz realisiert hatte ..., dass sie mir nichts tun und einfach*

auch teilweise so mit der Zeit lernen, dass man nicht mehr lügt und lügen muss.“ (Bettina, Z. 1498-1506)

Auch Berit fasst auf die Frage nach Wirkfaktoren in TWGs zusammen, was ihr im Zusammenhang mit Bettina und anderen Jugendlichen an Hauptwirkungsfaktoren einfällt: *„Also die positiven Wirkfaktoren ... aus meiner Sicht ... ganz wichtig das Modell, also das Betreuermodell ... sowohl mit Gleichaltrigen als auch mit Erwachsenen. ... Zu lernen, ein Selbstwertgefühl zu entwickeln oder zu stärken und Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten, zu merken, was man kann. Schwächen und Stärken ... in Gesprächen ... viel Rückmeldung bekommen ... gespiegelt bekommen: wie sehen mich andere, was sehen sie in mir ... das dann auch vielleicht selber in sich sehen können, Reflexion ... und dann natürlich eben solche Sachen wie Unterstützung in Alltagsdingen ... also auf den Weg Bringen von Ausbildungsdingen ... Perspektiven entwickeln, Lebensperspektiven ... alsodass man überhaupt ein Ziel hat, wo man hin will, weil wenn man das nicht mehr hat, wozu soll man sich da anstrengen.“* (Berit, Z. 978-1018)

### **2.2.3 Helena: „Die schlimmsten Erlebnisse waren ... dass man sehr machtlos gegenüber den Betreuern ist“**

#### **Vorgeschichte und Verlauf**

Helena wuchs bei ihren Eltern im Drogenmilieu auf. Als Helena 3 Jahre alt war, trennten sich die Eltern. Später gelingt dem Vater über ein Methadonprogramm der Ausstieg und der Mutter ebenfalls eine deutliche Besserung der Problematik. Zu diesem Zeitpunkt weist Helena jedoch schon starke eigene Symptomaten auf. *„Ich war siebzehn und hab' dann irgendwie so schon länger Depressionen gehabt ... dann hab' ich mir halt zu diesem Zeitpunkt täglich die Arme aufgeschnitten und hab' dann immer Panik gekriegt ... man denkt, man verblutet gleich oder so ... und dann hab' ich halt irgendwann gedacht, das geht nicht mehr so weiter, mein Leben ist total kaputt.“* (Helena, Z. 490-543) In der Angst, die Problematik der Eltern zu wiederholen, wendet sie sich an den SPD. Helena kommt in eine Klinik, in der es ihr wider Erwarten gar nicht so schlecht gefällt, in der sie sich jedoch nicht halten kann. *„Dann, ja irgendwann bin ich da rausgeflogen, dann bin ich wieder reingekommen und dann, weil ich dann ja auch bei meiner Mutter gewohnt habe wieder, dann hieß es das nächste Mal, als ich wieder drin war: ... ‚auf keinen Fall zu den Eltern zurück‘ ... irgendwie was Anderes, und dann haben sie halt diese TWG rausgesucht, und dann hab' ich mir das angeguckt, und es hat mir auch gut gefallen, und dadurch bin ich da denn auch hin. Ja, also Hauptprobleme Depressionen, irgendwie Alkohol und Drogen und Selbstverletzendes Verhalten.“* (ebenda)

In der Folge schildert sie ihre Zeit in der TWG und danach als durch zahlreiche Auf- und Abs geprägt. Drogen verschiedenster Art, Essproblematiken, Selbsthassattacken, eine Menge für sie unerfreuliche Erfahrungen und viele emotionale Berg- und Talfahrten kennzeichnen den Aufenthalt. *„Überhaupt war ich viel besser drauf zum Schluss ... es gab dann so'n Sommer – da ging es mir richtig gut – es war so total toll, und da wusste ich auch gar nicht mehr, ob ich mich selbst also krank kategorisieren soll ... und dann gab's dann wieder so'ne schlechte Zeit, da bin ich fast in die Magersucht abgerutscht ... das war schon richtig übel, da hatte ich ... dann auch so Gedanken gehabt, wie ich hasse mich so doll, ich darf nichts mehr essen und so, also ganz schlimmer Selbsthass und Bestrafungen irgendwie, und dann habe ich aber meinen Freund kennengelernt, und dann ging es halt wieder bergauf, und als ich dann ausgezogen war ... da ging's mir halt durch diese ganzen Umstände sehr schlecht, da hab' ich dann auch weiter geritzt ... jedenfalls ging's mir ne ganze Weile noch ziemlich schlecht ... wo ich auch schon sehr selbstmordgefährdet war, und dann ging's mir aber besser.“* (Helena, Z. 559-607)

Heidrun nimmt eingangs im Interview auf ähnliche Themen Bezug: *„Also Helena kam ja damals aus einer Drogeneinrichtung, ... hat die Drogenkarriere ihrer Eltern in allen Höhen und Tiefen miterlebt.“* (Heidrun, Z. 25-27) Auch die emotionalen starken Schwankungen erinnert sie gut: *„Gekommen ist sie mit einem relativ großen Gefühl, nicht geachtet, nicht geliebt zu werden ... und ... viel zu früh, viel zu viel Verantwortung ... übernommen zu haben.“* (Heidrun, Z. 79-85) *„Was mir auch immer wieder einfällt zu ihr, dass sie eine unglaublich freundliche junge Frau sein konnte, ja so, also wenn Helena lachte, dann war irgendwie so ein Strahlen im Gesicht, ... das also so von wirklich tief kommt ... das konnte sie. Genauso wie sie auch vernichten konnte. Also wirklich diese beiden Extreme.“* (Heidrun, Z. 570-582)

Heidrun sieht jedoch bereits zu diesem Zeitpunkt eine Menge Ressourcen bei Helena. *„Zu Helena fällt mir ein, dass sie relativ zügig ganz klar wusste, was sie machen will ... dass sie studieren wird*

... sie wird Psychotherapeutin werden, und sie wird Drogentherapeutin werden ... und da hab' ich schon gestaunt.“ (Heidrun, Z. 23-25)

Heute empfindet auch Helena ihr Leben ein wenig ruhiger und stabiler, schlechte Phasen können mit mehr Vertrauen in die Zukunft überbrückt werden.

Heidrun zeigt sich aktuell ebenfalls sehr beeindruckt von Helenas Zielstrebigkeit, auch wenn sie manche der damaligen Ziele, zum Beispiel die „sehr klare Strukturierung ihres Lebens“ (Heidrun, Z. 135) nicht unbedingt teilte: „Die Tatsache, dass sie damals ... also so seelisch emotional wirklich ziemlich zerstört, einen ganz klaren Plan hatte, ... also alles, was in ihrer Kindheit unstrukturiert war, hat sie sozusagen überstrukturiert.“ (Heidrun, Z. 30-48) Vor Kurzem hatten einige ehemalige TWG-BewohnerInnen, unter ihnen auch Helena, der TWG einen Besuch abgestattet. Heidrun zeigt sich im Interview sehr beeindruckt, wie viele der Ziele Helena trotz des nicht immer reibungslosen TWG-Verlaufs für sich umsetzen konnte.

### **Der Aufenthalt in der TWG: ‚Wirkungen‘ und ‚Nebenwirkungen‘**

Helena beginnt das Interview mit einer Reihe von Erzählungen, die das Thema Macht und Ohnmacht sowie Vertrauen und Misstrauen aufspannen. „Also was so die schlimmsten Erlebnisse waren ... war einfach, dass man sehr machtlos gegenüber den Betreuern ist ... und man gargarkeine Möglichkeit hatte sich zu wehren. Und ... halt auch immer so, wenn wir Jugendlichen meinten ... so jetzt hat aber irgendjemand einen Fehler gemacht, ich mein', so was kriegt man ja auch mit .... dann war das immer so total Abblockung, ... als würde nie jemand einen Fehler machen.“ (Helena, Z. 17-86) Als Beispiel führt Helena eine Situation mit einem psychotischen Mitbewohner an, von dem sie sich deutlich abgrenzt – „ich meine, ich hatte zum Beispiel nur ‚Depressionen‘, also ich hatte ja nicht wirklich eine Psychose oder so was“ (ebenda) –, von dem sich eine Freundin sexuell belästigt fühlte und bei ihrer Meldung an das BetreuerInnenteam nicht ernst genommen fühlt (ebenda).

Heidrun auf der anderen Seite erinnert sich an „ihre unglaubliche Bereitschaft zu diskutieren oder zu streiten, ihren, also für ihr Empfinden Gerechtigkeit eben ... das war nicht immer das Einfachste ... weil ihr Gerechtigkeitssinn nicht immer dem der Gesellschaft entsprach.“ (Heidrun, Z. 90-102) Heidrun lacht, als sie das sagt, und setzt anerkennend hinzu, dass sie Helena von Beginn an eine „unglaublich hohe soziale Kompetenz“ zuschrieb, „die sie schon immer hatte“ (ebenda). Auch Heidrun empfindet die große Breite an Belastungen, die verschiedene BewohnerInnen mitbringen, als zuweilen überfordernd für die Jugendlichen (Heidrun, Z. 243-258). An späterer Stelle im Interview kommt sie auf dieses Problem zurück und vergleicht die Situation mit der Konzentration älterer Menschen im Altenheim: „wenn zu viele mit ähnlichen Problematiken zusammen auf einem Haufen leben, wie in einem Seniorenheim, also Seniorenheime würden wesentlich besser laufen, denke ich, wenn sie generationsübergreifend wären.“ (Heidrun, Z. 844-865) Auf der anderen Seite betrachtet sie die heterogene Zusammensetzung auch als Chance – auch die Tatsache, dass Jungen und Mädchen in der Gruppe zusammenleben (Heidrun, Z. 258-261). „Sicherlich hatten wir damals auch die relativ fitten Mädchen und Jungs in ihrem Alter. ich denke, die haben letztendlich die eigentliche pädagogische Arbeit untereinander gemacht, denk' ich so.“ (Heidrun, Z. 353-356)

Auf die Frage, welche positiven Einflüsse sie in der TWG erfahren habe, schildert Helena eben jene gewisse strukturelle Einbettung in einen Rahmen, der ihr hilfreich gewesen ist, um sich aus ihrer Elternbeziehung heraus zu entwickeln und vor allem ebenso wie Heidrun die Gruppe (Helena, Z. 1203-1229) als wichtigen positiven Einflussfaktor: „Einfach dieser Rahmen von dieser TWG, wo es – irgendwie klar: es ging chaotisch ab –, aber irgendwo hatte man ja doch so fixe Punkte, also in dieser Gruppentherapie und den Einzelgesprächen mit der Psychologin und auch dieses Familiäre, also das war schon so, dass man sehr viel zusammen war, wir haben uns immer im zweiten Stock alle getroffen, es war einfach sehr schön, dass man nie alleine sein musste, wenn man es nicht wollte ... auch die Freundschaften unter den Jugendlichen waren sehr sehr schön ... und ich glaube, dass es einfach der Rahmen war, also nicht das direkte Therapieangebot oder direkte Betreuung, sondern alles so insgesamt.“ (Helena, Z. 662-686) Auch Helena schildert dabei insbesondere Bestandteile des Alltags und der Freizeitgestaltung, in denen sich eine positive und förderliche Atmosphäre entwickeln kann: „Zum Beispiel jeden Sonntag war Kulturtag, und wir haben immer was Schönes gemacht, ins Kino gegangen oder in'n Park oder auf 'n Fest, das fand ich auch ganz toll.“ (ebenda)

Auch Heidrun sieht die Dimension aufrichtiger Auseinandersetzung, die Bedeutung der Gruppe und des Teams insgesamt als maßgeblich für die Entwicklung von Helena an: „Ich denke, die Bereit-

*schaft aller Kollegen und auch der damaligen Bewohner dort in der WG, sich auszutauschen, also zu kommunizieren miteinander, sich über ihre Erkrankungen auszutauschen ... wieso weshalb warum jetzt der wieder ritzt ... also war schon ein relativ guter Austausch gewesen.“* (Heidrun, Z. 221-230) Sie empfindet dabei mehr die Gesamtheit der Angebote als ein gemeinsames hilfreiches Netz, anstatt sie in ihrer Rückerinnerung präzise zu differenzieren oder in ihrer Bedeutung im Einzelnen einzuschätzen (Heidrun, Z. 511-519). So hat Helena ihrer Ansicht nach von allen Gesprächsangeboten – den pädagogischen, den psychotherapeutischen und den Gesprächen unter den Jugendlichen – sehr profitiert (Heidrun, Z. 319-353), *„obwohl sie sich da nicht immer wirklich so verstanden fühlte wie sie es sich gewünscht hätte“* (ebenda).

Für Helena spielt dabei auch die Region eine wichtige Rolle, in der die TWG angesiedelt ist. Der interkulturelle, lebendige Kiez in Berlin ermöglicht ihr neue, wichtige Erfahrungen und Räume zur Selbstentfaltung: *„Es war halt auch noch ganz cool einfach die Location ... ich wohne heute auch noch hier ... und das war auch ganz toll, dass ich das so kennengelernt habe ... irgendwie, ja, ich bin denn da auch gleich am Anfang, wie gesagt, nachts rumgerannt mit anderen Leuten aus der WG.“* (Helena, Z. 799-856) Die Gruppe dient Helena auch als ‚Maßstab‘ für ihre eigene Situation im Vergleich zu anderen: *„Was halt auch noch, glaube ich, ganz gut war ... ja, man hat ja wirklich das Gefühl, das ganze Leid der Welt liegt auf einem, und dann sieht man auf einmal andere Leute, denen geht's viel viel schlechter und die haben gar nicht so die Möglichkeit, was dagegen zu tun, die haben halt 'ne Psychose und können nicht sagen: ‚ja das sind jetzt nur Wahnvorstellungen‘, sondern das ist deren Realität ... und bei mir war das wenigstens: ich wusste, ich kann das aufarbeiten, und dann wird das schon irgendwie werden.“* (Helena, Z. 707-727)

Aus dem therapeutischen Bereich hat Helena verschiedene Erinnerungen. Die erste Kollegin, die jedoch bald darauf die TWG verlässt, gibt ihr wertvolle Anregungen: *„Also die Einzelgespräche mit der ersten, die da war, fand ich sehr gut ... sie hat mir dann so ein Tagebuch mitgegeben ... und das habe ich auch alles ausgefüllt so, und das hat mir auch Spaß gemacht ... irgendwie, und Impulse gegeben, und es war immer sehr nett bei ihr, mit ihr zu sprechen, ähm, und die Gruppentherapie fand ich eigentlich auch ok, aber ich glaube, die gab's zum Schluss gar nicht mehr.“* (Helena, Z. 1174-1202) Durch ein Praktikum in einer anderen Einrichtung, mit der sich die TWG zu diesem Zweck vernetzt hat, wird die Möglichkeit, durch Schreiben Aufschluss und Erleichterung zu erfahren, noch gestärkt. *„Also ... ich habe mein Leben niedergeschrieben. damit fing ich zwar auch schon vorher an, aber dann hab' ich es richtig gemacht ... also wo ich zwei Stunden jeden Tag vor dem PC saß und mein Leben niedergeschrieben habe, und da sind mir auch wieder viele Sachen eingefallen, also so, aber das war dann immer sehr schmerzhaft, aber das hat mir auch geholfen, das zu bearbeiten.“* (Helena, Z. 692-702) Am Ende dieses Praktikums beginnt sie die Schule, die sie schließlich zum Studium führt (Helena, Z. 1379-1446).

Als Veränderungen zum Positiven schildert auch Heidrun, dass Helena es im Verlauf der TWG-Zeit geschafft hat, sich weiterzuentwickeln und dabei auch viel offener zu zeigen, *„sich diesen Schutz, auch diese, so diese Maske, abzunehmen“* (Heidrun, Z. 71-72). Auch das anfänglich noch stark bestehende Alkoholproblem habe sich mit der Zeit von selbst erledigt: *„Alkohol war lange Thema gewesen ... aber das hat sich dann im Laufe der WG ... wirklich verändert.“* (Heidrun, Z. 105-110) Ein prägnantes Ziel war die Verselbstständigung. Auch nach Ansicht von Heidrun hat sie dies auf jeden Fall erreicht (Heidrun, Z. 162-166): *„Ich glaube auch, dass Helena mit einer größeren Flexibilität gegangen ist, also mit einer größeren gedanklichen Flexibilität.“* (Heidrun, Z. 125-127) Schwieriger gestaltete sich nach Ansicht von Heidrun die Arbeit an der Tagesstruktur. *„Ziel war gewesen: Tagesstruktur – hat sie nie geschafft“* (Heidrun, Z. 173-174). Doch sie setzt anerkennend hinzu: *„sie hat lange ihr Ding gemacht und ist dann, ziemlich zum Ende hin, ... auf die Abendschule gegangen. Also alle haben gesagt, nein. Und: hat sich dann auch gut gemacht, also ist wirklich durchmarschiert, es gab keinen Zuspruch – weder vom Jugendamt noch von der WG, hat sich dann alleine angemeldet. Ja, also das waren ihre Ziele.“* (Heidrun, Z. 172-185) Auch den Hilfeabbruch setzt sie in diesen Zusammenhang, obwohl sie zum damaligen Zeitpunkt selbst nicht mehr vor Ort war: *„Als Ehefrau ist sie gegangen bei uns, also sie musste die WG verlassen, weil sie geheiratet hat und die Jugendhilfe verheiratete junge Mädchen nicht finanziert.“* (Heidrun, Z. 115-118)

Helena verließ die TWG auch in ihrer Schilderung nicht auf eigenen Wunsch. Dass das Jugendamt aus ihr unbekanntem Gründen nicht mehr die Kosten für den Aufenthalt übernahm, erfuhr sie wenige Tage vor ihrem Auszug. *„Innerhalb von drei Tagen musste ich damit zurechtkommen, dass ich aus meinem Heim rausmuss und meinen Betreuern das egal war ... sie nichts unternahmen, obwohl sie auch erst*

zu diesem Zeitpunkt überraschend davon erfahren ... ich meine, auch gesunde Menschen wären mit einer solchen Situation schwer zurechtgekommen, und es kann doch nicht sein, dass ein Mensch zwei Jahre lang dort in therapeutischer Behandlung ist und dann solch einen Abschluss erfährt. Eine Wohnung und einen Umzug ... ohne Auto, ohne Führerschein, ohne Hilfe, ohne Geld organisieren ... das hatte weitreichende Folgen für mich ...“ (Helena, kommunikative Validierung per Email)

## Zentrale Wirkfaktoren

Das Gefühl, sehr viel Negatives erfahren zu haben und nur teilweise und zeitweise Unterstützung und Beziehung in der TWG erfahren zu haben, zieht sich durch das Interview mit Helena. Zu Beginn und im Verlauf des Interviews erzählt sie zahlreiche Beispiele, die bis heute ein Gefühl von Wut spüren lassen. So empfindet sie zum Beispiel das Regelwerk als herzlos und ungerecht: „Zum Beispiel hieß es, als ich eingezogen bin, direkt: nicht mal an meinem Geburtstag 'n Bier trinken, es wurde gleich alles komplett verboten ... und du kannst nicht zu Hause in deinem Bett liegen ... ‚Ja, du stehst jetzt auf!‘ und so: ‚Und das ist hier kein Hotel!‘.“ (Helena, Z. 429-484) Trotz der vielen negativen Erfahrungen betont Helena an anderer Stelle im Interview: „Also ich würde schon sagen, dass mir die WG das Leben gerettet hat – so ist es nicht“ (Helena, Z. 1355-1359), und sie fügt abermals den Verweis auf die Grundstruktur des Angebots hinzu, „der Rahmen – einfach aus der Familie rauskommen.“ (ebenda)

Heidrun kann den Widerstand von Helena zum damaligen Zeitpunkt nachvollziehen: „also aus ihrer Sicht gesehen kann ich das gut verstehen, weil alles was irgendwie an Vorgaben da war, war für sie eine gefühlte Entmündigung.“ (Heidrun, Z. 449-451) Die Struktur war sicher an einigen Punkten hilfreich für sie, an anderen jedoch führte sie zu stetigen Zusammenstößen und Einschränkungen: „also diese Struktur, dieser Rahmen, der war nicht immer gut für sie gewesen ... also so Hauspläne waren für sie gefühlt immer ... so Veranstaltungen, wo sie sich innerlich sträuben musste.“ (Heidrun, Z. 540-551)

Dass eine Freundin wegen Drogenabusus aus der Einrichtung entlassen wird und später Selbstmord begeht, empfindet Helena jedoch bis heute als Fehlentscheidung der Einrichtung: „Also, die war auch sehr psychotisch zu diesem Zeitpunkt, und das war so natürlich ganz schlimm ... und ich find's halt immer noch blöd, dass sie sie halt rausgeschmissen haben und mich halt nicht.“ (Helena, Z. 88-106) Ihre damalige Strafe, eine ‚Versetzung in eine andere Teil-WG‘, empfindet sie bis heute jedoch ebenfalls als quälend: „Also ich hab' mir gestern so Tagebücher durchgelesen und da gesehen, wie fies ich das einfach fand und abgekartet ... und da stand denn so in meinem Tagebuch: ‚Ja was soll ich jetzt machen? Soll ich jetzt weiter Drogen nehmen? Damit sie sehen, wie schlecht es mir geht, dann schmeißen sie mich einfach nur raus, und wenn ich jetzt aufhöre, dann denken sie ja, das tat mir ja gut, wenn ich jetzt irgendwie mein Praktikum mache, denken sie, es tat mir gut‘ und so, ja das war so: ich hatte keine Möglichkeit mehr um zu zeigen, wie es mir geht.“ (Helena, Z. 108-164)

Den Aufenthalt prägen in ihrer Wahrnehmung mehrere höchst ambivalente Beziehungskonstellationen. „Also am Anfang hatte ich eine Bezugsbetreuerin, die mochte sehr sehr gerne. Aber die war manchmal 'n bisschen krass hart so ... und komisch irgendwie ... und irgendwie hatte ich auch das Gefühl, dass sie mich auch teilweise sehr falsch einschätzt, also zum Beispiel wollte ich einmal Geld haben, ich hatte kein Geld mehr gehabt, und am ersten Tag, als sie mich abgeholt hat aus der Psychiatrie, hat sie zu mir gesagt – also, ich hab' auch viel geklaut während der Psychiatriezeit –, und dann hat sie halt gemeint: ‚ja, wenn dir mal das Geld ausgeht oder so, ist kein Problem‘, dann soll ich zu ihr kommen, dann krieg' ich einen Vorschuss, ich soll bloß nicht klauen und so. Und dann wollte ich das einmal in Anspruch nehmen und hab' halt gesagt, ich hab' kein Geld mehr, kann ich irgendwie zehn Mark kriegen, und dann hat sie gesagt ‚Nö, so was gibt's nicht‘, und dann hab' ich so'n bisschen angefangen zu heulen, und dann meinte sie: ‚ja, jetzt drückste schön wieder auf die Tränendrüse‘, aber ich bin überhaupt kein Mensch, der gerne vor anderen Leuten heult, ... das ist mir voll peinlich.“ (Helena, Z. 967-1069) Diese ambivalenten Verhältnisse zum Betreuungsteam der TWG setzen sich fort: „Und später ... mein zweiter Bezugsbetreuer, das war einer, mit dem hab' ich mich halt nicht so gut verstanden. Zwischen uns gab's ständig so'ne ganz komischen Missverständnisse, die ich bis heute nicht verstehe, wie es dazu gekommen ist.“ (ebenda)

Interessanterweise gibt es hier einerseits Differenzen und andererseits Parallelen in der Wahrnehmung von Helena und Heidrun. Die Kontaktaufnahme hat Helena den BetreuerInnen nach Ansicht von Heidrun leicht gemacht, auch wenn in Heidruns Erinnerung die Kontaktgestaltung durchaus Herausforderungen beinhaltete: „Sie hat eine große Bereitschaft gehabt, sich anzubinden, also auch

sich persönlich anzubinden ... ich kann mich erinnern, es gab auch viele Briefwechsel zwischen uns ... ich denke, es ist schon sehr prägnant gewesen für sie, dass sie sich wirklich mit dem Herzen sehnen konnte und auch wirklich bei jemandem sein konnte emotional, was es natürlich auch für sie nicht immer einfacher machte. Verluste ... Konflikte waren einfach schwer auszutragen mit ihr.“ (Heidrun, Z. 144-156) Heidrun sieht daher den Gesamtkontext, den Zusammenhalt bzw. die Atmosphäre im Team und damit in der gesamten Einrichtung als wichtigsten Wirkfaktor für die Arbeit mit Helena an: „Vom Arbeitsteam her, damals waren wir ... sehr authentisch, ein sehr humorvolles, fröhliches Team ... es war immer eine sehr wohlwollende ... Atmosphäre – und vor allem eine sehr offene und sehr ehrliche ... da hat sie, denke ich, auch ja einfach viel mitnehmen können an positivem Lebensgefühl, also so an positiver Lebenserfahrung. Dinge vielleicht nicht immer ganz so ernst nehmen müssen, albern sein zu können, ohne sich deswegen schlecht fühlen zu müssen ... also so diese Balance auszuloten ... und da hatten wir als Team auch ... für sie einen Boden geebnet, der vorher sehr steinig war. Den haben wir ein bisschen fruchtbar gemacht für alles Weitere.“ (Heidrun, Z. 356-380)

Sie präzisiert diese Aussage jedoch noch weiter in Richtung einer zentralen Nachsozialisation für die Jugendlichen: „Das sind wirklich gemeinsame Höhepunkte wie Reisen zum Beispiel und Feste feiern: also auch wirklich, also Geburtstage zelebrieren ... Schulanfänge: was haben wir Schultüten verteilt zum Schulanfang für die, die neue Sachen begonnen haben. Oder so Sachen einfach auch, diese kindlichen Sachen, die in den Familien nicht gelebt wurden. Brote schmieren für die, die sie zur Schule gehen. Oder Kakao und Croissant ans Bett bringen, weil jemand nicht aufstehen will ... gab's viel Streit drüber – warum werden sie belohnt, wenn sie nicht aufstehen wollen. Aber darum geht's ja gar nicht, sondern um die Fürsorge, die wichtig ist. ... Ja, und davon also denke ich, das sind die Säulen. Davon hat Helena profitiert. aber ich denke, auch viele andere Jugendliche, die wir damals betreut haben.“ (Heidrun, Z. 763-779)

Heidrun spricht dabei in Bezug auf die TWG-Arbeit insgesamt von einem notwendigen Schutzraum, den eine solche Einrichtung für Benachteiligte bereitstellen kann: „Was ich glaube, was es den Jugendlichen tatsächlich bringt, ist die Tatsache, einen Rahmen ... zu finden, in dem sie sich aufgehoben fühlen.“ (Heidrun, Z. 19-23) Dazu gehört ihrer Ansicht nach auch ein gewisser „Vertrauensvorschuss.“ (Heidrun, Z. 382) und Bedingungslosigkeit in der Zuwendung: „Du bist einfach so, wie du bist ... und so bist du hier richtig und gut, und wir wollen dich hier.“ (Heidrun, Z. 230-237) Als lebendigen Beleg für diese Bedingungslosigkeit erzählt Heidrun eine Anekdote aus dem damaligen WG-Leben: „die damaligen Bezugsbetreuer hatten nicht frei bekommen für die Hochzeit, sie haben dafür eine Abmahnung bekommen, dass sie trotzdem zu der Hochzeit von Jörg gegangen sind. Also ich denke, das sind einfach Signale ...“ (Heidrun, Z. 399-440) Für eine solche Grundhaltung braucht es natürlich auch Räume der Reflexion, Fort- und Weiterbildung, den es in ihrem Projekt ausreichend gibt (Heidrun, Z. 787-811). Dann entsteht für die Jugendlichen im günstigsten Falle „eine Möglichkeit, einen sanften Weg wieder in so etwas wie Normalität, in ein Alltagsleben reinzubringen“ (Heidrun, Z. 839-844).

Auch Helena hat letztlich das Gefühl, vieles erreicht zu haben. Neben der WG waren dabei besonders ihre Beziehung zu ihrem Freund und jetzigem Mann sowie Freunde und Freundinnen wichtig. Als wichtigste Veränderung zum Positiven beschreibt sie: „Ich glaube, ein Punkt ist, dass man früher immer gedacht hat, wenn es einem schlecht ginge, dass es nie aufhört. Und heute weiß ich einfach, es hört irgendwann auf, und dass es immer andere Zeiten gibt, die besser sind ... ich weiß das einfach, dass das ein Augenblicksmoment ist und dass es auch wieder vorbeigeht.“ (Helena, Z. 619-646)

## **2.2.4 Claus: „Dort habe ich halt Betreuung bekommen ...und gelernt, mit meinen Problemen umzugehen“**

### **Vorgeschichte und Verlauf**

„Na ja, ich hatte psychische Probleme ... habe stark Drogen genommen, Cannabis konsumiert. Habe mich dann selbst einweisen lassen in die Psychiatrie, weil ich zuhause auch Probleme hatte und nicht mehr zurechtkam ... mit der ganzen Familie.“ (Claus, Z. 58-74) Mit diesen Worten beginnt Claus das Interview. „Und dort habe ich halt Betreuung bekommen, Einzelgespräche ... und habe gelernt, mit meinen Problemen umzugehen.“ (ebenda) Eine wichtige Motivation, sich Hilfe zu holen, war für Claus der anvisierte Schulabschluss: „Aus dem Projekt heraus habe ich dann ... eine andere

*Schule angefangen und zu Ende gebracht.*“ (ebenda) Nicht ohne Stolz beendet er diese Erzählung mit dem Satz: *„Ich hab’ das Abitur jetzt geschafft.“* (ebenda)

Seine Betreuerin Charlotte teilt die Einschätzung über das Suchtproblem von Claus zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Einrichtung, fügt jedoch den Hinweis auf eine starke Introvertiertheit hinzu: *„Claus kam ja zu uns, da war er sehr in sich gekehrt, lange, hat kaum gesprochen und ... also richtig gepanzert.“* (Charlotte, Z. 31-35) Nicht einmal die Kontaktsperre zu Beginn habe ihn beeindruckt. Vordergründig war jedoch auch nach Charlottes Ansicht das Suchtproblem, *„wobei, ... wie wir später herausgefunden haben, er auch während seines Aufenthaltes bei uns regelmäßig konsumiert hat, und wir sind ja eigentlich eine Cleaneinrichtung.“* (Charlotte, Z. 31-42) Sie lacht wohlwollend, als sie das sagt, und fügt hinzu: *„Also er hat das offenbar so hingekriegt, dass wir das nicht merken, ich meine, ist ja auch eine Ressource.“* (ebenda)

Die Vorgeschichte von Claus ist erschütternd. Nach einem Streit innerhalb der Familie suizidierte sich seine Mutter. *„Sie war dann tagelang vermisst“* (Charlotte, Z. 102-132), erzählt Charlotte immer noch berührt davon, *„und keiner wusste, wo sie ist ... also es war sehr dramatisch“* (ebenda). Als man die Mutter auffand, dekompenzierte der Ehemann und konnte zunächst seine Kinder nicht angemessen unterstützen.

Claus drückt das für sich auf seine Weise aus: *„Na ja, ich hatte ein paar Sachen in meiner Vergangenheit erlebt, die mir nicht so gefallen haben ... ich würde sagen, es war irgendwie der Druck im Elternhaus ... dass manche Sachen nicht objektiv gehandhabt wurden und ich mich dadurch über die Zeit immer benachteiligt gefühlt habe. Und das war in der TWG der Vorteil, dass dort unabhängige Leute waren, distanzierter ... das hat natürlich Druck genommen.“* (Claus, Z. 114-139 und 191)

Nach Ansicht von Charlotte wurde Claus als ältester Sohn stark in der Rolle als großer Bruder überfordert. *„Der Vater hatte sehr große Schuldgefühle, ... so blieb es stark an Claus hängen, und das merkte man auch ... also ... er ist schon sehr selbstständig, schon immer gewesen und wenig emotional ... das konnte er sich offenbar nicht leisten.“* (ebenda)

Diesen Gedanken greift Claus ebenfalls auf. Durch den Tod der Mutter waren die Kinder tagsüber völlig auf sich gestellt, es gab keinen geregelten Tagesablauf, keinen Erwachsenen im Haushalt, der die Verantwortung übernahm, lediglich ab und zu eine Tante, die nach dem Rechten sah: *„Dadurch dass mein Vater viel wegen einer Umschulung unterwegs war, ... und wenn es dann zuhause Streit zwischen mir und meinen Geschwistern gab, dann wurde immer gesagt, dass ich ja der Älteste bin, und ich müsste das irgendwie schon regeln können so ... und warum ich mich denn nicht kontrollieren kann. Und dadurch habe ich mich halt nicht so wohlfühlt zuhause.“* (ebenda)

Heute zeigt sich Charlotte sehr beeindruckt von Claus’ Entwicklung und sagt dies auch nicht ohne Stolz. An eine Situation erinnert sie sich in diesem Moment ganz konkret: *„Da saßen wir dann in einer Helferkonferenz im Jugendamt. Und das Jugendamt – im Zuge der Sparmaßnahmen – wollte also ... die Hilfe beenden und keine Anschlusshilfe ... und große Diskussionen ... und na ja, ... ich war so beeindruckt, wie er sich da vertreten hat. Da war ich echt stolz auf ihn.“* (Charlotte, Z. 173-180)

Claus resümiert selbst: *„Meine Schule habe ich halt abgeschlossen, meine psychischen Probleme sind weitestgehend weg sozusagen, ich fühle mich so, wie ich mich gefühlt habe, ungefähr bevor es mir schlecht ging.“* (Claus, Z. 104-107)

## **Der Aufenthalt in der TWG: ‚Wirkungen‘ und ‚Nebenwirkungen‘**

Claus schildert zunächst das Zusammenspiel der Gesamteinrichtung TWG als hilfreich für seine Entwicklung, das *„ganze Programm“*, wie er sagt. *„Insgesamt positiv. Man wurde gefördert. Es wurde darauf geachtet, dass man etwas macht. Es gab Pläne, Gespräche, man wurde betreut von morgens bis abends. Aber dennoch war einem ziemlich viel Freiraum gelassen, was man denn machen möchte.“* (Claus, Z. 47-52 und 149) Claus brauchte jedoch eine Weile, um diese Form der Unterstützung kennenzulernen und annehmen zu können, sie ist ihm zunächst nicht vertraut. Er begründet das damit, dass ihm die BetreuerInnen ein Stück entgegengekommen sind, auch wenn ihn das anfangs fast irritierte: *„Die Kommunikation mit Erwachsenen ist ja manchmal ein bisschen komisch, ... aber dort ... die Kommunikation mit diesen Betreuern, die war eigentlich nicht so angehoben gewesen, ... sie waren halt ... da ... schwer für mich anzunehmen, mich mit einem Er-*

wachsenen so offen und einfach so über alle meine Probleme so was zu unterhalten.“ (Claus, Z. 805-834)

Am Anfang, erzählt Charlotte aus ihrer Perspektive, ist Claus „wie ein Roboter durchs Leben marschierst, mit in sich eingesperreten Beziehungswünschen, ... Ratlosigkeit, wie er es machen kann, ... überhaupt keine Ahnung darüber, was für ein Mensch er ist und wie er bei anderen ankommt ... fast an Taktlosigkeit grenzend ... andererseits unbestechlich, was Logik betrifft.“ (Charlotte, Z. 409-460) Die Mischung aus Anerkennung für Claus' Autonomie und der Sorge um seine Bezogenheit taucht im Interview mit Charlotte immer wieder auf. „Also mir ist immer aufgefallen, dass Claus sehr wenig emotional war, also sehr aufs Rationale, ... sehr diszipliniert... ich hab' ihn eigentlich lange so erlebt, dass er ziemlich sehr sein eigenes Ding gemacht hat.“ (Charlotte, Z. 42-61) Es stellt sich zunächst als schwierig heraus, Zugang zu Claus zu bekommen. „Er hat anfangs auch immer so'n bisschen was Provokantes gehabt ... im Rückblick betrachtet eher Abgrenzungswünsche.“ (Charlotte, Z. 80-89)

Auf die Frage hin, wie es ihr gelungen sei, Claus' Vertrauen zu gewinnen, antwortet Charlotte mit einer langen Erinnerungssequenz an diese Zeit: „Das lässt sich schlecht beschreiben, wie ich das gemacht habe. Also ich habe ihm das angeboten, und er konnte sich das nehmen oder liegen lassen, ich hab's ihm nicht frontal angeboten. ... In der Bezugsbetreuung macht man ja Begleitungen und dieses und jenes und so ... man hat ja ganz viele Aufgaben miteinander ... und dann kann man ins Gespräch kommen, muss aber nicht. Und das war eigentlich gut ... es geschieht eben einfach.“ (Charlotte, Z. 562-600) In der weitergeführten Erzählung wird jedoch deutlich, dass das ‚Geschehen‘ auch aktiv aufgesucht werden kann: „Und ich habe natürlich auch Interesse ausgedrückt, und das war natürlich auch ein echtes Interesse ... das mache ich auch generell mit Bezugsjugendlichen, dass wir öfter mal ins Café gehen, einfach mal raus ... und dann kann man auch dies und das dort in Ruhe bereden ... und dabei praktisch auch immer zwischen den Zeilen mitgeliefert viele Reflexionen: ... dass ich das jetzt interessant fand und das und das gut fand und das nicht so ... und was ich auch erwarte ... und also diese Informationen, die er eigentlich braucht, um eine Orientierung zu kriegen im Miteinander. Und wenn er mehr Orientierung hat, kann er natürlich auch die Beziehung besser leben. ... Also ich kann mich nicht erinnern, so direkt über seine Gefühle geredet zu haben, aber dass er doch jetzt vielleicht ein größeres Spektrum hat ... das geschah alles zwischen den Zeilen ... also praktisch im Mitnehmen.“ (Charlotte, Z. 562-600).

Es gab jedoch einen wichtigen Startpunkt in der Entwicklung der Beziehung zwischen Claus und Charlotte, an den sie sich heute noch präzise erinnert. Nach einer Weile in der Einrichtung stellte sich heraus, dass Claus innerhalb seiner Abgeschiedenheit psychotische Symptome entwickelte. Die Einrichtung reagierte darauf mit einer Fallsupervision, innerhalb derer eine Familienaufstellung zu Claus' Familie unter Einbezug von Claus selbst stattfand. „Und da war ich dann auch dabei und habe die Rolle der Mutter bekommen. Und das war natürlich ein sehr heftiges Erlebnis für mich, ... das war eine sehr sehr intensive Sache. ... Und danach war das also auch erledigt, er hat in der Aufstellung den Abschied machen können von der Mutter: und dann war das auch ... also er war dann nicht mehr so psychotisch.“ (Charlotte, Z. 102-132) Für Charlotte entschied sich dadurch die Bezugsbetreuung für Claus: „Das war sehr nachhaltig. Und da habe ich mir dann gedacht, ich würde mit Claus gerne arbeiten, die Bezugsbetreuung machen.“ (Charlotte, Z. 134-136) In der Rolle der Mutter innerhalb der Aufstellung wurde ihr deutlich, wie wichtig es für sie sein könnte zu sehen, dass Claus seinen Weg geht und dabei gut unterstützt wird. „Das, was sie jetzt nicht mehr leisten kann.“ (Charlotte, Z. 139).

Sie hat diese Entscheidung nie bereut. „Das war ein sehr schönes Arbeiten mit Claus, weil ... also man brauchte nur einen Stein anzutippen und ins Rollen zu bringen, und der rollte dann, also er hat es aufgegriffen und was draus gemacht.“ (Charlotte, Z. 140-160) Charlotte zeigt sich heute beeindruckt von Claus' heutigen intellektuellen und eloquenten Fähigkeiten: „Das hätte man sich früher nicht vorstellen können ... dann hat er nicht mehr aufgehört zu reden. Das war unglaublich. Das ging in einer Turbogeschwindigkeit. Also das ist ... das war schön zu erleben.“ (Charlotte, Z. 163-168) Der Kontakt besteht bis heute. Im Laufe des TWG-Aufenthaltes gelang es auch, wieder mehr Kontakt innerhalb der Familie und der Geschwister herzustellen, insbesondere mit einem der Brüder (Charlotte, Z. 232-278): „und so sind die also tatsächlich wieder in Kontakt zueinander gekommen ... und pflegen den auch“ (Charlotte, Z. 280-293).

Auch Claus schildert, dass die Beziehungen zu seiner Familie sich an manchen Stellen weit weniger spannungsreich gestalten (Claus, Z. 507-561): „Ja, also, es geht ohne Probleme, dass ich mich mit meinem Vater über irgendwas unterhalten kann ... ich denke, ich hab' mich verändert, durch die

*Therapie, dass ich mich nicht mehr so beeinträchtigt fühle in manchen Situationen durch meine Psyche, und dadurch, dass ich nicht mehr zu Hause wohne.“ (ebenda)*

Den therapeutischen Aspekt der Einrichtung, so erinnert auch Claus, musste er sich erst erarbeiten – er erschloss sich ihm sozusagen Stück für Stück aus dem pädagogischen und therapeutischen Zusammenspiel: *„Am Anfang irgendwie weiß ich nicht, diese Therapiesitzungen ... ich fand irgendwie die Sprache, die die Frau benutzt hat ... also man konnte sich da gut was vorstellen ... es war nicht unbedingt offensichtlich, dass es eine Therapie ist ... nur an manchen Punkten ... fand ich das irgendwie psycho.“ (Claus, Z. 285-310)* Claus schildert allerdings auch deutlich seine Ambivalenzen zu Beginn der Betreuung, seinen eher steinigen Weg in eine vertrauensvolle Beziehung: *„Mhm, ich würde nicht sagen, dass ich diesen Betreuern unbedingt vertraut habe ... mhm in gewisser Weise habe ich ihnen schon vertraut, als Person die mir weiter hilft ... aber durch die Kompetenz, würde ich sagen, ist es gelungen, diesen Pädagogen, mich zu überzeugen, dass sie kompetent sind, Fragen zu beantworten, wenn es um Sachen wie Ämter geht. Ämtergänge. Verpflichtungen, welche Ämter für mich zuständig sind, wo was ausgefüllt werden muss. solche Sachen, ja ...“ (Claus, Z. 226-241)* Auf die Frage, woran er diese Kompetenz, vertrauenswürdig zu sein, denn erkannt habe, sagt er: *„Na, ich würde sagen, durch die Freiheit, dass ich halt den Freiraum hatte, über sämtliche meiner Probleme zu reden, und ich auch selbst gemerkt habe, ob es mir gut oder schlecht geht dabei.“ (ebenda)*

Auch Charlotte kommt auf diese Thematik zu sprechen. Mit Claus, erinnert sie, sei es sehr wichtig gewesen, eine gute Ausgewogenheit zwischen Unterstützungsangebot und Respekt vor seinen Autonomiebestrebungen zu finden. Auf dem Weg zum Abitur und im Übergang zum Erwachsenenalter stand die Entscheidung zwischen eigener Wohnung und einer weiteren betreuten Wohngemeinschaft an. Charlotte riet ihm zu einer betreuten Sequenz innerhalb einer Erwachsenengruppe, bot ihm jedoch auch Unterstützung im Fall der Entscheidung für die eigene Wohnung an. *„Und er hat sich dann tatsächlich entschieden, in die Erwachsenen-WG zu gehen ... und hat seinen Weg gemacht, also er hat ja sein Abitur gemacht und ist auch ausreichend clean geblieben ... ist ja immerhin eine riesige Belastung mit dem Abitur ... und dann erreichte mich die Nachricht, dass er ein freiwilliges soziales Jahr in einem Krisengebiet im Ausland gemacht hat.“ (Charlotte, Z. 183-232)* Nach Ansicht von Charlotte hat auch die Therapie Claus dabei unterstützt, erste Annäherungen an schwierige Themen zu finden, besonders in der ersten Zeit, als die Bezugsbetreuung zu Charlotte noch nicht bestand, stellte sie für Claus eine Zuflucht und einen Alternativort zur überfordernden TWG-Situation dar (Charlotte, Z. 102-132).

Wichtig war für Claus dabei die Alltagsnähe des therapeutischen Angebots, die Integriertheit in den Alltag, *„dass die Psychologin, ständig da war, also des Öfteren ... Wir hatten auch eine Gruppentherapie gehabt, wo alle Leute zusammen kamen in der Gruppe. Es waren ja zwei Therapeuten ... die Psychologen haben sich in die Gruppe integriert, sind irgendwie Teil von uns geworden, und dadurch konnte man Probleme in der Gruppentherapie ansprechen oder auch im Einzel.“ (Claus, Z. 311-320)* Und er fügt grinsend hinzu: *„Ich hätte mir das auch anders vorgestellt ... mit den Einzeltherapien, dass ich mich irgendwie auf eine Couch legen kann ... wie aus dem Fernsehen ... es wäre mir wahrscheinlich auch leichter gefallen, über manche meiner Probleme zu reden, wenn ich auf so 'ner Couch gelegen hätte. Na ja, es war viel mehr so, dass ich ja auf einem Stuhl saß, der Frau direkt gegenüber, und dann meine Probleme ansprechen musste. Ist mir manchmal nicht so leicht gefallen, aber sie war dann auch für Änderungen offen.“ (Claus, Z. 325-347)* Auf die Frage hin, ob er sich denn dann auf eine Couch gelegt habe, antwortet er: *„Nein, aber ich glaube, ich hatte mich mal weggesetzt und den Stuhl auch gewechselt ... so was in die Richtung.“ (ebenda)*

Claus sieht durchaus nicht alle Fachkräfte der Einrichtung positiv: *„Na ich weiß nicht, die Art von manchen Leuten halt hat mir nicht so gefallen, aber man lernt, damit umzugehen, würde ich sagen ... es gibt Sachen an den Betreuern, die mir nicht gefallen haben, aber andere Sachen, wofür ich sie bewundert habe .... ich würde sagen, es sind halt auch ganz normale Menschen, vielleicht nicht immer ganz so professionell, wie ich's mir gewünscht hätte.“ (Claus, Z. 423-442)* Auf der anderen Seite genießt er offenbar die Natürlichkeit und Direktheit der Begegnung, die damit verbunden ist: *„Aber das macht es dann auch aus. ... Es war auch immer jederzeit möglich, sich mit irgendjemand hinzusetzen und einen Kaffee zu trinken und ... auszutauschen.“ (ebenda und Z. 600-603)* An späterer Stelle berichtet er auch von der Bedeutung einer Hauswirtschaftskraft, die er sehr angenehm im Alltag erlebt hat und die diese Atmosphäre unterstützte.

Von der Gruppe, glaubt Charlotte, habe Claus nur bedingt oder eher implizit profitiert und weniger durch explizite gemeinsame Freizeitaktivitäten (Charlotte, Z. 684-707).

Claus selbst schildert zwei Sichtweisen gegenüber der Gruppe: „Dadurch, dass ich ja auch zur Schule gegangen bin, war ich ja nicht den ganzen Tag über in dem Projekt gewesen und habe nicht mitgekriegt, was die anderen Leute tagsüber gemacht haben. Das habe ich über die Gruppe mitbekommen, wenn sie dann erzählt haben ... auch Fragen zu stellen, irgendwie über Probleme zu reden, auch in der Gruppe. Das war gut gewesen ... Dem würde ich gleich negativ gegenüberstellen, dass teilweise die Jugendlichen ja auch andere Drogen genommen haben ...“ (Claus, Z. 20-35 und Z. 352-253) Zu den Freizeitaktivitäten erzählt er: „Mir war das nicht so wichtig, aber es war dann schon schön, so was mitzumachen. Na ja, im Nachhinein vermisse ich's wahrscheinlich. War'n schon schöne Sachen, die wir da gemacht haben ... aber da immer mitzugehen, würde ich sagen aufgrund meiner damaligen Situation, wie ich mich da gefühlt habe und so: Da hat sich's nicht immer gut angefühlt.“ (Claus, Z. 449-455) In ähnlicher Weise spricht er wertschätzend von gemeinsamen Mahlzeiten und Kochaktionen, obwohl er sich selbst damals gar nicht so sehr beteiligte oder wegen der Schule beteiligen konnte.

## Zentrale Wirkfaktoren

Charlotte beschreibt die Arbeit in der TWG als eine ständige Herausforderung an die eigene Offenheit und Auseinandersetzungsfreudigkeit. Jeder Fall sei einzigartig und stets eine neue Herausforderung an die eigene fachliche Kompetenz. „Und ich finde, dass wir recht unkonventionell arbeiten können und dadurch, finde ich, dem einzelnen Fall gerechter werden können ... also da sind wir viel flexibler.“ (Charlotte, Z. 344-358) Fachkompetenz, insbesondere in Bezug auf die Doppelproblematik von Drogen und psychischen Problematiken (Charlotte, Z. 743-768), Psychohygiene, stete Fortbildung, Supervision und Teamgeist sind ihrer Ansicht nach Voraussetzung für eine authentische, reflexive Arbeit (Charlotte, Z. 360-399): „Dadurch haben wir andererseits auch weniger Schutz, aber das wird gut kompensiert: wir haben sehr viel Supervision und auch hochkarätige Supervision. Und wenn jetzt jemand irgendwie total in den Seilen hängt, dann gibt's auch extra Supervision und Intra-vision und dieses und jenes und viele Fortbildungen. Das gefällt mir sehr gut. Und ist auch ein Grund, weshalb wir fast keine Fluktuation haben. Und das ist schon ungewöhnlich in so einem harten Arbeitsfeld.“ (ebenda)

Auch die Bereitstellung eines gewissen Rahmens für die Jugendlichen, den Halt in der TWG, die Eröffnung eines Schutzraumes – auch gegen Drogen – und eine entwicklungsfördernde Alltagsstruktur und -gestaltung hält sie für eine wichtige Säule in der Arbeit (Charlotte, Z. 768-773), ebenso wie die jeweils passfähige Arbeit an einer Zukunftsperspektive mit allen zugehörigen administrativen sowie vernetzungsintensiven Tätigkeiten (Charlotte, Z. 788-802). Wichtig ist ihr „dieses Containment ... dass das mal zusammen kommt. Also: ... Doppeldiagnose, Containment und das Beziehungsangebot, also die Möglichkeit, bei uns korrigierende Erfahrungen machen zu können ... Erfahrungen zu kriegen, die sie vorher nicht bekommen haben, und das in einem Feld, wo sie recht sicher sein können. Weil wenn sie das in der freien Wildbahn ausprobieren, dann laufen sie natürlich Gefahr, dass dann das Gegenüber wegrennt ... oder mitagiert ... ein sicherer Rahmen für solche Experimente ... und dass wir ein Anlaufpunkt bleiben ... und sei es, um weitere Hilfen zu vermitteln.“ (Charlotte, Z. 773-785)

Claus schildert den Rahmen folgendermaßen: „Ich würde sagen, wie sagt man, meine Emotionen, ... mein Antrieb wurde dort ständig konstant gehalten irgendwie, dass er am Laufen bleibt und ich mir dessen bewusst war, dass ich irgendwie Verpflichtungen nachkommen muss und Sachen erledigen muss ... ein gesunder Druck ... dadurch hat sich alles viel mehr zum Positiven gewendet, dadurch dass ich mich selbstständig überwunden habe. Immer wieder.“ (Claus, Z. 160-180) Auf die Frage, was er in dieser Zeit als besonders hilfreich erlebt habe, kommt Claus nochmals auf die eingangs beschriebenen Problemlagen zurück und beschreibt aus seiner Sicht das Konzept der Einrichtung: „Sachen in meiner Vergangenheit ... die mir nicht so gefallen haben, und die habe ich dort angesprochen, mich überwunden, über diese Sachen zu sprechen. Und dadurch ist meine Angst davor vielleicht ein wenig verflogen, darüber zu sprechen. Ich habe gelernt, mich zu überwinden in manchen Sachen, denke ich, ... mich der Angst zu stellen ... es war sehr hilfreich, dass ich einen Vertrauenspädagogen hatte, der direkt für mich zuständig war. Und ich immer jemanden greifbar hatte, der mir zur Hilfe stand, irgendwelche Angelegenheiten zu regeln, die angefallen sind. Wo ich meine persönlichen Fragen an die Person stellen konnte. Und das hat mir einen guten Einstieg gegeben, würde ich sagen. Ich bin dadurch selbstständiger geworden, würde ich sagen. Dadurch, dass ich direkte Hilfe hatte.“ (Claus, Z. 191-217)

Als Hintergrund für ihre Arbeit in der TWG, den sie gerade auch in der Arbeit mit Claus aktiv weiter entwickelt hat, benennt Charlotte spontan die Bindungstheorie, die von der Konzeption her ihre Einrichtung und ihre Arbeit wesentlich prägt: „Erfahrungen machen können, die eben einfach fehlen

noch, damit's weitergehen kann. Also zum einen, dass wir da eine ganz klare Struktur bieten, einen äußeren Rahmen mit bestimmten Anforderungen und Regeln und Unterstützungen und Reflexion, aber auch ein emotionales Angebot machen sozusagen.“ (Charlotte, Z. 280-281 und 360-399) Für Charlotte bedeutet dies eine bewusste Nachbeelterung, Nachsozialisation der Jugendlichen durch das gesamte Betreuungsteam, in erster Linie jedoch durch die BezugsbetreuerInnen.

Claus schildert dazu: „Ich würde sagen, der Bezugsbetreuer, der stand mir dann halt näher als andere Betreuer, und wenn es denn um Sachen ging, wo ich Probleme hatte ... da wusste ich, dass ich kompetent beraten werde, und ich kann mich durchaus auf die Person irgendwie einlassen. Der persönliche Betreuer, der wusste über einen denn auch am besten Bescheid halt. Er wusste, wie der Stand der Dinge ist, was da irgendwie erledigt werden muss.“ (Claus, Z. 481-506)

Die Bezugsbetreuung geschieht nach Ansicht von Charlotte an vielen Stellen sehr implizit und beinhaltet dennoch ein dahinterstehendes Konzept: „Na ja, zum Beispiel haben wir viel über Politik diskutiert. Und da kann ich mit ihm die Reflexion machen, ihm rückmelden, dass er ja ein sehr aufmerksamer Mensch ist, der sich das halt gut durchdenkt, was er da sagt, und dass ich das schön finde. Und dass ich gern mit ihm darüber diskutiere. Oder dass es mir ab einem bestimmten Punkt dann anstrengend wird ... oder dass er da und da nicht so mit mir umgehen soll, weil das finde ich dann taktlos, oder wie er denn das gemeint hat und so. Aber das war praktisch immer nur so eingestreut, und das Thema war aber Politik oder der Beruf seines Vaters oder so.“ (Charlotte, Z. 602-611) Claus macht es ihr mit der Zeit in der Arbeit auch immer leichter, ihm präzise Rückmeldungen zu sich geben und Reflexionsräume zu eröffnen (ebenda). „Das ging dann ganz schnell, er hat das sofort aufgegriffen und ... große Entwicklung getan, was seine kommunikativen Fähigkeiten betrifft ... und ist ein sehr beeindruckend gewandter Mann geworden.“ (Charlotte, Z. 409-460)

Claus legt im Nachhinein gesehen auch viel Wert auf eine angemessene Struktur in der Einrichtung: „Dadurch, dass ich immer irgendwelche Verpflichtungen hatte, irgendwas tun musste, musste ich mich überwinden, aus mir heraus zugehen, ... irgendwie meine Gefühle hinter mir zu lassen, alles zu vergessen und meinen Pflichten nachkommen. Und dadurch, dass ich dort diesen Rahmen hatte, wo ich mich ständig überwinden musste, irgendwas erledigen musste, irgendwo hinfahren musste, irgendwelche Verpflichtungen, fiel es mir dann auch leichter mit der Schule, ... die ich irgendwie dann genauso gehandhabt habe.“ (Claus, Z. 149-158) Rund um das Thema Struktur rankt sich jedoch ebenfalls Kritik an der Einrichtung: „Jetzt fällt mir ein, was noch schlecht war: ... dass Alkohol Trinken verboten war dort. Das wurde auch mehrmals zum Thema gemacht ... Genau an meinem 18. Geburtstag bin ich dort eingezogen, und ich hatte nicht mal die Möglichkeit, meinen 18. Geburtstag zu feiern, mit Alkohol ... und Alkohol habe ich nicht so als Droge wahrgenommen wie irgendwie Heroin oder so.“ (Claus, Z. 909-925)

Auch stigmatisierende Effekte der Einrichtung nimmt Claus aufgrund der rigiden Verbote für sich wahr: „Ich hab' mich halt komisch gefühlt, dass ich aus so einem Haus kam ... immer wenn ich zur Schule gegangen bin, dann wusste ich eigentlich auch, dass ich ein bisschen anders bin, dass ich nicht voll mitgehen kann, wenn da irgendwelche Partys gefeiert werden oder so. Und dadurch hab' ich mich ein wenig ausgegrenzt gefühlt ... das war ein bisschen schwer gewesen ... obwohl ich ja andererseits immer wieder diese Rückfälle gebaut habe.“ (Claus, Z. 1127-1156) Von den Rückfällen jedoch habe in der Einrichtung niemand etwas mitbekommen. Auf der anderen Seite formuliert er stolz: „Ich konsumiere kein Cannabis mehr. Es war auch ziemlich cool, dass dort darauf geachtet wurde mit diesen Drogentests ... dieses ‚Clean leben‘ – ich glaube nicht, dass ich's geschafft hätte alleine ... ich hab' zwar Rückfälle gebaut mit Alkohol ... aber hätte ich zuhause gelebt, dann hätte ich wahrscheinlich auch wieder Cannabis konsumiert durch meinen alten Freundeskreis.“ (Claus, Z. 76-77 und Z. 240-247)

## 2.2.5 Dirk: „Schweigen kann zu Katastrophen führen... Reden hilft dann“

### Vorgeschichte und Verlauf

Dirk lebte in einer TWG, die sich auf sexuell übergriffige Jungen spezialisiert hat. Auf die Nachfrage nach dem Einverständnis zur Tonbandaufnahme und die Abklärung der Anonymisierung reagiert Dirk wie ein Interviewprofi: „Ah ja, wie immer, bin ich doch schon so gewohnt ... was ich schon überall gefragt wurde.“ (Dirk, Z. 7-14) Über den Inhalt der Forschungsstudie steht für ihn fest: „Also Sie studieren ... für ehemalige Straftäter, sag' ich mal.“ (Dirk, Z. 15-32) Und er schließt kurz darauf an die Thematik an: „Ich habe nämlich auch einen schrecklichen Fehler gemacht, ... es gibt manche Leute, die das noch mal machen, also die es noch nicht so ganz geschafft haben. Dass sie dann

*auch hinter schwedische Gardinen kommen können...*“ (Dirk, Z. 60-65) Später im Interview kommt er nochmals auf die Inhalte der Gesetzesübertretungen zurück, die er damit meint: *„Manche sind dann ja auch aggressiv zum Beispiel, ich war auch ein sehr aggressiver Junge. Also das haben auch meine Betreuer gemerkt. Dadurch mussten sie mich auch anders nehmen, also ich war natürlich sehr aggressiv, bin sehr schnell hoch.“* (Dirk, Z. 546-550)

Die Jungen in der Einrichtung, expliziert Dieter, sind von der Stigmatisierung, die sie gesellschaftlich umgibt, sehr geprägt: *„Dass sie da immer so'n bisschen Angst vor haben, es könnte rauskommen und ... klar bieten wir hier Familie, bieten wir viel Beziehung und alles, aber letztendlich werden sie irgendwo rausgenommen und verlieren jegliche andere Art von Beziehung ... und dass sie schon früh auf eigenen Beinen stehen müssen und eigentlich auch für sich dann Verantwortung übernehmen ... und sie verstehen auch manchmal natürlich nicht, warum bin ich im Heim, aber mein Vater schläft doch auch mit meiner Schwester und so, und der darf noch zu Hause wohnen und muss nicht ins Heim.“* (Dieter, Z 806-835)

Dieter erzählt über die Hintergründe und Vorgeschichte von Dirk: *„Dirk kam aus einer Familie ... es gab wenig Grenzen ... ich würde sagen, ein bisschen verwahrlost, die Eltern – sehr jung und noch überfordert – haben getrennt gelebt. Dirk ist dann übergriffig bei seinem Bruder geworden, ... der war damals acht oder neun. Dirk halt 16, 17. Den Eltern ist das überhaupt nicht aufgefallen ... das ist der Lehrerin in der Schule aufgefallen, da hat sich der Bruder geöffnet ... es ist dann an das Jugendamt gegangen ... und dann haben sie uns angerufen. ... Ich glaube, Dirk war froh, da rauszukommen. Weil er kam überhaupt nicht mehr klar dort.“* (Dieter, Z. 30-52) Dieter beschreibt Dirk bei seiner Ankunft in der TWG als in erster Linie sehr orientierungslos und weitgehend ohne schützenden und strukturierenden Rahmen aufgewachsen, den er sich in der TWG erst mühsam erarbeiten musste: *„Er kam nicht mehr klar, weil er wusste nicht, dass es falsch ist, und er wusste gar nicht einzuordnen, was er gemacht hat. ... Wir haben ihm immer wieder die Möglichkeit gegeben, darüber zu reden oder viel Unterstützung überhaupt gegeben, und er hat immer gesagt: ‚da war was‘, aber er weiß es nicht mehr. ... Es hat fast zwei Jahre gedauert, bis er zu mir kam: ‚ich hab‘ das und das gemacht‘.“* (Dieter, Z. 53-60)

Diese Diffusität, Sprachlosigkeit und Grenzenlosigkeit war nach Ansicht von Dieter ein fester Bestandteil von Dirks Alltag – bin hinein in Wiederholungsszenarien in seinen Peerbeziehungen: *„Zum Beispiel war es auch so, dass er eine Freundin hatte, und die war auch grenzenlos ... er kam von der Schule nach Hause, rief die Freundin an, und dann musste er dort sofort hin, und die war auch ein bisschen älter als er und hat ihm gar keine Luft gelassen. Dirk konnte sich überhaupt nicht entwickeln.“* (Dieter, Z. 60-66) Nach Dieters Ansicht gingen von dieser Orientierungslosigkeit manifeste Gefahren aus: *„Und auch so seine Sexualaufklärung ... war überhaupt keine da, er hatte von nichts eine Ahnung ... was auch heftig war.“* (Dieter, Z. 111-115) Die Orientierungslosigkeit setzte sich Dieters Ansicht nach bis hinein in die Hilfestrukturen fort. Obwohl das Jugendamt die Familie bereits langjährig betreute, bestand auch dort wenig Möglichkeit, die Vorkommnisse zuzuordnen und früher einzugreifen: *„Die wussten auch nicht viel, sind nie richtig an die Familie rangekommen... und dann hatten sie mal irgendwie in den Akten geblättert, und dann haben sie doch etwas gefunden: dass Dirk schon auffällig war als Kind, als Sechsjähriger in der Schule, dass er der Lehrerin an die Brust gefasst hat und dass er ein anderes Mädchen angefasst hat und so weiter. Und dann ist er wohl selber auch mit zehn Jahren irgendwie von seinem Fußballtrainer missbraucht worden. Und das kam dann so nach und nach hier alles raus dann.“* (Dieter, Z. 115-126)

Dirk hat das Gefühl, viel bei seinem Aufenthalt in der TWG erreicht zu haben: *„Also ich bin ziemlich erfolgreich, also mit mir auch selber. Man muss auch seinen Stolz auch selber haben und um seine Ziele kämpfen ... manche kommen dann durcheinander, keine Ziele, kein gar nichts ... und kommen dann so gestärkt wieder raus. Und die Betreuer loben dann auch einen Jugendlichen, weil wie ich dann auch, wie er dann im sozialen Feld mitmacht, mitarbeitet. Man sollte denen auch zeigen also, dass er tapfer ist oder dass er sich dann offen bereiterklärt, ... sollte man den schon loben, was du für Ziele erreicht hast und so. Von dem therapeutischen Sinne haste sehr gute Ziele erreicht, ja.“* (Dirk, Z. 665-682)

Auch Dieter zeigt sich sehr fasziniert von dem Weg, den Dirk gegangen ist: *„Dirk hat einen tollen Weg gemacht ... Und er kann auch reflektiert über die Sachen reden ... Dirk ist auch ein Erfolg gewesen für uns, so von einem Jungen, der wirklich keine Sprache hatte, der jetzt eine eigene Wohnung hat und eine Arbeit hat, zwar noch viel Unterstützung braucht, aber der es nach und nach immer mehr schafft, sich auch von Sachen abzugrenzen, auch immer mehr schafft, ‚nein‘ zu sagen und ... weiß, was er für Fehler gemacht hat. Der auch empathisch sein kann, und das ist ja ganz wichtig.“* (Dieter, Z. 253-269) Durch ein Nachbetreuungsverhältnis wurde der Kontakt weiter fort-

gesetzt (Dieter, Z 216-230). Dieter genießt es sichtlich, die ‚Langzeitwirkungen und -entwicklungen‘ weiter zu verfolgen: *„Also gestern Abend haben wir auch festgestellt ... wir waren gestern essen mit ihm – schick auch –... haben wir festgestellt: Dirk ist ein glücklicher Mensch ... der hat so eine Lebensfreude, freut sich, wenn er darin aufgeht ... auch in Kleinigkeiten.“* (Dieter, Z. 372-377)

### **Der Aufenthalt in der TWG: ‚Wirkungen‘ und ‚Nebenwirkungen‘**

Dirks Orientierungslosigkeit drückte sich nach Dieters Meinung zu Beginn auf vielen Ebenen des Alltags aus. Dieter schildert eine anschauliche Alltagsszene als Beispiel: *„Dirk hat irgendwie, war dann auch froh, hier zu sein, weil wir haben ihm Grenzen gesetzt, wir haben ihm ... auch so vom Äußerlichen her ... ich war mit ihm Klamotten kaufen – er wusste nicht, wie man Sachen anprobiert. Er hat sich wahrscheinlich noch nie eine Hose gekauft gehabt. Er kam ja auch mit Hochwasserhosen an. Und Klamotten von seinen Großonkeln ... und Jacken zu kurz und so weiter. Er hatte nichts. Und da war ich mit ihm einkaufen und meinte: ‚probier‘ mal die Hose an!‘ ... und dann stand er da und wusste gar nicht wie ... ich meine: ‚passt die denn?‘ ... er hat die nur so halb angehabt und dann meine ich so: ‚die musst du noch zumachen und kucken und so‘ ... das kannte er gar nicht.“* (Dieter, Z. 138-151)

Wie so häufig in sexuellen Gewaltverhältnissen setzte sich der Missbrauch kumulativ in Dirks Leben fort. In der TWG lernt er Stück für Stück, Hilfe zu holen und sich selbst zu schützen: *„Und dann nach einem Jahr bei uns hat Dirk wieder mehr und mehr Kontakt zu seinen Großonkeln gehabt ... so sechzig ungefähr beide ... der Vater von Dirk lebte mit in dem Haus ... da ist er ganz oft hingefahren ... Dirk hat ja sonst wenig Freunde ... und hat auch immer von seinen Großonkeln geschwärmt. Und ich bin mal mitgefahren ... die machten einen netten Eindruck ... da dachte ich, die bemühen sich um ihn, wir hatten immer so im Kopf gehabt, die könnten später mal auch so'n bisschen die Betreuung von ihm übernehmen, wenn er hier rausgeht ... haben sich auch sehr verantwortlich gezeigt. Und dann nach anderthalb, zwei Jahren, kam raus, dass sie ihn die ganze Zeit missbraucht haben. Dirk hat's aber nicht selber gesagt, das kam dann raus von einem anderen Mitbewohner von hier, der da auch hingegangen ist ... er hat das dann gesagt. Und dann wollte Dirk erst nichts erzählen, hat aber doch ein bisschen erzählt, und sie haben ihn dann unter Druck gesetzt, anrufen, wir sollen das doch zurücknehmen, die Vorwürfe. Und das war ihm dann zu viel, ist er ans Telefon gegangen ... und hat sich immer gemeldet mit: ‚Agent Smith – was kann ich für Sie tun? – Ja, der Herr X ist jetzt nicht da‘ ... um sich zu schützen.“* (Dieter, Z. 159-201)

Dieter beschreibt die pädagogische Arbeit daher in erster Linie als Schutz und Erarbeitung von – äußerer wie innerer – Struktur: *„Er brauchte ... Schutz... Dirk hatte ein ganz schlechtes Gewissen, was er seinem Bruder getan hatte ... und sein anderer Bruder, der drei Jahre jünger ist, der hatte Kontakte über Dirk zu Pädophilen ... das wusste Dirk, aber er hat's nicht geschafft, irgendwie da eine Grenze zu ziehen, sondern hat das versucht zu verdrängen, indem er sich an nichts erinnern konnte. Und dann war es hier in der Gruppe am Anfang ziemlich schwierig.“* (Dieter, Z. 77-88) Der Aufbau von Strukturen bezog sich dabei keineswegs nur auf Dirk. Wie sehr seine Herkunft von Schutz- und Strukturlosigkeit geprägt war, wird bei einem Blick auf die Elternarbeit deutlich: *„Der Vater hatte ja noch Kontakt mit den Großonkeln, und wir haben das offengelegt und haben gesagt, was da passiert ist. ... Die Mutter hat dann gesagt, ok, sie glaubt Dirk, und der Vater: ‚ich glaub allen, ich glaub beiden‘. Ich meinte dann: ‚na ja gut, das geht so nicht,‘ und dann hat er irgendwann gesagt, ok, er glaubt jetzt Dirk. Und da war es so, dass wir Dirk natürlich schützen mussten und auch Möglichkeiten aufgezeigt haben, wie er da rauskommt.“* (Dieter, Z. 202-207)

Auf die Frage, wie er denn zu der Entscheidung für sich gekommen sei, andere Wege zu gehen als bisher, antwortet Dirk: *„Es kommt meistens charaktermäßig an, ob sie was mitnehmen, manche nehmen das mit, also nehmen sich das sehr zum Herzen, arbeiten auch an sich dranne ... dadurch entstehen ja auch Therapien. So der Psychotherapeut, da wo die Jungs denn einmal wöchentlich runtergehen und mit dem Psychotherapeuten dann kucken, ob's gut geht. Und der arbeitet dann auch mit ihnen diese Vergangenheit auf und verarbeitet sie dann auch mit ihnen. Und das ist praktisch 'ne Unterstützungsleistung, ja. Dadurch meinte ich: ‚gut, machst das mal, probierst es‘.“* (Dirk, Z. 65-73) Er erläutert später im Interview nochmals genauer, welches Ziel für ihn selbst dahinter steht: *„Wie man's auch mag, was man sich auch für wert schätzt und so. Und dadurch habe ich gesagt, ok, es geht mir gut ... und jetzt muss man auch kucken, das was man gelernt hat mitzunehmen ... in seine eigene Wohnung, dass es nicht verloren geht, sage ich mal, oder man rückfällig wird wie in sein Elternhaus oder in seine alten Sachen.“* (Dirk, Z. 540-546) Auf die Frage hin, wie sich dieser Prozess vollzogen habe, antwortet Dirk: *„Man wird dann auch automatisch ruhiger, ... wenn der Jugendliche, wenn der*

*den Dreh raus hat, dass er Kritik äußern, Kritik austeilen kann, wird er auch Kritik einstecken können ... ja, ich kann ja nicht jeden madig machen auf gut Deutsch ... muss man hindurch ... aber irgendwann merkt man dann auch selber, dass man es dann doch auch gleich sagen kann.“ (Dirk, Z. 777-814)*

Schweigen und Sprechen ist ein großes Thema in der Einrichtung, in der es auch um eine klare Verantwortungsübernahme und ein Eingeständnis des Geschehenen geht, bevor eine therapeutische Bearbeitung beginnen kann. Dirk drückt dies für sich im Rückblick auf den Aufenthalt folgendermaßen aus: *„Weil manche Jugendlichen schlucken es in sich rein ... was ein Erwachsener nicht so mitkriegt, und da sollte man dann auch kucken, dass man auch also dagegen was tut also, auch gegen was tun kann.“ (Dirk, Z. 764-775)* Dabei spielt er auch auf den Umgang unter Jugendlichen an, bei dem Gewalttaten verherrlicht werden und cooles Schweigen über die dunklen Seiten daran für Opfer wie Täter zum guten Ton gehört. *„Also da sollte man aufpassen, dass man seine Psyche, man hat zwar immer noch einen kleinen Futzel, aber man wird dann immer respektloser ... also man sollte es erzählen, weil ansonsten frisst es sich immer weiter ein und zerstört einen selber wie eine innere Zeitbombe. Also weil irgendwann nimmt man auch keine Rücksicht mehr, weil es sich dann so weit reinfrisst. Also er zerstört sich ja innerlich selber, ist dann total überfordert. Nach jedem kleinsten, sag ich mal, jeder kleinsten falschen Bewegung oder falschen Wort tickt die Bombe los, könnte man auf eine Tretmine treten, und dann explodiert das.“ (Dirk, Z. 943-946 und Z. 777-800)*

*„Dirk hat auch keine Sprache gehabt.“ (Dieter, Z. 88-110),* schließt Dieter an dieses Thema an, *„konnte sich auch nicht ausdrücken, er hat in so'ner Fantasiewelt gelebt ... dann hat er das immer mit irgendwelchen Computerspielen verglichen – er muss erst mal seine Festplatte hochfahren und ... also auch witzig teilweise, wie er gesprochen hat ... aber es war, war ganz schlimm und die Eltern haben so ähnlich gesprochen ... von der Freundin von Dirk damals: ‚die ollen Weiber‘ und so, also wirklich so Berliner Schnauze ... und: ‚blöde Schlampe‘ ... Dirk hatte einfach keine anderen Worte dafür.“ (ebenda)*

Auch Dirk kommt auf seine eigene Sprachlosigkeit zu sprechen, die eine Auseinandersetzung mit dem Geschehenen für ihn lange Zeit unmöglich machte: *„Und man sollte auch viel sprechen, war meiner Lehrerins Empfehlung, weil ich hatte eine ziemlich schwere Aussprache, also man hat mich kaum verstanden am Anfang, weil ich war ja ein ziemlich ruhiger Junge und ziemlich aggressiv also. Also ich war dann auch schnell, egal welche Kritik jetzt, ob nun harmlos, ob nun schlimm oder so. Und im Nachhinein macht der Betreuer den Jugendlichen das klar, macht es denen irgendwann einsichtig, dass sie ... dich dann stärken. Dass er sieht dann auch, ob er dann doch öfter Hilfe braucht, also sich öffnet dann auch irgendwann mal und erzählt das dann. Und dann kann man ihn auch weiter unterstützen. Vorher steht man so an die Wände gebunden und man kann ihn nur anderweitig unterstützen also. Ist meistens so also.“ (Dirk, Z. 732-747)*

Im Gespräch über den Veränderungsprozess im Detail stellt Dirk sehr schnell die Reihenfolge klar, in der sich Veränderung bei ihm vollziehen konnte: *„Wie ich es erstens beschreiben würde, das ist nämlich mein Doktore ... also mir hat es geholfen, indem er intensiv dranne war, also, das heißt, er hat wirklich also von therapeutischer Sicht, er kuckt intensiv nach, und das hat mich gestärkt.“ (Dirk, Z. 61-70 und Z. 93-94)* Sein Doktore ist sein Psychotherapeut, der für ihn neben und mit dem pädagogischen Bereich der TWG eine zentrale Rolle gespielt hat, aus seinem Schutz- und Schweigepanzer herauszutreten. Für ihn spielte die Schweigepflicht dabei eine zentrale Rolle. Sie gab ihm den Schutz, der gerade im dissozialen Bereich neben dem pädagogischen einen wichtigen zusätzlichen Raum ermöglicht, den Dirk offenbar gut nutzen konnte: *„Weil, der hat das Ganze in Wege geleitet, also das heißt, liegt unter der Schweigepflicht ... mein Vertrauter ... und dadurch habe ich auch, sage ich mal, dann in öfteren Gesprächen jetzt Vertrauen gegeben, weil sonst würde ich dieses Interview mit Aufnahme nicht bestätigen also ... Sie verstehen ...“ (Dirk, Z. 96-107)*

Dirk schildert auch den Weg, wie die therapeutisch erarbeitete ‚Wahrheit‘ in den pädagogischen Alltag gelangt: *„Und so die Art Therapeuten arbeiten schließlich mit den Betreuern zusammen, aber die Therapeuten, die geben keine Details raus, weil das geht ja auch in dem Falle keinen an, außer der Jugendliche entbindet ihn der Schweigepflicht, das heißt, er sagt dann ‚ok!‘.“ (Dirk, Z. 113-129)* Dieser vorsichtige Prozess zwischen Schweigen und Sprechen, in der Therapie eventuell etwas schon angesprochen haben, aber im pädagogischen Bereich noch warten, bis dafür der Mut reicht, scheint für das ‚Sprechen-Lernen‘, das Dirk geschildert hat, eine zentrale Rolle zu spielen. Er kommt noch mehrfach im Interview auf dieses Thema zurück.

Dass dies nicht ohne Rückschläge möglich ist, kennt Dieter aus dieser Art von Arbeit bereits gut: *„Klar mit den Großonkeln, dass er da wieder hingegangen ist, obwohl ich das immer wieder auch*

*thematisiert hatte, hat er dann verschwiegen, vielleicht auch, weil er gedacht hat, ‚oh weiha, wenn ich das sage irgendwie, ist Dieter vielleicht enttäuscht oder so‘. Aber er meinte in der Situation, ist er rausgegangen, als sie ihn wieder anfassen wollten ... ist schon mal gut ... früher hat er das nicht gemacht, hat er es machen lassen sozusagen ... und er gibt auch mittlerweile zu, dass das schon anfang, da war er auch noch jünger, also vierzehn.“ (Dieter, Z. 310-322)*

Dennoch ist Dieter überzeugt, dass Dirk bei seinem Aufenthalt in der TWG einen großen Schritt weitergekommen ist und an Selbstwert, Persönlichkeitsstruktur und Selbstprägnanz gewonnen hat: *„Sein ganzes Selbstwertgefühl hat sich verändert. Also indem er schon mal ‚nein‘ sagen kann bei manchen Dingen, ne, das ist ein großer großer Fortschritt. Also jetzt auch innerhalb des Projektes, wo er jetzt arbeitet, in einer geschützten Werkstatt. Da kann er sich auch abgrenzen gegenüber den Kollegen ... und fängt auch an zu sagen: ‚hier kuck mal, das habe ich gemacht‘ ... holt sich eigene Erfolgserlebnisse. Und ich weiß nicht, ob er das früher hatte. Also er kam hier an ... da hat er nichts gehabt. Und jetzt ist er eben, ja, schon auch selbstbewusst geworden. Und er hat so ‚ne sympathische Ausstrahlung ... die hat er vielleicht vorher auch gehabt, aber jetzt ist sie noch mal ein bisschen gereifter.“ (Dieter, Z. 378-396)* Die Therapie eröffnete auch nach Dieters Ansicht dafür einen besonders wertvollen Raum, frei von Sanktionen, gerade bei dieser heiklen Thematik: *„Dass er die eine Person nur für sich alleine hat, ... was ihm sehr gut tut ... mit der er das Gefühl hat, mit der kann er alles alleine besprechen ... was für ihn alleine, er muss es nicht teilen ... das macht ihn glücklich, hilft ihm ... das gibt ihm Vertrauen.“ (Dieter, Z 343-372)*

Viel Wert legt Dirk jedoch auch ausdrücklich auf die pädagogischen Betreuungsgespräche und die dortige Arbeit an Problemkonstellationen: *„Also mit meinen Bezugsbetreuern, ... das sind dann so Bezugsbetreuungsgespräche, also da wird dann einzeln ein Gespräch geführt, ... Selbsteinschätzungsbogen wird dann gemacht und dann in sozialpädagogischer Hinsicht sind da Skalas, zum Beispiel, ‚was wünschst du von den Betreuern, wo kann man dich unterstützen, was möchtest du gerne wissen, wie du dich ändern kannst‘ und so weiter und so fort, ‚was ist in deinen letzten zwei Monaten gut gelaufen, was sind deine nächsten monatigen Ziele, was hast du erreicht‘ und so ... und das habe ich auch zwei bis drei Jahre durchgemacht, ja.“ (Dirk, Z. 133-149 und Z. 190)* Dirk beschreibt gut, wie auf diese Weise Stück für Stück Respekt und Vertrauen wächst: *„Und der Bezugsbetreuer hat auch einige Aufgaben mehr zu tun, also er hat nicht nur einen Bezugsjungen, sondern hat dann vielleicht auch zwei bis vier Bezugsjungen, also deswegen habe ich auch meinen Respekt vor, also was die da so leisten auch, und dann habe ich auch irgendwann gemerkt, das kann nicht weitergehen, weil irgendwann muss ich mich mal öffnen, ne.“ (Dirk, Z. 200-205)* Sozialpädagogik, sagt er, sei auf ‚anderer Ebene intensiv und präsent‘: *„die haben ja zum Beispiel auch Nachtdienste.“ (Dirk, Z. 337)*

Auch nach Ansicht von Dieter spielt viel mühsame Kleinarbeit im pädagogischen Alltag beim Aufbau des Vertrauens und dem Zurechtfinden im Alltag eine bedeutende Rolle (Dieter, Z 566-593): *„Wir hatten da so einen Plan, einen Wochenplan, ... für jeden Tag. Aber wir zeigen ihm dann: ‚hey kuck mal, das ist dein Erfolg, deine Zähne sind weiß‘ ... oder mit Geld hatte er auch immer Schwierigkeiten gehabt ... er wusste gar nicht wie man mit Geld, ... kannte keinen Geldschein, das hat er hier kennengelernt, und am Anfang war es schwierig ... mit der Geldeinteilung ... das lernte er jetzt so langsam Schritt für Schritt und hat auch Erfolge: ... ‚ah ja, ich kann mir jetzt einen Führerschein leisten‘ ... Er hat selbst Geld gespart für ein Mofa ... seine eigene Wohnung, er hat die Kaution selber zusammengebracht, und das sind so Erfolge ... da kann er schon sagen: ‚das habe ich erreicht‘.“ (Dieter, Z 424-449)*

Dirk selbst kommt auch auf die Nützlichkeit, jedoch auch das Anstrengende, vom Regelwerk der Einrichtung zu sprechen – und seine guten und schlechten Zeiten mit diesem Regelwerk. Er betont dabei nochmals die restriktive Seite der pädagogischen Betreuung, die eben auch ‚sein müsse‘, aber manchmal ‚nerve‘, bei den wöchentlich eingeteilten Diensten zum Beispiel, aber auch bei Machtkämpfen unter den Jugendlichen: *„also da müssen die Betreuer auch nachhaken ... die dürfen dann auch Ermahnungen und Abmahnungen aussprechen.“ (Dirk, Z. 570-607 und Z. 834-903),* schließt er diesen Abschnitt seiner Erzählung ab.

## **Zentrale Wirkfaktoren**

Gefragt nach wirksamen Interventionen und Vorgehensweisen nennt Dieter spontan Beziehung als wichtigsten Wirkfaktor. Allerdings versteht Dieter darunter sehr viel mehr als seine Beziehung zu Dirk alleine, wie sich im weiteren Verlauf herausstellt, nämlich letztlich das Gefühl, *„ich hab‘ wieder ein Zuhause“ (Dieter, Z 669-670).* Dabei gerät er ins Schwärmen über die Dienste an Weihnachten,

die ja für viele Fachkräfte aus dem Sozialarbeitsbereich eher mit Horrorvorstellungen assoziiert sind: *„Wie gesagt, Weihnachten ist hier ein ganz toller Dienst ... jeder Kollege möchte Weihnachten machen, ... ist richtig ein Erlebnis, ein Event ... mein Kollege setzt sich eine Kochmütze auf und kocht dann – und 'ne Schürze –, und dann helfen zwei Jungs, und dann gibt's hier lecker Essen und dann machen wir Singstar, dann ist ein Tannenbaum da ... da sehen wir dann wirklich strahlende Augen, manchmal ... so was oder 'ne Kerze zum Geburtstag, das kannten die gar nicht.“* (Dieter, Z 671-696)

Eine engagierte Köchin unterstützt die Alltagsarbeit nach Kräften. Das erlebt Dieter als großen Gewinn in der Arbeit (Dieter, Z 700-743). *„Also die Jungs, glaube ich, die gehen erst in die Küche und sagen ihr Hallo, bevor sie zu uns Betreuern kommen.“* (ebenda) Für den Transfer in die Außenwelt und die Integration der Hilfe in die Biografie der Jungen spielt Elternarbeit Dieters Meinung nach eine entscheidende Rolle (Dieter, Z 622-635), jedoch auch die Arbeit an Zukunftsperspektiven, beruflich wie privat, und die Hilfe und Unterstützung beim Aufbau von Peer- und Partnerbeziehungen (Dieter, Z 636-668): *„Perspektiven entwickeln, Perspektiven fürs weitere Leben: wie geht es weiter“* (ebenda). Dies ist insbesondere knifflig, wenn die Jugendlichen, wie die meisten in dieser spezifischen TWG eine deutliche Intelligenzminderung zu verkraften haben und der Zugang zum ersten Arbeitsmarkt schlicht unrealistisch ist.

Auch Dirk würdigt den Einsatz der Köchin und vermittelt, sich in der Rundumversorgung wohlgefühlt zu haben. Er schildert sie als einen Baustein in der Betreuung, die sich auf die Zukunft bezieht, auf den Einzug in eine eigene Wohnung – ein Schritt, den Dirk ja bereits vollzogen hat und der für ihn keineswegs einfach war (Dirk, Z. 613-631): *„Also man merkt das schon, man steht dann, muss dann auf seinen eigenen Beinen stehen.“* (Dirk, Z. 633-643)

Dieter begreift die Arbeit in der TWG folglich als eine sehr komplexe Nachsozialisation: *„Dirk braucht diese Betreuung, er braucht jemanden, mit dem er reden kann, der ihm auch Grenzen aufzeigt, der diesen Schutz also für ihn, so'ne Struktur, dass es Struktur gibt zu seinen Übergriffen.“* (Dieter, Z 232-243) Das lässt sich Dieters Meinung nach auf alle Jungen übertragen: ein Netz von BetreuerInnen, die Nachsozialisation möglich machen: *„Und das, was jeder Einzelne vielleicht auch bietet ... und die Beziehung, die man mit den Jugendlichen aufbaut, und – das ist das A und O überhaupt – und manche erleben hier zum ersten Mal ein Zuhause, spüren zum ersten Mal, dass sie, sie gemeint sind, wenn man von ihnen spricht ... als Person, als Gesamtes gesehen werden und das ist hier das Besondere, ... dass wir Kollegen sind, die, die den Jungs ganz viel Nähe und Schutz bieten, und dass die sich geborgen hier fühlen, und damit kann man ganz viel arbeiten, und das macht es überhaupt aus ... das ist so'ne Basis, die sie hier mitkriegen und die sie auch für ihr weiteres Leben nutzen können.“* (Dieter, Z 490-512)

Dirk findet dafür andere Worte. Im Interview taucht oft der Term ‚eigene Meinung vertreten‘ auf, eigene Meinung vor den anderen Jugendlichen, vor den Betreuern, jedoch noch umfassender, fast so etwas wie die Kompetenz, die ‚eigene Lebensrealität‘ angemessen zu erfassen und an andere vermitteln zu können, auch wenn das Fehler beinhaltet. Dabei hat ihm Dieter geholfen, sagt er und beschreibt, wie er die Arbeitsweise von Dieter wahrgenommen hat: *„Wenn ein Jugendlicher dann sagt: ‚ja ok, ich hab' Scheiße gebaut, könnt ihr mir noch Mal vergeben?‘ oder: ‚ich entschuldige mich dafür‘ ... – gut, der Jugendliche kann sich nichts dafür kaufen, aber er sieht denn auch, er sieht denn auch wiederum andere Dinge, das sieht er denn auch wieder mit ganz anderen Augen wieder, weil er sieht denn: ah ja, er hat sich Gedanken drum gemacht, und was er denn für Scheiße gebaut hat und so weiter und so fort, also man muss auf ziemlich vieles achten von Betreuersicht also.“* (Dirk, Z. 710-721) Diese Möglichkeit, eine zweite Chance zu bekommen, spielt für Dirk offenbar eine zentrale Rolle. An anderer Stelle im Interview sagt er: *„also wenn der Jugendliche ... hoffnungslos ein Ziel verfehlt hat, dann sollte man sie unterstützen.“* (Dirk, Z. 681-682)

Als besonders schwierig und bedeutsam zugleich schildert Dirk für sich den Weg, in Ruhe eine eigene Meinung äußern zu können: *„Zum Beispiel auch hier nachdenklich, also offen meine Meinung zu vertreten ... also Selbstbewusstsein ... also nicht: ... ich muss jetzt alles in mich reinfressen und den Nächsten hau' ich eins auf die Fresse.“* (Dirk, Z. 750-762) Diese eigene Meinung dann auch vor den Eltern vertreten zu können, spielt für Dirk eine große Rolle: *„Seine eigene Meinung, die darf man denn auch offen vertreten, das heißt dann gegenüber seine Eltern, das heißt, die Eltern müssen dann Kritik oder auch Lob ertragen können...“* (Dirk, Z. 697-710) Er ergänzt diese Aussage wiederum durch den Hinweis auf die Therapie: *„Und dann habe ich gemerkt bei der Therapie, in dem Falle kann ich mich mal öffnen, der hat mich auch unterstützt, ... meinte: ‚jetzt kannst du ruhig erzählen, aber ich bin in der Schweigepflicht gebunden‘ ... dadurch habe ich mich geöffnet, dadurch kam das dann zustande, dass ich erzählt habe.“* (Dirk, Z. 206-224)

Auf diese Weise wird es für Dirk Stück für Stück mehr möglich, sich anzuvertrauen: *„Da hab’ ich dann gemerkt, dass ich ein Sicherheitsgefühl habe, wächst ja auch damit, von Gespräch zu Gespräch wächst ja auch das Vertrauen, hier habe ich auch entdeckt, dass ich zum Beispiel einen groben Fehler begangen habe.“* (Dirk, Z. 274-285) Denn auch Dieter sei ‚dran geblieben‘: *„Der ist trotzdem dran geblieben, aber er hat keinen Druck untergesetzt, ... das finde ich total wichtig ... weil man kennt ja die Person im Grunde genommen gar nicht, also der neu eingezogen ist, der lernt erstmal die Gruppe kennen, und ... um das abschätzen zu können, wie weit der auch ist, ob er vertrauenswürdig ist ... ich habe lange gebraucht, ehe ich mich geöffnet habe, sage ich mal, dadurch kann ich auch von mir ein bisschen erzählen, dass man auch nicht zu hohen Druck setzen darf, also bei denen, die längere Zeit brauchen, die sollten die auch die Zeit bekommen.“* (Dirk, Z. 389-453) Dabei wird auch der ausdrückliche Schutzraum der Einrichtung nochmals Thema: *„Also man wird auch leichter also innerlich, also man wird auch seelisch entlastet ... das heißt: ah, da kuckt einer auf mich haargenau – man kriegt dann auch Vertrauen.“* (Dirk, Z. 928-930).

Auf die Frage hin, wie er als Fachkraft dies denn Jugendlichen vermittelt, erklärt Dieter: *„Also ich biete ... an, wie ich bin, glaube ich, ... von streng, von lieb, von nett, und alle Facetten sind da drin und, äh, natürlich habe ich auch noch mein Privates und so weiter, das ist klar, aber wenn ich hier bin, bin ich Dieter ... ich bin auch manchmal ungerecht, ich bin auch manchmal laut und mache auch manche Sachen falsch, aber das sehen sie auch ... irgendwie: das ist wichtig, dass sie auch sehen, dass ein anderer Fehler machen kann. ... Wenn sie spüren, dass du nur über sie redest oder so oder dass du kein Gefühl für sie hast ... das spüren sie sofort.“* (Dieter, Z 533-554)

Einen Teil der Arbeit hat nach Ansicht von Dieter dabei auch die Gruppe geleistet: *„Durch die Gruppe, glaube ich, hat er vielleicht auch besser sprechen gelernt, ich denke mal so: Kommunikation, das hat ihm viel gebracht, weil er vorher nie viele Menschen hatte, mit denen er gesprochen hat, oder nur in seiner Fantasiewelt gelebt hat ... hier in der Gruppe musste er sich ja ständig auseinandersetzen, die haben ihn auch gefordert ... ansonsten ist er überfordert gewesen schon von Anfang an von einer Gruppe, das ist ihm zu viel, zu viel, zu viele Personen um ihn herum.“* (Dieter, Z 453-477) In der Gruppe passt nicht immer alles zusammen. Und manche Klienten sind auch überfordert von der Einrichtung, das kann sich dann negativ auf andere niederschlagen. Nicht jeder ‚schafft es‘ zu bleiben: *„Der Junge, der hier zum Schluss reingekommen ist, der ... hält das hier nicht aus, also gut, der ist falsch hier, überfordert, aber eigentlich bräuchte der so was wie hier, bloß das können wir dem nicht bieten ... also irgendwie die Jungs, die hier dann bleiben, die, die haben auch wirklich was davon.“* (Dieter, Z 512-519)

Dass für manche Jugendliche der Rahmen eine Überforderung darstellt, bleibt ein Wermutstropfen für Dieter. Allerdings hängt das seiner Ansicht nach auch am schlechten Betreuungsschlüssel. Dazu leisten die schlechten finanziellen Bedingungen, unter denen TWGs arbeiten, einen beachtlichen Beitrag: *„Wenn einer krank ist oder zwei, dann gehen wir hier am Stock einfach ... die Arbeit als solche ist was Tolles ... aber die Arbeit zehrt auch ganz schön an den Nerven und ist anstrengend, aber man bekommt so wenig Anerkennung.“* (Dieter, Z 752-796)

Offenbar fehlt es insgesamt an Anerkennung, nicht jedoch auf Dirks Seite. Abschließend fasst er als scheinbar zentrales Ergebnis für sich aus der TWG-Zeit zusammen: *„Also Reden hilft ..., weil es bringt nichts, es reinzufressen, zu schweigen, sag’ ich mal, weil man macht dann auch seinen Geist ... oder seine Psyche auch auf ... Schweigen kann zu Katastrophen führen.“* (Dirk, Z. 937-941 und Z. 964-965)

## **2.2.6 Felicitas: „Ich habe immer ein paar Leute im Hinterkopf, wo ich weiß, ich könnte ... anrufen, und sie wären dann da“**

### **Vorgeschichte und Verlauf**

Felicitas kam auf eigenen Wunsch nach einer langen Irrfahrt durch verschiedene Institutionen in die TWG. Nach einem langen, erfolgreichen Klinikaufenthalt in der Nähe ihrer Heimatstadt wurde sie in eine Jugendwohngemeinschaft entlassen, geriet aber bald wieder in alte destruktive Dynamiken, die mit einem schweren Suizidversuch enden: *„Ich war damals noch nicht so weit ... ich hatte alles im Kopf geklärt, also ich wusste alles, was ... in der Familie nicht stimmt ... bin dann auch wieder an meine neue, alte Schule gegangen ... und ich konnte mich da überhaupt nicht zurechtfinden ... das war irgendwie so ... die Lehrer wussten das ... und dann halt immer noch das Problem, dass ich nicht mit meiner Mutter in einer Stadt leben wollte, also ich wollte ihr einfach nicht begegnen ... ich habe die Klinik sogar an-*

*gerufen und habe gesagt: ‚Ich schaffe das nicht!‘ ... und dann habe ich halt den einzigen und letzten Selbstmordversuch gemacht, der auch ziemlich knapp ausgegangen ist.“ (Felicitas, Z. 560-637)*

Felicitas beschreibt ihre Kindheit und Jugend bis zum 15. Lebensjahr als eine gute und ressourcenreiche Zeit: *„Also ich bin halt wirklich gleich auf das Gymnasium gekommen, ich war in der Musikschule, ich war beim Tennis und so, und das hat mich alles ziemlich doll geprägt ... die Musik war irgendwie auch immer so ein Ding für mich, ... wo ich irgendwie abschalten konnte so, und dadurch konnte ich halt ziemlich viel auch für mich entwickeln ... deshalb, es wurde halt auch irgendwie so aufgefangen, ... dass mit meiner Mutter irgendwas nicht stimmt.“ (Felicitas, Z. 1107-1161)* Als sie jedoch begann, die mütterliche Fürsorge aktiv einzuklagen, eskalierte die Situation: *„Als Kind war es für mich irgendwie normal, dass meine Mutter zu mir sagt, sie bringt sich demnächst um ... das war halt die ersten 15 Jahre nicht so vordergründig, bis ich halt mit 16 meinte: ‚Ich möchte jetzt, Mama, dass du mal für mich da bist!‘ ... und das konnte sie nicht.“ (ebenda)* Felicitas entwickelte eine schwere Essstörung und selbstverletzendes Verhalten. Die Selbstdestruktion eskalierte schließlich in eigenen suizidalen Handlungen.

Nach einem zweiten längeren Aufenthalt in der Klinik gelang der Schritt nach draußen durch die Entscheidung, ganz woanders einen neuen Anfang zu machen und das Alte, insbesondere die destruktiven Verflechtungen in der Familie, hinter sich zu lassen. *„Da war ich halt acht Wochen noch mal in der Klinik ... und hatte von Anfang an ziemlich genaue Vorstellungen, wo ich diesmal hin wollte.“ (Felicitas, Z. 533-637)* Die Entscheidung: *„ich will, dass mich niemand kennt, und will weg von meiner Familie ... weg von meiner Mutter“* wurde vom Jugendamt unterstützt (Felicitas, Z. 639-691). In der TWG hat Felicitas nun mit einigen Höhen und Tiefen die nächsten Schritte gemacht und träumt davon, nach dem Abitur Sporttherapeutin zu werden (Felicitas, Z. 1770-1787), weil sie die Erfahrung gemacht hat, dass es *„total hilfreich ist, wenn man selber irgendwie was erlebt hat“* (ebenda).

Auch nach Friederikes Ansicht kam Felicitas mit einer Menge Ressourcen, jedoch auch mit hohen Erwartungen in die TWG. Ihrer Einschätzung nach hat Felicitas es sehr gut geschafft, diese beiden Pole in ihrem Leben stärker zusammenzubringen, eine größere Frustrationstoleranz zu erarbeiten und realitätsangemessenere Forderungen an sich selbst zu stellen (Friederike, Z. 173-237). *„Und das ... hat sie zum Schluss, denke ich mal, wirklich gut hingekriegt, wo sie heute steht?“* (ebenda) Dass Felicitas immer mal wieder in der TWG vorbeikommt, bestätigt Friederike in dieser Wahrnehmung, dass sie eine gute Entwicklung nehmen wird: *„Ich glaube, sie wird ihren Weg machen“* (ebenda), schließt sie diese Sequenz.

### **Der Aufenthalt in der TWG: ‚Wirkungen‘ und ‚Nebenwirkungen‘**

Felicitas hat zunächst einen sehr guten Start in der TWG, obgleich ihr der Abschied von der Klinik extrem schwerfiel, in der sie zweimal in lebensgefährlichen Situationen Hilfe und Unterstützung erfahren hatte. Die positive Beziehung zur Psychotherapeutin in der Klinik und eine gelungene Reittherapie haben ihr nach eigenem Empfinden den Weg in den Neustart und in neue Beziehungsverhältnisse geebnet: *„Ich bin auf ein Betreuerteam von sechs Personen gestoßen, die schon vier Jahre lang zusammenarbeiten. Und es war deutlich, es war ein Team, es war eine Linie, und es gab quasi – egal, wen man anspricht – immer eine konsequente Meinung dahinter und war total angenehm, weil, also ich kam gerade aus der Klinik ... und dann konnte man sich wirklich fallen lassen ... man war schnell aufgehoben ... und, ich hatte auch ganz schnell zwei Bezugsbetreuer, ... zu denen man so einen persönlichen Bezug hat.“ (Felicitas, Z. 95-113)*

Der gute Einstieg erfährt ein halbes Jahr später eine tiefe Erschütterung, von der sie sich bis zum Ende in der TWG nicht richtig erholt. Durch den Weggang gleich mehrerer Teammitglieder entsteht eine hohe Fluktuationssituation in der Einrichtung. Felicitas wird mit neuen BezugsbetreuerInnen konfrontiert und erlebt zu Beginn der neuen Einschulung in ein Gymnasium eine tiefe Verunsicherung: *„Also für alle, die Linie war total unruhig, keiner wusste, ob irgendwas passiert, weil wenn da keine Betreuer mehr dahinter sind, man weiß ja nicht, was passiert so in der Nacht, und bei mir war es dann noch so, dass ich gerade in eine neue Schule gegangen bin ... und dann kamen wirklich noch tausend Klausuren auf mich zu ... und dadurch, dass meine zwei Bezugsbetreuer gegangen sind, musste ich mich halt irgendwie neu orientieren.“ (Felicitas, Z. 115-187)*

Für Felicitas aktualisiert sich dadurch eine alte Problematik. *„Und, das war halt schon in den letzten Jahren immer so, dass irgendwie von mir ständig die Bezugspersonen gewechselt haben, und ich war total angepisst davon, weil es halt immer auch mit Schmerz verbunden war ... ich hatte ja schon Probleme damit, mich von der Klinik zu trennen, weil ich da auch recht lange war und die dort auch*

voll gemocht habe, und ich war sehr böse deswegen.“ (Felicitas, Z. 225-235) Innerlich beschließt sie „Nee, ich lasse mich jetzt auf gar keine Leute mehr ein, ich habe jetzt hier keinen Bock mehr drauf! ... und ich fand, ich konnte mich darauf einfach nicht einlassen, ich wollte es auch irgendwie nicht, und ich habe dann anfangs die alle immer ignoriert.“ (Felicitas, Z. 245-265)

Aus heutiger Sicht reflektiert sie, dass sie daraufhin der neuen Bezugsbetreuerin, Friederike, keine wirkliche Chance mehr geben konnte (Felicitas, Z. 275-340): „Ich habe sie einfach nicht an mich rangelassen“ (ebenda). Felicitas kann gut beschreiben, dass diese Abwehr nichts mit den Betreuungsqualitäten von Friederike zu tun hatte, sondern nahezu das Gegenteil der Fall war: Gerade weil die das Gefühl hatte, dass Friederike eigentlich eine große Nähe zu ihr haben könnte, konnte sie sich aus dem negativen Teufelskreis der Beziehungsenttäuschung in dem kurzen Zeitraum, der bis zum Auszug noch blieb, nicht befreien: „Dann war es noch so, dass sie auch halt versucht hat, an mich ranzukommen, am Anfang, weil ich da abgeblockt habe ohne Ende. Problem war aber, sie hat das immer geschafft, also ich habe da immer gleich angefangen zu weinen, weil sie immer den Punkt getroffen hatte,... ...und ich war danach immer total sauer auf mich, dass sie das geschafft hatte, weil ich wollte das gar nicht.“ (ebenda) Sie wirkt sichtlich traurig als sie sagt: „Ja, alles ein bisschen kompliziert irgendwie.“ (ebenda)

Friederike zeigt Verständnis dafür, dass Felicitas durch den Betreuungswechsel, in dem es auch keinen angemessenen Abschied von den beiden BezugsbetreuerInnen gab, tief verunsichert war. „Für Felicitas war es ein ganz großes Drama, dass zwei Kollegen, die sie sehr geschätzt hat, aufgehört haben ... das war für die wahnsinnig schwer, ... und ich war dann halt diejenige, die die neue Bezugsbetreuerin war und wo sie wahnsinnig viel Schwierigkeiten hatte mich anzunehmen, zumal sie der Auffassung war ... es gibt viele Punkte, die sie an ihre Mutter erinnern, wenn sie mich betrachtet, und das war natürlich eine perfekte Projektionsfläche.“ (Friederike, Z. 14-67) Auch Friederike spricht die gegenseitige Suchbewegung zwischen Nähe und Distanz, die Felicitas schildert, von selbst im Interview an: „Ich habe Situationen mit ihr erlebt, wo es ihr nicht gut ging, wo sie mir die Möglichkeit gegeben hat, dass ich an sie rankomme ... durch meine Fragestellungen einfach konnte sie sich öffnen und hat halt so weit, ... dass sie weinen konnte vor mir ... aber es hat natürlich eine Nähe hervorgerufen ... und letztendlich war es anschließend immer wieder mal kompliziert ... weil ich bin ihr dann zu nahe gekommen, auf irgendeine Art und Weise hat sie es zumindest so empfunden, das konnte sie aber auch gut reflektieren, indem sie's benannt hat.“ (Friederike, Z. 81-100 und Z. 55-165)

Friederike akzeptierte Felicitas Verletztheit und blieb einfach präsent, ohne in irgendeine Richtung Druck zu machen: „Sie hat sich immer an den Frühstückstisch bei uns gesetzt. Und am Anfang ging das überhaupt nicht klar, ich hab' dann immer gedacht: ‚Boah, was will die denn jetzt von mir?‘, aber sie hat dann einfach nichts gesagt, das fand ich dann ok ... und dann, irgendwann, entwickelte es sich dann aber so, dass wir doch irgendwie ein Gespräch hatten und dann immer so doch beim Frühstück gesprochen haben, und dann haben wir irgendwann Karten gespielt und so, und dann entwickelte sich da auch eine Beziehung. Aber halt auch durch ziemlich viel Geduld. Und, also sie hat quasi abgewartet und ich habe langsam Frieden geschlossen.“ (Felicitas, Z. 275-340) Bei diesem Prozess hat den beiden auch eine der Honorarkräfte geholfen, mit der sie diese Entwicklung begleitend besprechen konnte.

„Der Oberbegriff“, schließt Friederike an dieses Thema an, „ist ja immer Beziehungsarbeit so, und diese Beziehungsarbeit, die ist sehr festigend einfach ... sind ja die kleinen Momente: ob man nun zusammen kocht und einfach auch Dinge zeigt, die die Jugendlichen selber noch nie erlebt haben, dass man es anders machen kann ... obwohl sich das ja vermischt in der Beziehungsarbeit, und in der Beziehungsarbeit hat automatisch natürlich auch der pädagogische Aspekt dann gefruchtet ... also in dem Sinne ist ja Pädagogik oft bei uns so diese Alltagsbewältigung.“ (Friederike, Z. 333-362)

Hilfreich war für Felicitas – wie auch in dieser Situation –, stets auf ein Netz von Personen und Einrichtungen zurückgreifen zu können. Insbesondere die Vernetzung zu den externen Institutionen Schule und Psychotherapie gelang aufgrund der Basis, die Felicitas in der Klinik für sich erworben hatte, gut. „Das was mir geholfen hat ist glaube ich so ein Netz aus Klinik, WG und Schule gewesen ... also die drei Faktoren mussten zusammen wirken, damit es mir wieder besser geht.“ (Felicitas, Z. 451-460) sagt Felicitas ganz explizit und schwärmt in diesem Kontext erneut von der Reittherapie, die ihr die ersten Schritte zurück ins Leben ermöglicht und ihr geholfen hat, wieder Vertrauen zu entwickeln: „Weil, also mein Vertrauen zu Menschen war halt überhaupt gar nicht mehr da, zu Frauen sowieso nicht ... und es hat ganz lange gedauert, bis ich da irgendwas an mich rangelassen hatte.“ (Felicitas, Z. 451-537)

Bereits in der Klinik beginnt sie dann zu schreiben und entwickelt eine starke Beziehung zur Therapeutin. Trotz aller Enttäuschungen, die sie danach beziehungsmäßig noch verkraften muss, gelingt es ihr

immer wieder, von unterschiedlichen Bezugspersonen in unterschiedlichen Institutionen zu profitieren. Als in der TWG der Betreuungswechsel destabilisierend wirkt, setzen sich eine Lehrerin und der Rektor des Gymnasiums stark für sie ein (Felicitas, Z. 823-841): *„Ich hatte ein Gespräch mit einer Lehrerin in der Schule, weil, also ich saß immer total abwesend in der Schule ... und dann hat sie mich zur Seite genommen ... wollte unbedingt helfen ... auf jeden Fall, halt diese Krise in der WG hätte ich nicht so gut durchgestanden, wenn da die Lehrerin nicht irgendwie dabei gewesen wäre.“* (Felicitas, Z. 715-787 und Z. 823) Der Kontakt mit der Lehrerin besteht ebenfalls bis heute (Felicitas, Z. 881-893).

Mit dieser Unterstützung schafft Felicitas trotz eines starken Rückfalls in selbstverletzendes Verhalten – *„ich wollte halt dann danach noch wissen, ob dieses Gefühl noch da ist, wenn ich mich ritze ... und es war noch da, da war ich geschockt drüber“* (ebenda) – nicht nur das Halbjahr, sondern auch, sich angemessenere und erreichbare Ziele zu setzen: *„Und dann habe ich halt die Schule nicht mehr so hoch angesetzt.“* (ebenda) Dabei hilft ihr auch der Bezug zur TWG-Gruppe, in der sich alle mit irgendwelchen Problemen herumschlagen mussten. Auf diese Weise entsteht Raum für Weiterentwicklung für sie. Sie schafft in der Folge nicht nur den Weg zum Abitur, sondern probiert sich auch selbst aus, greift zum Teil auf alte Ressourcen zurück, entwickelt neue Wege und vor allem tragfähige Freundschaften außerhalb der TWG, die bis heute stabil geblieben sind. Sport wird für sie erneut ein zentrales Moment im Leben. Auch die Psychotherapie stellt dabei eines der Bindeglieder dar, die das sichernde Netz für sie bedeutet: *„Also ich gehe ja noch einmal die Woche oder alle zwei zur Therapie.“* (Felicitas, Z. 858-859)

Auch Friederike kommt auf die Bedeutung der Vernetzung mit der Schule und der Klinik zu sprechen, deutet diese gute Zusammenarbeit jedoch auch als eine bereits eigenständige Leistung von Felicitas, die diese Stränge aktiv mit zusammenführte und davon stark profitierte (Friederike, Z. 614-630), auch wenn der Ablösungsprozess von der Klinik sich nach Ansicht von Friederike nicht so einfach gestaltete (Friederike, Z. 631-679). Selbstverständlich sieht auch Friederike trotz des Ziels, den Leistungsanspruch ein wenig abzumildern, die Schule und deren beachtlich hohes Niveau jedoch als sozialisationsfördernd für Felicitas an – inklusive aller dortigen Hilfsangebote und auch Peerbeziehungen. Dieser Prozess, auch dort neue Vertrauensbeziehungen einzugehen, wird von der TWG stets begleitet (Friederike, Z. 721-783).

Friederikes Ansicht nach hat Felicitas dabei besonders davon profitiert, dass ihr starres, bereits verinnerlichtes Leistungssystem sich in der TWG mithilfe ressourcenorientierter Arbeit am Selbstwert flexibilisieren konnte. *„Überhaupt Frustrationstoleranz zu entwickeln, das fiel ihr am Anfang schwer ... da war es gut, ihr zu signalisieren: ‚kuck mal, du schaffst es, du bist toll in dem, was du machst!‘, und halt eher die Ressourcen sich anzukucken und zu sagen: ‚da hast du wahnsinnige Kapazitäten‘.“* (Friederike, Z. 199-203) Sowohl im pädagogischen Bereich als auch in der Therapie konnte Felicitas ihrer Ansicht nach Reflexionsangebote gut annehmen, damit arbeiten und sie schließlich auch in den Alltag umsetzen (Friederike, Z. 205-230). Als Felicitas eine schlechte Note nachhause bringt, feiert die TWG ihren Mut: *„Dann haben wir eine paradoxe Intervention angewandt, als sie dann mal eine fünf geschrieben hat, und haben das gefeiert: ‚klasse, kuck mal, du kannst es auch, ohne dass du die ganze Zeit Stress haben musst, es ist auch mal in Ordnung, eine fünf zu haben‘.“* (Friederike, Z. 680-699)

Die paradoxe Intervention gelingt. In der Folge ergreift Felicitas an vielen Stellen auch Eigeninitiative, fragt aktiv Informationen und Unterstützung an und arbeitet selbstständig damit an eigenen Zielsetzungen weiter (Friederike, Z. 787-815). Sie wird dabei stetig vom Betreuungsteam im Alltag begleitet. *„Ich denke so, in erster Linie sind es so Kleinigkeiten dann im Alltag, wo man sie natürlich aufgefangen hat.“* (Friederike, Z. 44) Später kommt sie auf die Alltagshypothese zurück, die sie in einem zweiten Schritt mit der darauf aufbauenden und gut damit korrespondierenden therapeutischen Unterstützung verknüpft: *„Ich glaub so, es ist im Alltag passiert, begleitend, gar nicht explizit ... so dieses Zwischendrin: ... ‚ich komm’ jetzt mal nach einem langen Schultag ... und ich erzähle dir jetzt mal, was gewesen ist oder was mich beschäftigt‘. Und da ist es bei ihr auch ganz gut möglich gewesen, den eigenen Standpunkt ... zu spiegeln, und ... ich denke halt ... in der externen Therapie hat sie auch wirklich viel verarbeitet ... das lief ja auch in der Zusammenarbeit ganz gut.“* (Friederike, Z. 255-269)

Mit der Zeit verbessert sich auch der Kontakt zum neuen Betreuungsteam, insbesondere durch gelungene Gruppenaktivitäten, bei denen sie die BetreuerInnen nochmals von einer anderen, viel persönlicheren Seite kennenlernen kann (Felicitas, Z. 1518-1570), und ein gewisses Heimatgefühl dadurch entsteht: *„und auch ein bisschen so familiärer, quasi, Zuhause-Ersatz“* (Felicitas, Z. 196). Selbstöffnungsprozesse von Professionellen hatten ihr schon in der Klinik bei ihrer Therapeutin starkes Vertrauen eingeflößt: *„Und dann dachte ich so: ‚Ach so, die hat wohl wirklich nicht nur die Theo-*

rien, sondern hat auch irgendwas selber erlebt.“ (ebenda) Mit ihrer Entwicklung ist sie insgesamt trotz des Rückschlags durch den Betreuungswechsel zufrieden (Felicitas, Z. 958-962). „Im Prinzip“, sagt sie, „ist jetzt alles fast normal so.“ (ebenda)

## Zentrale Wirkfaktoren

Nochmals angesprochen, was sich als besonders hilfreich in ihrem Entwicklungsprozess für sie herausgestellt hat, beginnt sie eine lange Aufzählung: „Also, das waren zum einen Personen, die mir sehr wichtig waren und die mich begleitet haben, vor allen Dingen halt die Psychotherapeutin in der Klinik ... und dann halt die Lehrerin, die mich halt so begleitet hatte über Wochen hinweg in der Schule ... und halt das Vertrauen von meiner Jugendamtsfrau, dass sie mir noch mal die Chance gegeben hat ... und die Zeit, wirklich noch mal von vorne zu beginnen.“ (Felicitas, Z. 1019-1106) Und sie kommt noch mehrmals im Interview auf den Vernetzungscharakter zurück: „in der WG zu sein, andere zu sehen ... wir waren halt wirklich eine Gruppe also, so dieses Gemeinschaftsgefühl ... dadurch haben sich auch so ein bisschen meine Prioritäten verschoben. Das ... sind halt viele kleine Sachen, die sich so verknüpfen ... so, war das dann alles so ein bisschen verbunden: Therapie, WG und Schule.“ (Felicitas, Z. 1162-1179 und Z. 1483-1510 und Z. 1633-1646)

Auch die Beziehungsenttäuschung greift sie mehrfach auf und empfindet sich dadurch als bis heute tief geprägt: „Als ich eingezogen bin, hatte ich, wie gesagt, mit niemandem irgendwie ein Problem ... es war alles klar geregelt, und ich war halt darauf eingestellt im Kopf: ‚Ok, die begleiten mich jetzt bis zu meinem Auszug, und meine Bezugspersonen, die sind da bis zum Ende‘. Und dann, in den Sommerferien, sagten sie zu uns: ‚Ja, also, wir gehen jetzt‘ ... auf einen Schlag. Und da war ich total fertig.“ (Felicitas, Z. 218-275) Felicitas kommt dabei nochmals auf die Situation des schwierigen Neubeginns mit Friederike zurück, in der sie starke Ambivalenzgefühle entwickelt: „Ich hatte Friederike gesehen, und erstmal dachte ich: ‚Oh Gott oh Gott, ja, das kann eine ziemlich enge Bindung werden‘. Und ich hatte das halt schon in der Klinik, mit meiner Therapeutin, das war ziemlich hart, mich damals von ihr zu trennen, und ich wollte das nicht noch mal haben. Also ich habe da ewig gebraucht, um darüber hinwegzukommen ... und deshalb bin ich immer so auf Abstand gegangen und habe immer Angst bekommen, wenn ich sie an mich ranlasse, dass, alsodass sie dann halt, dass ich dann wieder so eine Abhängigkeit entwickle. ... Und ich habe ihr das ziemlich schwer gemacht.“ (Felicitas, Z. 344-392).

Friederike schätzt letztlich das verlässliche, situations- und konfliktübergreifende Beziehungsangebot als einzige Chance in dieser verfahrenen Situation durch den Betreuungswechsel ein, das auf dieser verunsicherten Basis wieder eine gewisse Kontaktebene herstellen konnte: „Sie hat generell gesehen, ich war da, wenn sie mich brauchte, ich hab' immer das Angebot gemacht: ‚wenn du mich brauchst, bin ich da‘ ... ich denke wirklich: Kontinuität.“ (Friederike, Z. 121-143) Und sie präzisiert den Beginn dieses Prozesses nochmals: „Das ist ganz kleinschrittig ... die Kontaktaufnahme beginnt ja schon in dem Moment, wenn man sagt: ‚wollen wir zusammen kochen?‘ oder: ‚wollen wir uns einfach mal hinsetzen?‘, ‚wollen wir Skuppo spielen oder sonst irgendwas?‘, also letztlich im Alltag halt.“ (Friederike, Z. 390-397) Die Energie, die Friederike aufgewendet hat, um Felicitas Vertrauen zu gewinnen – trotz allem –, ist ihrer Meinung nach durchaus elementar für die Arbeit in TWGs: „Ich glaube, da ist Felicitas einfach auch ein Musterbeispiel der Beziehungsarbeit an sich in der TWG ... die kann ganz, oder die ist ganz kleinschrittig ... weil am Anfang war es so, wenn sie mich begrüßt hat, dann nur notgedrungen, also weil ihr nichts anderes übrig blieb, weil ich nun mal in dem Moment in dem Raum saß ... und dann waren so diese Momente, wo man gemerkt hat, wo ich gemerkt hab' bei ihr explizit: ja, sie nimmt Beziehung auf oder sie kommt in den Raum und will mir irgendwas erzählen von sich ... oder vor allem dann auch noch: sie ist interessiert daran, wie ich darüber denke.“ (Friederike, Z. 363-397)

Befragt nach weiteren Wirkfaktoren im Prozess mit Felicitas sagt Friederike spontan: „In erster Linie die Rahmenbedingung, die Struktur, ich denke, dass es für sie etwas war, wonach sie sich orientieren konnte, und das brauchte sie ... diese Strukturierung hat ihr Sicherheit geboten, und durch diese Sicherheit konnte sie sich überhaupt einlassen, sie wusste ganz genau: dann und dann kommt der Kollege, und dann und dann habe ich meine Ansprechpartner ... diese Rahmenbedingungen, die haben ihr, glaube ich, sehr geholfen, und man hat es ja auch gerade dann gesehen, als der Umbruch war, als die Kollegen gegangen sind, da ist sie ja ins Trudeln gekommen ... also ganz viel Struktur.“ (Friederike, Z. 306-332) Dabei kehrt sie nochmals zum Problem der hohen Fluktuation in Einrichtungen der Jugendhilfe als ‚Nebenwirkung‘ zurück (Friederike, Z. 829-870), kommt aber gleich darauf auf Langzeitaspekte der Hilfe zu sprechen. Manchmal greife die Hilfe noch nicht im gleichen Moment, bedenkt Friederike, sondern erst später im Verlauf: „Klar gibt es Menschen, die

das nicht für sich dann in Anspruch nehmen können, aufgrund verschiedener Faktoren, aber klar ist der Grundstein gelegt – und daran glaube ich fest: dass wir den Menschen etwas geben können, die zu uns kommen, die das vielleicht für einen gewissen Zeitpunkt mitbekommen, dass die Welt auch anders aussehen kann und dass sie darauf – aufgrund dessen, dass sie diese Erfahrung gemacht haben –, aufbauen können? Oder wenn sie vielleicht eines Tages darauf zurückgreifen können und sich daran erinnern können und sagen können: ‚ja es gibt andere Wege, und ich muss nur wissen, wie da hinkomme‘. ... Und zum Teil, finde ich, repräsentieren wir das auch – also wir zeigen ihnen, wie man zu diesen einzelnen Sachen und Gedanken und Gefühlen kommt oder eben auch die Umsetzung: wie kann ich mir helfen ... Für die Menschen, die es einfach nun mal nicht so einfach im Leben gehabt haben und ... vielleicht auch in Zukunft nicht haben, aber da hoffe ich einfach, dass wir ihnen so viel Stärke und Kraft mitgeben konnten, dass sie sagen können: ‚ja, davon profitiere ich, und ich nehme das mit und kann dann da noch was umsetzen‘.“ (Friederike, Z. 928-963)

Zu diesem wirksamen Alltagsnetz gehört nach Friederikes Ansicht auch die Gruppe. Friederike hat den Eindruck, dass die Gruppe für Felicitas eine besonders selbstwertstärkende Wirkung hatte, da sie aufgrund ihrer intellektuellen Fähigkeiten dort eine besondere Rolle gespielt hat: *„Ich glaube, dass die Gruppe sehr bedeutend für sie war ... ähm schon allein aus dem Grund, dass sie eine bestimmte Funktion dort hatte ... auch auf Gruppenabenden oder überhaupt im allgemeinen Umgang ... zum Schluss fiel's ihr wahnsinnig schwer, sich von dieser Gruppe zu lösen, klar: wenn man in so'ner WG wohnt, 24 Stunden rund um die Uhr, hat man natürlich Menschen um sich, die einem pausenlos Rückmeldung geben, und ich glaub, das stärkt.“* (Friederike, Z. 506-535)

Die Gruppe benennt auch Felicitas aus heutiger Sicht als hilfreich für sich, ‚einfach Alltags- und Freizeitaktivitäten‘: *„Und wir haben halt auch nicht nur irgendwie so Probleme behandelt, sondern ... unsere Gruppenabende ... sind Bowlen gegangen, haben einfach Spaß gehabt ... also, einfach so auch normale Sachen ... dass man nicht immer so dieses Problemorientierte hat.“* (Felicitas, Z. 197-204) Durch die Schule gewinnt sie nicht nur den Kontakt zur Lehrerin, sondern auch wichtige Freundinnen, mit denen sie über alles sprechen kann, und eine ganze Peergroup, in der sie sich gut eingebettet fühlt (Felicitas, Z. 843-879). So hat sie *„einen Kreis gefunden, wo ich so halt reingehöre, und passe“* (ebenda) und mit dem auch gemeinsam Sport treiben kann (ebenda). Als sich in der Schule ein Mitschüler suizidiert, ist sie tief betroffen und schwört sich, niemals mehr so etwas zu tun; tatsächlich ist seither das Thema für sie abgeschlossen (Felicitas, Z. 1034-1067).

Auch die Eltern- und Familienarbeit ist nach Einschätzung Friederikes ein wichtiger Baustein im Hilfeprozess für Felicitas gewesen. So wird in der TWG kontinuierlich der Kontakt zu Vater und Geschwistern möglich gemacht (Friederike, Z. 557-613). Besonders wichtig jedoch ist die zum Ende des TWG-Aufenthaltes noch ermöglichte Begegnung mit ihrer Mutter, mit der Felicitas bei dieser Gelegenheit nach Einschätzung von Friederike zumindest einen vorläufigen Frieden schließen kann (Friederike, Z. 30-44).

Die Unterstützung im Umgang mit der Mutter generell identifiziert auch Felicitas als eindeutig hilfreich für sich, auch wenn die Unterstützung lange Zeit darin besteht, sie in ihren Abgrenzungswünschen zu stabilisieren. Das ‚Muttergespräch‘ gegen Ende ihrer TWG-Zeit verläuft für sie zwar sehr anstrengend, letztlich aber erfolgreich: *„dass ich es geschafft habe, anderthalb Jahre durchzuziehen, wo ich meine Mutter nicht gesehen habe und keinen Kontakt zu ihr hatte. Und dass ich ... ein Gespräch mit ihr und der Fachleitung ... und danach aber keinen Einbruch hatte, also ich mich soweit stabilisiert habe, dass ich danach nicht irgendwie das Bedürfnis hatte, ich muss mich jetzt irgendwie ritzen oder weglaufen oder irgendwas, ... ich hatte irgendwann einen Heulkampf, und ich war total fertig, aber mehr war dann auch nicht.“* (Felicitas, Z. 946-957)

Felicitas profitiert auch von einem stufenweise Ablösungskonzept, das die Einrichtung Jugendlichen zur Verfügung stellt, die bereits von einzelbetreutem Wohnen profitieren können (Felicitas, Z. 958-962) *„Meine Betreuer, die sehe ich auch nur einmal die Woche ... und es ist halt alles so normalisiert halt, ... echt, ich habe es geschafft, und damit hätte ich halt echt irgendwie vor zwei Jahren nicht gerechnet so.“* (ebenda) Selbstverletzende Tendenzen, wenn sie sie denn manchmal hat, löst sie nun anders: Sie bemalt sich (Felicitas, Z. 969-1008). Lachend sagt sie an dieser Stelle: *„Gott sei Dank kannst du das einfach alles wieder abwaschen!“* und: *„aber seitdem war halt nichts mehr. Und das finde ich halt richtig schön so, dass ich da jetzt keine Angst mehr vor mir haben muss.“* (ebenda) Und wenn es ihr doch schlecht geht, so sagt Felicitas, *„egal was passiert: ich habe immer ein paar Leute im Hinterkopf, wo ich weiß, ich könnte die auf jeden Fall anrufen, und sie wären dann da.“* (Felicitas, Z. 1068-1085)

Abschließend im Rückblick auf den Prozess mit Felicitas resümiert Friederike: *„Ich denke, ein ganz großer Aspekt ist, dass wir es schaffen, aufgrund ... der Beziehungsarbeit, ... dass wir dem Ich eines*

*Menschen wieder Vertrauen schenken können, und dadurch ist die Grundsubstanz, dass jemand wieder vertraut oder Vertrauen in das Leben hat ..., gegeben und das ist, glaube ich, so dieser Hauptaspekt ... weil viele kommen bei uns ja auch mit ... der Vorgeschichte eines Suizidversuchs. Wieder Vertrauen haben zu können, ja: es gibt einfach auch andere Wege, und es ist nicht alles so grau, wie ich es gerade empfinde ... – ich glaube, das ist der Hauptfaktor: ... die Beziehungsarbeit, ... Stabilität zu signalisieren. Und auch zu zeigen, auch wenn wir hier nur angestellt sind in Anführungsstrichen, das ist ja ganz oft Thema: ‚aber du wirst ja dafür bezahlt‘ ... Es ist richtig, ich werde dafür bezahlt, aber das hat nichts damit zu tun, dass ich empathisch sein kann, dass ich dir zuhören kann, dass ich dich begleiten kann und dass ich dir Sympathie entgegenbringe ... und dass ich dir helfen kann, wenn du es möchtest, dich zumindest so weit zu begleiten, wie du hier wohnen kannst ... Ich denke, das ist so das A und O in unserer Arbeit.“ (Friederike, Z. 876-905) Intervention, Supervision, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, all diese Instrumente zur Erhöhung selbstreflexiver Kompetenzen, sind nach Friederike dafür unabdingbare Voraussetzung (Friederike, Z. 906-920).*

## **2.2.7 Erik: „Ich habe viele Erfahrungen gesammelt, ... sehr sehr viel Erfahrung“**

### **Vorgeschichte und Verlauf**

Erik blickt bereits auf eine lange Laufbahn in verschiedenen Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe zurück. Einen großen Teil seiner Kindheit, seit dem sechsten Lebensjahr, verbrachte er in einem katholischen Kinderheim, woran sich ab dem 16. Lebensjahr ein Aufenthalt in einer Jugendwohngemeinschaft. Kurzzeitig zog er von hier aus in eine vom Jugendamt finanzierte eigene Wohnung, was jedoch aufgrund der völlig ungewohnten Freiräume zu Drogenexzessen und schließlich einem Abbruch der Hilfen führte. Erik verbrachte einige Zeit in Obdachlosigkeit, bevor er über die Drogenspezialeinrichtung den Weg in eine TWG fand. Den Weg von der Straße in die Einrichtungen erinnert er positiv: *„Für mich war das anfangs sehr schön ... weil wenn man davon, ich sag' mal, von der Straße, gleich in so ein, in so ein schönes Haus kommt, immer was zu essen, und Ansprechpartner sind da und Betreuer ... das war anfangs sehr schön, man hat sich sehr geborgen gefühlt. Natürlich ist es auch immer fremd und ein bisschen komisch, und Regeln, viele Regeln, auch einige Regeln, die man nicht so akzeptieren will ... aber sonst war man erstmal erleichtert, dass man wieder irgendwo wohnen kann, ein Dach über dem Kopf hat und man was zu essen hat und einem geholfen wird erstmal.“* (Erik, Z. 30-65)

Die Problemlagen ließen nach dem Einzug jedoch nicht lange auf sich warten: *„Ich habe mir das halt so vorgestellt: ich bin jetzt in der TWG, ich zieh' da jetzt ein, und dann wird alles wieder gut von automatisch, ... die machen das schon alles ... ich habe eigentlich noch gar nicht so richtig verstanden, was Therapie ist oder was mir das bringen soll oder ob ich überhaupt clean bleiben will, sondern das war einfach mehr so: ja, man wohnt da jetzt erst mal, und da geht's einem erstmal gut, und man denkt gar nicht so weit, so viel an die Zukunft oder denkt so weit voraus, sondern lebt einfach im Hier und Jetzt. Dann hat man sich halt eingelebt, ... und dann, umso mehr ich mich eingelebt habe, umso mehr war ich auch ich selber, und dann kamen die ersten Probleme, kamen dann zum Vorschein, dann ging es eigentlich los, die Therapie, zumal ich das gar nicht so verstanden habe, dass ich jetzt Therapie mache, an mir arbeite anfangs oder sonst irgendwie, sondern einfach nur: ja, kamen meine Probleme zum Vorschein, und die musste man erstmal irgendwie aus der Welt ... an jeder Situation halt erstmal arbeiten, weil, ja, ich war einfach noch nicht so weit.“* (ebenda)

Erik wird bald stark rückfällig: *„Kaum war ich aus der Probephase draußen, war ich rückfällig, und ich war dann lange Zeit so, dass ich halt regelmäßig rückfällig war, ja, ich hatte dann ... ich war immer sehr impulsiv, sehr hektisch, sehr nervös, sehr aggressiv, und die Aggressionen kamen auch oft durch mit mir, sehr oft sehr viele Gegenstände irgendwie, na, zerstört, kaputtgemacht, ich habe da meine Wut ausgelassen, auch an den Gegenständen, und das war halt sehr schwierig, das irgendwie als Therapieeinrichtung zu dulden, wenn man das Mobiliar zerstört ... war schwierig am Anfang, wenn man oft rückfällig ist, aggressiv wird, dann kam noch irgendwann Depression dazu, das war dann sehr schwierig.“* (Erik, Z. 69-87)

Eberhard bestätigt Eriks Wahrnehmung von der Anfangsphase in der Einrichtung: *„Anfänglich ... ging's ihm an sich erstmal nur darum, die Primärbedürfnisse zu wahren, und hier und jetzt zu existieren, und sich anzuschauen, was da so passiert, und mit der Zeit hat er aber gemerkt: ... ‚hier könnte*

*ich Fuß fassen'. Und mit seinen Aggressionen ist er natürlich sehr oft bei vielen Leuten angeeckt, dass er halt Schwierigkeiten hatte, sich so an das Regelwerk zu halten.“ (Eberhard, Z. 195-200).*

Erik kann aus heutiger Sicht seinen eigenen ‚Fallverlauf‘ und das Phänomen, was in Fachkreisen manchmal ‚Erstverschlimmerung‘ genannt wird, erstaunlich gut reflektieren. Trotz seines subjektiven Wohlbefindens in den ungeahnten Freiräumen, die sich nach der Entlassung aus dem katholischen Kinderheim mit den gestrengen Ordensschwwestern für ihn auftaten, beginnt die Abwärtsspirale rasch: *„Ich hatte die eigene Wohnung, ohne Betreuung, einfach übers Jugendamt finanziert, da waren gelegentlich Ansprechpartner da, bloß, mit denen hat man halt nicht gesprochen, ja, das war eine Fehlentscheidung vom Jugendamt, mich da reinzustecken ... natürlich, vor meinem, ich sag‘ mal so: vor meinem Drogenkonsum hatte ich eigentlich keine Probleme ... ich habe die Welt kennengelernt, sag‘ ich mal, das Leben ... dann habe ich halt sehr häufig und sehr viel Alkohol getrunken, und dann sind die ersten Probleme aufgetreten, Kontrollverluste und Klinikaufenthalte halt, ... da kamen halt die Sachen raus, die man halt vorher nicht so mitbekommen hat, die Probleme halt ... also die, irgendwann holt einen dann die Vergangenheit ein. Und dann irgendwann in der TWG, was man für Schwierigkeiten hat, die waren bestimmt vorher auch da, die Aggressionen und der Kontrollverlust, die waren auch da, bloß, die habe ich halt noch nicht so als Problem wahrgenommen, das hat mich eben nicht so weiter gestört ... ist halt so, man ist 16, man trinkt ein bisschen, ist mit Idioten unterwegs ... dann fühlt man sich toll, wenn man sich prügeln kann und so, so war das halt ... aber irgendwo hat man dann halt verstanden: ‚Scheiße, da läuft was nicht richtig, und ich will irgendwo hin, ich habe meinen Ziele‘ ... Und dann haben die Probleme angefangen, dann kamen halt auch Sachen auch zum Vorschein, mit denen ich mich vorher nicht beschäftigt hatten, Heimaufenthalt und familiäre Probleme, einfach dafür, da war keine Zeit für, ich war ja immer im Stress oder habe konsumiert oder sonst was, und dann kam ich da zur Ruhe halt, und denn habe ich meine Problem halt dadurch nur kennengelernt.“ (Erik, Z, 365-409)*

Eberhard fasst die Problemlagen von Erik ähnlich zusammen: Aggression, Depression und Sucht – und damit verknüpfte Alltagsproblematiken wie Umgang mit Geld, morgendliches Aufstehen und ein angemessenes Maß an Frustrationstoleranz (Eberhard, Z, 417-445). *„Anfänglich war es ein großes Problem, Misserfolge zu akzeptieren, natürlich gepaart mit einem sehr geringen Selbstbewusstsein, dadurch entsteht das ja.“ (ebenda),* sagt Eberhard, kommt aber sogleich auf die positiven Entwicklungen von Erik zu sprechen, über die er sich sichtlich stolz zeigt: *„Also, das war anfangs noch eine Problematik, die sich aber immer mehr relativiert hat, je realistischer er sich selbst gesehen und eingeschätzt hat.“ (ebenda)*

Erik hat Probleme, seine eigenen Fortschritte zu benennen, er ist noch nicht mit sich zufrieden: *„Die Kontinuität fehlt bei allen Sachen ein bisschen, das Durchhaltevermögen.“ (Erik, Z, 417-445)* Bei genauerem Nachfragen stellt sich jedoch heraus, dass er heute clean ist, seine Aggression im Griff hat und mit den Depressionen so umgehen kann, dass er seine Ziele nicht aus den Augen verliert. Dazu gehört in erster Linie, einen weiteren Schulabschluss zu machen.

Sein ambivalentes Gefühl über die Tragfähigkeit seiner Fortschritte, so stellt sich gleich darauf heraus, hat viel mit dem schweren Rückfall zu tun, der nach dem Auszug aus der TWG in einem Erwachsenenprojekt des gleichen Trägers erfolgte, das auf einem wesentlich weniger betreuungsintensiven Konzept beruhte: *„Teilzeitbetreuung, also viele betreuungsfreie Zeiten, ... da war da war nicht mehr gemeinsame Verpflegung, da war das anders ... alles alleine machen, sag‘ ich mal so ... ich war dann auch zu dem Zeitpunkt der Meinung, ich habe kein Problem mit Alkohol, das habe ich schon im Griff, dann war das, ging ganz schnell, da war ich schon heimlich rückfällig über einen langen Zeitraum, über ein halbes Jahr ... und die letzten ein, zwei Monate war, ja, das war die falsche Gruppenkonstellation ... wir vier sind rausgeflogen ... ich hätte noch mal hingedurft, bloß, ich war denn wieder schon so in dem Sumpf drinne, in diesem Kreislauf, da waren schon die nächsten Partys geplant ... auf einmal wieder obdachlos, und dann ging es ganz schnell, dann war ich auch ganz schnell wieder in der Klinik.“ (Erik, Z, 448-595)*

Der Rückfall in der Erwachseneneneinrichtung ist insofern interessant für den Jugendbereich der TWGs, da Erik sehr eindeutig benennt, was ihn wieder von der Straße und aus der lebensgefährlichen Selbstgefährdung herauszuholen vermochte. *„Ich weiß nicht, wo ich war, wo mein Geld ist, wo meine Karten sind, wo, alles vergessen halt, ... habe dann den Klinikaufenthalt abgebrochen, weiter konsumiert, konsumiert, obdachlos gewesen und immer wieder, immer wieder.“ (ebenda),* erzählt er mit sichtlichem Unbehagen bei diesem Rückblick. Auf die Frage, wie er denn da wieder herausgekommen sei, sagt er spontan: *„Ja, irgendwo, ich habe dann mit Eberhard wieder immer telefoniert ab und zu.“ (ebenda)*

Eberhard hat diese für ihn sichtlich schwierige Zeit keineswegs vergessen: *„Für mich war's natürlich ein bisschen ein Drahtseilakt also, ... einfach auch weil ich natürlich auch Privatleben habe über meinen Beruf hinaus, und die Nähe zwischen uns ist aber sehr groß, und ich habe ihm immer gesagt: ,ich bin für dich da, ja, aber du musst auch akzeptieren, wenn ich dir sage, ich kann jetzt nicht – das hat er auch immer eingehalten.“* (Eberhard, Z, 650-660)

Bei dem Versuch, Erik zu unterstützen, gibt es jedoch noch weitere Hürden. Nach den vielen Rückfällen wird Erik als hoffnungsloser Jugendhilfefall eingeschätzt, und es wird ihm keine Hilfe mehr in der Region Berlin finanziert: *„Der junge Mann ist raus“* (ebenda), zitiert Eberhard das Jugendamt, *„und der hat auch keine wirkliche Chance, es sein denn, er würde sich noch mal auf eine Langzeittherapie einlassen.“* (Eberhard, Z, 660-720)

Unter vielen Mühen und immens großem ehrenamtlichen Einsatz von Eberhard gelingt die Rückkehr in das Erwachsenenprojekt, diesmal unter neuen Vorzeichen für Erik: *„Aber natürlich gibt's 'n Unterschied, ich habe einiges verstanden ... ich habe einfach gemerkt: ich bin jetzt einfach bereit, irgendwie intensiver Therapie zu machen, ja, ... bin jetzt bereit irgendwie, richtig was zu ändern, ... natürlich auch mit Schwierigkeiten ... ich kann mich ja nicht von heut' auf morgen ändern, aber jetzt ist es anders, eine andere Sicht auf die ganze Sache.“* (Erik, Z. 720-730)

Eberhard sagt rückblickend: *„Ich habe öfter über ihn nachgedacht und bin auch dran geblieben und habe ihm halt gut zugeredet, ich habe mir immer wieder gedacht: der kommt, ich glaub' auch immer noch, dass er das schafft, bloß er braucht Zeit, er braucht seine Zeit, und er hat, hat auch noch Zeit.“* (Eberhard, Z, 710-720)

### **Der Aufenthalt in der TWG: ‚Wirkungen‘ und ‚Nebenwirkungen‘**

Eberhard schätzt das Angebot, was Erik brauchte, um trotz seiner bereits stark abwärts gerichteten Jugendhelferkarriere Fuß fassen zu können, als sehr umfassend ein. Er erzählt aus der Zeit mit Erik: *„Ich denke, was für ihn ganz wichtig war, war erst mal, dass wirklich immer jemand da ist, 24 Stunden, das war für ihn damals, denke ich, konzeptionell das Beste, was ihm passieren konnte. Und ja, ansonsten denke ich einfach, die sehr authentische ehrliche Bindung, die Möglichkeit, Vertrauen zu haben zu jemanden, also zu der Einrichtung im Allgemeinen, aber auch speziell zu mir. Ich denke, dass ich verschiedene Rollen hatte einfach, und die konnte ich ganz gut bedienen, ich war halt auf der einen Seite 'n Kumpel, großer Bruder, Vater, ich war aber auch der Bezugsbetreuer, ich war Wächter, ja, also der wirklich auch knallhart einfach auch mal durchgegriffen hat und ihm die Bettdecke weggezogen hat und Grenzen gesetzt hat, ... ich habe ihn konfrontiert mit seinen Schwächen, aber auch mit seinen Stärken, und da sind wir, glaub' ich, durch eine, ja, das war, das war mal wilde Fahrt, mal ruhigere, und wir sind durch Höhen und Tiefen gemeinsam gegangen, und dadurch hat sich dann eben auch Bindung ergeben, wo man einfach dann irgendwann auch keine Spielchen mehr machen musste, ... ich habe ihn angekuckt, er hat mich angekuckt, und bestimmte Dinge brauchte er gar nicht mehr zu sagen ... wir haben einfach ehrlich miteinander geredet, und das ist natürlich dann schon sehr gewinnbringend, also für beide Seiten.“* (Eberhard, Z, 1024-1098)

Eberhard war für Erik auch außerhalb der Dienstzeiten für Notfälle erreichbar: *„Er hat es auch nicht ausgenutzt, hat er nie gemacht, wenn er's gemacht hat, dann hat er immer wirklich eine fette Krise gehabt, und es hat immer geklappt, irgendwie muss ich sagen, wir haben teilweise nur miteinander telefoniert, zehn Minuten, 20 Minuten, 30 Minuten, und oft ging's ihm dann schon besser.“* (ebenda)

Das gute und intensive Betreuungsverhältnis von Eberhard und Erik musste sich Erik hart erkämpfen. Anfangs, als er in die TWG kam, stand sein Aufenthalt durch seine selbst- und fremdgefährdenden Gewaltdurchbrüche ständig auf der Kippe.

Zu seinem zugeordneten Bezugsbetreuer konnte er kein Verhältnis entwickeln, ein Betreuungswechsel wurde jedoch im Sinne einer Kontinuitätsentwicklung zunächst vom Team nicht in Betracht gezogen. Erik sehe das bis heute negativ und habe sehr für die Betreuung durch ihn gekämpft, erzählt Eberhard (Eberhard, Z, 195-270): *„Mit seinen Aggressionen ist er natürlich sehr oft bei vielen Leuten angeeckt ... und weil er sehr ehrlich ist, hat er auch früh seine Sympathien gezeigt, den Betreuern gegenüber, die er für offener hielt und für authentischer ... und dann hat er große Probleme bekommen. ... Unser Verhältnis war von vornherein sehr stark geprägt durch die Gemeinsamkeit auf der sportlichen Ebene ... ich selber bewege mich sehr gerne, mache Sport und Erik auch ... und da haben wir sofort einen Draht zueinander gehabt ... und er hat dann irgendwann gemerkt, dass er mir vertrauen kann, die Grenzen angenommen, die ich ihm gesetzt habe, aber das hat gedauert, al-*

so ... es war eben halt ein Auf und Ab, je nachdem, wie sein momentaner Zustand war und wie gut die Beziehungen funktioniert haben zu anderen Menschen, ob das in der Schule war, ob das ... mit seiner Freundin war oder eben auch bei uns im Haus.“ (Eberhard, Z. 195-230)

An dieser Stelle macht Eberhard Ausführungen über das Verhältnis von Alltagsbetreuung und therapeutischer Arbeit in den TWGs – die Bedeutung des richtigen Zeitpunktes von Psychotherapie und Beratung in einem aufarbeitenden Sinne: „Und in dem Moment konnte man arbeiten mit ihm, also sowohl unser damaliger Therapeut als auch ich und auch meine Kollegen konnten da ganz viel mit ihm erreichen, und dann, was wir geschafft haben, ist: wir haben gemeinsam die mittlere Reife mit ihm zusammen geschafft, und das war beim Einzug überhaupt nicht absehbar, dass wir das hinkriegen, das war schon Klasse.“ (Eberhard, Z. 240-270)

Erik radikalisiert diese Einschätzung nochmals und macht deutlich, wie kleinschrittig man vorgehen muss, damit eine angebotene Hilfe überhaupt greifen kann: „Na ja, und so richtig Therapie, was weiß ich, so richtig Therapie war das nicht so für mich, ... mehr dann zum Schluss, anfangs war das einfach nur, ja erstmal von der Straße weg, ankommen und probieren einfach, clean zu bleiben, also so richtig Therapie, habe ich so nicht verstanden oder konnte ich mich nicht drauf einlassen oder das begreifen, erst zum Schluss halt, was ich gut fand aber immer die Einzelgespräche, die waren immer sehr gut, ja.“ (Erik, Z. 137-144)

Ohne die unmittelbare, engagierte Begleitung von Eberhard und anderen BetreuerInnen in der TWG, sowohl in Bezug auf die bereitgestellte Struktur – seiner Ansicht nach durchaus auch mal mit Nachdruck oder einem Belohnungssystem – als auch angenehme Alltags- und Freizeitsequenzen betont Erik mehrfach, hätte er es nicht geschafft (Erik, Z. 1387-1435). Abermals wird die enge Verknüpfung zwischen Beziehung, Struktur, Arbeit im Alltag und innerhalb positiver Freizeitsequenzen deutlich: „Klingt ein bisschen blöd, aber allein das morgens immer Wecken, da fing das ja schon an, wenn das nicht gelaufen wäre, hätte ich keinen Abschluss ... na ohne das wär' nichts gelaufen, ich weiß nicht, ohne diese Gespräche, auch diese Freitagabende, war immer bei allen sehr beliebt: ‚Eberhard kommt, wir spielen Karten, wir kucken DVD, und wir bleiben lange wach zusammen‘, und ja, natürlich, das auch mal getrieben werden: ‚du machst das jetzt, du machst das jetzt‘ muss ja irgendwie gemacht werden – in der Situation denkt man: ‚wollt ihr mich verarschen, lasst mich in Ruhe, geht weg‘ und sonst was – aber im Nachhinein betrachtet ist schon besser so gewesen.“ (Erik, Z. 958-1020)

Mit der Gruppe hat Erik sich seiner Meinung nach eher schwer getan (Erik, Z. 1156-1215): „das war halt nie so mein Fall“ (ebenda). Er geriet leicht in Konflikte mit anderen oder aber in zu große Anhängigkeiten und dann wiederum in Konflikt mit dem Regelwerk der Einrichtung. Sein damals bester Freund ist zur Zeit wieder drogenabhängig und straffällig. Erik hingegen erlebt in der Einrichtungszeit seine erste längere Partnerschaft und kann auf dieser Erfahrung heute mit einer schon recht lang anhaltenden Beziehung zu einer jungen Frau anknüpfen. Dennoch muss er dabei sehr auf die Regulierung von Nähe und Distanz achten (ebenda). Die Gruppe positiv zu erleben gelang Erik jedoch gut an jenen Abenden mit den begehrten Freizeitaktivitäten: Sport, Spiele und auch ab und zu Videos, die in gemütliche, lange, gemeinsam Abende mündeten, auch ein Teil bisher unerfahrener Nachsozialisation für Erik, ebenso wie die gemeinsamen Reisen (Erik, Z. 1216-1234): „Zweimal auf Sommerreise mit dabei, in Polen, und traumhaft, beide Male war Eberhard dabei, beide Male waren schön, was soll ich da erzählen, ja, das war einfach, das vermisse ich sehr so, ja.“ (ebenda)

Eberhard hält die Probleme, die Erik mit anderen MitbewohnerInnen hatte, ebenfalls für kritisch, betont aber auch Eriks konstruktive Rolle in manchen Situationen, in denen Regelübertretungen eben jene bei allen beliebten Gruppenangeboten gefährdeten. In dieser Rolle war er auch von den anderen akzeptiert und angesehen (Eberhard, Z. 1237-1290).

### Zentrale Wirkfaktoren

Darauf, dass er fast drogenfrei geblieben ist über die Zeit und außerdem seine Schule geschafft hat, ist Erik auch selbst stolz. Was die TWG dazu beigetragen hat, kann er im Rückblick gut benennen: „Na erstmal, dass man da die zwei Jahre nicht weiter konsumiert hat, sondern größtenteils clean war ... da war auch die Schule, ich habe da meinen Anschluss gemacht, sind schon mal zwei Sachen, die eigentlich, irgendwie Existenz sind, irgendwie, gründen für die Zukunft, zwei Jahre clean, Schulabschluss geschafft.“ (Erik, Z. 750-787) Aber auch sonst sieht er seinen Aufenthalt in der TWG als sehr hilfreich für sich: „Ich habe viele Erfahrungen gesammelt, sehr viel sehr viel sehr viel Erfahrung, viele Menschen kennengelernt ... die erste große Liebe, ich habe vieles kennengelernt und das war

*natürlich der Grundbaustein für alles ... und das ist jetzt einfach, ohne das alles, ja wer weiß, wo ich jetzt wär, wer weiß?“ (ebenda). Wünschen würde er sich jedoch eine sinnvollere und stärker auf sportliche Aktivitäten orientierte Freizeitarbeit. Für ihn bedeutete gemeinsame Freizeitgestaltung und Sport der Weg zu Eberhard, und Eberhard bedeutete der Weg ins Aufwärts, seiner Einschätzung nach könnte das anderen Jugendlichen auch so gehen, die sonst nur ‚an Party und Drogen‘ denken (Erik, Z. 788-880). Außerdem betont er die Wichtigkeit von klarer Strukturen und Regeln in der Einrichtung und kritisiert den zu schnellen Übergang vom Jugend- in den Erwachsenenbereich: „Alles was unter 18 ist oder unter 19, 20, sag‘ ich mal, so in dem Alter, wenn man vom Jugendprojekt in eine eigene Wohnung geht, hat man eigentlich also, möchte ich meinen, hat man nicht so‘ne Chance ... weil man da einfach noch nicht so weit ist, um einiges, also vieles verstehen zu können.“ (ebenda)*

Immer wieder kommt Erik dabei auf die Einzelgespräche zurück – und auf das Verhältnis zwischen Pädagogik und Psychotherapie: *„Gespräche ... na einmal: man muss ja irgendwo seine Sachen loswerden, das eine sind natürlich die Einzelgespräche, die therapeutischen, da natürlich kann man auch einiges loswerden, bloß man muss doch auch ... ist ja immer ein fester Termin in einer Woche für eine Stunde, das reicht nicht, man braucht ja irgendwie, zwischendrin muss man auch ein bisschen sich austauschen ... da braucht man halt jemanden, mit dem man halt gerne redet, nämlich irgendwie so: ‚da kann ich jetzt hingehen, wenn ich will‘ ... wo man auch weiß, der hört einem zu, der interessiert sich dafür, dem kann man vertrauen, das geht nirgendwo weiter.“ (ebenda) Auf die Frage, was denn dabei wichtige Themen gewesen seien, sagt Erik fast empört: „Das ist eigentlich egal, was für ein Thema das war, ja, das ist wirklich scheißegal, ob das jetzt Kleinigkeiten waren, und ich habe da ein Problem, oder es geht um so Beziehungsprobleme jetzt mit meiner ersten Liebe, das ist eigentlich egal, ich konnte da immer hingehen mit meinen Problemen oder auch, wenn ich was Schönes zu erzählen hatte oder einfach nur irgendwelche Fußball-Ergebnisse ihm mitteilen wollte, er war dann halt immer da, hat mir immer zugehört, und es hat immer Spaß gemacht, mit ihm zu sprechen ... es war einfach immer gut, immer.“ (ebenda).*

Erik kann Unterschiede zwischen verschiedenen BetreuerInnen gut in Worte fassen: *„Und was ich da schon feststellen musste, ist natürlich überall so, aber es gab manche Betreuer, die machen da einfach so ihre Arbeit, so ganz sachlich und formal, und manche Betreuer sind dann wirklich so – mit Herz, sag‘ ich mal – dabei und bringen Einsatz, und das war halt schön ... die zeigen einfach Interesse an einem, die unterhalten sich mit einem, bringen auch ein bisschen ... ihr Privatleben mit ins Gespräch und verbringen gerne Zeit. Man merkt’s irgendwie, ob dann die Sympathien stimmen ... mit wem man halt ein bisschen näher zu sich steht, da kann man ein bisschen mehr sprechen miteinander und noch intensiver und spricht auch gerne mit dem und freut sich, wenn der im Dienst ist.“ (Erik, Z. 146-170) Und er ergänzt seine Ausführungen mit einem Hinweis auf die Wirksamkeit solcher Gespräche mit BetreuerInnen, die einem nahe stehen: *„So‘ne Menschen haben einfach mehr Einfluss auf einen. Wenn einem irgendein Mensch mehr oder weniger egal ist, dann lässt man von da kommende Ratschläge oder Gespräche, die kommen einfach nicht so an, die verinnerlicht man nicht so, als wenn man mit jemanden spricht, den man mag, dem man vertraut. Dann denkt man zweimal drüber nach, über die Gespräche.“ (Erik, Z. 283-294).**

Eberhard fasst zusammen, was Erik bereits lebendig ausgeführt hat: *„Persönliches Engagement, Begeisterungsfähigkeit, ... Struktur, ... Kontinuität, ... Verlässlichkeit. Und dann Vielfältigkeit...“ (Eberhard, Z. 1548-1551) Er beschreibt den Unterschied, den er zwischen erfolgloser und erfolgreicher Beziehung macht, an einer Kochsituation – gemeinsam zu kochen kann eine schrecklich langweilige Pflichtaufgabe werden, aber man kann es auch für alle zum Erlebnis werden lassen: *„Da fahren die total drauf ab ... Fastfood, Döner, Dürüm ... so was. kann man ja selber machen ... und da gibt’s diese türkische Knoblauchwurst Sucuk, und da kaufen wir dann ein Kilo ... und dann gibt’s einen, der die schneidet und in der Pfanne anbrät, einen, der die Tomaten schneidet, einen, der den Salat schneidet, einen, der die Gurken schneidet, einen, der die Paprika schneidet, und einen, der den Feta aus-einanderteilt. Und das ist es genau: ... dann plötzlich ist Gruppe, und dann entsteht da was, und jeder macht was ... und wenn’s dann so‘ne Aktion ist: ‚ach komm, du machst mal das, du machst mal das, du machst mal das‘, und der eine muffelt dann: ‚ich will aber jetzt nicht‘ und so weiter, und dann kuckt er aber doch rüber: ‚komm ich mach jetzt das, dann machst du auch das‘ – dass es so untereinander läuft.“ (ebenda) In diesem Kontext bekam auch Eberhards Hund für Erik eine wichtige Bedeutung. Morgendliches Joggen und sich Aufraffen, das Haus zu verlassen oder einfach gemeinsam Zeit verbringen ist etwas ganz anderes als dies alles alleine zu tun. Würden die Besetzungen in den TWGs nicht so schnell wechseln, fände Erik einen Hund im Team sehr hilfreich (Erik, Z. 1598-1659).**

Aus eigener Erfahrung sagt Erik am Ende des Interviews: „Man muss seine Erfahrungen selber machen ... gibt's auch keine Medizin ... und man muss wollen. Wenn man nicht will, ist halt ... Quatsch. Therapie statt Strafe und so, das hat alles keinen Sinn.“ (Erik, Z. 1575-1595)

## 2.2.8 Gitta: „Wenn es schief geht, dann ... kann man sich wieder eine Alternative suchen“

### Vorgeschichte und Verlauf

Gitta kam nach einem langen Psychiatrieaufenthalt von Westdeutschland aus in die TWG: „Ich war eineinhalb Jahre lang dann insgesamt in der Psychiatrie ... hauptsächlich auf einer geschlossenen ... die Ärzte meinten halt, es wäre nicht ratsam, zu meinen Eltern zurückzugehen.“ (Gitta, Z. 69-75) Gitta wurde aufgrund eines Suizidversuchs auf richterlichen Beschluss in die Klinik eingewiesen. In der Klinik entfaltet sich in kurzer Zeit eine vielgestaltige Symptomatik: „Ich wollte vom Hochhaus springen, und die Polizei hat mich eingesammelt und gesagt, ich kann nicht mehr nach Hause gehen. ... Sie haben mir dann relativ bald eine Borderline-Störung diagnostiziert und eine Bulimie. Ja und gut ... im Rahmen von dieser Persönlichkeitsstörung dann noch Sozialphobien und was da alles nicht noch mit dabei ist. Und das damals war halt so ... ich war einfach tierisch tierisch depressiv auch. Ich wollte nicht mehr leben. Ich habe auch während der Zeit in der Klinik – obwohl ich auf der Geschlossenen war – mehrmals noch versucht, mich umzubringen.“ (Gitta, Z. 134-150) Gittas Erzählung strahlt Dramatik aus: „Das habe ich dann die eineinhalb Jahre immer wieder mal gemacht und habe mir die Arme aufgeschnitten und das Dekolletee. Also da wurden damals sogar Fotos von gemacht und auch in Vorlesungen verwendet und alles, weil ich so'n extremes Beispiel war. Ich hab' heut noch die Narben überall ... damals habe ich immer gesagt: ‚ich werd niemals 18 Jahre alt‘ ... irgendwo kriegt man immer irgendwas her – und wenn ich aus den Lampen die Glühbirnen rausgedreht habe.“ (Gitta, Z. 156-198)

Heute kann sie die damalige Zeit jedoch mit Abstand betrachten. In der TWG gibt es zwar anfangs noch Zwischenfälle, in denen Gitta von der Polizei ‚eingesammelt‘ werden muss, aber ihr Zustand stabilisiert sich relativ rasch – das hatte sich bereits in der Endphase der Klinik abgezeichnet, obwohl der Umgang mit Gefühlen auch heute noch ein Problem für Gitta darstellt (Gitta, Z. 200-227). „Also meine Gefühlsschwankungen sind nach wie vor extrem, ich bin ein emotionaler Mensch.“ (ebenda) Gitta kann sich auch nicht an eine Zeit erinnern, in der sie nicht von körperlicher Krankheit gequält war. Dieses Thema prägt bereits ihre Eingangserzählung und kehrt im Interview mehrfach wieder: „Ich hab' immer ... auch heute, auch jetzt wieder, große Probleme, ... weil ich körperlich immer – hab' ich Ihnen ja erzählt – ich bin ständig krank. Wirklich. Also letztes Jahr hatte ich einen zweifachen Bandscheibenvorfall. Jetzt hab' ich einen eingeklemmten Nerv und kann nachts nicht schlafen. Die ganzen Rippen tun weh wie blöd. Ich kriege Opiate ohne Ende, und wenn du die nimmst, kannst du nicht mehr klar denken. Also ... ich bin körperlich ziemlich beeinträchtigt im Leben so allgemein. Also immer immer ... so'ne Muskelerkrankung Fibromyalgie habe ich auch ... jetzt hab' ich dann hier in der Hand zwei irgendwas irgendwelche Knoten, die operativ entfernt werden müssen. Dann habe ich wieder starke Rückenschmerzen zurzeit und noch deswegen auch wieder Physiotherapie. Dann hatte ich ja diese lange Grippe und alles.“ (Gitta, Z. 1057-1085)

Gesine erinnert den nicht ganz einfachen Einstieg mit Gitta noch sehr gut: „Ich habe Gitta nicht von Anfang an kennengelernt, weil ich aus Westdeutschland wieder zurückgekommen bin, und da war die Gitta ... ein paar Wochen in der TWG. ... Wir sind ja ein gemischtes Team bei uns ... da war damals dann auch ganz klar zu ersehen, dass wir Frauen ... es schwerer hatten mit ihr in der Arbeit als die Männer und es da auch oft zu Reibereien gekommen ist ... also sie war nicht einfach.“ (Gesine, Z. 15-35) Obwohl jedoch die „Arbeit mit Gitta sich manchmal ganz schön schwierig gestaltete“ (Gesine, Z. 30), spricht Gesine mit einer gewissen Faszination und viel Respekt von Gitta: „Sie war dann irgendwie auch ganz schnell so das Alphetierchen in der Gruppe, ... vom Charakter her, hatte so ganz positive Einflüsse ... konnte aber auch unheimlich ins Agieren kommen und da unheimlich Dynamik in die Gruppe reinbringen. Einzelkontakte mit ihr, Einzelbegegnungen fand ich immer sehr positiv ... da kam man unheimlich gut so an sie ran ... ja, so in der Gruppe wurd's dann schwieriger.“ (Gesine, Z. 36-43) Dazu fällt ihr eine Konflikt-Sequenz auf einer Gruppenreise wieder ein, die so stark eskaliert, dass Gitta danach Medikamente einnehmen muss, um sich nicht massiv selbst zu verletzen. Innerhalb der selben Erzählsequenz erinnert sie jedoch auch eine Tagesreise alleine mit Gitta ans Meer: „Wir haben ganz lange da am Wasser gesessen, und sie hat recht Angst vorm Wasser, sind dann hier, ich weiß gar nicht, wie man die nennt, so Bühnen ins Wasser rausgelaufen und

*haben da rumgehangt und wieder zurück ... das war dann irgendwie so'n ganz schönes Urlaubs-erlebnis noch nebst dieser Krisensequenz.“ (Gesine, Z. 80-95)*

Gittas Leben hat sich in ihrer Kindheit – aus ihrer heutigen Perspektive betrachtet – viel zu sehr um andere statt um sich selbst ‚gedreht‘. Bereits bei der Geburt ihrer Brüder, die für ihre Mutter lebensgefährlich war, erfuhr sie einen starken Lebenseinschnitt. In der Folge kam es durch die Überforderung der Eltern aufgrund von drei Kindern, dem parallelem Studium, Hausbau und zahlreichen Familienkonflikten zu vielen Veränderungen, Überforderungssituationen, Vernachlässigungen und Rollenkonflikten für Gitta. Eine suizidale Situation der Mutter erinnert sie zwar nur vage, aber die Bilder sind für sie besonders hervorstechend geblieben: *„Das Dumme war, dass ich in dem Moment reinkam als kleines Mädchen ... meine Mutter da heulend mit einem Messer in der Hand ... jedenfalls sagt sie heute, ich war der einzige Grund, weshalb sie dann ins Examen gegangen ist ... andernfalls hätte sie es geschmissen.“ (Gitta, Z. 501-525)* In der folgenden Trennungs- und Scheidungsphase wurde sie für beide Elternteile zu einer wichtigen Stütze: *„Ich meine, ich war ein kleines Kind, aber ich hab' gesagt: ‚ich glaub', du wirst erst glücklich, wenn du dich von ihm trennst' ... und in der Zeit hat mein Vater angefangen zu trinken und uns aufs Übelste belogen.“ (Gitta, Z. 550-625)* Gitta wird zur Managerin der Familienkonflikte und ist im Alltag stark auf sich gestellt: *„Mein Vater ... hat also gearbeitet den ganzen Tag, und meine Mutter war ... auch den ganzen Tag beschäftigt. ... Also meine Brüder waren im Kinderhort. Ich war nach der Schule immer alleine und habe mich vor den Fernseher gelegt, ins Bett meiner Eltern.“ (Gitta, Z. 530-540)*

Auch Gesine beurteilt insbesondere die Familiendynamik und die Beziehung zu den Eltern als Problemlagen für Gitta: *„Die Beziehung zur Mutter ... auch die Beziehung zum Vater“ (Gesine, Z. 122-132).* Sie erlebt beides als sehr freundschaftlich geprägt und wenig mit angemessenen Generationengrenzen ausgestattet (ebenda).

Die Klinik und die TWG vermitteln Gitta auch nach ihrer Einschätzung erstmals ein Gefühl, angemessenen Unterstützung von Erwachsenen zu erhalten, Raum für ihre eigene Entwicklung zu bekommen und langsam in Selbstverantwortung hineinzuwachsen. Zu ihrer Familie hat sie dabei die ganze Zeit über Kontakt, jedoch in einem angemessenen Abstand, um sich auf sich, ihre Entwicklung und ihre Aufgaben konzentrieren zu können. Gitta holt Stück für Stück ihre Schule nach, zunächst in einer Klinikschule, weil sie sich größeren Klassenverbänden in anderen Schulen noch nicht gewachsen fühlt, später dann jedoch innerhalb von Regelangeboten. Heute, einige Jahre danach, hat sie bereits das Abitur in der Tasche. Entlang dieser Entwicklung öffnet sie sich mehr und mehr nach außen (Gitta, Z. 227-291). *„Und hab' dann auch meinen damaligen Freund kennengelernt nach einem halben Jahr.“ (ebenda)* Die deutliche Verbesserung ihrer Problematik am Ende des TWG-Aufenthaltes wird ihr auch von außen signalisiert: *„Also mein Therapeut hat mir vor etwa einem Jahr ungefähr gesagt, dass er mir jetzt keine Borderline-Störung in dem Sinne mehr diagnostizieren würde.“ (Gitta, Z. 227-229)*

Beim Auszug lehnt sie das Angebot des Betreuten Einzelwohnens ab. Sie möchte nach dieser langen Zeit engmaschiger Betreuung endlich auf eigenen Füßen stehen: *„Meine Probleme fingen an, wirklich problematisch zu werden, da war ich zwölf oder so, ja, und dann immer wieder alles zu erzählen und dann immer neue Leute. Leute, die einem auch was zu sagen haben im Prinzip. Da war ich raus. Das war vorbei dann eigentlich.“ (Gitta, Z. 309-324)* Gitta ist jedoch inzwischen auch durch die enge Vernetzung der Hilfen innerhalb der TWG mit Hilfen außerhalb der TWG gut abgesichert. *„Ich hatte meinen Therapeuten, zu dem ich einmal in der Woche gegangen bin. Ich hatte meinen Hausarzt, das war schon fast mein bester Freund, bei dem bin ich auch heute noch einmal die Woche oder so. Also weil ich ja dauernd krank bin – jetzt körperlich ... und dann habe ich meine Mutter eben ... sie ist auch die einzige, der ich wirklich ... auch alles erzählen kann ... und sie ist ja auch eigentlich meine beste Freundin gleichzeitig. Wir haben ja ein sehr gutes Verhältnis.“ (Gitta, Z. 325-357)*

Zunächst, berichtet Gesine, sind die BetreuerInnen bei der Schwere der Problematik von Gitta über den schnellen Auszug schon besorgt: *„Also wir hätten schon gerne gesehen, dass sie noch ein bisschen länger bleibt, ... aber sie gehörte so mit zu den Kandidatinnen, die unheimlich mit den Füßen getrampelt haben. ... In der Anfangszeit kam sie dann noch ab und zu in die WG ... und ich hatte so den Eindruck, ... dass es ihr so psychisch besser geht, habe aber so mit einem Ohr immer mal rausgehört, dass sie halt ja physisch unheimlich oft Probleme hatte: Wirbelsäule, Bronchitis und irgendwie oft Kopfweh, also und immer noch so Ausfallzeiten hatte in der Schule, aber es ja doch ok hingekriegt hat.“ (Gesine, Z. 97-115)*

## Der Aufenthalt in der TWG: ‚Wirkungen‘ und ‚Nebenwirkungen‘

In die TWG hat Gitta sich, erzählt sie, *„eigentlich von Anfang an gut eingelebt. Also waren auch nur Jungs da erstmal und dann kam ich mit denen ganz gut zurecht. Und habe dann insgesamt eine ziemlich steile Entwicklung gemacht, also ziemlich positiv, ziemlich schnell auch. ... Nach einem halben oder dreiviertel Jahr im Prinzip stand schon fest, dass ich mir eine eigene Wohnung suchen werde.“* (Gitta, Z. 85-99) Dass die Psychiatrie in dieser Hinsicht viel Vorarbeit geleistet hat, kann Gitta aus heutiger Perspektive sowohl sehen als auch sehr wertschätzen, obwohl sie sich anfangs ‚mit Händen und Füßen gegen die Einweisung gewehrt hat‘: *„Also in der Kinderpsychiatrie auf der Geschlossenen haben sie sich sehr viel Mühe gegeben. Also wirklich: beste Psychiatrie. Ich war ja noch in anderen, aber die war die beste ... zum Abschied haben mir die Ärzte und die Betreuer einen Kittel geschenkt mit allen Unterschriften, weil ich im Prinzip schon zum Inventar gehört habe. Also das ist ja sonst keiner, so lange in der Kinderpsychiatrie ... auf der Geschlossenen. ... Aber dann haben sie mir auch gesagt, dass sie positiv überrascht sind und wie außergewöhnlich es ist und dass das toll ist ... das hat mir natürlich alles auch mehr Selbstwert gegeben.“* (Gitta, Z. 363-407 und 879-907).

Für Gitta war bereits der Ortswechsel eine Chance: *„Weil für mich war Berlin ja ein kompletter Neuanfang ... andere Stadt, andere Menschen, alles neu. Freiheit. Und es kann wieder schief gehen ... ist es ja auch nochmals ... aus meiner Erfahrung kann ich aber auch heute sagen, dass das Leben auch manchmal sehr schön sein kann, auch wenn es sehr oft sehr schwierig ist jetzt gerade für mich, ... mit lauter psychischen Problemen zu leben so ... gut, wenn es schief geht, dann kann man wieder, ich bin der Meinung, also kann man sich wieder eine Alternative suchen.“* (Gitta, Z. 1272-1291) Auf die Frage, was sich denn im Verlaufe des TWG-Aufenthaltes für sie verändert habe, antwortet Gitta mit einer langen Aufzählung: *„Na ja, ich habe keine Suizidgedanken mehr gehabt, geschweige denn irgendwelche Versuche gestartet. Ich habe mich nicht mehr selbst verletzt – das habe ich nur noch zweimal gemacht oder so. Ich meine, ich habe mich ein bisschen stabilisiert, also es war nicht mehr alles nur grau. Ich habe wieder Lebensfreude entwickelt, vielleicht auch gerade dadurch, dass ich wieder Freiheit hatte ... ich weiß nicht, ob's vielleicht auch schon früher geklappt hätte, keine Ahnung, aber jedenfalls war der Zeitpunkt gut.“* (Gitta, Z. 363-407) Gitta gelingt es in der TWG auf der Basis der Behandlung in der Psychiatrie auch relativ schnell, Kontakte zu knüpfen: *„Ich kam hier dann auch gut an und so was. Und, das stärkt natürlich auch ein bisschen das Selbstbewusstsein, das Selbstwertgefühl, ja, das ist, das war ja komplett im Eimer. Da war ja gar nichts mehr vorhanden. Und dann macht man auch wieder schöne Dinge.“* (ebenda)

Gesine spricht von ganz ähnlichen Veränderungen zum Positiven: *„Das Ritzen, das selbstverletzende Verhalten. Ich weiß nicht, wie es heutzutage ist, aber bei uns hat sie danach nicht mehr geritzt, meine ich. Und die Essstörungen sind weniger geworden, war so mein Eindruck hier.“* (Gesine, Z. 132-134)

Gitta benennt als wichtiges Agens für ihre Veränderungsprozesse zum Positiven eine gut abgestimmte Mischung zwischen Verständnis und Struktur. Sie beschreibt dazu ein Beispiel den Umgang ihres Therapeuten mit ihrer Diskontinuität: *„Da hat er dann Verständnis gehabt, ich brauchte nur anrufen ... und zu sagen: ‚ich kann schaff's nicht‘ ... dann hat er da auch Verständnis gehabt. ... Also ich brauche eine besondere Mischung aus Regeln und aber auch Toleranz und menschlichem Umgang, ja so Autoritätspersonen in dem Sinne ... also, haben meine Eltern nicht so drauf geachtet.“* (Gitta, Z. 1085-1101) Da Gittas Zustand sich rasch verbesserte, wurden ihr auch viele Freiräume innerhalb der TWG eingeräumt. Das weiß sie im Nachhinein zu schätzen, und sie konnte sich darin angemessen weiterentwickeln (Gitta, Z. 291-308). In diesem Zusammenhang fällt abermals das Verhältnis zwischen Freiräumen und Struktur bzw. Struktur in Abgrenzung zu purer Rigidität auf: *„Also ich brauch' Struktur ... im Prinzip schon. Aber niemand, der sich vor mich stellt ... und sagt: ‚so'n Quatsch!‘.“* (ebenda)

Gesine schildert in ähnlicher Weise, dass Gitta insbesondere Einzelgespräche gut für sich und ihre Entwicklung nutzen konnte, in der Erwachsene kontinuierlich ansprechbar, aber auch verantwortlich und zuweilen grenzsetzend bzw. strukturgebend über den ganzen TWG-Aufenthalt hinweg präsent für sie waren und ihr mit Authentizität begegneten: *„Ich glaube, so diese Gespräche ... das hat ihr schon sehr geholfen. Also ich denke auch, dass immer jemand da gewesen ist, einfach dieses Wissen, nicht alleine zu sein, wenn's jetzt eng wird, ist da jemand, zu dem ich hingehen kann. Und dass sie ein offenes Ohr gefunden hat für ihre Belange, ich glaube, das hat die Gitta gut gebrauchen können, oft genutzt.“* (Gesine, Z. 143-149) Insbesondere mit den männlichen Betreuern ergab dabei Gesines Ansicht nach auch eine gewisse Nachsozialisation, die ihr früher unter den gegebenen Um-

ständen nicht möglich war: „*Ich glaube, zu Gerhard hatte sie immer einen sehr guten Draht. Gerhard ist der älteste meiner Kollegen, und der hat auch was sehr sehr Väterliches. Den mochte sie, meine ich, besonders gerne.*“ (Gesine, Z. 154-166)

Die Elternarbeit mit Gittas Vater und Gittas Mutter, die vom therapeutischen Bereich der Einrichtung geleistet wurde, hält Gesine in diesem Zusammenhang für sehr bedeutsam, auch wenn sie zuweilen nicht ganz einfach war: „*In der Sequenz nach der Reise zum Beispiel fand ich es sehr gut, dass sie sofort da war und dann auch einen guten Part in diesem Gespräch gehabt hat.*“ (Gesine, Z. 397-405) Gesine und die Psychologin der Einrichtung fanden es wichtig, dabei die Generationengrenzen wieder zu stärken, die in der Familie in der Erziehung der Kinder durcheinander geraten waren. Mit dem Vater gab es aufgrund der Entfernung hauptsächlich Telefonate. Er zeigte sich jedoch nach dem Aufenthalt von Gitta nochmals ausführlich in einem Schreiben erkenntlich für die Arbeit in der TWG (Gesine, Z. 397-424).

Mit der Gruppe in der TWG, glaubt Gitta, habe sie Glück gehabt: „*Na – eben einmal dieser Jungenüberschuss. Es war ein Mädchen da außer mir – und das Mädchen ... ich habe mich auch mit ihr verstanden ... und die Jungs ... die haben mich auch sehr gemocht, und das hat mir einfach gut getan ... es hat irgendwie alles ganz gut funktioniert ... also ich habe schon ab und zu auch mal mit den Betreuern Stress gehabt ... wie gesagt, gerade mit den weiblichen, ... weil natürlich auch nicht immer alles nach meiner Nase lief ... und ich neige ja schon auch dann ... zur Dramatisierung ... aber sonst war das eigentlich ein gutes Miteinander.*“ (Gitta, Z. 1107-1167) Gitta kann sich kaum an negative Aspekte erinnern. Einmal gab es eine Situation, in der sich ein weiterer TWG-Bewohner in sie verliebte. Das empfand sie als ein wenig anstrengend, „*aber das ist ja normal so, solche sinnlosen Spiele, so was passiert ja dann auch, also wenn beide Geschlechter da sind irgendwie.*“ (Gitta, Z. 1230-1241)

## Zentrale Wirkfaktoren

Mehrfach betont Gitta, dass der explizit entgegengebrachte Respekt, die gelungene Mischung aus Freiraum und Struktur bzw. zwischen Fürsorge und Entwicklungsförderung für sie maßgeblich für ihre positive Entwicklung in der TWG gewesen sind. „*Ich habe viel auch von den Betreuern Anerkennung bekommen, also die haben ja auch gesehen, dass ich mich positiv entwickelt habe und dass ich wieder mehr zum normalen, eigenen Mensch werde ... und die haben ja auch immer wieder gesagt, wie schnell es ging und wie überrascht sie sind.*“ (Gitta, Z. 867-874) Gitta konnte für diese positiven Erfahrungen bereits den pädagogischen Bereich und die Psychotherapie nutzen. Besonders zu Beginn war dabei jedoch auch die Alltags- und Freizeitgestaltung der TWG für sie bedeutsam: „*Anfangs war es schon, also, oder grundsätzlich war es die Regel, dass zusammen gegessen wird. Und die erste Zeit hab' ich da auch teilgenommen. Jeder musste einen Tag in der Woche kochen und einkaufen ... das fand ich gut ... weil ansonsten hätte man nie alle so aufeinander.*“ (Gitta, Z. 1168-1203) Später, kurz vor dem Auszug, hat Gitta dann bereits ein eigenes Netz von externen Kontakten.

Gitta kann ihren Aufenthalt in der TWG heute bereits mit genug Abstand betrachten und reflektieren. Dazu gehören auch ihre Beziehungen zu Betreuerinnen und Betreuern: „*Also ich habe auch eine positive Einstellung zu allen Betreuerinnen, ja ... jetzt meine Bezugsbetreuerin auch ... damals war ich erstmal nicht so einverstanden mit ihr. Erstmal war die neu ... und das habe ich immer gar nicht eingesehen ... dann war sie nun mal auch eine Frau ... aber die ist ja auch, die ist ja schon auch kess ... also das hat mich erstmal ein bisschen genervt so, aber heute ... heute würde es mich jetzt auch so nicht mehr stören ... damals bin ich da ziemlich schnell bockig geworden ... und dass ich lieber mit Männern oder mit der Art und Weise, wie Männer mit mir reden, klar komme, vielleicht war es auch so, dass mir da viel von meinem Vater gefehlt hat ... aber jetzt so im Nachhinein ist es insgesamt rundum eine gelungene Sache gewesen.*“ (Gitta, Z. 1297-1394)

Wenn Gesine sich auf Aspekte besinnt, die vielleicht hätten besser laufen können, bedauert sie, dass sie nicht noch mehr Zeit für Einzelkontakte mit Gitta hatte: „*Das ist mir im Nachhinein noch mal bewusst geworden, dass das so ein wichtiges Ding gewesen ist. Da hätte ich noch mehr sehen können, dass ich mir vielleicht irgendwo mehr Einzelzeit mit Gitta hätte rausziehen können ... manchmal vielleicht noch gelassener darauf zu reagieren ... gehört ja zu ihrer Problematik dazu ... da war ich manchmal doch ganz schön dynamisch.*“ (Gesine, Z. 457-464) Gerade bei Mädchen wie Gitta, die bereits eine lange Hilfefkarriere hinter sich haben, hängt das Gelingen der Hilfeleistung jedoch auch stark von der Vernetzung mit den anderen Einrichtungen ab, schätzt Gesine die Situation ein: „*Gute Zusammenarbeit auch mit Schulen, auch mit Ärzten und mit den Ämtern, find' ich alles total wichtig. Dass da auch Transparenz ist – mit den Eltern sowieso. Dass da auch Austausch ist.*“ (Gesine, Z.

278-389) Und abermals kommt sie auf die Bedeutung der Elternarbeit zurück: *„Und ich find’ die Arbeit ist auch viel Elternarbeit, sie im Boot zu haben, ist sehr wichtig. Oder überhaupt, da mal wieder so ein bisschen Kontakt auch zwischen ihnen herzustellen.“* (ebenda)

Die Psychotherapie ist dafür in Gittas Fall ebenfalls ein gutes Beispiel. Sie fand extern statt, war aber mit der Arbeit in der TWG abgestimmt und hatte dennoch einen eigenständigen Charakter, erzählt Gesine.

Gitta hatte bei der TherapeutInnensuche bereits eine lange Irrfahrt hinter sich (Gitta, Z. 932-970). Dennoch ist sie gut gelandet, bei einem Psychotherapeuten und Arzt, der sich gut auf sie und ihre Problematik einstellen konnte. Sie kann beschreiben, was für sie an der gemeinsamen Arbeit hilfreich war: *„Die Sachen, die er zu mir gesagt hat, waren die Sachen, die ich gebraucht habe zu hören. Sachen, die mir andere Menschen so nicht hätten sagen können: einmal, weil sie das Fachwissen nicht haben, und andererseits, weil ... kein Mensch richtig einschätzen kann ... ja so komplizierte Themen, was der andere braucht. Er hat es aber geschafft.“* (Gitta, Z. 975-1057) Für Gitta war dabei wichtig, dass ihr Therapeut nicht eine undurchschaubare Maske trug, sondern sich ihr in angemessener Weise auch transparent gemacht hat: *„Er hat immer – nur am Anfang – von sich erzählt. So, dass er auch Therapeut geworden ist, weil er so Probleme hatte ... das war gut. Dann kam ich mit einem positivem Gefühl raus ... der hat mir einfach als Mensch auch gut gefallen, als Arzt auch.“* (ebenda)

Auch Gesine hat den Eindruck, dass sie ein weiteres wichtiges Standbein für Gitta war, um mehr Kontinuität, Stabilität, Gleichklang und Sicherheit im Umgang mit sich selbst erarbeiten zu können: *„Das war ganz ganz wichtig für sie, um weiter stabil zu bleiben, dann auch in der neuen Wohnsituation ... sich selber besser wahrzunehmen ... also so die eigenen Bedürfnisse ... Dinge auch nicht so schnell persönlich zu nehmen ... bestimmt auch die Aufarbeitung der alten Geschichte von der Familie.“* (Gesine, Z. 215-220)

Auf Wirkfaktoren allgemein in TWGs hin befragt, äußert Gesine zunächst sehr grundsätzliche Aspekte: *„Dieses ganz andere Umfeld, in das ein Jugendlicher da reinkommt, und erstmal als unbeschriebenes Blatt da reinkommt, einfach der Mensch wird vorgestellt, und manchmal find’ ich es gar nicht so schlecht, nicht so viel zu wissen aus der Akte ... so mit den Arbeitsjahren und Erfahrungen und höherer Sicherheit ... zu sagen: ‚ich kuck mir erstmal den Menschen an, der hier reinkommt und hab’ da nicht schon so’n Bild im Kopf’ ... das finde ich einen wichtigen Faktor.“* (Gesine, Z. 713-750) Der Einzug ist für Gesine ein wichtiger Moment: *„Auch so ein warmes, freudiges Aufnehmen, auch mit einem Einzugsritual und auch die Möglichkeit zu geben, das Zimmer selber zu gestalten. Und die anderen Jugendlichen gut kennen zu lernen ... und Zeit lassen. Zeit finde ich auch einen wichtigen Faktor.“* (Gesine, Z. 755-770) Sie erzählt dazu eine Sequenz mit einem anderen Jugendlichen, der bei ihrem Arbeitsplatzwechsel nach zwei Jahren traurig konstatierte, sie hätten sich doch ‚erst gerade kennengelernt‘. Für die Jugendlichen, insbesondere wenn es um psychotische oder Borderlineproblematiken geht, tickt die Uhr oft ganz anders (ebenda).

Dazu gehört auch absolute Zuverlässigkeit von Seiten der BetreuerInnen sowie *„Regelmäßigkeit und Rituale: morgens geweckt zu werden und auch in die Schule oder zur Arbeit geweckt werden. Gemeinsames Essen, gemeinsames Abendbrot, also einmal am Tag diese Sequenz, wo alle am Tisch sind und auch irgendwann ... wieder ein Stückchen Zeit für sich zu verbringen und halt so diese Alltagsregeln irgendwie einzuhalten.“* (Gesine, Z. 368-375) Dazu zählen für Gesine auch *„gemeinsame Unternehmungen ... finde ich total wichtig: die Zeit mal nett gestalten, sei es jetzt durch Billard spielen Gehen oder jetzt Weihnachten halt was zu basteln oder Weihnachtsdeko zu machen.“* (Gesine, Z. 375-378) Auf dieser Basis ergibt sich auch die Möglichkeit für *„das Erlernen von anderen Mustern ... also die Jugendlichen haben ja oftmals auch einen ganz schön heftigen Hintergrund ... andere Streitmuster mal zu fahren. Oder auch mal gar keins und zu kucken: ‚probieren wir mal was anderes aus‘, einfach so anderes Handwerkszeug noch mitzukriegen fürs Leben ... zu kucken, wo sind denn Ressourcen, die vielleicht auch verschüttet sind.“* (Gesine, Z. 770-830)

Gesine hält diesen Aspekt der Nachsozialisation für sehr bedeutsam. Viele Jugendliche haben ihrer Ansicht nach häufig einen Mangel sowohl an Fürsorge als auch an Rahmgebung in ihrer Kindheit erlebt: *„Ja, also die auch zwischendurch da abzuholen, wo die so früher ihre Defizite gehabt haben, ... bei jedem ja ganz individuell.“* (Gesine, Z. 250-274) Für viele Jugendliche, die im Laufe ihres Lebens ein gesundes und schützendes Misstrauen aufgebaut haben, entsteht innerhalb dieser nachsorgenden Alltagssequenzen erstmals die Möglichkeit, sich zu öffnen und zu erfahren, dass die reflexive Beschäftigung mit sich und anderen hilfreich sein kann, dass Öffnung Chancen ermöglicht. Sie erzählt dazu eine kurze Sequenz aus einem anderen Betreuungsverhältnis: *„Ich hab’ das letztes jetzt mal mit einem Jugendlichen gehabt, der ist schon eine ganze Weile bei uns ... und zwi-*

*schendurch habe ich immer gedacht so: Mensch, ich komm so schlecht an ihn ran. ... Und jetzt im Sommer sind wir auf einer Reise gewesen, und er ist ganz krank geworden ... hat sich da erst ganz bedeckt und ganz still mitgehalten ... also man kriegte das gar nicht so richtig mit, dass der schon ziemlich Fieber hatte. Und dann hat er sich irgendwie darauf eingelassen, ... fünf Mal am Tag Fieber messen und alle diese Dinge, die man halt mit einem kranken Kind dann macht ... und kam dann auch ganz viel Geschichte raus ... Letztens haben wir das nochmals besprochen, und da meinten die Kollegen auch so, ja irgendwie so seit der Reise hat sich total viel getan.“ (Gesine, Z. 270-326)*

Authentizität taucht als Thema im Interview mit Gesine immer wieder auf und scheint ein übergreifendes Kernthema zu sein, „vielleicht auch manchmal so eigene Fehler zuzugeben und sich nicht für etwas zu entschuldigen und nicht zu denken, man ist so der, der ... alles kann, sondern auch mal zu sagen: ‚du – völlig daneben gehauen und tut mir leid‘ ... finde ich auch immer ganz wichtig.“ (Gesine, Z. 900-933) Aus MitarbeiterInnensicht ist Psychohygiene auch für Gesine eine sehr wichtige Sache in dieser doch sehr aus der eigenen Persönlichkeit schöpfenden Arbeit. Selbstverständlich hilft dabei Supervision und auch eine gute Teamstruktur: „Teamarbeit ist ganz wichtig, also so der Austausch untereinander ... ganz wichtig auch ... Team- oder Fallsupervision fürs Team, wo man dann mit einem Lichtlein von draußen noch mal drauf kuckt.“ (Gesine, Z. 830-900)