

Kollaboration im Hilfesystem – Klinik/Jugendamt/TWG/Forschung¹

Juli 2022

Claus-Peter Rosemeier / Anke Rabe / Daniela Granzow

Hintergrund dieses Artikels ist eine Fachveranstaltung, die die **Therapeutischen Wohngruppen Koralle** des Pestalozzi-Fröbel-Hauses Berlin (Koralle -TWG) am 19.05.2022 veranstaltet haben. Gemeinsam mit Herrn Dr. Willner (ehem. Chefarzt der Klinik für Seelische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter im St. -Joseph-Krankenhaus Berlin) und der **Koralle** wurde im Format von Fishbowl-Diskussionsrunden aus drei Perspektiven (Klinik / Jugendamt / TWG) auf die Möglichkeiten und Schwierigkeiten von Kollaboration im Hilfesystem geschaut. Die Fachveranstaltung diente dem Austausch und der fachlichen Diskussion - insges. haben ca. 150 Mitarbeiter*innen aus Kliniken, Jugendämtern, der Senatsjugendverwaltung, niedergelassene Psychiater*innen / Psycho-therapeut*innen, Mitarbeiter*innen aus Therapeutischen Jugendwohngruppen und anderen Jugendhilfeeinrichtungen in Präsenz und online teilgenommen.

Jugendamt, Klinik und TWG betreuen und behandeln in vielen Fällen gemeinsam resp. nacheinander Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 14 und 20 Jahren und sind - einschließlich der niedergelassenen Jugendpsychiater*innen und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen² - auf funktionierende Zusammenarbeit grundlegend angewiesen, um ihre jeweiligen Aufträge erfüllen und ihre Ziele umsetzen zu können.

Warum „Kollaboration“?

Bei der Planung der Veranstaltung haben wir uns für den Begriff der Kollaboration entschieden. Zum einen, weil der Begriff in der aktuellen Organisationsberatung³ en vogue ist, zum anderen aber vor allem mit leicht provokativer Absicht mit Bezug auf die negative Konnotation der „Kollaboration mit dem Feind“: manchmal erscheint es so oder es wird so erlebt, als stünden sich die unterschiedlichen beteiligten Institutionen oder deren handelnde Akteure „feindlich“, hyperkritisch, oftmals misstrauisch gegenüber - mit auf jeder Seite im

¹ Eine leicht gekürzte Fassung dieses Artikels wird in der Zeitschrift Jugendhilfe, 05/2022, Jg. 60, S. 418-428 veröffentlicht.

² Bei der Veranstaltung stand die Zusammenarbeit im Dreieck „Jugendamt-Klinik-TWG“ im Fokus. Allen Beteiligten ist klar, dass noch viele weitere Akteure das Betreuungs-/Behandlungssystem erst vollständig machen. Insbes. die niedergelassenen Jugendpsychiater*innen und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen sind in vielen Fällen maßgebliche, über lange Phasen aktive und unverzichtbare Beteiligte in den Prozessen. Die fachliche Diskussion über die Kollaboration zwischen diesen und insbes. den TWG's - aber auch im Dreieck mit den Kliniken - hätte den inhaltlichen Rahmen überfordert. Auch diese Zusammenarbeit enthält ihre „Tücken“ und muss, um zu gelingen, gut überlegt und strukturiert sein. Aus unserer Sicht wäre eine gemeinsame Tagung mit diesem Schwerpunkt von großem praktischem Nutzen.

³ „Was ist der Unterschied zwischen Kollaboration und Kooperation? Bei der **Kollaboration** arbeiten Personen oder Teams parallel gemeinsam an einem Teil des Endergebnisses. Der **Unterschied** zur **Kooperation**: Ein einzelner Mitarbeiter oder ein Team sind in die Produktion aller Ergebnisse eines Projektes involviert. Eine **Kollaboration** erfolgt dabei sequentiell, d.h. fortlaufend.“ <https://www.digitalzentrum-sh.de/themen/kollaboratives-arbeiten>; oder z.B.: <https://www.tiba.de/magazin/radikale-kollaboration-und-psychologische-sicherheit-als-schluesel-zur-gelingenden-transformation/> - abgerufen am 16.06.2022

institutionellen Dreieck (bzw. Vier- oder Fünf-Eck) der Befürchtung, dass sich zwei Andere (heimlich) gegen den/die eine/n verbünden oder verbünden könnten.

Zum dritten, weil es aus unserer Sicht nicht um oberflächlich freundliches miteinander Plaudern geht, bei dem im schlechten Fall dann jede und jeder doch macht, was er/sie sowieso will, sondern wirklich im Wortsinn um **Zusammen Arbeiten** an einer gemeinsamen Aufgabe - und das ist, wie wir alle aus Erfahrung wissen, ein ernsthaftes und z.T. schwieriges Unterfangen.

Positives Denken und die „Annahme des guten Grundes“

Wir beschäftigen uns in diesem Artikel – so wie in der Veranstaltung selbst⁴ - nicht mit den „schlechten“ Erfahrungen der Zusammenarbeit, mit dem Misslingen von Kooperation, sondern absichtsvoll mit möglichen und tatsächlichen positiven Erfahrungen und den Bedingungen des Gelingens von Kollaboration. Natürlich weckt dies den Impuls: „Alles Schönfärberei – die Realität sieht doch ganz anders aus!“ Wenn wir das nicht wüssten, d.h. wenn wir nicht selbst über hinreichend Erfahrungen von zumindest sehr schwierigen, z.T. erheblich misslingenden Kooperationsbeziehungen und Kooperationsverläufen hätten, würden wir uns nicht mehr intensiv mit den Fragen, wie Kollaboration gelingen kann, beschäftigen!⁵

Ein wichtiger mentaler Bezugspunkt für uns ist die (aus der Traumabehandlung geläufige, analog gedachte) „Annahme des guten Grundes“, den wir allen Beteiligten für sein/ihr Handeln zusprechen. Ausdrücklich wird also nicht im Fokus zu diskutieren sein, was die andere Institution besser/anders/geschickter machen müsste, damit „man“ mit ihr „besser“ zusammenarbeiten könnte, sondern grundlegend davon auszugehen, dass die Kolleg*innen der anderen beteiligten Institutionen i.d.R. von sich aus bereits versuchen, die Dinge so gut zu machen, wie es ihnen im Rahmen ihrer spezifischen Möglichkeiten gelingen kann. Dass also die beteiligten Mitarbeiter*innen „gute Gründe“ für ihr Handeln und Entscheiden haben, auch wenn diese Gründe auf institutionellen Einschränkungen, mangelnden Ressourcen oder formalisierten innerinstitutionellen Vorgaben beruhen ... und aufgrund dessen einer gelingenden Zusammenarbeit im Sinne der Betroffenen u.U. im Wege stehen ...

⁴ Die drei Input-Referate aus der jeweiligen Perspektive der spezifischen Arbeitszusammenhänge Klinik/Jugendamt/TWG formulierten im Schwerpunkt die „Gelingsbedingungen guter Kollaboration“ aus Sicht der jeweiligen Institution mit zwei speziellen Fragen: Was bringt die eigene Institution aktiv für das Gelingen ein? Sowie: Was „braucht“ die Institution von den anderen beteiligten Akteuren? Die Teilnehmer*innen der drei Fishbowls versuchten jeweils, die Perspektive der/des Referent*in aus deren/dessen jeweiligen Institution einzunehmen und *aus dieser Perspektive* zu überlegen, was möglicherweise die eigene „Institution“ dazu beitragen kann, die Schwierigkeiten der „Input-Institution“ im Rahmen der Zusammenarbeit zu erleichtern bzw. damit konstruktiv-kreativ umzugehen ...

Wir beschränken unsere Ausführungen im Wesentlichen auf die Perspektive der „Therapeutischen Wohngruppen“, gehen aber davon aus, dass wir implizit einzelne Aspekte der anderen Perspektiven mitbedacht haben. Eine differenzierte Ausformulierung der Klinik- sowie der Jugendamts-Perspektive bleibt den Kolleg*innen vorbehalten.

⁵ Am Ende des Textes listen wir in Kurzform auf, was alles dazu beiträgt, wenn in der Praxis die Zusammenarbeit nicht gut gelingt.

Grundannahme zur Kollaboration im Hilfesystem

Unser inhaltlicher Ausgangspunkt ist, dass **Kollaboration** ein zentrales und zugleich schwieriges, immer wieder neu zu erarbeitendes Unterfangen ist, das zu einem nicht unwesentlichen Teil in der Praxis von den konkret beteiligten Personen bestimmt wird und lebt. Zum anderen aber vor allem funktional von Mechanismen und Strukturen innerhalb der unterschiedlichen institutionellen Systeme bestimmt und geprägt wird, die, da es sich um unterschiedliche inhaltliche, organisatorische, hierarchische etc. Systeme handelt, eine sich unterscheidende systemspezifische Eigenlogik haben, die nicht einfach außer Kraft gesetzt werden kann. Diese Eigenlogik der Klinik / des Jugendamtes / der TWG / der niedergelassenen Praxis schränkt z.T. die Möglichkeiten der Kollaboration mit anderen Systemen strukturell und funktionell ein, erfordert eine bestimmte Form bzw. „zwingt“ diese den anderen auf - oder versucht dies jedenfalls immer wieder, mit dem naheliegenden Ergebnis von dysfunktionalen Widerständen im Gesamtprozess ... Dies führt an den Grenzen der beteiligten Systeme (Gesundheitssystem/Jugendhilfesystem) bzw. konkreten Institutionen zu praktischen Konflikten, die von den beteiligten konkreten Personen gelöst werden müssen und – das ist Teil unserer Grundannahme - unter Beachtung der eigenen und der anderen Systemgrenzen und Funktionslogiken häufig auf gute Weise kollaborativ gelöst werden können.⁶

Perspektive TWG

Wir benennen im Folgenden in komprimierter Form vier Schlüsselsituationen, in denen Klinik, Jugendamt und TWG prozessabhängig, geplant, ungeplant-spontan, notwendigerweise und unvermeidbar direkt „an ihren Außengrenzen“ miteinander in Kontakt kommen / kommen müssen und die dabei entstehenden Fragestellungen und möglichen Konflikte bestenfalls kollaborativ bewältigen können.

Wir versuchen stichpunktartig Bedingungen zu beschreiben, die ein gutes Gelingen der Kollaboration zwischen den Beteiligten ermöglichen oder jedenfalls fördern. Einzelne „kritische“ Punkte erläutern wir etwas ausführlicher.

Eine Vorbemerkung, um sich in die besondere Perspektive der Betreuung von Jugendlichen in Therapeutischen Wohngruppen⁷ „einzufühlen/einzudenken“:

Der Rahmen der TWG:

- Alltagsweltbezogen organisiert und strukturiert
- jugendliche Klient*innen (6-8) zwischen 14 und 20/21 Jahren

⁶ Darüber hinaus wurde bei dem Fachtag in einem Vortrag von Frau Prof. Silke Gahleitner (ASH Berlin) und Frau Dr. Yonca Izat (CÄ Vivantes-Klinik Friedrichshain Berlin) die Forschungsperspektive zur Kooperation im Hilfesystem eingebracht. In diesem Artikel befassen wir uns nicht mit der Literatur und Forschung zum Themenbereich im engeren Sinne. Wir verweisen als Anknüpfungspunkt dazu lediglich auf einen sehr aktuellen Aufsatz: **Henke, Torsten (2022):** Die Schnittstelle zwischen Jugendamt und Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Landeshauptstadt Magdeburg. Eine kritische Betrachtung von Möglichkeiten, Grenzen und Notwendigkeiten der örtlichen Kooperation aus interdisziplinärer Sicht der Fachkräfte und theoretischer Kooperationsgrundlagen. Fachhochschule Potsdam

⁷ Ausführlich zu Klientel, Konzeptionen und konkreter Arbeit der TWG's siehe die Reader des Arbeitskreises Therapeutischer Jugendwohngruppen Berlin unter: www.therapeutische-wohngruppen.de/publikationen

- unbestimmte, aber begrenzte Aufenthaltszeit (zwischen 6 Mon. und 2 ½ Jahren)
- alle betreuten Jugendlichen mit erheblichen, z.T. sehr schweren psychosozialen Entwicklungsschwierigkeiten und psychischen Auffälligkeiten/Erkrankungen
- 24-Stunden-Betreuung durch Erzieher*innen, Sozialpädagog*innen - sowie Psychotherapeut*innen als kontinuierliche Ansprechpersonen und in Krisensituationen
 - mit funktional definierten Aufgaben und Zielen

der Rahmen TWG ist zugleich:

- Lebensort der Jugendlichen – Alltag – 24/7 – bestenfalls ein „zu Hause auf Zeit“
- mit dem Ziel, im jetzigen Alltag ein Leben zu entwickeln, das im Grunde möglichst so ähnlich ist, wie das aller anderen Jugendlichen in dieser Zeit und Perspektiven für ein selbstständiges, eigenverantwortliches Leben zu finden
- ein bisschen wie Familie - mit Erwachsenen, die nicht die Eltern sind, und jugendlichen Mitbewohner*innen, die man sich nicht ausgesucht hat, die nicht die Geschwister sind, die aber alle ihr „Päckchen“ zu tragen haben ... - und auch das Leid und Handeln der Anderen müssen die Jugendlichen „ertragen“ ...

Fachlich gesehen wird seitens der TWG aus Erfahrung bei der Aufnahme eines/einer Jugendlichen grundsätzlich damit gerechnet, dass **alle** Symptomatiken, Schwierigkeiten, Konflikt und Krisen auch in der TWG im Verlauf auftreten werden, die es bisher in der Familie und in der Klinik gegeben hat - phasenweise vielleicht sogar in verstärkter Form, z.T. lange Zeit anhaltend oder wiederkehrend.

1. Aufnahme über das Jugendamt aus der Klinik

Vor und bei der Aufnahme ist zu beachten:

- koordinierter Ablauf zwischen Klinik, Jugendamt und TWG
- zeitlicher Spielraum für alle Beteiligten:
 - frühzeitige Perspektivklärung Klinik – Jugendamt
 - frühzeitige Anfrage Jugendamt –TWG
 - Kontakt TWG – Klinik
 - Besichtigung TWG mit Klinikbegleitung (nach Möglichkeit)⁸
- gute, d.h. klare und umfassende Informationsweitergabe vor allem auch über zu erwartende Schwierigkeiten („keine Verharmlosung“ – kein „Anpreisen-müssen“)

Beispiel: Bei dem Jugendlichen A. (16,5 J.) bestand die Verdachts-Diagnose einer „drogeninduzierten Psychose mit erheblicher Suizidalität“ auf dem Hintergrund äußerst schwieriger familiärer

⁸ TWG's haben ein strukturiertes Verfahren bei Aufnahmeanfragen, um klären zu können, ob die TWG voraussichtlich ein fachlich-inhaltlich „passendes“ Angebot machen bzw. mit den Jugendlichen in der praktischen Arbeit perspektivisch entwickeln kann. Es besteht i.d.R. aus mind. 2 Terminen mit den Jugendlichen und einem Elterngespräch. Vorausgehende Einrichtungen, wenn der Wechsel aus der Jugendhilfe erfolgen soll, werden ebenfalls einbezogen. „Fehlplatzierungen“ sollen durch genaues Hinschauen nach Möglichkeit vermieden werden, da sie vor allem für die Jugendlichen erheblich negative Auswirkungen haben. Für die Klärung einer möglichen Aufnahme braucht es entsprechend Zeit (- etwa 2 Wochen). Die TWG's sind immer darum bemüht, den Ablauf so schnell wie möglich zu gestalten, sodass in besonderen Fällen auch sehr zügige Aufnahmen umsetzbar sind.

Beziehungen, in die A. immer wieder einbezogen wurde. Seitens des Jugendamtes und der stationär behandelnden Klinik wurden die konkreten Symptome sowie die stark selbstgefährdenden Handlungsweisen des Jugendlichen klar und nachvollziehbar mitgeteilt, sodass bereits bei der Aufnahme Vorüberlegungen zur alltäglichen Betreuung, zur Arbeit mit den Eltern, aber auch für die Zusammenarbeit in erneuten akuten Krisensituationen getroffen werden konnten.

- klare Vereinbarungen über Entlassungstag aus Klinik/Ablauf und z.B. Medikamenten-Verordnung (Epikrise/Behandlungsbericht), ambulante psychiatrische Weiterbetreuung in der Klinik oder Wechsel zu niedergelassenen Jugendpsychiater*innen
- in „besonderen“ Fällen bereits bei Aufnahmeüberlegung:
 - verbindliche Absprachen über Abläufe in Krisensituationen
 - Absprache über Ablauf, wenn „TWG-Betreuung nicht umsetzbar“

Beispiel: Genau wie bei dem Jugendlichen A. wurde im Fall einer jungen Frau B. (15,5 J., Verdacht auf Borderline-Erkrankung) bereits vor Aufnahme mit Jugendamt und Klinik nicht nur das Vorgehen in akuten Krisen besprochen, sondern auch bereits vereinbart, dass die Klinik die Jugendliche wieder zur stationären Behandlung aufnimmt, wenn sich nach intensivem Bemühen aller beteiligten Institutionen herausstellen sollte, dass der Rahmen der TWG „nicht geeignet“ im Sinne von „nicht sicher genug“ für das äußerst selbstgefährdende Handeln der Jugendlichen sein sollte.

- Klarheit über „geteilte Verantwortung“ – unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten

Dieser Punkt bedarf einer Erläuterung: Immer wieder werden Jugendliche in TWG's aufgenommen, die in sehr hohem Maße suizidgefährdet sind oder sich durch schwerste Selbstverletzungen in einem „nicht zu verantwortenden Maße“ u.U. lebensgefährdend schädigen. Eine ständige „Überwachung / Kontrolle“, wie sie theoretisch in einer Klinik möglich ist, ist in einer TWG weder möglich noch inhaltlich sinnvoll. Dennoch bleibt in manchen Fällen ein nicht auszuschließendes erhebliches Risiko vorhanden, das trotz hoher kontinuierlicher fachlicher Aufmerksamkeit, heimlich geplante und/oder spontane Suizidhandlungen oder schwere Selbstverletzungen mit Todesfolge möglich sind. Wenn eine Betreuung in einer TWG „an sich“ fachlich sinnvoll und gewünscht ist, bzw. eine dauerhafte stationäre klinische Behandlung vermieden bzw. beendet werden soll, ist es unumgebar, die realistisch anzunehmenden Risiken unter Einbezug der Sorgeberechtigten mit Jugendamt, Klinik und TWG offen zu besprechen und gemeinsam die Verantwortung für das Tragen dieser Risiken zu vereinbaren (- u.U. auch in schriftlicher Form).

Beispiel: Die Jugendliche C. (14 ½ J; Verdacht auf Borderline-Erkrankung / narzisstische Persönlichkeitsentwicklung) war vor der Aufnahme in der TWG über insgesamt fast 2 Jahre wiederholt in stationärer, geschlossener Klinikbehandlung, weil sie auch nach stabilisierenden Behandlungsphasen mehrfach sofort nach der Entlassung zu den Sorgeberechtigten (aber auch in der Klinik) erneut schwerwiegende Suizidversuche unternahm – was jeweils zu erneuter geschlossener Klinikaufnahme führte. Eine Entlassung aus der Klinik mit der Perspektive bzw. Absicht, der Jugendlichen in einem stabilen pädagogisch-therapeutischen Alltagsrahmen einen „nicht-klinischen“ Entwicklungsraum zur Verfügung zu stellen, erschien allen Beteiligten einschließlich der

Sorgeberechtigten notwendig und sinnvoll. Über das damit verbundene Risiko, eines Suizids und/oder äußerst schwerer Selbstverletzungen wurde immer wieder im Helfersystem und mit den Sorgeberechtigten im Sinne einer gemeinsamen Verantwortungsübernahme gesprochen.

- mögliche Aufnahmevereinbarung: „Wartezeit“ in TWG bis zur Aufnahme in Klinik zur stationären Behandlung mit Rückkehrvereinbarung in die TWG
Voraussetzung für eine Aufnahme z.B. in der Asklepios-Klinik Tiefenbrunn ist fachlich sinnvollerweise, dass vorab seitens des Jugendamtes bereits verbindlich zugesagt wird, dass der Platz in der TWG auch während der u.U. langdauernden Klinikbehandlung als „zentraler Lebensort“ erhalten bleibt, um für Wochenend-Beurlaubungen, aber auch in „Behandlungskrisen in der Klinik“, vor allem aber als stabiler Ort für die Zeit nach der Klinikbehandlung sicher zur Verfügung zu stehen.

Beispiele: - Wartezeiten

Nicht nur in der Klinik Tiefenbrunn (bei Göttingen) sondern in den allermeisten psychotherapeutischen Kliniken gibt es Wartezeiten bis zur Aufnahme von mehreren Monaten bis hin zu einem Jahr. Diese Zeit des Wartens - bei geklärter längerdauernder stationärer psychotherapeutischer Behandlungsnotwendigkeit - können und sollten Jugendliche nicht auf jugendpsychiatrisch / psychotherapeutischen Stationen der Regelversorgung verbringen (müssen). Eine Betreuung in einer TWG - mit ambulanter Co-Behandlung z.B. in der bisherigen Klinik – ist in vieler Hinsicht häufig eine prognostisch sinnvollere Vorgehensweise, die es vielen Jugendlichen ermöglicht, sich im strukturierten Alltag der TWG „einigermaßen“ zu stabilisieren, ein „nicht-klinisches Leben“ zu führen (zu lernen) und sich in gewissem Sinne auf die „eigentliche Behandlung“ in der geplanten psychotherapeutischen Klinik vorzubereiten.

- *Fraktionierte Behandlung*

So weit uns bekannt ist, ist „fraktionierte Behandlung“ kein feststehender Terminus, sondern ein Begriff, den Herr Willma (CA der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Asklepios-Klinikum Brandenburg/Havel) verwendet, um für flexible Behandlungs- und Betreuungsabläufe einen Rahmen zu beschreiben. Dies beinhaltet z.B.: nach einer Krisenaufnahme und kurzer Zwischenzeit am Lebensort die Aufnahme einer stationären Behandlung, zwischenzeitliche Entlassung zur Belastungserprobung - aber auch wenn die Motivation zur Behandlung verloren gegangen ist und ein Abbruch droht -, Wiederaufnahme bei Krisen oder zur weiteren Behandlung in Absprache mit den Jugendlichen usw. – dieser Ablauf kann sich mehrfach wiederholen. Bedeutsam ist, dass eine „Unterbrechung“ nicht als Versagen des/der Jugendlichen (oder der Klinik ...) gesehen und konnotiert wird, sondern als möglicherweise notwendiger Zwischenschritt in einem (tatsächlich ja nicht vorhersehbaren) Entwicklungsprozess. Die Entscheidungen werden allerdings nicht der Willkür überlassen, sondern mit den Jugendlichen, der Klinik, den Sorgeberechtigten und der möglicherweise beteiligten Jugendhilfe-Einrichtung inhaltlich thematisiert und „gemeinsam“ entschieden.

- *Intervallbehandlung*

Die Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und –psychotherapie der Vorwerker Diakonie in Lübeck, wie andere psychotherapeutische Kliniken auch, konzeptionell Behandlungen in mehrfachen Intervallen, bei denen nach einer ersten Behandlungsphase eine Erprobungs- und/oder Belastungsphase im Herkunftsmilieu mit der Möglichkeit einer (oder mehrerer) weiteren stationären Behandlungsphase zur Festigung und Stabilisierung.

2. Akute Krisensituation in der TWG

TWG-Teams sind Krisen-Spezialisten – es gibt viel Erfahrung und erprobte Abläufe und Möglichkeiten der Bewältigung von psychischen, psychosozialen, emotionalen Krisen einzelner Jugendlicher (und der Gruppe) auf alltäglichem, schwierigem und schwierigstem Niveau. Die weitaus meisten Krisen werden „mit Bordmitteln“ der TWG bewältigt, d.h. mit den erfahrenen und qualifizierten pädagogischen Fachkräften, den internen Psychotherapeut*innen und u.U. in Kontakt mit den niedergelassenen Psychiater*innen/Psychotherapeut*innen.

Nur in relativ wenigen Fällen entwickeln sich akute Krisen in der Weise, dass eine Intervention in einer Klinik sinnvoll und notwendig/unvermeidbar wird. Aus der Perspektive der TWG kann die Klinik (möglicherweise) in der akuten Gefährdungssituation für den/die Jugendliche/n dann „Sicherheit“ herstellen (s.o.), die in der TWG nicht (mehr) zu gewährleisten ist und entlastet damit auch die beteiligten Mitarbeiter*innen aus einer institutionellen, professionellen und vor allem persönlichen Verantwortung, die sie in dieser Situation nicht mehr tragen können.⁹

Akute Krisensituationen in der TWG erfordern:

- Kompetenz zum Erkennen einer notwendigen stationären Krisenintervention in der TWG – diese „Kompetenz-Zuschreibung“ an die TWG sollte grundsätzlich seitens der Klinik (und des Jugendamtes) vorhanden sein
- Krisenaufnahme in der Klinik (Arztgespräch)
 - Aufnahme „so kurz wie möglich – so lang wie nötig“ – bis zum Abklingen der akuten Krise (- häufig reichen ein oder zwei Nächte -) als verbindliche Vereinbarung
 - Längere Krisenaufnahmen sind, wenn nicht eine längere stationäre Behandlung angeschlossen werden muss/soll, nach Abklingen der unmittelbaren Krisensymptomatik nicht unbedingt hilfreich, in manchen Fällen eher kontraproduktiv, weil die weitere Stabilisierung im gewohnten Lebensumfeld erfolgen kann und sollte.
- In aller Regel ist eine Begleitung zur Aufnahme durch die TWG möglich – nachts u.U. allerdings nicht

*Beispiel: Die Fahrzeit (Auto) zwischen z. B. der Koralle-TWG in Rangsdorf und der aufnahmeverpflichteten Klinik beträgt mindestens 1 Stunde und führt zu mind. 4 Std. Abwesenheit der Betreuer*in aus der TWG. Dies ist mit Blick auf die anderen Jugendlichen der Gruppe nachts nicht möglich, sodass die/der Jugendliche mit einem Rettungswagen gebracht werden muss.*

*Voraussetzung für ein solches Vorgehen ist ein ankündigender telefonischer Kontakt seitens der TWG sowie ein geklärter Ablauf zwischen Klinik und TWG – und, wie genannt, die Zuschreibung der fachlichen Kompetenz für die akute Entscheidung der TWG-Mitarbeiter*in.*

- Entlassung mit Arztgespräch und TWG in der Klinik
 - mögliche Krisen-Wiederaufnahme auch am nächsten Tag ...

⁹ Für die Klinik ist diese „Sicherheits-Funktion“ nur ein kleiner Teil ihrer Aufgaben, der auch aus Klinik-sicht in der Wahrnehmung/Zuschreibung von außen nicht in den Vordergrund gerückt werden sollte.

- kontinuierliche Information des Jugendamtes
- sind Jugendliche mit ihrer Symptomatik in der Klinik bekannt:
Klinik-interne, verlässliche Informationsweitergabe (auch in der Notaufnahme!) über Absprachen für Krisenaufnahmen am Wochenende oder in der Nacht
 - u.U. vorab-Information TWG an Klinik (und Jugendamt) über mögliche Krisenaufnahme-Notwendigkeit

Beispiel: In einem Fall (weibliche Jugendliche, 16 J., mit schwerer Borderline-Symptomatik bei massivem suizidalem Agieren sowie wahnhaftem Erleben) gab es die Absprache, dass, wenn über die Ostertage in der TWG aus Krankheitsgründen nicht hinreichend Personal anwesend sein kann, die Patientin auch aus diesem Grund – sie reagierte extrem empfindlich auf kleine Unsicherheiten im Betreuungs-Setting - in der Klinik aufgenommen werden könnte, um einer krisenhaften Zuspitzung in der TWG zuvorzukommen. Diese Verabredung war sicher ein Einzelfall. Umgekehrt wurden auch Jugendlicher schneller aus der Klinik aufgenommen (- in einem Fall auf nachdrücklichen Wunsch des Jugendamtes innerhalb des gleichen Tages der Anfrage -) bzw. im Anschluss an eine Krisenintervention abgeholt, weil die Station massiv überbelegt war und um Entlastung gebeten hat.

- System-Schwierigkeit:
 - regional aufnahmeverpflichtete Klinik ist in der Krise zuständig, abhängig vom Herkunftswohnort der Jugendlichen – nicht vom aktuellen „Lebensmittelpunkt“-TWG
 - wenn Jugendliche (außerhalb von Krisenintervention) in einer anderen, als der regional verpflichteten Klinik bekannt sind/behandelt wurden, sollte geklärt werden, ob nicht in jedem Fall auch bei einer akuten Krisensituation diese Klinik zuständig bleibt und akut aufnahmebereit ist
- junge Menschen über 18 Jahre¹⁰

Der Wechsel aus der jugendpsychiatrischen in die Erwachsenen-psychiatrische Versorgung bedeutet i.d.R. einen Neubeginn der Behandlung und Betreuung, der für alle Beteiligten mit vielen Wechseln und für die jungen Erwachsenen mit verunsichernden Situationen verbunden ist. Einige Erfahrungen zeigen, dass in der stationären Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie z.T. flexible, individuell angepasste Konzepte in größerem Maße umgesetzt werden, als in der Jugendpsychiatrie (- Fokus auf tagesklinische Behandlung; intensive ambulante Behandlung/home treatment – z.B. Urban-Krankenhaus; störungsspezifische Stationen; Psychose-Früherkennung; Soteria – St.-Hedwig-Krankenhaus; Intervallbehandlung ... -), wovon einzelne junge Erwachsene sehr profitieren konnten.

¹⁰ Zur Frage der Altersgrenze „18 Jahre“ gäbe es viel zu bemerken. Erlaubt sei zusammenfassend der Hinweis, dass es für junge Menschen im Alter zwischen 16/17 und 26/27 Jahren fachlich sinnvoller ist, von Adoleszenz-Psychiatrie und Adoleszenz-Psychotherapie zu sprechen und die individuellen Entwicklungsverläufe im Besonderen – sowie die offenbar gesellschaftlich begründeten Verschiebungen normativer Erwartungen und Anforderungen –im Blick zu haben.

- Vereinbarung über Fortführung der Zuständigkeit der jugendpsychiatrischen Klinik (- z.B. bis zum 19./20. Lebensjahr), wenn bisher Patient*in dort kontinuierlich behandelt wurde und ein Wechsel in die „Welt der Erwachsenenpsychiatrie“ aus individuellen entwicklungsspezifischen Gründen nicht angeraten ist.¹¹

3. Stationäre Behandlung während der TWG-Betreuung

- Stationäre Behandlung ist bei Aufnahme in der TWG bereits geplant (s.o., S. x)
- Stationäre Behandlung wird während der TWG Betreuung als notwendige Intervention erkennbar
 - innerhalb einer Krisensituation bzw. während der stationären Krisenintervention
 - im Verlauf der TWG-Betreuung in Kooperation mit niedergelassenen Psychiater*innen und/oder Psychotherapeut*innen
 - auch als Aufnahme zur Diagnostik und/oder Medikation

Beispiel: Eine junge Frau D. (17 J.; Persönlichkeitsentwicklungsstörung) zeigt in der TWG Verhaltensweisen, die auf die Entwicklung einer „multiple Persönlichkeitsstörung“ hinweisen. Da die „unterschiedlichen Identitäten“ nur in sehr wenigen Situationen „in Erscheinung treten“ und beobachtet werden können, wird – nach einem für eine andere Jugendliche sehr bedrohlichen Vorfall - gemeinsam mit der bereits vor TWG-Aufnahme zuständigen Klinik entschieden, die Jugendliche zur Diagnostik (und evtl. medikamentösen Einstellung) für einen längeren Zeitraum stationär aufzunehmen.

- möglichst frühzeitige gemeinsame Klärung des weiteren Vorgehens – Jugendamt / Klinik / TWG (- natürlich mit Jugendliche/r und Sorgeberechtigten)
 - Klärung der Ziele
 - Planung der zeitlichen Abläufe
 - Kontaktverabredungen (Jugendliche – TWG; Klinik – TWG; Jugendamt – Klinik – TWG)
- Klärung der „Rückkehroption“ bzw. der Weiterbetreuung in der TWG
- Klärung des „festen Lebensortes“ während der stationären Behandlung.

4. Entlassung aus der TWG

- geplante Entlassung zur stationären Behandlung in die Klinik
 - ohne Weiterbetreuung in der TWG

¹¹ In manchen Fällen ist dieser Wechsel jedoch sinnvoll, weil er von den jungen Menschen sowohl mehr „Eigenverantwortung für ihre Gesundheit“ erfordert und als Botschaft induziert, als auch ihnen mehr Freiraum für eigene Entscheidungen gibt – und sie somit aus der z.T. entwicklungsbehindernden Abhängigkeit von Eltern und/oder „elterlichen Ersatzpersonen“ (Betreuer*innen) ein Stück weit entlässt.

- geplante Entlassung aus der TWG (z.B. zu den Eltern oder in eigenen Wohnraum) mit vereinbarter weiterer ambulanter psychiatrischer / psychotherapeutischer Behandlung durch die Klinik
 - frühzeitige gemeinsame Besprechung Klinik – Jugendamt – TWG der Einschätzungen, der Perspektiven und der realen Möglichkeiten (incl. zeitlicher Optionen)

Was in den beiden genannten Fällen in Bezug auf Kollaboration „harmlos“ klingt, kann schnell dramatisch und konflikthaft werden:

- „Krisen-Entlassung“ aus der TWG in die Klinik mit unklarer oder ohne Option der Weiterbetreuung in der TWG

Beispiel: Die Jugendliche E. (17 ½ J.; Verdacht auf Narzisstische Persönlichkeitsstörung mit erheblichem Drogenkonsum) schmuggelt eine unbekannt chemische Substanz in die TWG und bietet sie aktiv (heimlich) anderen Jugendlichen, die bekanntermaßen suizidale Gedanken haben, als Medikament zur Selbsttötung an. Da die Jugendliche ebenfalls erheblich suizidal ist – verstärkt als ihr Handeln offen thematisiert wird - und keinesfalls zu ihrer Mutter entlassen werden kann, wird sie zur Akutaufnahme in die zuständige, ihr bekannte jugendpsychiatrische Klinik gebracht. Eine Wiederaufnahme in der TWG ist auf dem genannten Hintergrund der Gefährdung anderer Jugendlicher sowie der Selbstgefährdung ausgeschlossen.

In Bezug auf die Jugendliche B. (s.o.) waren die Chancen der sinnvollen Weiterbetreuung in der TWG über lange Zeit unklar – mehrfach erfolgte nach Krisenaufnahme und Stabilisierungsphasen eine Wiederaufnahme in der TWG, bis durch eskalierendes Handeln der Jugendlichen (Fernbleiben über mehrere Tage mit schriftlichen Suizidankündigungen - Textnachrichten an die TWG, die Sorgeberechtigte und eine Jugendliche der TWG) im Helfersystem deutlich wurde, dass der relativ offene Rahmen der TWG zumindest zu dieser Zeit der Jugendlichen offenbar nicht genügend Schutz und Sicherheit zu bieten in der Lage ist.

- notwendig ist in diesen Situationen:
 - möglichst frühzeitige (kontinuierliche) Einbeziehung von Jugendamt und Klinik durch die TWG über sich entwickelnde Problematiken in der TWG
 - Abwägen und Erkunden von Alternativen der Betreuung/Behandlung
 - gemeinsame Planung von Abläufen - soweit möglich

„Es muss einen Ausweg geben ...“ – der gemeinsam überlegt und geplant wird. Keine Institution sollte das Gefühl bzw. die Befürchtung haben müssen, auf „dem Problem“ (d.h. den unbetreuten/unbehandelten Jugendlichen) alleine „sitzen zu bleiben“

- also: die TWG muss entlassen können, ebenso die Klinik. Die Jugendamtsmitarbeiter*innen müssen verantwortliche Ansprechpartner*innen (Institutionen) behalten (TWG / Klinik / ...) oder bekommen, um mit der Versorgung der Jugendlichen nicht alleine verantwortlich zurück zu bleiben.

... sonst ist die Gefahr von „Verzweiflungs-Akten“ groß.¹²

Eine „fachliche Begründung“ für „Verzweiflungs-Entlassungen“ lässt sich immer finden – letztlich ist sie aber vermutlich meist nicht viel mehr als nach außen gewendeter Ausdruck der eigenen Handlungsunfähigkeit und Hilflosigkeit. Die „Schuld“ wird dann leicht entweder den anderen beteiligten Institutionen zugeschrieben - oder möglicherweise noch leichter und noch häufiger den Jugendlichen.

- D.h.: um eine realisierbare! Perspektive nach einer Entlassung sollten sich nach Möglichkeit alle Beteiligten gemeinsam kümmern, ihre Kenntnisse, Erfahrungen und Kontakte aktiv einbringen und nach einer Lösung suchen.
- In jedem Fall ist wichtig: Aufrechterhalten der wechselseitigen Wertschätzung, Anerkennen der möglichen Überforderung der anderen Institutionen, konstruktive Fehlerkultur unter den Beteiligten

Abschluss

Wie im bisherigen Text deutlich geworden sein soll, lassen sich günstige Bedingungen und sinnvolle Vereinbarungen für gelingende Kollaboration im Helfersystem beschreiben und strukturieren etc.¹³

Verallgemeinert können wir, unserer Erfahrung entsprechend, aus einer Vielzahl von Betreuungsverläufen sagen: immer dann, wenn die Zusammenarbeit im Dreieck (bzw. Viereck/Fünfeck) der kooperierenden Institutionen gut funktioniert, lassen sich, über längere Zeiträume gesehen, positive Entwicklungen bei den Jugendlichen erkennen. Im Umkehrschluss lässt sich ebenso festhalten, dass eventuell mögliche positive Entwicklungsverläufe bei Jugendlichen nicht eingetreten sind bzw. nicht unterstützt werden konnten, wenn die Zusammenarbeit auf der Helferebene (aus unterschiedlichen Gründen)

¹² Gemeint sind: abrupte, nicht im Helfersystem mit Blick auf die Perspektive vorbereitete Entlassung aus der TWG (- das ist eine Erfahrung, die viele der besonders „schwierigen“ Jugendlichen mehrfach bereits in der Jugendhilfe erlebt haben); unvermittelte Entlassung aus der Klinik – z.B. bei eingeschränkter Kooperationsbereitschaft / wiederholten Regelverstößen der Jugendlichen - oder Nicht-Aufnahme trotz krisenhafter/unklarer Gesamtversorgungssituation; ungeplante Entlassung zu den Sorgeberechtigten – oder „auf die Straße“ - durch das Jugendamt – z.B. bei verweigerter Kooperation der Jugendlichen oder der Familie

¹³ *Wie zu Anfang angekündigt:*

Unübersehbare zentrale Merkmale negativer Kooperations-Verläufe:

- *Zeitstress*
- *Immer wieder wechselnde Personen*
- *Nicht ausreichende Weitergabe von bekannten Informationen / Erfahrungen insbes. über zu erwartende Schwierigkeiten und/oder besondere Belastungen der betroffenen Jugendlichen*
- *Nicht weitergegebene Informationen innerhalb der Institution und ungeklärte Absprachen zwischen den beteiligten Institutionen*
- *Misstrauen zwischen den Institutionen und beteiligten Akteuren*
- *Fehlendes Erfahrungslernen in der Zusammenarbeit*

nicht gut funktioniert und sich die Schwierigkeiten zwischen den Beteiligten nicht haben klären lassen.¹⁴

Konkret: Bei der Betreuung von Jugendlichen in TWG's gelingen, auch bei guter Kollaboration – längst nicht alle Prozesse. Die wissenschaftlich als gesichert anzunehmenden Zahlen aus Wirkungs-Studien sind durchaus realistisch und real.¹⁵

Eine nicht zu unterschätzende Dynamik im Hilfesystem besteht immer wieder im Wechselspiel von **Idealisierung** und **Abwertung**.

- Bei der TWG-Platzsuche besteht die Gefahr, dass sowohl seitens des Jugendamtes als auch seitens der Klinik die Möglichkeiten und Chancen der Betreuung in der TWG für die Entwicklung der Jugendlichen überschätzt und in mancher Hinsicht „idealisiert“ werden.¹⁶ D.h. auch, dass die Betreuung in der TWG z.T. mit Zielvorstellungen „aufgeladen“ wird, die eher Wunschvorstellungen als realistischen Erfahrungen entsprechen.
- In TWG's, Jugendhilfe-Einrichtungen im Allgemeinen und in Jugendämtern werden die Möglichkeiten von insbes. klinischer stationärer Behandlung (- aber auch von Psychotherapie überhaupt -) überschätzt und bisweilen ebenso „idealisiert“. Auch hier machen sich „Rettungsphantasien“ breit, die mit dem Wunsch verbunden sind, Hilfe zu organisieren, wirkungsvoll zu sein, vor allem aber auch der eigenen Hilflosigkeit bzw. Ohnmacht zu entkommen.

Mit diesen, auf beide Institutionen¹⁷ bezogenen wechselweisen „Idealisierungen“¹⁸ ist unweigerlich die Gefahr der umfassenden, wechselweisen „Abwertung“ verbunden, wenn sich in der Betreuungs- bzw. Behandlungsrealität herausstellt, dass die „Rettungsphantasien“ nicht erfüllt werden können:

- Die TWG also nicht zu einer stabilen positiven Entwicklung führt, wohlmöglich auch noch zur Verschlechterung der Symptomatik und dramatischen Situationen ... – und das trotz langer Aufnahmezeiträume.
- Die Klinikbehandlung (- oder auch die ambulante Psychotherapie -) die „grundlegenden psychischen Probleme“, die die „Ursache der Symptomatik“ sind, nicht lösen kann, trotz wiederholter Aufnahme oder langdauernder Behandlung.

Die Gefahr von „Enttäuschungen“ ist tatsächlich sehr groß und möglicherweise unvermeidlich, schon allein weil es nur ungenaue konkrete Kenntnisse über die Abläufe, Strukturen, Ressourcen, Aufträge und Möglichkeiten der jeweils anderen Institutionen bzw. der handelnden Personen gibt. Zudem kommen in jedem einzelnen „Fall“ sowohl störungsspezifische Übertragungs- bzw. Gegenübertragungsdynamiken ins Spiel (z.B. „Spaltung“ als hervorstechender Abwehrmechanismus), als auch hilfesystem-eigene,

¹⁴ Diese verallgemeinernden Behauptungen könnten sicherlich mit erheblichem praktischem Nutzen durch quantitativ/qualitative Verlaufs- bzw. Wirkungsforschung überprüft und differenziert werden.

¹⁵ siehe z.B. die empirischen Studien, die im Kontext des AK TWG durchgeführt wurden: www.therapeutische-jugendwohngruppen.de/publikationen - und die in den Berichten angegebene weitere Literatur

¹⁶ Die „Zuschreibungen“ sind, wie z.T. deutlich zu spüren ist, immer schon von Beginn an ambivalent.

¹⁷ Dass es in Bezug auf die Tätigkeit des Jugendamtes keine zumindest wenige „Idealisierungen“ zu geben scheint, ist an sich schon ein bemerkenswerter Aspekt der Funktionsweise des Hilfesystems.

¹⁸ Kliniken und TWG tragen durch ihre Selbstdarstellungen, die sich in gewisser Weise an den Markt-Erwartungen und der Konkurrenz orientieren (müssen), zu idealisierenden Bildern durchaus bei.

belastungsgesteuerte Übertragungsdynamiken, die wechselseitige Enttäuschungen mobilisieren können.

Das Wechselspiel von Idealisierung und Abwertung beruht aber darüber hinaus auch auf einer „Machbarkeits-Illusion“ in Bezug auf die gezielte, absichtsvolle Beeinflussung psychischer Zustände, psychosozialer Entwicklungen und sozialer (Beziehungs-)Systeme. Es geht aber eben nicht um technische Machbarkeit¹⁹ („richtige Methode --- richtige Lösung“ – Modulare Therapien, Handbuch-gestützte Verfahren ... etc.), sondern um dynamische, sich entwickelnde Prozesse in sozialen/psychischen Systemen, also um Beziehungen, Einlassen auf Andere, Emotionen und deren „Unverfügbarkeit“ (Hartmut Rosa, Resonanz, 2016). In Bezug auf Kinder und Jugendliche im Besonderen bleibt ein entscheidender Kontext jederzeit zu bedenken:

Entwicklung ist Entwicklung – und nicht vorab bestimmbar, weder im Positiven noch im Negativen ...

Zu rechnen ist neben der Nicht-Vorhersehbarkeit mit dem „Eigenwillen“ der Jugendlichen²⁰ - ihrem „Eigensinn“, der sich aus „guten Gründen“ (- im Sinne der traumatherapeutischen Grundannahmen -) gegen die Planung und Vereinnahmung ihrer Wünsche, Ideen, ihres Leidens und ihrer Hoffnungen und Ziele für ihr (jetziges und künftiges) Leben durch „die Erwachsenen“ verwehrt, diesen „Planungen“ aktiv (bewusst und/oder unbewusst) entgegentritt, sie durch entgegengesetztes Handeln manchmal unmöglich oder sinnlos macht – und das z.T. mit einem hohen Preis.

Unverfügbarkeit, Nicht-Vorherbestimmbarkeit und „Scheitern“ sind Dimensionen der Entwicklungsprozesse und damit auch der Hilfeprozesse, die nicht zu vermeiden sind und in gewisser Weise eher als sehr bedeutsame Teile der gemeinsamen Entwicklungs-Prozesse im gesamten System – hier ausdrücklich unter Einschluss der Jugendlichen und der Familien gemeint - aktiv zu bedenken und fachlich wie menschlich zu schätzen sein können, wenn es gelingt, offen und aufmerksam zu kollaborieren.

Eine letzte Bemerkung zum Gelingen von Zusammenarbeit:

- Die Entwicklung einer fachlichen Perspektive der „Gemeinsamen Behandlungs- und Betreuungskette“ - besser vielleicht: „Betreuungsspirale“ (- die allerdings im Einzelfall nach oben, aber auch nach unten verlaufen kann ...) basiert auf der Weitergabe guter Erfahrungen im jeweiligen System, einer fehlertoleranten Kommunikationskultur in und zwischen den Institutionen, der gemeinsamen kontinuierlichen Auswertung von

¹⁹ Auch in Bezug auf technische Systeme, kann man Einschränkungen geltend machen – siehe: Robert M. Pirsig, Zen und die Kunst ein Motorrad zu warten, Frankfurt 1978

²⁰ In unseren Ausführungen haben wir uns nicht mit der Perspektive der betroffenen Jugendlichen und der ihrer Familien, Eltern, Sorgeberechtigten beschäftigt. Diese Lücke beruht auf der gezielten Wahl und Einschränkung des Themas. In der Praxis der Arbeit von Jugendamt, Klinik und TWG haben diese Beteiligten und vornehmlich Betroffenen einen ungleich höheren Stellenwert. Institutionsspezifisch auf unterschiedliche Weise wird auf die Rechte der Eltern/Sorgeberechtigten sowie die Rechte der Kinder und Jugendlichen aktiv Bezug genommen und ihre aktive Beteiligung an Entscheidungen und am Gesamtprozess organisiert. Partizipation ist zum Glück in den letzten Jahren zu einem Kernthema in der Jugendhilfe geworden und erlangt praktisch in der Auseinandersetzung mit den Jugendlichen eine zentrale Bedeutung.

Einzelfällen im Verlauf und fallunabhängigem, kontinuierlichem Kontakt zwischen den Institutionen, einzelnen Mitarbeiter*innen und den jeweiligen Leitungsebenen.

Autor*innen

Daniela Granzow, MSc Sozialmanagement, Erzieherin; Systemisch-lösungsorientierte Kinder- und Jugendtherapie; Pädagogische Leiterin der Koralle – therapeutische wohngruppen Berlin

Anke Rabe, Dipl.-Sozialpädagogin; Gruppenpsychotherapeutin; Gutachterin; Therapeutische Leiterin der Koralle – therapeutische wohngruppen Berlin

Claus-Peter Rosemeier, Dipl.-Sozialwirt, Dipl.-Psychologe; Psycholog. Psychotherapeut; ehem. Leiter der Koralle – therapeutische wohngruppen Berlin; Supervisor; Gruppentherapeut

Anschrift und Telefonnummer für alle:

Koralle – therapeutische wohngruppen, Wartburgstr. 39, 10823 Berlin

Tel.: 030 787 11 360

twg.koralle@pfh-berlin.de