Evaluation des Modellprojekts:

Koordinierungsstelle zur Entwicklung flexibler Hilfesettings
für Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf

Abschlussbericht

Prof. Dr. Robert Wunsch | Projektleitung

Prof. Dr. Viktoria Bergschmidt | Forschungsleitung

EVANGELISCHE HOCHSCHULE BERLIN – KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS
CAMPUS-STANDORT Teltower Damm 118-122 | 14167 Berlin • POSTANSCHRIFT Postfach 37 02 55 | 14132 Berlin
TEL 030 845 82 - 0 | FAX 030 845 82 - 450 • E-MAIL info@eh-berlin.de | WEB www.eh-berlin.de

Durchführung der Studie und Herausgeberin des Abschlussberichtes
Evangelische Hochschule Berlin
Prof. Dr. Robert Wunsch (Projektleitung)
Prof. Dr. Viktoria Bergschmidt (Forschungsleitung)

Auftraggeberin der Studie

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie
BERLIN

Bernhard-Weiß-Straße 6
10178 Berlin

www.berlin.de/sen/bjf

Gestaltung
Evangelische Hochschule Berlin

Stand
Oktober 2022

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit des Landes Berlin.
Sie ist nicht zum Verkauf bestimmt und darf nicht zur Werbung für
politische Parteien verwendet werden.

Inhalt

Einleitung 5

1. Evaluation: Modellprojekt Berliner Koordinierungsstelle 7

1.1. Die Koordinierungsstelle 7

1.2. Evaluationsfragen und methodologisches Vorgehen 10

1.2.1. Deskriptive Statistik und quantitative Inhaltsanalyse 11

1.2.2. Verlaufs- und Fallrekonstruktionen 11

1.2.3. Teilnehmende Beobachtung: Falleingabe und Team-auf-Zeit 12

1.2.4. Theoretisches Sampling 12

1.2.5. Gütekriterien 13

2. Die Intervention der Koordinierungsstelle 15

2.1. Fallbeispiel Felix 16

2.1.1. Jedes stationäre Setting „sprengen“, um wieder zur Mutter zu können 16

2.1.2. Stabilisierung und Settinganpassungen im Prozess 18

2.2. Kernelemente und Gelingensfaktoren erfolgreicher Koordinierungsverläufe 20

2.2.1. Kernelemente 20

2.2.2. Interdependente Gelingensfaktoren 21

3. Berichtswesen: quantitative Inhaltsanalyse 25

3.1. Situation bei Fallanfrage 25

3.1.1. Eltern- und Familiensituation 25

3.1.2. Psychische Merkmale 26

3.1.3. Schulische Situation 26

3.1.4. Abbrüche und aktuelle Hilfen zur Erziehung 27

3.1.5. Aufenthaltsort bei Fallanfrage 27

3.1.6. Fazit: Hohe Problembelastung und schwierig(st)e Verläufe 27

3.2. Empfehlungen des Fallverbunds 28

3.3. Partizipation und Umsetzung der Wünsche 29

3.3.1. Umsetzung der häufigsten Wünsche 30

3.3.2. Gründe für Nichtumsetzung der Wünsche 34

3.4. Kooperation: Trägerübergreifend und im Team-auf-Zeit 36

3.5. Beendete Fälle 37

3.5. Fazit: Individuelle, flexible Hilfen werden entwickelt, aber nicht immer umgesetzt 38

4. Stabilisierung der Fallverläufe: Kontinuität statt Brüche 41

4.1. Stabilisierung im Zuge flexibler Settinganpassungen 41

4.1.1. Reduzierung von Vorfällen und Abbrüchen, verbesserte Problembewältigung 41

4.1.2. Nicht umgesetzt: freiheitsentziehende Unterbringung (KJH) 44

4.2. Fallrekonstruktionen: Bianca und Ivan 50
4.2.1. Bianca: Die eigene Autonomie um jeden Preis verteidigen 50
4.2.2. Ivan: Alles zerstören, bis die Mutter ihn wieder aufnimmt 54
4.3. Was hat sich aus Sicht der jungen Menschen seit Koordinierungsbeginn verändert? 57
4.4. Umsetzung der entwickelten Settings und flexible Settinganpassungen 59
5. Wie machen sie das? Arbeitsstrukturen und -prozesse 61
5.1. Falleingabesitzung und Team-auf-Zeit: Prozessqualität 61
5.1.1. Falleingabesitzung: Beschreibung und Bewertung der Prozesse 61
5.1.2. Team-auf-Zeit: Beschreibung und Bewertung der Prozesse 64
5.1.3. Empfehlungen Falleingabesitzung und Team-auf-Zeit 68
5.2. Wirkung der Koordinierung: Mehr Lebensweltorientierung 72
5.2.1. RSD-Fachkräfte: Mehr Handlungsfähigkeit, -freiheit und -sicherheit 72
5.2.2. Kompetenzen und Strukturen für die wirksame Bearbeitung komplexer Hilfebedarfe 74
5.2.3. Fazit: Mehrwert Lebensweltorientierung 77
5.3. Zusammenfassung und abschließende Empfehlungen 80
6. Fazit: Die doppelte Wirkung der Koordinierungsstelle 83
6.1. Wirkung nach innen: bedarfsgerechte Hilfen und Stabilisierung 83
6.2. Wirkung nach außen: Die Systemebene 85
Literatur 91
Abkürzungsverzeichnis 95

Einleitung

Die Berliner *Koordinierungsstelle zur Entwicklung flexibler Hilfesettings für Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf* (im Folgenden: Koordinierungsstelle) ist aus einem „Bündnis für die Schwierigen“ zwischen Jugendämtern, freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, Wohlfahrtsverbänden und der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie hervorgegangen und hat im Oktober 2018 ihre Arbeit als Modellprojekt der Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie aufgenommen. Das Angebot der Koordinierungsstelle richtet sich an die Berliner Jugendämter, die bei schwierigen Erziehungshilfeverläufen mit häufigen Eskalationen und Abbrüchen darin unterstützt werden, tragfähige, flexible und bedarfsgerechte Hilfesettings zu schaffen. Die hierfür entwickelte Arbeitsstruktur beinhaltet die umfassende Fallberatung durch ein externes, in Fallverstehen geschultes multiprofessionelles Fachkräftegremium (Falleingabesitzung) und die Koordinierung der prozesshaften Umsetzung des entwickelten Hilfesettings im Team-auf-Zeit bis zur nachhaltigen Stabilisierung des Fallverlaufs.

Die Evaluation des Modellprojekts, über die im Folgenden berichtet wird, wurde von März 2020 bis Dezember 2020 von einem Forschungsteam des Studiengangs Soziale Arbeit der Evangelischen Hochschule Berlin durchgeführt, bestehend aus: Prof. Dr. Robert Wunsch (Projektleitung), Prof. Dr. Viktoria Bergschmidt (Forschungsleitung), Prof. Dr. Mathias Schwabe (Evaluation Prozessqualität Falleingabesitzung), Prof. Florian Hinken (Statistik) sowie studentische Mitarbeitende.[1] Erste Ergebnisse wurden auf einem Fachtag der Berliner Koordinierungsstelle am 10.02.2021 zur Diskussion gestellt. Im Mittelpunkt der Evaluation stand die Frage, ob die Koordinierungsstelle ihre Zielsetzung erreicht, was hierfür förderliche und hinderliche Faktoren sind, und ob die entwickelte Arbeitsstruktur dazu geeignet ist. Für diesen Zweck wurde ein Forschungsdesign gewählt, welches qualitative und quantitative Zugänge kombiniert: Teilnehmende Beobachtung von Falleingabesitzung und Team-auf-Zeit, problemzentrierte Interviews mit den Fachkräften der Koordinierungsstelle und mit Nutzer*innen der Koordinierungsstelle (RSD-Fachkräfte des Jugendamts und junge Menschen) sowie die statistische Auswertung des Berichtswesens. Das Vorgehen wurde im Forschungsprozess unter Einbeziehung der beteiligten Akteur*innen (weiter-)entwickelt. Diese erhielten im Verlauf bereits Rückmeldungen aus unseren teilnehmenden Beobachtungen (formative Evaluation). Dieses dialogische und prozessorientierte Vorgehen erforderte insbesondere von den beiden Koordinatorinnen die Bereitschaft, neben ihrem Arbeitsalltag auch immer wieder für Gespräche mit uns zur Verfügung zu stehen. Hierfür danken wir ihnen sehr herzlich.

Der Evaluationsauftrag beinhaltete zudem die Frage nach dem Nutzen der Koordinierungsstelle. Auch wenn die Rahmenbedingen kein Kontrollgruppendesign erlaubten, so weisen doch alle erhobenen Daten klar darauf hin, dass die angefragten Fallverläufe derart eskaliert sind, dass sie von den Jugendämtern aus eigenen Mitteln nicht (mehr) zu bewältigen sind, und dass die Intervention der Koordinierungsstelle maßgeblich dazu beiträgt, dass tragfähige, flexible und bedarfsgerechte Hilfearrangements geschaffen und Fallverläufe stabilisiert werden. Die Arbeitsstrukturen Falleingabesitzung und Team-auf-Zeit erweisen sich hierfür insbesondere auch aufgrund struktureller Umsetzungsbarrieren als erforderlich; insgesamt wird innerhalb dieser Strukturen eine sehr gute Prozessqualität erreicht. Der Nutzen liegt für die RSD-Mitarbeitenden der Jugendämter in der Verbesserung ihrer Handlungsfähigkeit und für das Hilfesystem in der Dokumentation und Verbreitung guter Praxis und innovativer Lösungen bei

[1] Andreas Flotow, Rebecca Kronsteiner und Lea Thomes.

hocheskalierten Hilfeverlaufen. Ohne die Intervention der Koordinierungsstelle würden die jungen Menschen mit großer Wahrscheinlichkeit dauerhaft aus der Jugendhilfe „herausfallen“ und stattdessen in der Psychiatrie, in Haft oder „auf der Straße“ landen, wo sie vielfältigen Gefahren ausgesetzt sind. Der Koordinierungsstelle gelingt es, die jungen Menschen wieder zu erreichen und gemeinsam mit ihnen und anderen beteiligten Fachkräften fallverstehensbasiert bedarfsgerechte und vor allem auch aus Sicht der jungen Menschen „sinnvolle“ Hilfearrangements und damit die Möglichkeitsbedingungen für Entwicklungsprozesse zu schaffen, die bislang durch die vielen Abbrüche unterbunden wurden – mit hohen Kosten sowohl für die jungen Menschen als auch die Gesellschaft als Ganze. Wir empfehlen deshalb ausdrücklich die Verstetigung der Koordinierungsstelle.

1. Evaluation: Modellprojekt Berliner Koordinierungsstelle

1.1. Die Koordinierungsstelle

Die Koordinierungsstelle ist 2018 aus einem „Bündnis für die Schwierigen“ zwischen Jugendämtern, freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, Wohlfahrtsverbänden und der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie hervorgegangen. Als „Schwierige“ werden psychosozial hochbelastete junge Menschen mit riskantem, herausforderndem Verhalten und komplexen Hilfebedarfen bezeichnet, deren Biografien und Erziehungshilfeverläufe durch Brüche geprägt sind, die vielfach kaum mehr über stabile soziale oder familiäre Netzwerke verfügen, oft schon jahrelang nicht mehr zur Schule gehen, in schlechter gesundheitlicher Verfassung sind und zunehmend von gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossen werden. Sie geraten in „Verschiebebahnhöfe“ sowohl zwischen Psychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe als auch innerhalb der Jugendhilfe selbst, wo sie von einer stationären Heimeinrichtung zur nächsten „durchgereicht“ werden, bis sich kein freier Träger mehr findet, der bereit ist, sie aufzunehmen (vgl. Baumann 2019). Dies wird in der Fachdiskussion auch als „organisierte Verantwortungslosigkeit“ kritisiert (Ader & Klein 2011). Die jungen Menschen müssen deshalb über lange Strecken von Kriseneinrichtungen sowie den Einrichtungen des Berliner Notdienst Kinderschutz[2] versorgt werden und leben zwischenzeitlich immer wieder auf der Straße (bzw. bei „Bekannten“), wo sie vielfältigen Gefährdungen ausgesetzt sind: Junge Menschen, die „keiner (mehr) haben will“ – so die treffende Formulierung im Konzept der Koordinierungsstelle (SenBJF 2018:1).[3]

Der Impetus des „Bündnisses für die Schwierigen“ ist deshalb, gemeinsam (wieder) in die Verantwortung zu gehen und trotz der Schwierigkeiten und Herausforderungen, die mit der Arbeit mit diesen jungen Menschen verbunden sind, in der Verantwortung zu bleiben: „Scheitern ist erlaubt, Aufgeben nicht!“ – so einer der Arbeitsgrundsätze der Koordinierungsstelle. Damit zählt die Berliner Koordinierungsstelle zu einer Reihe von innovativen, mittlerweile auch untereinander vernetzten Projekten, die sich in den letzten Jahren als „Antwort“ auf die besonders „schwierigen Hilfeverläufe“ mit hochfrequenten Hilfeabbrüchen herausgebildet haben. Gemeinsamer Nenner dieser Projekte ist 1.) eine Fallbesprechung mit Fachkräften des Jugendamtes, der freien Träger und ggf. anderer beteiligter Systeme wie das Bildungs-, Justiz- und Gesundheitssystem, 2.) die Entwicklung individueller, flexibler Hilfen jenseits des Denkens in „Träger- und Angebotsstrukturen“, und 3.) deren Umsetzung in „Fallverbünden“, damit die Hilfestellung auf „mehrere Schultern“ verteilt wird (Baumann 2019). Auch wenn es hierzu bislang kaum Forschung[4] gibt, werden solche Projekte in der Fachdiskussion deutlich positiv eingeschätzt (vgl. Baumann 2019: 148ff.), während andere Entwicklungen auf dem Jugendhilfemarkt wie der „Boom“ an „Intensivgruppen“ – mit und ohne freiheitsentziehender Unterbringung und/oder freiheitsentziehenden Maßnahmen – fachlich kontrovers diskutiert werden.

[2] Der Berliner Notdienst Kinderschutz (BNK) war maßgeblich mit daran beteiligt, das Modellprojekt zu initiieren. Zu den Einrichtungen des Berliner Notdienst Kinderschutz gehören der Kindernotdienst, Mädchennotdienst und die Kontakt- und Beratungsstelle/Sleepin und der Jugendnotdienst, in dem die Koordinierungsstelle ihre Büroräume hat.

[3] Das (unveröffentlichte) Konzept der Koordinierungsstelle wurde 2018 von Vertreterinnen von Trägern der freien Jugendhilfe, von Wohlfahrtsverbänden, Jugendämtern und der damaligen Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft erarbeitet, und wird im Folgenden unter dem Namen der jetzigen Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie zitiert (SenBJF 2018).

[4] Nach unserem Kenntnisstand nur die Evaluation des Projekts „Grenzgänger“, das auf eine Verbesserung der fallbezogenen Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe zielt (vgl. Groen & Jörns-Presentati 2018, 2021), sowie eine Darstellung der Arbeit der Hamburger Koordinierungsstelle (Peters 2020).

Die Koordinierungsstelle: Ziele, Angebot und Arbeitsgrundsätze

Weil die jungen Menschen von den Regelangeboten der Jugendhilfe oft nicht (mehr) erreicht werden, ist das **Ziel** der Koordinierungsstelle, ein individuelles Hilfesetting zu entwickeln und umzusetzen, das der junge Mensch annehmen kann, seinem individuellen Bedarf gerecht wird und das flexibel auf Herausforderungen und Krisen reagieren kann, ohne dass es zu einem weiteren (Ab-)Bruch kommt. Die Koordinierungsstelle unterstützt diesen Prozess so lange, bis eine nachhaltige Stabilisierung des Fallverlaufs erreicht wurde und alle Beteiligten zu der Einschätzung kommen, dass die Koordinierung nicht mehr erforderlich ist.
Das **Angebot** der Koordinierungsstelle richtet sich ausdrücklich an die Berliner Jugendämter. Anders als in vergleichbaren Projekten können auch nur die Jugendämter die Koordinierungsstelle anfragen und die fallführende Fachkraft des RSD bleibt weiterhin fallführend und fallverantwortlich. Häufige Anlässe für die Inanspruchnahme sind, dass der junge Mensch trotz umfangreicher Hilfen weiter stark herausforderndes, riskantes Verhalten zeigt; dass es zu hochfrequenten Einrichtungswechseln kommt; dass kein Träger (mehr) bereit ist, den jungen Menschen aufzunehmen. Das Angebot der Koordinierungsstelle beinhaltet gleichwohl *nicht*, eine „schnelle Lösung" für die nächste Unterbringung zu finden. Denn einer der zentralen Arbeitsgrundsätze der Koordinierungsstelle ist: „Das Verhalten des jungen Menschen, so außergewöhnlich es auch ist, macht aus Sicht des jungen Menschen Sinn. Ohne den jungen Menschen und seine guten Gründe zu verstehen, kann kein tragfähiges Setting geschaffen werden."[5] Die Koordinatorinnen und die Mitglieder des Fallverbunds sind deshalb in der Methode der subjektlogischen Diagnostik (Baumann 2019) fortgebildet, die einen Zugang zum Fallverstehen bietet, der die Eskalations- und Entlassungsmuster „schwieriger Hilfeverläufe" verschiedenen Bewältigungsmustern mit Implikationen für die Settinggestaltung zuordnet.
Ein weiterer **Arbeitsgrundsatz** ist die konsequente Partizipation der jungen Menschen und ggf. ihrer Familien. Dies gehört zu den zentralen Aufgaben der Koordinatorinnen: In einem niedrigschwelligen und nach Möglichkeit persönlichen Vorgespräch bringen sie die Wünsche und Vorstellungen der jungen Menschen in Erfahrung, ermutigen sie zur Teilnahme an allen Sitzungen des Hilfeplanungsprozesses und setzten sich dafür ein, dass die Wünsche und Vorstellungen der Adressat*innen in den Hilfeplanungsprozess einfließen und sie diesen mitbestimmen können. Schließlich gilt der Grundsatz: Die herausforderndsten Verläufe erfordern die „besten Ideen", was auch ungewöhnliche und riskant erscheinende Wege erfordern kann, die am besten in einer „partnerschaftlichen Verantwortungsgemeinschaft" beschritten werden können, in der die beteiligten Fachkräfte und Institutionen zusammenwirken (Kooperation).

Die Arbeit der Koordinierungsstelle basiert also auf der Grundannahme, dass die Schaffung eines tragfähigen, weil bedarfsgerechten, individuellen Hilfearrangements ein gemeinsam getragenes Fallverstehen, die konsequente Partizipation der jungen Menschen und ggf. ihrer Familien sowie die Kooperation aller am Fall beteiligten Fachkräfte und Institutionen in einer risikobereiten Verantwortungsgemeinschaft erfordert (Gelingensfaktoren).[6] Um diese Gelingensfaktoren zur verwirklichen, wurde folgende Arbeitsstruktur entwickelt, die auch die Besonderheit der Koordinierungsstelle ausmacht: In einer „Falleingabesitzung" erfolgt eine umfassende Fallberatung durch ein externes Expert*innengremium, in der erste Hypothesen zum Fallverstehen sowie erste Settingideen entwickelt werden und in der sich ein „Team-auf-Zeit" konstituiert, welches die prozesshafte Umsetzung und Weiterentwicklung der Ideen solange unterstützt, bis ein tragfähiges Setting entwickelt und umgesetzt wurde, und sich der Fallverlauf stabilisiert hat.

[5] So die Selbstdarstellung der Koordinierungsstelle auf dem Fachtag der Berliner Koordinierungsstelle am 10.02.2021.
[6] Dies steht im Einklang mit der wissenschaftlichen Fachdiskussion, vgl. Baumann 2012, 2019, Schwabe et al. 2013, 2021, Peters 2020, Schrapper 2020, Graßhoff 2021, Groen et al. 2021.

Die Koordinierungsstelle: Arbeitsstrukturen, Abläufe, Methoden und Gremien

1. „**Erste Schritte auf dem Weg zur Zusammenarbeit**“[7]: Nach der Fallanfrage bereiten die Koordinatorinnen die Falleingabesitzung vor. Sie führen zeitnah ein Gespräch mit den beteiligten Fachkräften beim Jugendamt und treffen sich nach Möglichkeit persönlich mit den jungen Menschen, um ihre Wünsche und Vorstellungen in Erfahrung zu bringen. Die jungen Menschen können den Ort hierfür selbst bestimmen und Bezugspersonen ihrer Wahl mitbringen. Basierend auf den Gesprächen und einem umfassenden Aktenstudium bereiten die Koordinatorinnen den Fall auf, erstellen eine Fallchronologie[8], die den Beteiligten einige Wochen bis Tage vor der Falleingabesitzung zur Verfügung gestellt wird und führen die subjektlogische Diagnostik durch, auf deren Grundlage sie erste Hypothesen zum Fallverstehen entwickeln, die sie in der Falleingabesitzung vorstellen.

2. **Falleingabesitzung**: Die Koordinator*innen treffen sich 14-tägig mit dem Fallverbund, bestehend aus freien Trägern der Jugendhilfe mit vielseitigen Fachkompetenzen und einer Fachkraft mit kinder- und jugendpsychiatrischer Kompetenz (derzeit aus dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst), zur gemeinsamen Beratung eines neu eingebrachten Falls. In dieser 3,5-stündigen, nach einer festen Struktur moderierten Fallberatung werden die Hypothesen zum Fallverstehen vorgestellt und diskutiert, und auf dieser Grundlage erste Ideen für ein individuelles, bedarfsgerechtes Setting entwickelt. An der Falleingabesitzung nehmen – neben dem Fallverbund – immer die falleinbringende Fachkraft des RSD und ihre Regionalleitung teil; sowie in der Regel die Personensorgeberechtigten/Vormund*in sowie weitere Fachkräfte, die mit dem jungen Menschen arbeiten bzw. gearbeitet haben, sowie Fachkräfte der Kriseneinrichtungen, des Berliner Notdienst Kinderschutzes, Einzelfallhelfer*innen u. a. Die jungen Menschen und ggf. auch ihre Familien kommen in der Regel im letzten Teil der Falleingabesitzung dazu.

3. In der Falleingabesitzung konstituiert sich ein individuell für diesen Fall zusammengesetztes **Team-auf-Zeit**, das die fallführende Fachkraft des RSD bei der Fallbearbeitung kontinuierlich unterstützt, und das von der Koordinierungsstelle koordiniert wird. Zum Team-auf-Zeit gehören neben dem RSD immer auch Fachkräfte von freien Trägern, die unmittelbar mit den jungen Menschen zusammenarbeiten. Hinzu können Vormund*in, Jugendgerichtshilfe, Fachkräfte schulischer Maßnahmen, behandelnde Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen, der KJPD u.v.m kommen. Die in der Falleingabesitzung entwickelten Hypothesen zum Fallverstehen und der „Strauß“ an Settingideen bilden den Ausgangspunkt des Arbeitsprozesses des Team-auf-Zeit, welches sich kontinuierlich regelmäßig und verbindlich anfangs etwa zweiwöchentlich trifft und auch zwischen den Treffen über einem Emailverteiler im Austausch bleibt. Nach dem Grundprinzip „Scheitern ist erlaubt, Aufgeben nicht!“ bleibt das Team-auf-Zeit so lange bestehen, bis ein tragfähiges und bedarfsgerechtes individuelles Setting entwickelt und umgesetzt worden ist und der Fallverlauf stabil ist.

4. Das **Konzept der Koordinierungsstelle** sieht vor, dass ein Netzwerk aus freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe (Trägernetzwerk) bei der Umsetzung der individuellen, flexiblen Hilfesettings unterstützt. Das Netzwerk sollte die eingebrachten Fälle im Rahmen trägerübergreifender Kooperationen gemeinsam auf mehrere „Schultern“ verteilt übernehmen, und im Verlauf auch kurzfristig Settinganpassungen ermöglichen, so dass Abbrüche vermieden werden (vgl. SenBJF 2018).[9] Als die Koordinierungsstelle 2018 ihre Arbeit aufnahm, war ein Netzwerk von 21 freien Trägern gebildet worden; es zeigte sich jedoch, dass dieses Trägernetzwerk nicht funktionierte, weshalb derzeit ein neues Trägernetzwerk im Aufbau ist.

[7] Diese Formulierung stammt von den Koordinator*innen.

[8] Dies ist ein vom Sozialpädagogen Christian Schrapper entwickeltes Instrument, um einen Überblick über den bisherigen Fallverlauf zu erhalten. Alle relevanten Fallinformationen werden chronologisch in Altersabschnitten in drei Spalten aufgeführt (Alter, wichtige Ereignisse, Hilfeverlauf).

[9] Dies entspricht dem in der Praxis bewährten Konzept des „Fallverbunds“ (vgl. Baumann 2019), in dem sich mehrere freie Träger bei der Erbringung der verschiedenen Hilfeelemente eines individuellen Settings gegenseitig unterstützen. In der Regel kann ein Träger nicht allein alle Hilfeelemente abdecken, zudem soll aber durch die Kooperation auch erreicht werden, dass die Grenzen der Belastbarkeit und Handlungsfähigkeit der einzelnen Träger, Einrichtungen und Fachkräfteteams gewahrt bleiben (z. B. durch Auszeitmodelle). Durch die Kooperation werden also sowohl individuell zugeschnittene, bedarfsgerechte Hilfesettings in der Regel überhaupt erst möglich, und durch die Möglichkeit kurzfristiger Settinganpassungen wird das Setting „flexibel“, was neben der richtigen „Passung“ dessen „Haltbarkeit“ deutlich erhöht.

5. Einem **Fachbeirat**, der sich zusammensetzt aus Vertreter*innen der Bezirksämter (Jugendämter), der freien Träger der Jugendhilfe, der Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Landesarzt/-ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie), des Fallverbundes und der Koordinierungsstelle wird regelmäßig Bericht erstattet. Grundlage hierfür bildet u. a. die Dokumentation der Tätigkeit der Koordinierungsstelle im Berichtswesen.

6. Das **sozialpädagogische Team der Koordinierungsstelle** (derzeit zwei Fachkräfte) koordiniert die vom Jugendamt eingebrachten Fälle im Zusammenwirken mit dem Fallverbund und dem Team-auf-Zeit. Die Fallverantwortung bleibt beim falleinbringenden Jugendamt. Die Koordinatorinnen führen die Erkenntnisse der an der Fallbearbeitung beteiligten Fachkräfte zusammen, erstellen die Fallchronologien, führen die subjektlogische Diagnostik durch, leiten und moderieren die Falleingabesitzungen, gründen und koordinieren das Team-auf-Zeit, wo sie auf die Bildung einer Verantwortungsgemeinschaft, ein gemeinsam getragenes Fallverstehen und die kontinuierliche Partizipation der Adressat*innen hinwirken.

1.2. Evaluationsfragen und methodologisches Vorgehen

Der vorliegende Evaluationsbericht legt die Ziele und eigenen Ansprüche der Koordinierungsstelle als Kriterien zugrunde und stellt folgende Fragen ins Zentrum: Gelingt es im Koordinierungsverlauf, bedarfsgerechte individuelle, flexible Settings jenseits der Regelangebote zu entwickeln und umzusetzen? Sind die gefundenen Lösungen nachhaltig bzw. hilfreich für eine Stabilisierung der Fallverläufe? Sind die Arbeitsstrukturen der Koordinierungsstelle geeignet, um individuelle, flexible Settings zu entwickeln und umzusetzen? Welche Faktoren sind dabei förderlich und welche hemmend?

Hinsichtlich der Bestimmung der Gelingensfaktoren knüpfen wir u. a. an die Selbstevaluation der Hamburger Koordinierungsstelle an (vgl. Peters 2020), die die Berliner Koordinierungsstelle in ihrem Gründungsprozess beraten hat. Die in der Fachliteratur bekannten Gelingensfaktoren für Erziehungshilfen, nämlich Partizipation (Tornow et al. 2012, Ackermann & Robin 2018), Fallverstehen (Schwabe et al. 2013, Baumann 2012, 2019), und bei komplexen Hilfebedarfen insbesondere auch die fallbezogene Kooperation der beteiligten Fachkräfte und Systeme (vgl. Groen & Jörns-Presentati 2018), ergänzt Peters um die Risikobereitschaft des Helfersystems, den Einbezug des Familiensystems und um Lebensweltorientierung/Niedrigschwelligkeit. Die Theorie der Lebensweltorientierung (vgl. Thiersch 2015) hat dabei den Stellenwert eines Leitkonzepts sozialpädagogischer Fachlichkeit (vgl. Struck & Schröer 2018), und ist u. a. auch in die Formierung des SGB VIII/KJHG eingeflossen (vgl. Lüders 2014).

Gelingensfaktoren für die Schaffung individueller, flexibler Hilfen
(orientiert an Peters 2020)

Leitkonzept Lebensweltorientierung (Anschlussfähigkeit der entwickelten Settings an subjektive Deutungsmuster der Adressat*innen, Niedrigschwelligkeit, Haltung, Handlungsmaxime)

- Partizipation der Adressat*innen
- (dialogisches) Fallverstehen
- Einbeziehung des Familiensystems
- Fallbezogenes Zusammenwirken/Kooperation des Helfersystems
- Risikobereitschaft des Helfersystems

Der Evaluation und dem Bericht liegt ein postpositivistisch-sozialkonstruktivistisches Wissenschaftsverständnis qualitativer Evaluationsforschung zugrunde (vgl. Kardoff & Schönberger 2020); integriert aber quantitative und qualitative Methoden im Sinne der Methodentriangulation: 1.) teilnehmende Beobachtung, 2.) problemzentrierte Interviews (mit Fachkräften und junge Menschen) sowie 3.) die statistische, quantitative und qualitativ-inhaltsanalytische Auswertung von Dokumenten. Ein solcher Zugang ist gerade bei Evaluationen von Projekten der Sozialen Arbeit erforderlich, um der „Komplexität der Entwicklung von Problemkarrieren und der Beiträge von Interventionen in diesen Prozess" gerecht zu werden (Groenemeyer & Schmidt 2018: 367).

1.2.1. Deskriptive Statistik und quantitative Inhaltsanalyse

Für die Evaluation standen uns in anonymisierter Form das Berichtswesen und die Fallchronologien für alle 35 Fälle zur Verfügung, die am Stichtag 05.08.2020 in der Koordinierung oder bereits abgeschlossen waren. Das Berichtswesen wurde in einem ersten Auswertungsschritt deskriptiv-statistisch ausgewertet.[10] Des Weiteren führten wir, bezogen auf ausgewählte Fragen, die sich im Verlauf des qualitativen Forschungsprozesses in der weiteren Auseinandersetzung mit dem Untersuchungsgegenstand entwickelten, quantitative Inhaltsanalysen durch (vgl. Früh 2015).

1.2.2. Verlaufs- und Fallrekonstruktionen

Die Frage, ob die im Zuge der Koordinierung entwickelten Lösungen zur Stabilisierung der Fallverläufe beitragen, impliziert eine Verlaufsperspektive. Um diese Frage zu beantworten, haben wir uns für interviewbasierte und dokumentengestützte Verlaufs- und Fallrekonstruktionen[11] entschieden. Aus der Grundgesamtheit der 35 Fälle haben wir jene 15 Fälle ausgewählt, die bereits mindestens ein Jahr in der Koordinierung sind oder waren (Stichtag 19.11.2020).[12] Zu diesen 15 Fällen haben wir leitfadenbasierte Interviews mit der jeweils zuständigen Koordinatorin, die währenddessen in die Akte am PC Einsicht genommen hat, geführt. Gegenstand der Interviews war zum einen die Vorgeschichte, die Hypothesen zum Fallverstehen, die im Verlauf umgesetzten Settings sowie Schlüsselmomente und Wendepunkte im Verlauf, und zum anderen die Frage nach der Stabilisierung des Fallverlaufs im engeren Sinne.

Die Indikatoren für eine „Stabilisierung" des Fallverlaufs hatten wir vorab gemeinsam mit den Koordinatorinnen erarbeitet, ausgehend von der Frage, woran sie selbst diese Stabilisierung erkennen, und

[10] Die Auswertungskategorien orientierten sich an den Kategorien des Berichtswesens: Fallanfragen nach Bezirk, Alter bei Fallanfrage, Geschlecht, Mehrfachdiagnosen ICD-10, schulische Situation, Anzahl abgebrochener stationärer Hilfen, Hilfemaßnahme sowie Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Anfrage, Partizipation junger Mensch, Umsetzung von deren Wünschen, Partizipation Personensorgeberechtigte/Eltern, Ergebnis Fallberatung (bzgl. stationärer, ambulanter oder kombinierter Hilfen), gesetzliche Grundlagen der Hilfeplanung, Trägerkooperation, Verlässliche Zusammenarbeit Team-auf-Zeit, Beendigungsgründe der Koordinierung.

[11] Der Begriff der „Rekonstruktion" trägt dem sozialkonstruktivistischen Wirklichkeitsverständnis qualitativer Evaluationsforschung Rechnung (vgl. Kardoff & Schönberger 2020); nicht gemeint sind jedoch Fallrekonstruktionen im Sinne der hermeneutisch-rekonstruktiven Tradition qualitativer Sozialforschung (vgl. z. B. Kraimer 2014). Gleichwohl gehen wir davon aus, dass die Verlaufsrekonstruktionen insbesondere in ihrer Zusammenschau mit den Ergebnissen aus den weiteren Analysesträngen dieser Untersuchung auf die größeren Zusammenhänge verweisen, in die sie eingebettet sind (vgl. Kraimer 2014).

[12] Dies sind die Fälle P4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 16, 18, 24, 28, 30, 32, 34. Basierend auf diesen Interviews rekonstruierten wir insgesamt 10 Koordinierungsverläufe im Forschungsteam, nämlich P4, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 18, 30, 32, bis wir den Moment der „theoretischen Sättigung" erreicht hatten, ab dem eine weitere Rekonstruktion keinen weiteren Erkenntnisgewinn mehr in Bezug auf unsere Forschungsfragen brachte. Der betrachtete Zeitraum der Koordinierung variierte dabei zwischen 1 Jahr und maximal 2 Jahren, da wir immer den Zeitraum bis zum Stichtag der geführten Interviews betrachteten (12.11. bzw. 19.11. 2020).

im Abgleich mit der Forschungsliteratur hierzu: 1.) eine deutliche Reduzierung von Abbrüchen, verstanden als ungeplante Beendigung der Hilfe durch eine/n der Beteiligten des „Leistungsdreiecks“[13], ohne dass die Ziele erreicht worden sind (vgl. Tornow et al. 2012), 2.) eine deutliche Reduzierung von gravierenderen „Vorfällen“ (insbesondere Gewalt gegen andere und erhebliche selbstgefährdende, suizidale Handlungen) im Vergleich zu vorher (gemäß Fallchronologie und Berichtswesen). Ausgehend von der Hypothese, dass eine Stabilisierung des Fallverlaufs auch Möglichkeitsräume für positive Entwicklungen eröffnet, haben wir zudem 3.) Hinweise auf eine verbesserte Problembewältigung in verschiedenen Lebensbereichen (u. a. in den Bereichen Beziehungen, Substanzgebrauch, Selbstfürsorge, subjektiv sinnvolles Tätigsein, Bildungsperspektiven, reflexive biographische Kompetenz) in die Betrachtung einbezogen. In alle Verlaufsrekonstruktionen haben wir zudem die Fallchronologien und das Berichtswesen einbezogen sowie exemplarisch Akteneinsicht genommen.

Aus den Verlaufsrekonstruktionen haben wir wiederum vier Fälle („Felix“, „Bianca“, „Jamila“ und „Ivan“) für vertiefte Fallrekonstruktionen ausgewählt, in denen wir zusätzlich der Frage nachgegangen sind, ob die entwickelten und umgesetzten Hilfearrangements mit den Hypothesen zum Fallverstehen stimmig sind, ob sich die konzeptuell angestrebte „Durchbrechung“ der Entlassungsmuster erkennen lässt, und wie dies erreicht wurde. Auswahlkriterium war hier zum einen, dass wir die jungen Menschen auch persönlich erlebt haben (mit Bianca und Jamila konnten wir Interviews führen, bei Bianca und Felix waren wir in jeweils einer Team-auf-Zeit-Sitzung anwesend), und zum anderen, dass die erste Verlaufsrekonstruktion Hinweise darauf gibt, dass dieser Fall besonders aussagekräftig im Hinblick auf die Forschungsfragen ist (wie der Fall „Ivan“ (P10), der Fall mit der höchsten Zahl an Vorfällen und Abbrüchen während der Koordinierung).

1.2.3. Teilnehmende Beobachtung: Falleingabe und Team-auf-Zeit

Es wurden drei Falleingabesitzungen und vier Team-auf-Zeit-Sitzungen teilnehmend beobachtet (vgl. Lüders 2003), in der Regel durch zwei Mitglieder des Forschungsteams. Kriterien für die Bewertung der Prozessqualität der einzelnen beobachteten Sitzungen sind die Qualität der Leitung und Moderation der Sitzungen durch die Koordinatorinnen sowie die Umsetzung der oben genannten Gelingensfaktoren. Während die Falleingabesitzungen am Beginn des Prozesses stehen und somit gut nachvollzogen werden konnten, weil Kontexte expliziert wurden, waren die Team-auf-Zeit-Sitzungen Momentaufnahmen innerhalb komplexer Gesamtverläufe. Deshalb wurden hier zur Kontextualisierung die Fallchronologien und das Berichtswesen hinzugezogen, Interviews mit den Koordinator*innen geführt und die Beobachtungen zu den Fallrekonstruktionen ins Verhältnis gesetzt.

1.2.4. Theoretisches Sampling

Die statistische Auswertung des Berichtswesens umfasst die Grundgesamtheit aller bis zum Stichtag 05.08.2020 koordinierten 35 Fälle (einschließlich bereits abgeschlossener Fälle). Aufgrund der Annahme, dass eine (nachhaltige) Stabilisierung Zeit braucht, haben wir für die Verlaufsrekonstruktionen die Fälle ausgewählt, die mindestens ein Jahr koordiniert wurden (einschließlich bereits abgeschlossener Fälle). Dies legte zum einen der Forschungsstand nahe, wonach Erziehungshilfen frühestens nach einem Jahr eine erste Wirkung entfalten (Nüsken & Böttcher 2018), aber auch die durchschnittliche Koordinierungsdauer der Fälle, die bislang wegen Stabilisierung beendet wurden, die bei 13,5 Monaten liegt.

[13] Jugendamt als Leistungsträger, freier Träger als Leistungserbringer, Leistungsberechtigte (junger Mensch/Eltern).

Weil unser Ziel war, möglichst viele verschiedene Perspektiven aus den verschiedenen methodischen Zugängen auf einen Fallverlauf zu bündeln und sich das Zustandekommen von Interviews mit den jungen Menschen am schwierigsten erwies, war unser Auswahlkriterium im weiteren Verlauf des Forschungsprozesses bzgl. der Auswahl der beobachteten Team-auf-Zeit-Sitzungen insbesondere auch, ob in diesem Fall bereits ein Interview mit dem jungen Menschen zustande gekommen oder zugesagt worden ist.

1.2.5. Gütekriterien

Evaluationsforschung ist angewandte Sozialforschung und für die Evaluation des Modellprojekts „Koordinierungsstelle“ sind die Gütekriterien der qualitativen sozialwissenschaftlichen Forschung maßgeblich.[14] Diese sind zwar an den Gütekriterien der quantitativen Forschung (Objektivität, Reliabilität, Validität) orientiert, aber für die qualitative Forschung anzupassen (vgl. Flick 2006, Groenemeyer & Schmidt 2018, Kardoff & Schönberger 2020, Mayring 2018).[15] Zentrales Gütekriterium ist hier die Gegenstandsangemessenheit des Vorgehens. Dies sehen wir zum einen durch das dialogische Vorgehen[16] im engen Austausch mit den Koordinatorinnen im Rahmen einer kommunikativen Validierungsstrategie und durch die vorgenommene Methodentriangulation (Interviews, teilnehmende Beobachtung, Aktenanalyse, statistische Auswertung Berichtswesen) gewährleistet. Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit unseres Forschungsprozesses und der in ihm gewonnen Ergebnisse wird durch die Dokumentation der Verfahrensweise (hier: insbesondere im umfangreichen Anhang zu diesem Bericht) und die methodische Regelgeleitetheit der Erhebung (hier: theoretisches Sampling, leitfadengestützte, problemzentrierte Interviews) und der Auswertung des Materials (hier: qualitative und quantitative Inhaltsanalyse) erreicht. Die Zuverlässigkeit unserer Ergebnisse wird durch den systematischen Abgleich der Perspektiven mehrerer Forschender sowohl in der Datenerhebung als auch in der Datenauswertung erhöht. Die Interpretation der Daten wird argumentativ unter Bezugnahme auf den Stand der Fachdiskussion und die Theorie der Lebensweltorientierung (Thiersch 2014, 2015) abgesichert.

[14] Zudem sind für uns die Standards der Gesellschaft für Evaluation (2016) maßgeblich, die explizit auch qualitative Zugänge einbezieht, vgl. https://www.degeval.org/degeval-standards/kurzfassung/ [letzter Zugriff am 21.02.2022].

[15] Mayring (2018) nennt folgende qualitative Gütekriterien: 1.) Verfahrensdokumentation; 2.) Interpretationsabsicherung mit Argumenten; 3.) Regelgeleitetheit 4.) Nähe zum Gegenstand, 5.) kommunikative Validierung, 6.) Triangulation.

[16] Die Partizipation der „Beforschten“ (hier insbesondere die Fachkräfte der Koordinierungsstelle) spielt auch in der Evaluationsforschung eine zunehmend wichtige Rolle, vgl. Gerull 2014.

2. Die Intervention der Koordinierungsstelle

Um hochriskant agierende junge Menschen mit komplexen Hilfebedarfen besser zu versorgen, haben sich in den letzten Jahren zwei „Trends“ auf dem „Markt“ der Kinder- und Jugendhilfe herausgebildet: Ein fachlich kontrovers diskutierter Boom an offenen oder (fakultativ) freiheitsentziehenden „Intensivangeboten“ und ein Trend zu anforderungsarmen, niedrigschwelligen Angeboten, die eine Wohnmöglichkeit mit der Absicherung von Grundbedürfnissen und einem nicht verpflichtenden Kontaktangebot zu sozialpädagogischen Fachkräften kombinieren (vgl. Baumann 2019). Aber auch in diesen Angebotsformen kommt es zu Abbrüchen, wenn sie von den jungen Menschen nicht als „sinnvoll“ erlebt werden und nicht zu ihren individuellen Bedürfnissen, Möglichkeiten und Grenzen passen (vgl. Tornow et al. 2012, Baumann 2019, Schwabe et al. 2013, 2021.

Anstatt die „schwierigen Verläufe“ einseitig den jungen Menschen anzulasten, hat sich in der wissenschaftlichen Fachdiskussion eine Betrachtungsweise durchgesetzt, die von einer „negativen Interaktionsspirale“ zwischen dem jungen Menschen und „dem Hilfesystem, den Bildungsinstitutionen und der Gesellschaft“ ausgeht (Baumann 2019: 7): Die jungen Menschen erleben bereits in ihren Familien oft schwerwiegende belastende Erfahrungen und Brüche, die nicht ausreichend bewältigt werden konnten, verhalten sich dann „störend“ und/oder „auffällig“ und machen – zumeist beginnend mit dem Bildungssystem und dann fortgesetzt im Jugendhilfesystem – Erfahrung des Ausgeschlossenwerdens, worauf sie mit (auto-)aggressivem und noch stärker „störendem“ Verhalten reagieren, was erneut Ausschlüsse und Abbrüche zur Folge hat. Im Zuge dessen werden niedrigschwellige, ambulante Hilfen durch immer höherschwelligere, intensivere, „speziellere“ und damit häufig auch wohnortferne, stationäre Hilfen ersetzt – eine Abfolge, die der sequentiellen Eigenlogik des Hilfesystems folgt, oft aber nicht zu den Möglichkeiten, Grenzen und Bewältigungsmustern der jungen Menschen passt, worauf die jungen Menschen zunehmend mit Wut, Angst oder völliger Resignation reagieren, was sich u. a. in zunehmend „schwerer“ psychiatrischer Symptomatik und Mehrfachdiagnosen äußert. In Verbindung mit den „Delegationsmechanismen“ der freien Träger, sich für die mittlerweile als „schwierig“ markierten jungen Menschen als nicht zuständig zu erklären („passen nicht ins Konzept“) oder sie durch Abbrüche an andere Einrichtungen oder Systeme (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Justiz) „durchreichen“, zieht sich die Spirale „von offen und niedrigschwellig in Richtung Rigidität“ und Unfreiwilligkeit einerseits immer enger. Zwischenzeitlich leben die Jungen Menschen auf der Straße oder bei „Bekannten“, wo sie vielfältigen Gefahren ausgesetzt sind, und werden durch die Jugendhilfe nicht (mehr) erreicht bzw. „fallengelassen“ (Baumann 2019: 12). Es entsteht also eine „Pendelbewegung“ zwischen einer zunehmenden „Verschärfung“ der Maßnahmen und einem „Fallenlassen“ der jungen Menschen. Die Arbeit der Koordinierungsstelle kann als Intervention in die von Baumann (2019) beschriebene „negative Interaktionsspirale“ begriffen werden.

2.1. Fallbeispiel Felix

2.1.1. Jedes stationäre Setting „sprengen“, um wieder zur Mutter zu können

Im Folgenden wird anhand der Rekonstruktion des Koordinierungsverlaufs im Fall „Felix“ die Intervention der Koordinierungsstelle veranschaulicht. Grundlage bilden die Dokumente aus der Fallchronologie, aus dem Berichtswesen, mehrere Interviews mit den Koordinatorinnen, die Einsicht in die Team-auf-Zeit-Protokolle und die Einsicht in die Akte der Koordinierungsstelle, die als „Tagebuch“ bezeichnet wird, sowie die teilnehmende Beobachtung an einer Team-auf-Zeit-Sitzung.

Die „negative Interaktionsspirale“ im Fallbeispiel „Felix“ vor Koordinierungsbeginn

Vorgeschichte: „Felix“ wuchs unter prekären sozioökonomischen Bedingungen auf: Beide Eltern sind zugewandert, keiner von beiden verfügt über einen Ausbildungsabschluss; der Vater ist prekär beschäftigt und hat einen unsicheren Aufenthaltsstatus; zwischenzeitlich war die Familie von Wohnungslosigkeit bedroht. Felix hat eine jüngere Schwester (<2), die mit einer Behinderung geboren wurde und deshalb viel Zuwendung brauchte; nach ihrer Geburt zeigte Felix sich erstmals durch autoaggressives Verhalten auffällig und erhielt einen Integrations-Status in der Kita. Eine SPZ-Untersuchung[17] stellte u. a. eine emotionale Störung des Kindesalters fest, auch im Zusammenhang mit Geschwisterrivalität. Die Mutter leide an wiederkehrenden schweren Depressionen. Felix habe einen „Mangel an Wärme“ erfahren, sowie „Ablehnung durch Bezugspersonen“ (so die psychiatrische MAS-Diagnostik), auch innerfamiliäre Gewalt. Die Mutter hatte zwei Kinder verloren, kurz vor und kurz nach der Geburt; Felix entwickelte daraufhin Schuldgefühle (er meinte, durch sein schlechtes Benehmen den Tod der Geschwister verursacht zu haben) und psychose-nahes Erleben (er „sah“ im Dunkeln seinen toten Bruder, was ihm große Angst machte). Eine ambulante Psychotherapie wurde durch die Eltern vorzeitig beendetet. Felix wurde dann erstmals mit sechs Jahren stationär-psychiatrisch wegen Suizidalität im Kontext der hochstrittigen elterlichen Trennung behandelt. Mit 10 Jahren wurde er als „nicht regelbeschulbar“ und „erzieherisch nicht beeinflussbar durch die Eltern“ eingestuft (Fallchronologie); es erfolgte die Zuordnung zum §35a SGB VIII. Seine Intelligenz ist durchschnittlich. Der KJPD empfahl eine Tagesgruppe mit integrierter Beschulung; stattdessen wurde Felix mit 11 Jahren erstmals stationär in einem Kinderheim außerhalb Berlins untergebracht (erste Hilfe zur Erziehung), worauf er mit „Verweigerung“, (auto-)aggressivem Verhalten und Weglaufen zur Mutter reagierte. Auch war er seitdem mehrfach erst ambulant und dann stationär-psychiatrisch behandelt worden, auch auf der geschlossenen Station. In den Phasen zwischen den Abbrüchen, in denen er immer bei seiner Mutter unterkam, hielt er sich zunehmend in Berliner Parks auf, geriet dort in gefährliche Situationen (vermutlich schwere Gewalterfahrung, die Polizei ermittelt) und zeigte zunehmend delinquentes Verhalten.

Bei **Fallanfrage** wurde Felix als Intensivtäter geführt. Da war er 12 Jahre alt. Er hielt sich beim Vater auf, war ohne Beschulung. Innerhalb von maximal 1,5 Jahren war es zu sechs Abbrüchen von stationären Hilfen zur Erziehung gekommen. Als Anlässe hierfür werden auto- und fremdaggressives Verhalten, Weglaufen (zur Mutter) und später auch Substanzkonsum von Felix genannt. In der letzten Einrichtung kam es täglich zu schwerwiegenden Vorfällen (u. a. körperlicher Übergriffe auf Mitarbeitende, Mitbewohner*innen und auch Tiere). Der KJPD empfahl daraufhin dringend eine Freiheitsentziehende Unterbringung erst in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und dann in einer pädagogischen Einrichtung, explizit auch gegen Felix Willen, um dem „Sog einer dissozialen Entwicklung entgegenzuwirken“. Die Eltern hatten bereits mit Unterstützung des Jugendamts einen entsprechenden Antrag auf Freiheitsentziehende Unterbringung nach §1631b BGB gestellt, dem im weiteren Verlauf stattgegeben wurde. Letzte psychiatrische Diagnose vor Fallanfrage: Reaktive Bindungsstörung mit Enthemmung, Verdacht der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Dieser Verlauf ist paradigmatisch für die von Baumann herausgestellte negative, sich immer enger ziehende Interaktionsspirale zwischen dem jungen Menschen, dem Bildungssystem, dem Hilfesystem und der Gesellschaft (Baumann 2019), die im Fall von Felix mit dem Aufwachsen unter sozial benachteilig-

[17] Sozialpädiatrisches Zentrum.

ten Bedingungen und dem „Auffälligwerden“ in der Kita beginnt und in die Einstufung als „nicht regelbeschulbar“, in freiheitsentziehender psychiatrischer Unterbringung und Antrag auf freiheitsentziehende Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie im Intensivtäterstatus mündet. Felix reagierte auf die installierten Hilfen zur Erziehung mit immer schwereren „Vorfällen“ (zuletzt täglich Gewaltvorfälle gegenüber Menschen und auch Tieren), woraufhin sich die Spirale noch enger zog, durchbrochen von Phasen ganz ohne (Erziehungs-)Hilfe, in denen Felix sich viel in Berliner Parks aufhielt, wo er psychotrope Substanzen konsumierte und vermutlich selbst Opfer einer schweren Gewaltstraftat wurde.

Worin besteht nun die Intervention der Koordinierungsstelle und wie ist der weitere Fallverlauf?

Die Falleingabesitzung: Auftakt für Fallverstehen und Konstituierung des Team-auf-Zeit

Fallanfrage und „erste Schritte auf dem Weg der Zusammenarbeit“[18]: Nachdem Felix’ fallführende Fachkraft des RSD die Koordinierungsstelle angefragt hatte und die Entscheidung für die Zusammenarbeit getroffen wurde, fand zeitnah ein Treffen mit den fallbeteiligten Fachkräften beim Jugendamt statt und das Jugendamt führte in den Fall ein. Die Koordinierungsstelle arbeitete die Vorgeschichte des Falls auf und erstellte – basierend auf den Akten des Jugendamtes – die Fallchronologie. In persönlichen Gesprächen mit Felix und seinen Eltern wurde eruiert, welche Hilfearrangements in der Vergangenheit gut gelaufen waren und welche Wünsche und Vorstellungen sie in Bezug auf das zu entwickelnde Arrangement hatten. Mit dieser Grundlage führten sie die subjektlogische Diagnostik durch und formulieren erste Hypothesen zum Fallverstehen.

An der **Falleingabesitzung** nehmen neben dem Fallverbund als festem Beratungsgremium, die fallführende Fachkraft des RSD und – in der Regel – auch die Gruppen und/oder Regionalleitung des jeweiligen RSD teil. Im Fall von Felix kamen als weitere fallbeteiligte Fachkräfte seine zuständige Fachkraft vom KJPD hinzu sowie der Kindernotdienst, wo Felix immer wieder zwischen den Abbrüchen untergekommen war, wenn es mit seiner Mutter eskalierte. In der letzten Stunde kamen auch Felix und seine Eltern dazu.

Hypothesen zum Fallverstehen: Felix „sprenge“ jedes „normale“ stationäre Jugendhilfesetting, um wieder zu seiner Mutter zu können. Sich auf eine stationäre Hilfe einzulassen könnte aus Sicht von Felix gleichbedeutend damit sein, seinen Kampf um die Zuwendung und Fürsorge der Mutter (auch in Rivalität mit der Schwester) und damit ein zentrales Bewältigungsmuster seiner frühen Verlassenheitserfahrungen aufzugeben zu müssen. Die Mutter war zwar physisch immer da, konnte ihm aber auch im Zusammenhang mit ihrer Depression nicht die Zuwendung geben, die er gebraucht hätte, auch habe sie ihn phasenweise sehr abgelehnt.

Wünsche junger Mensch: Felix hatte in den Vorgesprächen klar geäußert, dass er keine freiheitsentziehende Maßnahme will und bei der Mutter leben möchte. Die Mutter lehnte dies aufgrund der Eskalationen mit Felix allerdings zunächst ab (er hatte sie u. a. mit einem Messer bedroht).

Settingideen Fallverbund: Der Fallverbund griff die Empfehlung der freiheitsentziehenden Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe dennoch auf; der Antrag war bereits vor der Fallanfrage gestellt worden und es war vom Gericht signalisiert worden, dass ihm stattgegeben wird. Als Übergangssetting empfahl der Fallverbund ein ambulantes Erziehungshilfesetting in enger Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, bei dem zugleich die Hoffnung bestand, es könnte sich als ausreichend tragfähige Alternative zur freiheitsentziehenden Unterbringung erweisen („prozesshafte Umsetzung“). Felix sollte als erstes vier Einzelfallhelfer*innen an die Seite gestellt bekommen, die themengebunden mit ihm eine Tagesstruktur erarbeiten, unter Berücksichtigung seiner Wünsche und Interessen (u. a. Angeln). Auch sollte ein Antigewalttraining erfolgen, bestenfalls über eine*n Einzelfallhelfer*in im Einzelsetting Wohnen sollte Felix zunächst weiter beim Vater, mit regelmäßigem Kontakt zur Mutter. Die Kindeseltern sollten „motiviert“ werden, mit der Kinder- und Jugendhilfe zu kooperieren, bspw. im Rahmen einer Erziehungs- und Familienberatung und/oder eines muttersprachlichen Elterncoachings.

[18] Diese treffende Formulierung stammt von den Koordinator*innen.

Zur Krisenintervention sollte Felix in die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen werden. Eine weitere psychiatrische Diagnostik und ggf. medikamentöse Einstellung sollte stationär oder ambulant durchgeführt werden und, falls notwendig, sollte eine Entgiftung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stattfinden.

Einbezug Adressat*innen: Felix und seine Eltern kamen zum Ende der Falleingabesitzung dazu. Sie waren einverstanden, es vorerst mit diesem ambulanten Hilfearrangement zu probieren.

Konstituierung des Team-auf-Zeit: Abschließend konstituierte sich das Team-auf-Zeit, an dem neben der fallführenden Fachkraft des RSD auch der KJPD teilnahm. Im Verlauf kamen die Einzelfallhelfer hinzu, sowie die Jugendgerichtshilfe. Auch Felix und seine Mutter nahmen regelmäßig teil.

Mit den bisherigen Interventionen der Koordinierungsstelle wurden bereits einige „Meilensteine" erreicht: Es konnte wieder ein Zugang zum jungen Menschen gefunden und (zunächst als Übergang) ein Setting entwickelt werden, welches sich deutlich von den bisherigen stationären Gruppensettings unterschied und für Felix und seine Eltern annehmbar war. Ausschlaggebend ist hierfür die Verwirklichung der Gelingensfaktoren. Die Adressat*innen wurden beteiligt und konnten auf den Prozess der Settingentwicklung Einfluss nehmen; das entwickelte Setting war am Willen von Felix orientiert und berücksichtigte die Vorstellungen der Eltern. Basierend auf der Fallchronologie, die das bisherige Scheitern aller stationären Gruppen-Settings deutlich gemacht hatte, und mit der Methode der subjektlogischen Diagnostik wurde ein vertieftes Fallverstehen erarbeitet, auf dessen Grundlage ein (Übergangs-)Setting entwickelt wurde, das „kompatibel" mit Felix' bisherigem Bewältigungs- und Entlassungsmuster ist (Kampf gegen Hilfesystem, das ihn von Mutter trennt, um deren Liebe er unermüdlich kämpfen muss). Der Einbezug des Familiendynamiken erfolgte damit im Zusammenhang mit dem Fallverstehen, zudem wurde das Familiensystem auch unmittelbar in die Settingentwicklung und Umsetzung einbezogen. Das ambulante Setting „Einzelfallhilfe" erfordert schließlich angesichts des hohen Eskalationsgrades des bisherigen Fallverlaufs und der dringlichen Empfehlung einer zeitnahen freiheitsentziehende Unterbringung sowohl in der Psychiatrie als auch in der Kinder- und Jugendhilfe von der weiterhin in der Verantwortung bleibenden fallführenden Fachkraft des RSD eine gewisse Risikobereitschaft. Dieses Wagnis wird durch die enge Kooperation mit dem System der Kinder- und Jugendpsychiatrie über den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst erleichtert: Fachkräfte des KJPD sind zum einen Teil des festen Beratungsgremiums des Fallverbunds. Im Fall von Felix nahm zudem die für ihn zuständige Fachkraft des KJPD sowohl an der Falleingabesitzung wie auch an der des Team-auf-Zeit teil. Schließlich sollte das Setting durch weitere psychiatrische Diagnostik und ggf. Behandlung sowie die Möglichkeit einer kurzfristigen Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie flankiert werden.

2.1.2. Stabilisierung und Settinganpassungen im Prozess

Der weitere Verlauf im Fall „Felix" zeigt exemplarisch, dass es mit einer einmaligen Fallberatung in der Falleingabesitzung in der Regel nicht getan ist. Vielmehr wird im Team-auf-Zeit mit den Einzelfallhelfern ein erster, für den jungen Menschen annehmbarer „Versorgungsbaustein" eingeführt und das Setting im Verlauf partizipativ und fallverstehensbasiert durch weitere Hilfeelemente flankiert und flexibel angepasst.

Stabilisierung und Settinganpassungen im Prozess: Das Team-auf-Zeit

Im Fall von Felix konnten mehrere **Einzelfallhelfer** gefunden werden, die, Felix' Wünschen entsprechend, jung und männlich waren; einer von ihnen konnte angeln, einer hatte eine Ausbildung als Antigewalttrainer. Felix traf sich regelmäßig mit den Einzelfallhelfern und „dockte" gut bei ihnen an. Es kam bereits innerhalb der ersten drei Monate zu einer ersten deutlichen Stabilisierung des Fallverlaufs (keine Vorfälle, keine Strafanzeigen). Mit dem Vater, der oft bis in die Nacht arbeiten musste und bei dem Felix kein eigenes Zimmer hatte, traten zunehmend Konflikten auf und Felix erklärte, nicht mehr bei ihm, sondern bei der Mutter wohnen zu wollen. Die Mutter, die Felix' Stabilisierung wahrnahm, ließ sich darauf ein, Felix zu sich zu nehmen (zunächst übergangsweise, während einer längeren Reise, die der Vater geplant hatte). Im Zuge dessen nahm sie auch erstmals eine Sozialpädagogische Familienhilfe an, mit der sie sehr gut zusammenarbeitete, wozu aus Sicht der Koordinatorinnen auch die transkulturelle Kompetenz der Familienhelferin beitrug.

Zwar kam es wie erwartet wieder zu eskalierenden Konflikten zwischen Felix und seiner Mutter, diese wurden aber nun intensiv durch die Einzelfallhelfer und die Familienhelferin begleitet. Der Antigewalttrainer arbeitete nicht nur mit Felix, sondern auch mit der Mutter, die lernte, Felix Grenzen zu setzen und ihn bspw., wenn er offensichtlich psychotrope Substanzen konsumiert hatte, was das Risiko von Impulsdurchbrüchen bei Felix deutlich erhöhte, nicht in die Wohnung zu lassen. In solchen Krisensituationen telefonierte die Mutter täglich mit der Familienhelferin und dem Antigewalttrainer, die sie dahingehend „coachten", wie sie die Situation deeskalierend bewältigen kann. Felix hatte die Möglichkeit, in dem Bootshaus des Jugendhilfeträgers, an den er über das Angeln angebunden war, zu übernachten, die er aber nicht in Anspruch nahm (stattdessen nutzte er hin und wieder die ihm vertrauten Einrichtungen des Berliner Notdienst Kinderschutz). Im Verlauf wurde das ambulante Setting durch einen Platz in einer Wohngruppe flankiert, den Felix als Auszeitmöglichkeit in eskalierenden Situationen auch eine Zeitlang nutzte.

Dieses Setting mit dem Lebensmittelpunkt bei der Mutter, Einzelfallhilfe und Familienhilfe, zwischenzeitlich flankiert durch den Platz in der Wohngruppe und mit der Zusage der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Felix kurzfristig zur Krisenintervention aufzunehmen, hielt ein gutes Jahr. Es kam zu keinem Abbruch und über ein Jahr lang auch zu keinem weiteren gravierenden Vorfall. Das ist nicht nur im Verhältnis zu den vorherigen 1,5 Jahren mit hochfrequenten Abbrüchen und zunehmend gravierenden Vorfällen eine lange Zeit. Im Zuge dieser Stabilisierung des Fallverlaufs taten sich zudem Entwicklungsräume auf, die Felix für sich nutzte: Er machte einen Angelschein und den dafür notwendigen Schwimmkurs. Und er entwickelte einen Beschulungswunsch. Es konnte eine Einzelbeschulung organsiert werden, die sich jedoch nicht als lange haltbar erwies, weil die Lehrkraft, die sonst mit körperlich eingeschränkten Kindern arbeitete, sich von Felix herausforderndem Verhalten bedroht fühlte.

Weitere Settinganpassungen: Nach einem guten Jahr kam es einmalig zu einem gravierenderen Vorfall, im Zusammenhang mit dem Konsum psychotroper Substanzen, die bei Felix das Risiko für Impulsdurchbrüche erhöhten. Auch wurde im Team-auf-Zeit deutlich, dass Felix' Schwester zunehmend Auffälligkeiten zeigte und die Aufmerksamkeit der Mutter hierdurch zunehmend beansprucht wurde. Zugleich forderte die Mutter zunehmend Unterstützung durch Felix (auch i.S. einer Parentifizierung), indem sie ihm immer wieder sagte, sie könne nicht mehr, was wiederum die Dynamik der Geschwisterrivalität aktivierte und verschärfte. Im Team-auf-Zeit wurde deshalb gemeinsam mit Felix der Übergang in eine wohnortnahe, akzeptanzorientiert arbeitende Wohngruppe geplant, wo er anders als bisher regelmäßig Kontakt mit der Mutter haben konnte, einschließlich Übernachtungen an den Wochenenden. Dass ihm dies sehr wichtig ist, sagte er deutlich in der von uns beobachteten Team-auf-Zeit Sitzung, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stattfand. Dort war Felix anlässlich des Vorfalls zur Entgiftung und zur weiteren Diagnostik freiheitsentziehend untergebracht. Nach zwei anfänglichen „Ausrastern" profitierte Felix nach Einschätzung der Beteiligten von der Behandlung und insbesondere auch von der Tagesstruktur (Vormittags therapeutische Gespräche und Schule, Nachmittags Sport und Freizeit); er wäre gerne noch länger geblieben. In der Wohngruppe, in die er danach aufgenommen wurde, kam es nach einigen Wochen zu einem Abbruch – aber anders als zuvor ohne gravierenden (Gewalt-) Vorfall. Derzeit, nach fast 2 Jahren seit Falleingabe, lebt er vorübergehend in einer niedrigschwelligen, anforderungsarmen Übergangseinrichtung in der Nähe der Wohnung seiner Mutter, wo er sich an die wenigen Regeln gut halten kann. Ob er langfristig noch einmal in eine Wohngruppe oder in ein Einzelsetting zieht, wird derzeit geklärt; beides wäre beim gleichen Träger möglich. Aufgrund der Fallchronologie, die das Scheitern aller bisherigen Gruppensettings verdeutlicht, kann sich der Träger ein Einzelsetting vorstellen, obwohl Felix erst knapp 14 Jahre alt ist (Stand Dezember 2020).

Zentrales Element dieses individuellen, flexiblen Gesamtsettings ist die Einzelfallhilfe, die über die verschiedenen Settinganpassungen hinweg bestehen bleibt, flankiert durch weitere Hilfeelemente wie die Familienhilfe, die Möglichkeit der stationären Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In dem subjektlogisch sinnvollen, ambulanten Setting mit zunehmender Verlagerung des Lebensmittelpunkts zur Mutter trat schnell eine Stabilisierung des Fallverlaufs ein, die eine freiheitsentziehende pädagogische Unterbringung obsolet machte. Felix konnte sich trotz Bindungsstörung gut auf das Angebot der Einzelfallhelfer einlassen und es entwickelte sich eine „standhafte Beziehung". Auch verbesserte sich Felix' Beziehung zu beiden Elternteilen: Die Beziehung zum Vater profitierte von der Entlastung von den Anforderungen des alltäglichen Zusammenlebens und die Mutter zeigte sich zugewandter, was die Koordinatorin u. a. daran festmachte, dass die Mutter Felix gemäß unserer Beobachtung, nach dem Team-auf-Zeit in der Klinik erstmals im Koordinierungsverlauf von sich aus umarmt hatte – das sei sonst immer von Felix ausgegangen.

Die Intervention der Koordinierungsstelle in die negative Interaktionsspirale zwischen dem jungen Menschen und dem (Jugend-)Hilfesystem, die insbesondere auch mit der Steigerung der Anzahl und des Schweregrads an Vorfällen einher ging, ist somit gelungen: Ein individuelles, bedarfsgerechtes Setting wurde entwickelt und umgesetzt, das sich gut 1,5 Jahre als tragfähig erwies. Der Fallverlauf wurde stabilisiert und das Entlassungsmuster wurde über diese „Schleife über die Mutter"[19] vielleicht noch nicht vollständig durchbrochen, aber doch „verflüssigt" oder flexibilisiert. Dies ist ein sehr guter Erfolg.

2.2. Kernelemente und Gelingensfaktoren erfolgreicher Koordinierungsverläufe

Ausgehend vom Fallbeispiel „Felix" werden im Folgenden exemplarisch die Kernelemente individueller und flexibler, bedarfsgerechter Hilfearrangements erläutert, die wir basierend auf den Fallrekonstruktionen und der Analyse der Empfehlungen des Fallverbunds herausgearbeitet haben, sowie die Gelingensfaktoren für die Schaffung solcher Hilfearrangements.

2.2.1. Kernelemente

Erstes Kernelement ist der dauerhafte settingübergreifende Einsatz von Einzelfallhelfer*innen, die die jungen Menschen unabhängig von ihrem Aufenthaltsort und sonstigen Hilfen begleiten und damit Kontinuität in den ansonsten von Brüchen geprägten Biografien herstellen. Die Einzelfallhelfer*innen werden wie auch im Fall von Felix als erster niedrigschwelliger „Versorgungsbaustein" eingeführt, der in der Regel gut von den jungen Menschen angenommen wird. Die jungen Menschen sind nicht verpflichtet, die Einzelfallhelfer*innen zu treffen, sie können selbst die Aktivitäten bestimmen, die sie mit den Einzelfallhelfer*innen unternehmen wollen, sowie das jeweils für sie aushaltbare Maß an Nähe und Distanz in der Beziehung zu den Einzelfallhelfer*innen. Anders als Bezugsbetreuer*innen in einem stationären Setting (Betreutes Einzelwohnen oder Gruppe) stellen die Einzelfallhelfer*innen keine Anforderungen an die jungen Menschen (bspw. bzgl. Regelbefolgung) – es geht (zunächst) primär darum, dass Fachkräfte mit den jungen Menschen in Kontakt treten und kontinuierlich im Kontakt bleiben. Trotz der meist vorhandenen Bindungsstörungen entwickelt sich – wie auch im Fall von Felix – mit der

[19] Formulierung der Koordinatorinnen, gemeint ist ein intensiv durch ambulante Helferinnen flankiertes Setting, das dem Wunsch des jungen Menschen, bei der Mutter/ beim Vater zu leben, trotz erwartbarer Krisen entspricht, in dem Wissen, dass dieses Setting eine Übergangslösung darstellt.

Zeit in nahezu allen Fällen eine tragfähige Beziehung zwischen den jungen Menschen und den Einzelfallhelfer*innen, die ein hohes Maß an fachlicher und menschlicher Kompetenz einbringen: „Die Beziehungsgestaltung mit Kindern und Jugendlichen, die offenbar gegen das System zu kämpfen scheinen und massiv störende, hochriskante Verhaltensweisen zeigen, ist der sensibelste aller Prozesse“ (Baumann 2019: 65).

Zweites Kernelement ist die Ausrichtung der Hilfeplanung auf die Lebenswelt als Ganze, d. h. der junge Mensch wird nicht nur „untergebracht“ (sei es stationär oder ambulant, einzeln oder in Gruppen) sondern es werden – den komplexen Hilfebedarfen entsprechend – individuelle systemübergreifende „Hilfe-Arrangements“ entwickelt, in denen neben dem Wohnen auch weitere Lebensfelder berücksichtigt sind: Selbstfürsorge und Gesundheit, subjektiv sinnvolle Tätigkeiten, die Gestaltung „freier“ Zeit, die Entwicklung und Förderung von Interessen, Bildungs- und Berufsperspektiven, die Gestaltung sozialer Kontakte und Beziehungen (Familie, Freunde, Liebesbeziehungen (einschließlich Sexualität), Helfer*innen), sowie die Bewältigung der Beeinträchtigungen durch die psychischen Störungen im Alltag und durch gezielte Interventionen (z. B. Biographiearbeit, Psychotherapie). Es ist das integrierte Zusammenspiel von Hilfen in der Gesamtheit der Lebenswelt, das gerade in Fällen von komplexen und längerfristigen Hilfebedarfen maßgeblich zur Stabilisierung von Fallverläufen beiträgt (vgl. Walther & Deimel 2017).

Drittes Kernelement ist schließlich das Prinzip der bedarfsgerechten Integration mehrerer Erziehungs-Hilfeelemente (in Absetzung von einem Nacheinander, unverbundenen Neben- oder gar Gegeneinander verschiedener Hilfen): Basierend auf einem individuellen, partizipativen und fallverstehensbasierten Hilfekonzept werden stationäre sowie niedrigschwellige, ambulante Hilfeelemente so kombiniert, dass sie sich gegenseitig flankieren, um einerseits die Haltbarkeit des Settings in Krisensituationen zu gewährleisten und zudem flexible Settinganpassungen im Verlauf zu ermöglichen. Das Ergebnis ist ein auf den individuellen Bedarf zugeschnittenes, flexibles Gesamtarrangement, das in dieser Form oft „einzigartig“ ist, weshalb in 23% der Fälle auch „Unikate“ nach §27/2 SGB VIII Teil der gesetzlichen Grundlagen der Hilfeplanung sind (vgl. Kap. 3). Für dieses Gesamtarrangement sind dauerhaft kombinierte Hilfen erforderlich und in der Regel auch die Kooperation mehrerer freier Träger, da selten ein Träger alle erforderlichen Elemente abdecken kann.

Kernelemente individueller, flexibler Hilfearrangements

- Dauerhafte hilfeformübergreifende Begleitung durch Einzelfallhelfer*innen („Fallbegleiter“)
- Integration von systemübergreifenden Hilfen in verschiedenen Lebensfeldern
- Kombinierte Erziehungshilfen
- trägerübergreifende Kooperation (i.d.R.)

2.2.2. Interdependente Gelingensfaktoren

Für die Entwicklung eines individuellen Hilfearrangements, das von dem jungen Menschen als sinnvoll erlebt wird, und für die Stabilisierung des Fallverlaufs ist es notwendig, die Hintergründe und Muster des Scheiterns der bisherigen Hilfeverläufe sowie den subjektiven Sinn des Handelns des jungen Menschen zu verstehen (Fallverstehen). Hierfür wenden die Koordinatorinnen und der Fallverbund die Methode der subjektlogischen Diagnostik an, die zwischen drei Kategorien des subjektiven „Sinns“ von Eskalationen unterscheidet:

Fallverstehen: Kategorien subjektlogischer Diagnostik (Baumann 2019: Kap. 6)

- Eskalationen, die der Kontrolle von Unsicherheit dienen, die u. a. aufgrund der Schwierigkeit entsteht, Situationen zu „lesen“ (Kategorie A)
- Eskalationen als Kampf gegen das Hilfe- und Helfer*innensystem, welches als Bedrohung der eigenen Autonomie erlebt wird (Kategorie B)
- Eskalationen, die als Rückversicherung verstanden werden können, dass das Helfer*innensystem den jungen Menschen (er-)trägt und nicht (zum wiederholten Male) fallen lassen wird (Kategorie C)

Die von uns rekonstruierten Fälle wurden mit Abstand am häufigsten der Kategorie „B“ zugeordnet, was spezifische Konsequenzen für die Settingentwicklung hat. So gelten Gruppensettings, die auf „allgemein einzuhaltende Regeln“ setzen, in diesen Fällen als ungeeignet (Baumann 2019: 104). Auch sei „Zwang auszuschließen“, da er zu Machtkämpfen führe, die der junge Mensch in der Regel gewinne (ebd.), und wenn er sie verliere, würde dies sein Ohnmachtserleben noch steigern und die damit verbundenen Bewältigungs- und Entlassungsmuster eher verfestigen, als zu ihrer Überwindung beitragen. Im Fall von Felix wurde davon ausgegangen, dass er vermutlich auch ein „geschlossenes“ stationäres Setting sprengen würde, um wieder zur Mutter zu können; die schnelle Stabilisierung im subjektlogisch „sinnvollen“ ambulanten (Einzel-)Setting mit zunehmender Verlagerung des Lebensmittelpunkts zur Mutter machte die pädagogische Freiheitsentziehende Unterbringung obsolet.

Die Hypothesenbildung mit der Methode der subjektlogischen Diagnostik bezieht den Fall als Ganzes ein, also auch die Dynamiken der beteiligten Systeme (sowohl Helfer*innensystem als auch Familiensystem) und zielt darauf, das herausfordernde Verhalten für andere nachvollziehbar und verstehbar zu machen, und damit auch (wieder) einen wertschätzenden und empathischen Zugang zum jungen Menschen zu finden, um so neue Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen (vgl. Baumann 2019: 57). Die Koordinatorinnen nutzen die subjektlogische Diagnostik deshalb auch für die methodische Strukturierung der Entwicklung einer gemeinsam im Team-auf-Zeit getragenen Haltung, denn: nicht selten stellen unvereinbare Haltungen im Helfer*innensystem, die wiederum oft auch „widersprüchliche Paradigmen im Erziehungshilfediskurs“ (vgl. Baumann 2019: 3) widerspiegeln, einen Hemmfaktor für die Schaffung individueller, bedarfsgerechter Hilfen dar.

Der von Maren Peters (2020) herausgestellte Gelingensfaktor des Einbezugs des Familiensystems und der Familiendynamiken ist Teil der subjektlogischen Diagnostik und nicht nur in Fällen essentiell, in denen wie im Fall „Felix“ der Wunsch, wieder bei einem Elternteil zu leben, umgesetzt wird, sondern auch (als Dimension des Fallverstehens) in den Fällen, in denen die jungen Menschen keinen Kontakt zu ihren Eltern wollen, denn: Unverstandene „biographische Inszenierungen“ sind „Kernthema scheiternder Hilfeverläufe, so Baumann (2019: 82). Eine auf das Familiensystem als Ganzes ausgerichtete Betrachtungsweise wurde in allen Fallrekonstruktionen deutlich. Denn in einer ganzen Reihe von Fällen wurde die entscheidende Wende in der Dynamik des Fallverlaufs über Interventionen in das Familiensystem erreicht. Dies gelingt im Koordinierungsverlauf über die aufsuchend arbeitenden Helfer*innen und ihre Rückmeldungen ins Team auf Zeit, aber auch über die unmittelbare Teilnahme von Familiensystemmitgliedern am Team-auf-Zeit. Die (fallverstehensbasiert durch Fachkräfte begleitete) „Schleife über die Mutter“ war auch im Fall von Felix ein wichtiger Schritt, um in das verfestigte „Entlassungsmuster“ (jedes stationäre Setting sprengen, um zur Mutter zu können) zu intervenieren und es zu „verflüssigen“.

Neben dem Fallverstehen ist der zweite wesentliche Grundsatz der Arbeit der Koordinierungsstelle die **Partizipation** der jungen Menschen. „Partizipation bedeutet, an Entscheidungen mitzuwirken und

damit Einfluss auf das Ergebnis nehmen zu können […]. Diese Definition grenzt Partizipation von Formen der Beteiligung ab, bei denen die Meinung der Mitwirkenden keine Auswirkung auf das Ergebnis einer Entscheidung hat oder bei denen nicht sicher ist, dass ihre Meinung in den Entscheidungsprozess einfließt“ (Straßburger & Rieger 2019: 230). Das Recht auf Partizipation ist zwar gesetzlich festgeschrieben (§8 SGB VIII), häufig werden aber in der Praxis nur Vorformen von Partizipation verwirklicht (Informieren und Meinung einholen, ohne echte Mitbestimmungsmöglichkeiten).[20] Das Konzept der Koordinierungsstelle sieht vor, dass sich die Entwicklung der individuellen Hilfen „am Willen der jungen Menschen“ zu orientieren hat (SenBJF 2018: 4); ihre Teilnahme an der Falleingabesitzung und dem Team-auf-Zeit ist ausdrücklich vorgesehen und diese Möglichkeit wird auch von den meisten jungen Menschen genutzt. In den niedrigschwellig gestalteten Vorgesprächen, die, wenn irgend möglich persönlich mit den jungen Menschen geführten werden, bringen die Koordinatorinnen die Vorstellungen und Wünsche der jungen Menschen in Erfahrung und sorgen dafür, dass die Positionen der jungen Menschen in Falleingabesitzung und Team-auf-Zeit „verhandlungsfähig“ werden (vgl. Thiersch, Grunwald & Köngeter 2012). Damit wird eine „ernstzunehmende Ausrichtung an den Zielen und Perspektiven der jungen Menschen“ ermöglicht, welche „in vielen Fällen eine Eskalation des Hilfeverlaufs unterbrechen“ kann – so Baumann (2019: 22f.), unter Bezugnahme auf einschlägige Studien (z. B. Hekele 2014).

Weil junge Menschen mit komplexen Hilfebedarfen vielfach sowohl zwischen den verschiedenen beteiligten Systemen (vgl. Groen & Jörns-Presentati 2018) als auch innerhalb des Systems der Kinder- und Jugendhilfe (Baumann 2019) „verloren“ gehen, ist schließlich ein weiterer zentraler Gelingensfaktor die fallbezogene Kooperation von Fachkräften und Institutionen: Zum einen systemübergreifend (d. h. mit dem Gesundheitssystem und hier insbesondere dem System der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Eingliederungshilfe, dem Bildungssystem und dem Justizsystem [bzgl. jugendstrafrechtlicher und familiengerichtlicher Verfahren]) und zum anderen innerhalb des Systems der Kinder- und Jugendhilfe. Hier ist, neben der Kooperation zwischen Jugendamt als öffentlichem Träger und den freien Trägern, insbesondere die Kooperation zwischen mehreren freien Trägern erforderlich (trägerübergreifende Kooperation). Denn zum einen kann ein Träger allein selten alle notwendigen „Angebotsbausteine“ des jeweiligen individuellen Hilfesettings abdecken; im Fall von Felix haben beispielsweise drei freie Träger kooperiert, um allein die ambulanten Hilfen zu erbringen. Darüberhinausgehend erleichtern es „Fallverbünde“ (Baumann 2019), „Multiteams“[21] (Rätz 2015) oder eben „Trägernetzwerke“, dass die „Kernelemente“ des jeweils erforderlichen individuelle Settings auf „mehrere Schultern verteilt“ umgesetzt werden können und bei Bedarf niedrigschwellig im Verlauf flexibel angepasst werden kann, so dass Abbrüche „verhindert“ werden (SenBJF: 2).[22]

Die partnerschaftliche Zusammenarbeit der Fachkräfte im Team-auf-Zeit soll es schließlich erleichtern, neue Wege zu gehen, und hierfür gemeinsam die Verantwortung zu tragen. Auf diese Weise können auch Hilfearrangements umgesetzt werden, die von den jungen Menschen gewünscht und auch aus

[20] Die Empfehlung, die Partizipation der Adressatinnen in der Hilfeplanung zu verbessern, findet sich durchgehend in einschlägigen Studien, vgl. Ackermann & Robin 2018, Pluto 2007, Rätz 2015, Tornow et al. 2012; zusammenfassend Nüsken & Böttcher 2018.

[21] „Das „Multiteam“ ist ein Verbund aus mehreren Fachkräften, zum Beispiel innerhalb des Trägers oder im Verbund mehrerer Träger. Es hat das Ziel, innerhalb des Hilfesystems eine Matrix zu knüpfen, die es ermöglicht, Ideen für Alternativen zu entwickeln, bevor Kinder und Jugendliche aus den Einrichtungen und Hilfen alternativlos entlassen und/oder weiter in unpassende Hilfen vermittelt zu werden“ (Rätz 2016: 56).

[22] Laut Konzept der Koordinierungsstelle ist der Leitgedanke: „Das Trägernetzwerk … ist so dicht, dass Hilfeabbrüche vermieden werden“ (SenBJF 2018: 2). Als die Koordinierungsstelle ihre Arbeit 2018 aufgenommen hatte, stand ein Netzwerk von 21 freien Trägern der Jugendhilfe bereit, um die Koordinierungsstelle zu unterstützen. Allerdings zeigte sich, dass diese Träger letztlich selten den jungen Menschen, deren Fälle eingebracht wurden, ein stationäres Angebot machten, weshalb die Koordinierungsstelle derzeit ein neues Netzwerk aufbaut.

der Perspektive der subjektlogischen Diagnostik sinnvoll sind, aber von einzelnen Fachkräften möglicherweise als zu „riskant“ erlebt werden, um diese Settings alleine zu verantworten. Dies betrifft z. B. häufig ein Einzelsetting im betreuten Einzelwohnen ohne die Gewährleistung einer 24-Stunden-Betreuung, wie es das stationäre Gruppensetting bietet.

Die Arbeitsstrukturen Falleingabesitzung und Team-auf-Zeit bieten eine sehr gute Grundlage, um die Gelingensfaktoren Fallverstehen, Einbezug des Familiensystems, Partizipation, Kooperation und Risikobereitschaft des Helfersystems zu verwirklichen, und bedarfsgerechte, individuelle Hilfearrangements nicht nur zu entwickeln, sondern auch umzusetzen, um so die Voraussetzungen für eine Stabilisierung der Fallverläufe zu schaffen.

3. Berichtswesen: quantitative Inhaltsanalyse

Im Folgenden liegt der Schwerpunkt auf den Ergebnissen der quantitativ-inhaltsanalytischen Auswertung der Dokumente des Berichtswesens, in deren Interpretation gleichwohl auch die Ergebnisse der Interviews, Beobachtungen und Fallrekonstruktionen einfließen. Die Kategorien des Berichtswesens, entlang derer dieses Kapitel grob unterteilt ist, sind: Die Situation bei Fallanfrage, die Kernelemente der Empfehlungen des Fallverbunds, die häufigsten Wünsche der jungen Menschen und Umsetzungsbeispiele, Gründe für die Nichtumsetzung der Wünsche, die gesetzlichen Grundlagen der umgesetzten Hilfen basierend auf einer „kurzen Beschreibung des/der Settings“ sowie die Umsetzung der Gelingensfaktoren Partizipation und Kooperation. Da es keine festgelegten Zeitpunkte gibt, wann das Berichtswesen ausgefüllt wird (bspw. zu einem bestimmten Stichtagen im Jahr oder zu einem bestimmten Zeitpunkt nach der Falleingabesitzung) beziehen sich die eingetragenen Informationen auf den „Zeitpunkt des Ausfüllens“; es handelt sich also um Momentaufnahmen innerhalb der Koordinierungsverläufe, die gleichwohl für die Evaluation aufschlussreich sind.

3.1. Situation bei Fallanfrage

Die Koordinierungsstelle wird von allen Berliner Jugendämtern angefragt. Die Kinder und Jugendlichen, deren Fälle die Koordinierungsstelle koordiniert, sind bei Fallanfrage überwiegend männlich (62%); ihr Alter liegt größtenteils zwischen 14 und 17 Jahren (63%); der Alters-Median liegt bei 14 Jahren.

3.1.1. Eltern- und Familiensituation

Die jungen Menschen kommen in der Regel aus sozial benachteiligten, armutsbetroffenen Familien, die vielfach von sozialer Teilhabe ausgeschlossen sind. Ihre Lebensgeschichten sind durch kumulierende biografische Risken bzw. Belastungen geprägt, in 34 von 35 Fällen liegen zusätzlich zur sozialen Benachteiligung mindestens 3 der folgenden Belastungen vor (Auswertung basierend auf Fallchronologien und Berichtswesen):

- Vernachlässigung, innerfamiliäre Gewalt (auch körperlicher Misshandlung des Kindes),
- psychisch erkrankter Elternteil (einschließlich Substanzgebrauchsstörungen),
- Abbruch der Beziehung zur Bezugsperson, Tod der Bezugsperson, Inobhutnahme, Fremdunterbringung.

Jede dieser Belastungen kann traumatisch verarbeitet werden: Als „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer & Riedesser 2009: 84). Wichtigster Schutzfaktor vor, während und nach einem belastenden Ereignis sind „stützende Beziehungskonstellationen“ (Weiß & Gahleitner 2020: 18), die den jungen Menschen in ihren Familien und sozialem Umfeld jedoch regelhaft nicht zur Verfügung standen. Es ist deshalb anzunehmen, dass in den meisten Fällen Traumatisierungen vorliegen, und dass die jungen Menschen auch dann, wenn ihre Symptomatik nicht alle Kriterien für eine

Traumafolgestörung erfüllen sollte (eine entsprechend psychiatrische Diagnose liegt nur in 27% der Fälle vor), ein traumasensibles Setting benötigen.[23]

3.1.2. Psychische Merkmale

Im Berichtswesen werden unter „psychische Merkmale" die bei Fallanfrage aktuell diagnostizierten psychischen Störungen vermerkt sowie – wenn vorhanden – weitere Angaben gemäß multiaxialem Diagnoseschema (MAS)[24]. In fast allen Fällen werden mehrere psychiatrische Diagnosen genannt (97%).[25] In 60,6% der Fälle werden „Störungen des Sozialverhaltens" aufgeführt; knapp die Hälfte davon sind „kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen"[26] (27%), dazu gehören auch vielfach hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens und Störungen des Sozialverhaltens mit depressiver Störung.[27] Am zweithäufigsten werden Belastungs- und Traumafolgestörungen einschließlich Entwicklungstraumatisierungen und PTBS (27%) sowie Bindungsstörungen (27%) benannt; es folgt die Diagnose emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (15%), mit – nach Einschätzung der Koordinierungsstelle – steigender Tendenz. Störungen durch psychotrope Substanzen werden nur in 9% der Fälle beschrieben.[28] In allen Fällen werden zudem gemäß multiaxialem Schema „abnorme psychosoziale Umstände" (insbesondere abnorme intrafamiliäre Beziehungen) und eine deutliche Einschränkung des globalen Funktionsniveaus (ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung in allen Lebensbereichen) beschrieben. Angaben zur Intelligenz sind nicht immer vorhanden; nicht selten wird sie als leicht unterdurchschnittlich beschrieben. Nach Einschätzung der Koordinierungsstelle gibt es in vielen Fällen Anzeichen für ein Fetales Alkoholsyndrom (FASD), die abzuklären sind. Im überwiegenden Anteil der Fälle liegt eine Zuordnung gemäß §35a SGB VIII (Eingliederungshilfe) vor.

3.1.3. Schulische Situation

In 85% der Fälle findet bei Fallanfrage trotz Schulpflicht keine Beschulung statt und dies oft schon seit Jahren. Sowohl die Regelschule als auch Förderschulen und Schulprojekte bzw. Schulersatzmaßnahmen, von denen viele im Vorfeld der Koordinierung abgebrochen worden sind, erweisen sich in den koordinierten Fällen als wenig passend und „haltefähig".

[23] So auch die klare Empfehlung von Baumann (2019). Traumatisierungen und ihre Auswirkungen bei Kindern und Jugendlichen werden oft von Fachkräften unterschätzt (Schröder & Schmid 2020: 10).
[24] Das MAS beinhaltet sechs Achsen: I. Psychiatrische Störungen, II. umschriebene Entwicklungsstörungen, III. Intelligenzniveau, IV. körperliche Störungen beim Individuum, V. abnorme psychosoziale Umstände, VI. Globalniveau der psychosozialen Anpassung.
[25] Bezogen auf n=33 Fälle, da in 2 Fällen die Angaben fehlen.
[26] „Diese Gruppe von Störungen ist durch die Kombination von anhaltendem aggressiven, dissozialen oder aufsässigen Verhalten charakterisiert mit offensichtlichen und eindeutigen Symptomen von Depression, Angst oder anderen emotionalen Störungen" (ICD-10).
[27] Hier wirkt sich vermutlich auch der derzeitige deutliche Überhang vom männlichen Nutzern aus, da Jungen mehr als Mädchen zu externalisierendem Verhalten neigen (vgl. Böhnisch 2019). Auch die Altersverteilung wirkt sich aus, bspw. werden Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen häufiger vorkommen, je mehr sich der Altersmedian nach oben verschiebt.
[28] Nach Einschätzung der Koordinierungsstelle konsumiert aber ein Großteil der jungen Menschen, deren Fälle koordiniert werden, psychotrope Substanzen. Allerdings sind die Haltungen im Helfersystem, ab wann dieser Substanzkonsum als „kritisch" einzuschätzen ist, sehr unterschiedlich (Abstinenzorientierung vs. Akzeptanzorientierung), sodass es nur bei einem Teil der Fälle auch zu einer entsprechenden Abklärung und Diagnose kommt.

3.1.4. Abbrüche und aktuelle Hilfen zur Erziehung

Die Hilfeverläufe sind durchgängig durch hohe Abbruchquoten stationärer Hilfen zur Erziehung gekennzeichnet. In 83% der Fälle wurden alle bislang implementierten stationären Hilfe zur Erziehung abgebrochen, deren Anzahl von 1 bis 18 rangiert; in 71% der Fälle wurden drei oder mehr stationäre Hilfen abgebrochen; bei 11% der Fälle besteht gar keine Hilfe zur Erziehung mehr. Der Großteil der bei Fallanfrage (noch) laufenden Hilfe zur Erziehung sind Einzelfallhilfen (51%); diese sind für die jungen Menschen offensichtlich noch am ehesten annehmbar; stationäre Hilfe zur Erziehung (in der Regel Gruppensettings) sind hingegen nur (noch) in 17% der Fälle „installiert".

3.1.5. Aufenthaltsort bei Fallanfrage

Häufigste Aufenthaltsorte sind bei Fallanfrage entweder die Eltern bzw. ein Elternteil (23%) oder eine Kriseneinrichtung (23%). In immerhin 18% der Fälle ist der Aufenthaltsort bei Bekannten, nicht fest oder unbekannt; oder die jungen Menschen halten sich (oft schon länger) in der Psychiatrie (12%), in einem Auslandsprojekt (6%) oder in Haft auf. In 31% der Fälle ist eine freiheitsentziehende pädagogische Unterbringung Teil der Ideensammlung des Fallverbunds; ihre Beantragung war in der Regel bereits im Vorfeld vor Fallanfrage im Zuge des eskalierenden Hilfeverlaufs erfolgt.

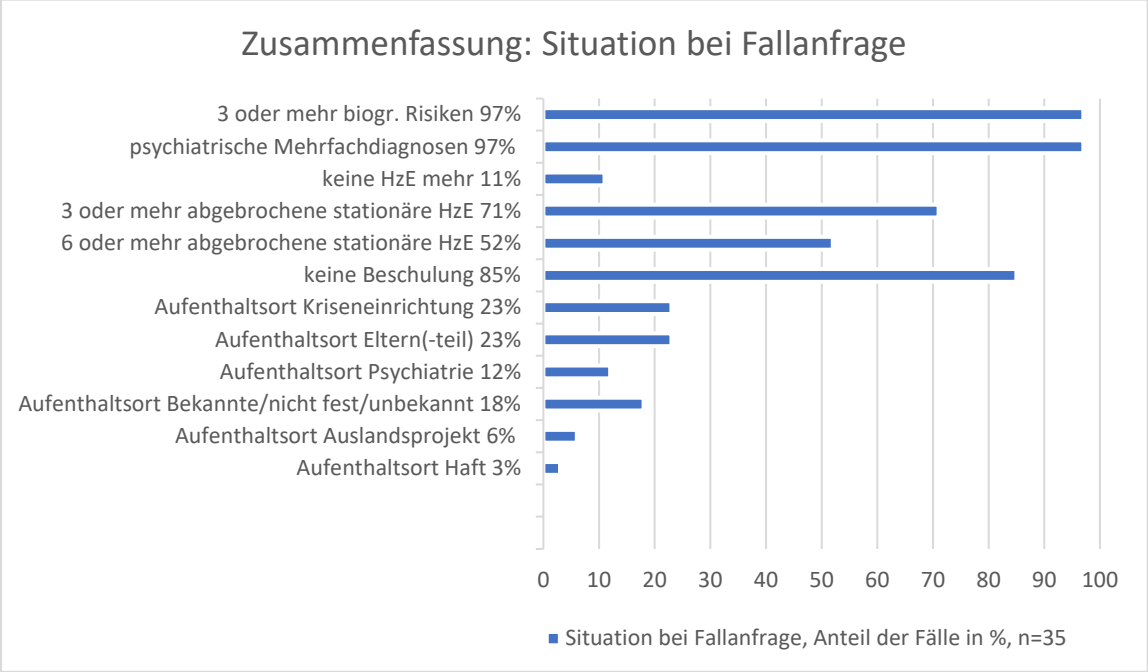
3.1.6. Fazit: Hohe Problembelastung und schwierig(st)e Verläufe

Die Abbruchquote und der Anteil der Fälle mit psychiatrischen Diagnosen liegt in den Fällen der Koordinierungsstelle deutlich über dem Durchschnitt. So wird die Abbruchquote stationärer Erziehungshilfen im Bundesdurchschnitt auf 40-45% geschätzt (Tornow et al. 2012: 15); die Abbruchquote aller bislang implementierten stationären Hilfen zur Erziehung liegt hingegen bei Fallanfrage bei 86%. Mit 97% psychiatrischen Mehrfachdiagnosen liegt der Anteil an Fällen mit psychischen Auffälligkeiten nicht nur weit über dem Bundesdurchschnitt von 16,9% (vgl. Groen & Jörns-Presentati 2018), sondern auch weit über der Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in den stationären Erziehungshilfen bzw. in der Heimerziehung, die auf 60-75% geschätzt wird (vgl. Groen & Jörns-Presentati 2018: 23). Auch die Erfahrung von zwei oder mehr traumatischen Erfahrungen, die nach unserer Einschätzung in 97% der Fälle der Koordinierungsstelle vorliegen, liegt nochmal deutlich über der Schätzung des Anteils von 40-65% der Kinder und Jugendlichen, die in stationären Hilfe zur Erziehung oder Pflegeverhältnissen fremduntergebracht sind (vgl. ebd.).[29] Selbst dann, wenn man die Fallzahlen der Koordinierungsstelle mit denen des „Projekts Grenzgänger" mit ähnlicher Zielgruppe vergleicht[30] (Groen & Jörns-Presentati 2018), liegen die Zahlen der Koordinierungsstelle darüber: So liegt der Anteil an Fällen mit psychiatrischer Diagnose im Projekt Grenzgänger bei 83%, in der Koordinierungsstelle jedoch bei 97%. Der Anteil der Fälle mit mindestens einer abgebrochenen Hilfe zur Erziehung liegt im Projekt Grenzgänger bei 61%, wobei hier sowohl ambulante als auch stationäre Hilfe zur Erziehung mitgezählt werden. Bei der Koordinierungsstelle hingegen liegt allein der Anteil der Fälle, in denen alle implementierten stationären Hilfen zur Erziehung abgebrochen wurden, bei 83%.

[29] Mindestens ein schwerwiegendes Trauma wird bei 73-91,6% aller fremduntergebrachten Kinder- und Jugendlichen angenommen (vgl. Groen & Jörns-Presentati 2018: 23), was auf die Notwendigkeit traumapädagogischer Kompetenz in der Kinder- und Jugendhilfe deutlich macht.

[30] Das Projekt „Grenzgänger" zielt auf eine Verbesserung der fallbezogenen Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe.

Abbildung 1:



Zu der quantitativ darstellbaren weit überdurchschnittlichen „Problembelastung“ und Abbruchquote stationärer Erziehungshilfen kommt das „hochriskante“ Agieren der jungen Menschen hinzu, welches die „Zielgruppe“ mit „auszeichnet“ (vgl. Baumann 2019). „Aggressives“ und „autoaggressives“ Verhalten – dessen Entstehung immer in Wechselwirkung mit dem sozialen Umfeld zu betrachten ist (vgl. Baumann 2019) – wird in den Fallchronologien regelmäßig als Anlass für den Abbruch der stationären Erziehungshilfen angegeben. In den von uns teilnehmend beobachteten Falleingabesitzungen wurde der Fall eines chronisch suizidalen Mädchens vorgestellt, dem der Suizid bereits zweimal fast gelungen war – trotz freiheitsentziehender Unterbringung in der Psychiatrie und Dauerüberwachung, sowie der Fall eines Jungen, der sich und andere durch „zündeln“ gefährdet. Eine Fachkraft des RSD berichtete über einen Fall, der mit Meldungen über das massiv selbstgefährdende Verhalten des jungen Menschen über Wochen den Bereitschaftsdienst des Jugendamtes vollkommen „lahmgelegt“ und „in Ohnmacht gestürzt“ habe: „Oh mein Gott, ein Kind, hochgradig gefährdet und wir können nichts machen!“ (RSD-Fachkraft). Bei den koordinierten Fällen handelt es sich also – auch im Sinne des Gründungsbündnisses der Koordinierungsstelle – um besonders „schwierige“ und für alle Beteiligten massiv belastende Fallverläufe.

3.2. Empfehlungen des Fallverbunds

Aus dem Berichtswesen geht hervor, dass in allen Fällen in der Falleingabesitzung eine Vielzahl von Ideen für individuelle, flexible Settings entwickelt werden.[31] Bei den Empfehlungen handelt es sich in der Regel nicht um ein konsistentes Hilfekonzept, sondern um einen ersten, gleichwohl fallverstehensbasierten „Ideenstrauß“. Es lassen sich folgende Kernelemente benennen, die in so gut wie allen Empfehlungen des Fallverbunds enthalten sind und die den fachlichen Empfehlungen für individuelle, flexible Hilfesettings für diese Zielgruppe (vgl. Baumann 2012, 2019) entsprechen:

[31] Im Berichtswesen dokumentiert unter: Empfehlungen Fallverbund.

Ideensammlung des Fallverbunds: Kernelemente individueller, flexibler Hilfearrangements

1) **Integrierte Hilfen**: Die Empfehlungen beziehen sich immer auf die Lebenswelt und die komlexen Hilfebedarfe der jungen Menschen als Ganze, d. h. sie beinhalten nicht nur Ideen zur Wohnform, sondern auch zu den Lebensfeldern Gesundheit, soziale Kontaktgestaltung (insbesondere auch zur [Herkunfts-]Familie), (formelle) Bildungsangebote und/oder subjektiv sinnvoll erlebte „tagesstrukturierende" Tätigkeiten. Eine nachhaltige Stabilisierung hängt auch vom abgestimmten Zusammenspiel von Interventionen in diesen Bereichen ab; bspw. wird eine erste Stabilisierung, die in einem Einzelsetting erreicht werden konnte, gefährdet, wenn der junge Mensch tagsüber nichts subjektiv Sinnvolles zu tun hat und auch keine Perspektiven für sich entwickelt.
2) Institutions- und settingübergreifende Begleitung durch **Einzelfallhelfer*innen**: Empfohlen wird immer der Einbezug eines Teams von mehreren Einzelfallhelferinnen, die (zur Sicherung der Kontinuität) kooperativ im Team zusammenarbeiten (Co-Team), und die jungen Menschen kontinuierlich, unabhängig davon, wo sie sich aufhalten und welche weiteren Hilfen sonst noch „installiert" sind, begleiten. Dies entspricht dem Konzept des fachlich zur Gewährleistung von Kontinuität trotz Brüchen empfohlenen „institutions- und settingübergreifenden Fallbetreuers" (Baumann 2012: 192). Anders als die Bezugsbetreuer*innen in den stationären Hilfen (Wohngruppen oder Betreutes Einzelwohnen), die zur Alltagsbewältigung zumindest basale Anforderungen an die jungen Menschen stellen (müssen), womit immer ein gewisses Konflikt- und Abbruchrisiko einhergeht, geht es in den Einzelfallhilfen zunächst darum, in Kontakt zu treten und im Kontakt zu bleiben, ohne die Anforderung zu stellen, sich auf eine intensive 1:1 Beziehung einlassen zu müssen. Im Fachjargon wird dies auch „andocken" genannt (vgl. Rätz 2016). Einen Zugang bilden hier Aktivitäten, die die jungen Menschen selbst bestimmen können und an denen sie Interesse und Freude haben (im Fall von Felix das Angeln); von zentraler Bedeutung ist hier in der Regel auch, dass die jungen Menschen selbst das für sie passende Nähe-Distanz-Verhältnis bestimmen können, und dass es keine Verpflichtung gibt, Termine wahrzunehmen.
3) Bedarfsgerechte **Kombination mehrerer (Erziehungs-)Hilfen** zu einem individuellen, flexiblen Hilfearrangement, das die „**Abfederung"/„Flankierung**" des Settings beinhaltet, um erwartbaren Krisen vorbeugen und sie im Eskalationsfall „aktiv" bewältigen zu können, und so Abbrüchen vorzubeugen. Um Räume für Deeskalation und „Durchatmen" für die Fachkräfte zu schaffen, die unmittelbar mit den jungen Menschen arbeiten, werden Auszeitmodelle empfohlen (junger Mensch erhält für begrenzte Zeit einen Platz in einer anderen Einrichtung), aber auch mehr Personal für gegenseitige Entlastung, eine Erhöhung der Fachleistungsstunden, Supervision und Fortbildungen. Die Einrichtungen können so in Eskalationssituationen flexibler handeln, jenseits der Optionen „Aushalten" oder „Entlassung" (vgl. Baumann 2019). Was sich nach Außen als kombinierte Hilfe oder „Mehrfachhilfe" darstellt, letztlich aber ein bedarfsgerechtes Hilfearrangement ist. Am häufigsten findet sich dabei die Kombination einer Einzelfallhilfe nach §30 oder §35 SGB VIII mit einer betreuten Wohnform nach §34 SGBVIII, ergänzt um weitere Hilfen, bspw. bzgl. Gesundheit und Bildung. Solche flexiblen, individuellen Settings mit einem Netzwerk an Trägern im Hintergrund sind sowohl in eskalierenden Situationen „haltefähiger" und sie können auch flexibler im Verlauf an veränderte Bedarfe angepasst werden.
4) **Kooperation mehrerer freier Träger** zur gegenseitigen Unterstützung und um ein tragfähiges, individuelles, an den Wünschen und Bedarfen des jungen Menschen orientiertes Setting umsetzen zu können, da selten ein Träger allein alle notwendigen Hilfeelemente erbringen kann.

3.3. Partizipation und Umsetzung der Wünsche

Partizipation hat im Konzept der Koordinierungsstelle ebenso wie im Selbstverständnis der Koordinatorinnen einen wichtigen Stellenwert. Dabei wird ein Verständnis von Partizipation zugrunde gelegt, das nicht nur Vorstufen von Partizipation wie ein „Informieren" und „Meinung (oder Wünsche) Erfragen" beinhaltet, sondern auch Mitbestimmung (vgl. Straßburger & Rieger 2019). Dies zeigt sich bereits in der Struktur des Berichtswesens, welches nicht nur die Nennung der „Wünsche bei Falleingabe" vorsieht, sondern auch die Angabe, ob diese umgesetzt wurden und wenn nicht, warum.

Aus dem Berichtswesen geht hervor, dass bei einem beachtlich großen Anteil der jungen Menschen (85,7%) eine „Beteiligung möglich war“. Das bedeutet mindestens, dass es den Koordinatorinnen gelungen ist, zu den jungen Menschen persönliche Kontakte aufzubauen und ihre Wünsche und Vorstellungen dazu, wie sie leben möchten (und auch dazu, was sie auf keinen Fall möchten!) in Erfahrung zu bringen und in die Entwicklung und Umsetzung des Settings einzubringen. Eintragungen zu Wünschen gibt es in allen Fällen – mit Ausnahme von P9, deren Aufenthaltsort länger unbekannt war (s.u.). In der Regel nehmen die jungen Menschen nach Angabe der Koordinatorinnen auch an der Falleingabesitzung teil, dies wird aber im Berichtswesen nicht gesondert erhoben. Bei 74% gelang darüber hinaus auch eine kontinuierliche Partizipation im weiteren Hilfeverlauf, in der Regel über die regelmäßige Teilnahme am Team-auf-Zeit, aber auch vermittelt über Fachkräfte, mit denen sie im regelmäßigen Kontakt sind, nämlich insbesondere die Einzelfallhelfer*innen (vgl. hierzu Kap. 5). Die Partizipation der Eltern bzw. der Personensorgeberechtigten (Vormund/Vormundin) war in 69% der Fälle möglich.

Die Hypothese ist naheliegend, dass das Ausmaß an Partizipation im Sinne von Mitbestimmung eine ungefähre Entsprechung im Ausmaß der umgesetzten Wünsche („zum Zeitpunkt des Ausfüllens“ des Berichtswesens) findet.[32] Die Wünsche konnten in 69% der Fälle umgesetzt werden, was als Erfolg der Koordinierung gewertet werden kann. Gleichwohl liegt dieser Wert unter der Partizipationsquote von knapp 86% bzw. 74%. Im Folgenden wird deshalb zunächst genauer auf die häufigsten Wünsche und ihre Umsetzung eingegangen, um danach auf die wichtigsten Umsetzungsbarrieren einzugehen.

3.3.1. Umsetzung der häufigsten Wünsche

Am häufigsten wird als Wunsch aufgeführt, wieder bei den Eltern/einem Elternteil zu leben (10 Fälle, davon umgesetzt 6 Fälle), gefolgt von dem Wunsch, in einem Einzelsetting zu leben (8 Fälle, davon umgesetzt 7 Fälle), und dem Wunsch, in der bisherigen Einrichtung bleiben zu dürfen (8 Fälle, davon umgesetzt 6 Fälle). Im Hinblick auf diese drei häufigsten Wünsche liegt die Umsetzungsquote zusammengenommen bei 73% (19 von 26 Fällen). Die restlichen Wünsche waren keiner dieser Kategorien zuzuordnen (bspw. in Berlin bleiben und Kontakt zur Schwester haben bei P 15).

Wunsch (wieder) bei(m) Eltern(-teil) zu leben

Dass die jungen Menschen am häufigsten den Wunsch nennen, (wieder) bei den/einem Eltern(teil) zu leben, mag angesichts ihrer Vorgeschichte überraschen, und schien bislang auch fachlich angesichts der Schwierigkeiten in den Familiensystemen kaum naheliegend zu sein. Aber gerade auch in scheinbar hoffnungslosen Fällen gibt es Belege für eine positive Wendung, wenn es gelingt, die Eltern wieder in ihrer Elternrolle und Handlungsfähigkeit zu stärken (vgl. Schwabe et al. 2013, Schwabe 2021). Das Setting „Lebensmittelpunkt bei Eltern(-teil)“ erfordert die intensive Arbeit sowohl mit den jungen Menschen als auch mit den Eltern. In fünf von sechs Fällen, in denen dieses Setting umgesetzt wurde, war eine Sozialpädagogische Familienhilfe (§31 SGB VIII) ein Teilelement des Settings, im weiteren Verlauf gekoppelt mit Einzelfallhelfer*innen (basierend auf §30 oder 35 SGB VIII) und teilweise zwischenzeitlich – wie im Fall von Felix – flankiert durch einen Platz in einer Wohngruppe (§34 SGB VIII) als

[32] Partizipation bzw. Mitbestimmung soll dabei nicht auf die Umsetzung der Wünsche der jungen Menschen reduziert werden; ausschlaggebend ist vielmehr die Erfahrung der jungen Menschen im Koordinierungsprozess, dass ihre Positionen *verhandelbar* gemacht werden.

„Auszeit-/Entlastungsmöglichkeit“ für das Familiensystem. In drei Fällen (P2, P35, P31) konnte in einem solchen Setting (vorerst) eine Fremdunterbringung abgewendet bzw. das Familiensystem (vorerst) stabilisiert werden.

In den anderen drei Fällen (P6, 10, 13) lebten die jungen Menschen nach einem hocheskalierten Hilfeverlauf mit vielen Abbrüchen und Vorfällen wieder für eine unterschiedlich lange Zeit bei einem Elternteil (Mutter); im weiteren Verlauf der Koordinierung wurde das Setting dann flexibel angepasst (vgl. Kap. 4). In allen drei Fällen bestand die Hypothese (basierend auf der subjektlogischen Diagnostik), dass die jungen Menschen jedes andere Setting „sprengen“ würden; es galt, ihnen zu ermöglichen, diese „Schleife über die Mutter zu drehen“ (so die Formulierung der Koordinatorinnen); in allen drei Fällen wurde im weiteren Verlauf das Setting dann (unter Einbeziehung der jungen Menschen und des Familiensystems) angepasst (im Fall von P6 Betreutes Einzelwohnen und Einzelfallhelfer*in und bei P10 Betreutes Einzelwohnen mit Einzelfallhelfer*in und Nachtbetreuung), was die jungen Menschen dann auch annehmen konnten.

Umsetzungsbeispiel: Bei Eltern(-teil) leben

„Amadeo“ (P6, Name geändert), bei Fallanfrage 16 Jahre alt, hatte wie Felix die sich immer enger ziehende Spirale mit zunehmenden „Vorfällen“ durchlaufen, bis er für drei Jahre in eine intensivpädagogische Auslandsmaßnahme kam, die für ihn auch wegen der Trennung von der (psychisch erkrankten) Mutter, zu der er eine „enge Bindung“ habe, eine „schreckliche Erfahrung“ gewesen sei. Sein Wunsch, wieder bei der Kindsmutter zu wohnen (jüngere Schwester fremduntergebracht), konnte mit drei Einzelfallhelfer*innen und einer Sozialpädagogischen Familienhilfe umgesetzt werden, was von der Koordinator*in als wichtige Erfahrung für beide nach der langen Trennung angesehen wurde. Trotzdem kam es zu Eskalationen (auch im Zusammenhang mit dem in der Auslandsmaßnahme begonnenen Drogenkonsum). Daher erfolgte eine Überleitung ins Betreute Einzelwohnen; Amadeo habe weiter seine 3 Einzelfallhelfer*innen und regelmäßigen Kontakt zur Mutter, der beiden guttue.

Problem: keine passenden Angebote für die Tagesstruktur. Er machte sehr gute Erfahrung mit Probearbeiten auf einem Biobauernhof, dieser ist jedoch zu weit entfernt (1,5 Stunden Fahrzeit); er arbeitet nun stattdessen mit dem Einzelfallhelfer in dessen (Klein-)Garten.

Wunsch nach einem Einzelsetting: Betreutes Einzelwohnen

Die Zielgruppe der Koordinierungsstelle sind laut Zielgruppenbeschreibungvor allem „Kinder und Jugendliche, die von Gruppensettings als nicht aushaltbar erlebt werden oder ihrerseits Gruppenzusammenhänge nicht aushalten“ (SenBJF o. J.[33]). Dass der Wunsch, in einem Einzelsetting („Betreutes Einzelwohnen“) zu leben, zu den häufigsten zählt, ist deshalb nicht überraschend – wohl aber, dass die Umsetzung dieses Wunsches in fast allen Fällen (7 von 8) gelingt. Denn bei diesen Fällen handelt es sich, wie bei allen anderen Fällen auch, um hocheskalierte Verläufe und ein hohes Ausmaß an „Problembelastung“ (einschließlich psychischer Probleme), weshalb zunächst auch häufig große Vorbehalte bei den beteiligten (RSD-)Fachkräften bestehen, ein solches Setting zu „wagen“. Das Fallbeispiel „Jamila“ zeigt, wie lohnenswert es sein kann, dieses Wagnis einzugehen und welch hohes Maß an Kreativität und Kooperation von Fachkräften und Institutionen erforderlich ist, damit ein solches Setting tatsächlich auch umgesetzt werden kann.

[33] Hierbei handelt es sich um ein das Konzept ergänzendes, nicht datiertes Dokument, das ebenfalls u. a. von Vertreter*innen der Wohlfahrtsverbände der freien Träger der Jugendhilfe, den Jugendämtern und der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie im Rahmen mehrerer Workshops erarbeitet wurde.

„Jamila“: „Ich bin wieder aufgestanden und sehr stark“

„Jamila“ (P18) wurde in einem osteuropäischen Land geboren und ist mit 9 Jahren mit ihrer Familie nach Deutschland gekommen. Es gab mehrere Inobhutnahmen wegen Vernachlässigung und körperlicher Misshandlung durch die Mutter (gesichert). Jamila hielt sich häufig im Berliner Notdienst Kinderschutz auf, wo sie engen Kontakt zu 2 Betreuern hatte. Mit 11 Jahren habe sie sich erfolgreich gegen eine Verheiratung gewehrt, seitdem Kontaktabbruch zur Mutter, die mit den Geschwistern wieder im Herkunftsland lebt (Eltern getrennt). Sie kam in eine Mädchengruppe; wöchentlich Psychotherapie wegen Impulsdurchbrüchen und Selbstverletzungen (u. a. Ritzen, Verbrühen des Bauches mit heißem Wasser). Bis zur Fallanfrage war es zu 9 Abbrüchen stationärer HzE gekommen und zu zahlreichen Aufenthalten in Krisen- und Noteinrichtungen sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Anlässe für die Abbrüche waren: Impulsdurchbrüche, Selbstverletzung und Regelverstöße. Als sie 13 Jahre alt war, wurde ein Antrag auf eine pädagogische freiheitsentziehende Unterbringung gestellt. Mit 14 Jahren erfolgte jedoch eine Verschleppung ins Ausland durch ihre Familie. Dort musste sie arbeiten (putzen) und wurde misshandelt. Sie schaffte es nach einem Jahr, wieder nach Deutschland zurückzukehren und kam im Berliner Notdienst Kinderschutz unter. Dann lebte sie in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft und 2 Einzelfallhelfer*innen wurden unabhängig vom Aufenthaltsort eingesetzt. Im weiteren Verlauf erfolgten freiheitsentziehende Unterbringungen in Kliniken. Sie pendelte mit 16 Jahren zwischen stationärer Unterbringung und Freund. Strafanzeigen u. a. wegen Körperverletzung; Antigewalttraining wurde von ihr als positiv erlebt. **Psychiatrische Diagnosen**: u. a. PTBS, Bindungsstörung, zuletzt: bipolare Störung mit halluzinatorischem Erleben in Phasen manischer Überagitiertheit. Jamilas IQ liege im niedrigen Bereich, aber sie habe eine „hohe Alltagsintelligenz“ (Fallchronologie).

Bei **Fallanfrage** war Jamila bereits 17 Jahre alt und hielt sich in einer Kriseneinrichtung auf. Sie hatte den Wunsch, ihre Einzelfallhelfer*innen zu behalten und in einem Einzelsetting zu leben, ohne gänzlich allein zu sein, weil sie manchmal nachts Angst habe. Auch wollte sie wieder ihr Schulprojekt besuchen.

Hypothesen: Jamilas Bewältigungsansatz ihrer traumatischen Erfahrungen mit ihrer Familie besteht darin, den Kontakt zur Familie vollständig abzubrechen: „Ich bin alleine und kann es alleine schaffen“. Hierzu passt auch gut ihre Äußerung im Interview: „Ich bin immer wieder aufgestanden; ich bin stark“. Sie ist durch Fachkräfte gut erreichbar (u. a. Vormund, Einzelfallhelfer*innen), wenn sie selbst Nähe und Distanz bestimmen und kontrollieren kann.

Ideensammlung Fallverbund: Weil Jamila im Kontakt mit Gleichaltrigen oft frustriert sei, weil sie nicht „mitkomme“, und die „familiäre Atmosphäre“ in Wohngruppen (Sofa, Tischdecke) sie an ihre traumatischen Erfahrungen mit ihrer Familie erinnere, seien Gruppensettings ungeeignet. Im Interview berichtete sie uns zudem von Gewalt, die sie im Heim durch andere Jugendliche erfahren habe. Ihr Fazit: „Es ist gefährlich, wenn man im Heim lebt“. Zugleich habe sie ein großes Bedürfnis nach Zuwendung, Geborgenheit, Zuhause. Empfohlen wird: Betreutes Einzelwohnen mit individualpädagogischem Setting; das System der Einzelfallhelfer*innen bleibt bestehen, ggf. mit erhöhter Stundenzahl; psychologische Betreuung und Beratung Jamilas sowie der betreuenden Pädagoginnen, regelmäßige Medikamenteneinnahme (ggf. ambulanter Pflegedienst), Schulprojekt. Langfristig: Biographiearbeit, Überleitung in Eingliederungshilfe Erwachsene.

Prozesshafte Umsetzung im Team-auf-Zeit: Alle Ideen des Fallverbunds konnten in diesem Fall aufgrund hervorragender Kooperation zwischen allen Beteiligten umgesetzt werden. Es konnte Betreutes Einzelwohnen mit intensiver sozialpädagogischer Einzelbetreuung (§§34 und 35 SGB VIII) als „Unikat“ (Einzelvereinbarung gemäß §27/2 SGB VIII) über einen Träger des Fallverbundes umgesetzt werden, der die Umnutzung einer Wohnung in einem Haus anbot, in dem sich auch mehrere betreute Wohnprojekte und ein Trägerbüro befanden, sodass Jamila, wenn sie sich allein fühlte, Ansprechpartner*innen hatte. Jamilas Freund erhielt ausdrücklich die Erlaubnis, Jamila „ab und zu“ zu besuchen. Ein psychiatrischer Pflegedienst besuchte sie täglich morgens, um die Einnahme der psychiatrischen Medikation zu begleiten; nach einiger Zeit nahm Jamila diese selbstständig. Jamila besuchte wieder regelmäßig ihr Schulersatzprojekt. Von dort wechselte sie in ein Projekt, das Berufsorientierung und Sport verbindet, und in eine Werkstatt für behinderte Menschen. Dort gefalle es ihr gut, weil sie hier die Möglichkeit habe, „auch ohne Lesen und Schreiben“ einen Beruf zu erlernen, wie sie im Interview sagte, und weil sie sich zwischendurch ausruhen dürfe.

Seit Koordinierungsbeginn gab es keine besonderen Vorfälle oder psychiatrische Krisen und auch keine Hilfeabbrüche mehr. Der Fall ist mittlerweile wegen Stabilisierung beendet (Koordinierungsdauer: 16 Monate) und soll nun in die Eingliederungshilfe (für Erwachsene) übergeleitet werden. Sorgen bereitet Jamila ihr geringes Einkommen sowie ihr unsicherer Aufenthaltsstatus („Duldung“).

Auf die Frage, ob es etwas gibt, das sie in ihrem Leben ändern möchte, antwortet Jamila im Interview: „Ja, ich wollte eigentlich mit Mädchen arbeiten, weil ich auch viel durchgemacht habe und wieder aufgestanden bin und sehr stark bin. Ich finde das manchmal unglaublich, dass ich noch lebe“ (Interview JM_1: S. 5: Z. 24-27).

Wunsch: In der Einrichtung bleiben

Der Wunsch, in der aktuellen stationären Einrichtung mit Gruppensetting bleiben zu können (oder wie im Fall von P19 in ein anderes Gruppensetting zu wechseln[34]) wird im Berichtswesen ebenso häufig aufgeführt wie der Wunsch „Einzelsetting/BEW“. In diesen Fällen war es ebenfalls im Vorfeld zu häufigen Abbrüchen gekommen Bei den Einrichtungen, in denen die jungen Menschen bleiben wollten, und in denen dieser Wunsch auch (vorerst) umgesetzt werden konnte, handelte sich um eine Kriseneinrichtung (P7), eine Betreuungsstelle (P34), eine Wohngruppe mit betreuungsfreien Zeiten (P29), eine niedrigschwellige Einrichtung mit einem nächtlichen Sicherheitsdienst (Pförtner) und Flurüberwachung mit Kameras (P27), und in einem Fall (Marvin, P20) um eine „Regelgruppe“. Die Umsetzung gelang über die Einführung von Einzelfallhelfer*innen und über die „Abfederung“ des Settings, bspw. durch Auszeitmodelle, d. h. in Krisensituationen kann der junge Mensch vorübergehend in einer anderen Einrichtung betreut werden. Wichtig war zudem die Arbeit an Fallverstehen und Haltungen. Dies gelang zum einen über die Teilnahme der Bezugsbetreuerinnen der Wohngruppen am Team-auf-Zeit sowie über die Organisation von Fortbildungen für das gesamte Wohngruppenteam. Gesetzliche Grundlage war immer der §34 SGB VIII, gekoppelt mit mehreren weiteren Hilfeelementen: In zwei Fällen eine intensive sozialpädagogischen Einzelbetreuung nach § 35 SGB VIII (also 1:1 Betreuung innerhalb einer Gruppe), und in zwei Fällen gekoppelt mit Erziehungsbeistand/Betreuungshilfe §30 SGB VIII, ergänzt um Jugendsozialarbeit oder Unikate/Modellprojekte.

Umsetzungsbeispiele für den Wunsch „in der Einrichtung bleiben“

„Marvin“ (P20) hatte früh schwere Misshandlungen erlitten, neurologische Befunde (Hirnläsionen) legen bereits frühe, perinatale Schädigungen nahe („Schütteltrauma“). Die psychiatrische Diagnose lautet hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens. Marvin wird dementsprechend mit MPH (Methylphenidat) behandelt; er zeigt „motorische Tics“, die möglicherweise hierdurch ausgelöst werden. Er zeigt in Stresssituationen aggressives, auch körperlich übergriffiges Verhalten, an das er sich danach nicht erinnern kann. Dies wurde vom Wohngruppenteam als „Ausrede“ betrachtet; Marvin wolle sich so den Konsequenzen für sein Verhalten entziehen. Nach mehrmaligen Verwarnungen sollte er deshalb wegen massiver Regelverletzungen entlassen werden. Marvin wollte aber gerne bleiben. Zudem wünschte er sich mehr Kontakt zu seiner Oma zu haben. Die Koordinatorinnen vermuteten eine Entwicklungstraumatisierung als Hintergrund der Schwierigkeiten von Marvin. Dies würde bedeuten, dass er sich tatsächlich nicht an die aggressiven „Szenen“ erinnern kann, wenn diese im Zuge einer Dissoziation erfolgen. Sie organisierten eine traumapädagogische Fortbildung für das Team, woraufhin die stressauslösenden Situationen (bspw. bei Kontakt mit den Eltern) besser erkannt, vorbereitet und bewältigt werden konnten Auch wurde deutlich, dass Marvin im Alltag immer alles gut erklärt werden muss, was gerade passiert, da er Schwierigkeiten hat, auch alltägliche Situationen zu „lesen“. Die Stunden der bereits bestehenden Einzelfallhilfe wurden erhöht und es wurde empfohlen, das Wohngruppenteam personell für „kritische Tageszeiten“ zu unterstützen sowie eine zweite stationäre Hilfe für eine Auszeitregelung zu buchen. Dies wurde zum Zeitpunkt des Ausfüllens der Dokumentation für das Berichtswesen noch beim Jugendamt „diskutiert“.

[34] Eine Ausnahme bildet P19; hier war es erstmalig zu einem Abbruch einer stationären HzE gekommen (Regelgruppe); der junge Mensch war bei Fallanfrage 11 Jahre alt; sein Wunsch, in eine kleinere (Regel-)Gruppe zu wechseln, konnte umgesetzt werden.

Marvin wurde regelmäßig zur Oma beurlaubt und es wurde empfohlen, Elternkontakte zu begleiten und gut vor- und nachzubereiten.
„Kai“ (P23), bei Fallanfrage 12 Jahre alt, wuchs in einer Familie mit innerfamiliärer Gewalt auf; die Eltern leben mittlerweile getrennt. Seine Mutter verhalte sich ihm gegenüber kühl, distanziert und zurückweisend (Beobachtung Fachkräfte); es wird zudem ein „Mangel an Wärme in Eltern-Kind-Beziehung“ berichtet (nach Multiaxialem Klassifikationsschema des ICD-10); letzte psychiatrische Diagnosen u. a. Substanzgebrauchsstörung und Sozialverhaltensstörung. Seine Geschwister leben weiter bei der Kindsmutter; diese versucht Kontakte zu den jüngeren Geschwistern zu verhindern, u. a. wegen Kais Drogenkonsum. Ein älterer Bruder ist ebenfalls fremduntergebracht. Bei Fallanfrage hat er bereits 12 abgebrochene stationäre Hilfe zur Erziehung hinter sich; Abbrüche erfolgten u. a. wegen körperlicher Übergriffe auf pädagogische Fachkräfte. Hypothese: Auch hier könnte der subjektive Sinn der Eskalationen darin liegen, dass er wieder bei seiner Mutter und den Geschwistern leben und sich nicht in ein Hilfesystem „abschieben“ lassen möchte, das ihm auch nicht die Geborgenheit konstanter, sicherer Orte und Beziehungen gibt, die er braucht. Wegen jugendstrafgerichtlicher Verfahren (Intensivtäterstatus) nimmt auch die zuständige Fachkraft der Jugendgerichtshilfe am Team-auf-Zeit teil. Kai lebte bei Fallanfrage in einer niedrigschwelligen Einrichtung mit betreuungsfreien Zeiten, die aber nachts einen Sicherheitsdienst eingestellt hatte, der mit einer Kamera die Flure der Einrichtung überwachte, um im Notfall bei Eskalationen schnell eingreifen zu können. Nachdem er im Rahmen eines Impulsdurchbruchs u. a. in der Einrichtung eine Tür eingetreten hatte, stand die Entlassung im Raum. Zusätzlich zu den Bezugsbetreuer*innen, mit denen Kai sich über die basalen Anforderungen des Alltagslebens und des Zusammenlebens auseinandersetzt, konnte auch in diesem Fall die Haltefähigkeit des Settings erhöht werden, indem Einzelfallhelfer*innen hinzugezogen wurden, die Kai bereits aus einer Kriseneinrichtung kennt und zu denen er einen „guten Draht“ hatte. Zudem wurde eine Auszeitregelung in dieser Kriseneinrichtung vereinbart. Die Einzelfallhelfer*innen erarbeiten mit Kai eine Tagesstruktur; die Einrichtung sucht mit ihm nach Schulprojekten/Praktika; ein SIBUZ-Antrag[35] bzgl. Beschulung läuft. Die Begleitung durch die Einzelfallhelfer*innen ermöglicht Kontakte zu den jüngeren Geschwistern. Kai nimmt die regelmäßigen Team-auf-Zeit-Treffen gerne wahr (anderen erzähle er stolz, „das ist *mein* Team-auf Zeit“, so die Koordinatorin). Die Mutter wird einbezogen, indem sie auf ihren Wunsch hin im Anschluss immer telefonisch über die Absprachen informiert wird.[36]

Wie diese Beispiele sowie die Erfahrung von Trägern, die niedrigschwellig, akzeptanz- und subjektorientiert arbeiten insgesamt nahelegen, bedarf die in der Zielgruppenbeschreibung der Koordinierungsstelle enthaltene Zuschreibung, dass die jungen Menschen pauschal keine „Gruppenzusammenhänge“ aushalten oder in diesen nicht ausgehalten werden, einer Differenzierung: Es sind wohl weniger die „Gruppenzusammenhänge“ an sich (in selbstgewählten Peergruppen kommen sie oft gut zurecht), die die jungen Menschen nicht „aushalten“, sondern vielmehr (Groß-)Gruppensettings, die auf allgemein einzuhaltende, von außen vorgegebene und wenig flexibel gehandhabte Reglementierungen setzen. Allerdings findet sich in den Fällen, die wegen Stabilisierung abgeschlossen werden konnten (s.u. Kap. 3.4.), weder ein Gruppensetting noch ein Setting mit Lebensmittelpunkt bei einem Elternteil, was die Hypothese nahelegt, dass es eher die Hilfearrangements sind, die auf Einzelsettings setzen, die auf lange Sicht am tragfähigsten sind.

3.3.2. Gründe für Nichtumsetzung der Wünsche

In 11 von 35 Fällen (31%) konnten die Wünsche bis zum „Zeitpunkt des Ausfüllens“ des Berichtswesens nicht umgesetzt werden. Das Berichtswesen differenziert hier zwischen „pädagogischen/persönlichen Gründen“, die primär in der Person des jungen Menschen verortet werden, und „strukturellen Gründen“.

[35] Schulpsychologisches und Inklusionspädagogisches Beratungs- und Unterstützungszentrum.

[36] An einer von Kais Team-auf-Zeit-Sitzungen haben wir beobachtend teilgenommen; nach unserem Eindruck schien er sich wohlzufühlen, die Atmosphäre war zugleich freundlich-zugewandt (es wurde auch gemeinsam gelacht) und auf die (Teil-)Zielumsetzung hin konzentriert. Die drohende Entlassung konnte durch den Austausch im Team-auf-Zeit und die Intensivierung der Unterstützung durch die Einzelfallhelfer*innen abgewendet werden.

Nicht alle Fälle wurden aber einer dieser Kategorien zugeordnet. Deshalb haben wir die Kategorien erweitert (familienbezogene Gründe), und auch die Fälle, die bislang ohne Zuordnung waren, einer der nunmehr drei Kategorien (pädagogische/persönliche Gründe, familienbezogene Gründe, strukturelle Gründe) zugeordnet.

In drei der fünf Fälle, in denen die Wünsche (zunächst) aus pädagogischen/persönlichen Gründen nicht umgesetzt wurden, gelang trotzdem eine kontinuierliche Partizipation; und es konnte in einem Fall eine für den jungen Menschen annehmbare Alternative gefunden werden. Ein Mädchen wurde zunächst nicht beteiligt, da sie zum Zeitpunkt der Fallanfrage und Falleingabe noch nicht wusste, dass sie aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht mehr in ihre Wohngruppe zurückkehren konnte, in der sie 10 Jahre gelebt hatte, und ihr dies von einer vertrauten Person mitgeteilt werden sollte. Der Fall ist mittlerweile trotzdem wegen Stabilisierung beendet, weil das Mädchen während einer Auszeit in einer Erziehungsfachstelle dort so gut „andockte", dass sie sich entschied, dort zu bleiben (die Erzieherin und das Mädchen „haben sich gefunden", so die Koordinatorin). In einem anderen Fall (P5) war die Umsetzung des Wunsches nicht möglich, weil das Mädchen wegen Selbst- und Fremdgefährdung freiheitsentziehend in der Psychiatrie untergebracht war, gleichwohl wurde sie laut Berichtswesen sowohl zu Koordinierungsbeginn als auch im Verlauf beteiligt.[37] Zwei Fälle haben wir familienbezogenen Gründen zugeordnet, d. h. die Kindeseltern bzw. der Elternteil, in dessen Haushalt das Kind zurückkehren wollte, sahen sich nicht in der Lage, ihr Kind zu betreuen; in einem Fall wurden aber regelmäßige Besuche vereinbart.

Der häufigste Nichtumsetzungsgrund liegt mit fünf Fällen in unterschiedlich gelagerten „strukturellen Gründen".[38] Hier wird im Berichtswesen zum einen ein Fall aufgeführt, indem es kein passendes Projekt mit Kapazität gab (P33), und wir haben diesem Grund zusätzlich einen Fall zugeordnet, in dem der Wunsch, bei der Mutter zu leben, aufgrund des Fluchthintergrunds nicht umgesetzt werden konnte (Mutter hielt sich im Ausland auf) (P1). Unter der Kategorie strukturelle Gründe wird zudem im Berichtswesen ein Fall aufgeführt, in dem das Jugendamt, ohne den jungen Menschen zu beteiligen, andere Entscheidungen getroffen hatte und letztlich auch vorzeitig die Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle beendet hatte (P15). Der junge Mensch wollte in Berlin bleiben, seine Einzelfallhilfe behalten und Kontakt zur Schwester haben. Zum Zeitpunkt der Falleingabe hielt er sich in einer pädagogischen freiheitsentziehenden Unterbringung auf. Zur kontinuierlichen Partizipation des jungen Menschen sei das „Jugendamt nicht bereit" gewesen (Berichtswesen). Die Einzelfallhilfe wurde vom Jugendamt gegen die Absprache im Team-auf-Zeit beendet, der junge Mensch in einem anderen Bundesland untergebracht, und die Koordinierung von Seiten des Jugendamtes beendet. Ob Kontaktwunsch zur Schwester umgesetzt wurde, ist unbekannt. Auch die Eltern/Personensorgeberechtigten wurden in diesem Fall gemäß Berichtswesen „nur unzureichend durch das Jugendamt" beteiligt. Zwei weiteren Fällen, die ähnlich gelagert sind aber im Berichtswesen keine Zuordnung (pädagogisch oder strukturell) erhalten hatten (P26, P8), wurde vom Jugendamt eine Auslandsmaßnahme umgesetzt, einmal gegen den Willen des jungen Menschen und einmal ohne weitere Rücksprache im Team-auf-Zeit.

Zusammenfassend ergibt die Analyse des Berichtswesens also als häufigsten Grund für die Nichtumsetzung der Wünsche der jungen Menschen „Alleingänge" des Jugendamts. Dies ist zum einen ein Hinweis auf ungenügende Kooperation im Team-auf-Zeit (weshalb die Koordinierung auch in einem Fall vorzeitig von Seiten der Koordinierungsstelle beendet wurde). Und zum anderen schlägt sich hierin

[37] Auf die Frage, inwieweit Partizipation mit Freiheitsentziehende Unterbringung vereinbar ist, gehen wir in Kap. 4 ein.

[38] Da wir den Wunsch von P22 im BEW zu leben, als umgesetzt gewertet haben (im Berichtswesen fehlte die Angabe), weil ein Einzelsetting umgesetzt werden konnte, ergeben sich folgende Zahlen: 4x wurden die Wünsche aus pädagogischen Gründen nicht umgesetzt, 2x aus familienbezogenen Gründen, und 5x aus strukturellen Gründen.

letztlich die strukturelle Machtasymmetrie (vgl. Urbahn-Stahl 2011, 2018) zwischen den Adressat*innen und Fachkräften der Sozialen Arbeit und die geringe „Beschwerdemacht“ der Adressat*innen (insbesondere gegenüber Behörden bzw. Behördenvertreter*innen) nieder.[39]

3.4. Kooperation: Trägerübergreifend und im Team-auf-Zeit

Sowohl die trägerübergreifende Kooperation als auch eine verlässliche Kooperation der Fachkräfte im Team auf Zeit sind wichtige Gelingensfaktoren für die Entwicklung und Umsetzung individueller, flexibler Hilfen.

Das Konzept der Koordinierungsstelle sieht ein Trägernetzwerk vor, das die eingebrachten Fälle im Rahmen trägerübergreifender Kooperationen übernimmt. Als die Koordinierungsstelle ihre Arbeit aufnahm, bestand ein entsprechendes Netzwerk aus 21 Trägern der freien Jugendhilfe. Jedoch zeigt sich im Verlauf, dass es nur selten dazu kam, dass Träger dieses Netzwerks den jungen Menschen ein stationäres Angebot machten – es hat also nicht so „funktioniert“ wie geplant. Der wichtigste Hemmfaktor war nach Einschätzung der Koordinatorinnen, dass die Träger, Einrichtungen und Fachkräfte ohnehin schon vielfach an den Grenzen ihrer Belastbarkeit arbeiteten und sich nicht in der Lage sahen, zusätzlich noch die Fälle mit besonders schwierigen Verläufen in der Vorgeschichte zu übernehmen. Hinzu seien „Haltungsfragen“ gekommen, wie bspw. unterschiedliche Zugänge zum angemessenen Umgang mit dem herausfordernden Verhalten der jungen Menschen in den Einrichtungen. Das „alte“ Trägernetzwerk wurde deshalb zum Erhebungszeitpunkt nur noch in 14% der Fälle angefragt. Eine trägerübergreifende Kooperation gelang dennoch immerhin in 57% der Fälle; dieser Anteil könnte aber durch ein funktionierendes Trägernetzwerk mit Sicherheit noch erhöht werden.

Empfehlung: Aufbau eines neuen, ausreichend ausgestatteten Netzwerks an freien Trägern, die einen haltenden, akzeptanz- und subjektorientierten Ansatz vertreten und am Fallverstehen sowie an der engen Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und mit anderen Trägern (trägerübergreifende Kooperation) interessiert sind. Die Träger des Netzwerks brauchen hierfür die notwendige „Ausstattung“ an Fachleistungsstunden im Einzelfall, Fachpersonal, Fortbildungen und die notwendige finanzielle Flexibilität bspw. für die Freihaltung von Plätzen trotz Phasen der „Abgängigkeit“ der jungen Menschen, für Auszeitregelungen etc.

Eine „verlässliche Zusammenarbeit im Team-auf-Zeit“ gelingt in einem Großteil der Fälle (74%). Ein Indikator ist hierfür neben den regelmäßig stattfindenden Team-auf-Zeit-Treffen auch die regelmäßige Nutzung des Emailverteilers durch alle Beteiligten (aus Sicht aller interviewten Fachkräfte: Koordinator*innen, RSD-Fachkräfte und EFH), um eine engmaschige Abstimmung des Hilfeplanungsprozess basierend auf dem jeweils aktuellsten Informationsstand unter Beteiigung aller Fachkräfte erreicht werden kann. Hinsichtlich der Frage, was in immerhin 26% der Fälle hinderlich für eine verlässliche Kooperation war, geben die Gründe für die vorzeitige Beendigung der Koordinierung (zwei Fälle von Seiten der Koordinierungsstelle und zwei Fälle von Seiten des Jugendamts) eine erste Orientierung. Aus den Eintragungen zu anderen Kategorien des Berichtswesens erschließen sich insbesondere Haltungsdifferenzen bzgl. der Beteiligung der jungen Menschen aber auch des Team-auf-Zeit an wesentlichen

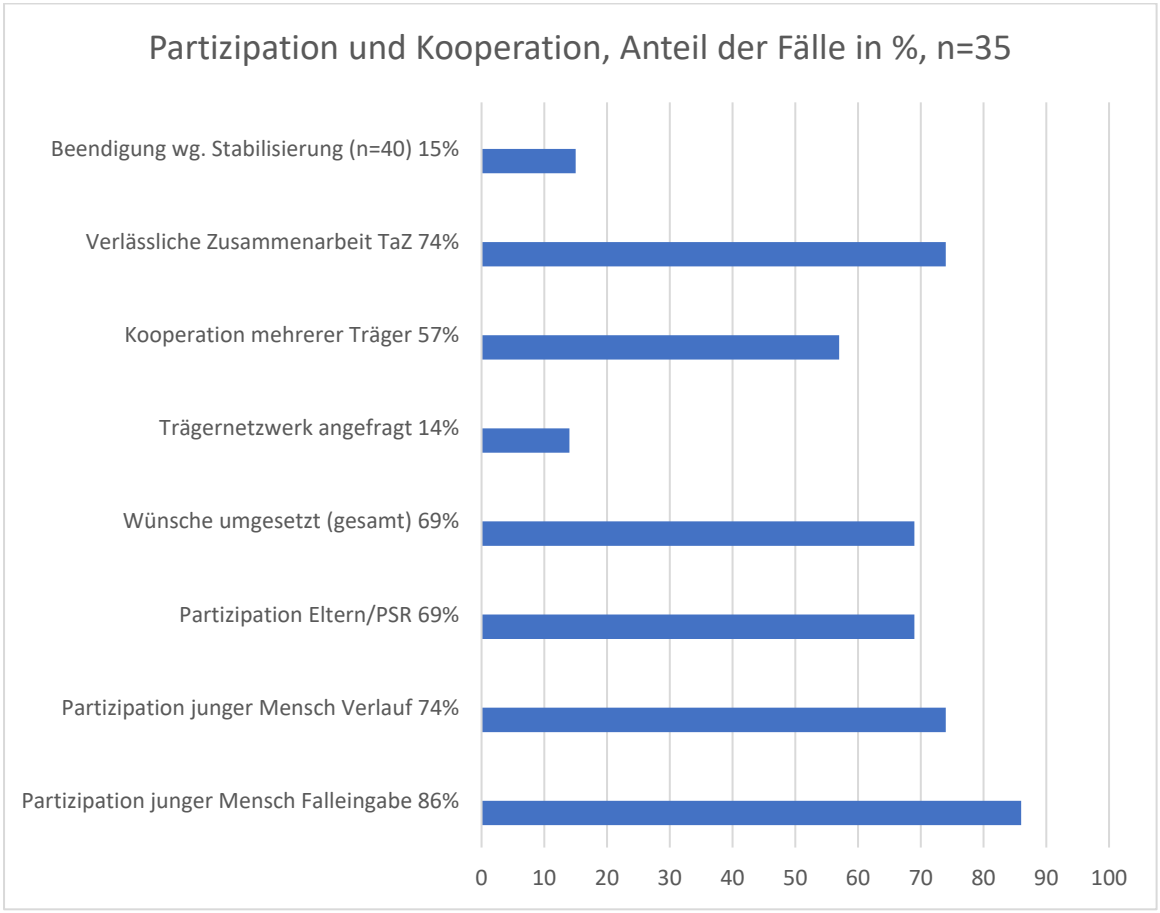
[39] Die strukturelle Machtasymmetrie in der Hilfebeziehung zwischen Adressat*innen der Sozialen Arbeit einerseits und Fachkräften, Institutionen und Behörden auf der anderen Seite wird seit langem in der Fachdiskussion problematisiert; die Konsequenz wird u. a. in einer Verpflichtung der Fachkräfte zur Anwaltschaft und in der Einrichtung von Beschwerde- und Ombudsstellen gesehen (vgl. z. B. Urban-Stahl 2011, 2018).

Entscheidungen im Hilfeplanungsprozess sowie im Hinblick auf das Recht der jungen Menschen auf eine bedarfsgerechte Hilfe trotz hoher Kosten.

3.5. Beendete Fälle

Im Dezember 2020 waren insgesamt 12 von mittlerweile 40 Fällen (Stand: Dezember 2020) beendet worden.[40] Davon waren vier Fälle wie bereits erwähnt „vorzeitig" beendet worden (zwei durch das Jugendamt und zwei durch die Koordinierungsstelle). Zwei Fälle waren aufgrund veränderter Umstände beendet worden, die das Ende der Zuständigkeit der Koordinierungsstelle zur Folge hatten: Ein Fall wurde durch die vollständige Überleitung in die Eingliederungshilfe beendet und einer durch den Wegzug aus Berlin. Sechs Fälle (15%) wurden wegen Stabilisierung beendet. Folgende Abbildung visualisiert noch einmal abschließend die Ergebnisse der quantitativen Daten zur Verwirklichung der Gelingensfaktoren Partizipation und Kooperation:

Abbildung 2:



Die Dauer der Koordinierung betrug in den sechs wegen Stabilisierung beendeten Fällen durchschnittlich 13,5 Monate. Die Settings waren hier in vier Fällen Einzelsettings (Betreutes Einzelwohnen) kombiniert mit Einzelfallhelfer*in und eine intensivpädagogische 1:1 Betreuung im Rahmen einer bereits vor der Koordinierung umgesetzten Auslandsmaßnahme) und in zwei Fällen eine Erziehungsfachstelle

[40] Um möglichst viele Fälle, die wegen Stabilisierung beendeten werden konnten, in die Analyse einbeziehen zu können, haben wir hierfür den spätmöglichsten Erhebungszeitpunkt gewählt.

mit Einzelfallhelfer*in und Auszeitregelung. Dies erlaubt die Hypothese, dass die bei Fallanfrage gewünschten Settings „bei Elternteil leben“ und „in Gruppe bleiben“ sich häufig rückblickend als (gleichwohl für die Stabilisierung der Fallverläufe teilweise notwendige!) Übergangssettings erweisen. Es sind keine Gruppensettings, sondern Einzelsettings oder familienanaloge, individualpädagogische Settings mit maximal 2 oder 3 betreuten Kindern oder Jugendlichen, die sich auch dauerhaft als tragfähig genug erweisen, um die Koordinierung wegen Stabilisierung beenden zu können.

Empfehlung: Derzeit gehen aus dem Berichtswesen das Datum der Beendigung und das Setting bei Beendigung nicht hervor. Wir empfehlen, Datum und eine kurze Beschreibung der/des Settings bei Beendigung der Koordinierung zu ergänzen.

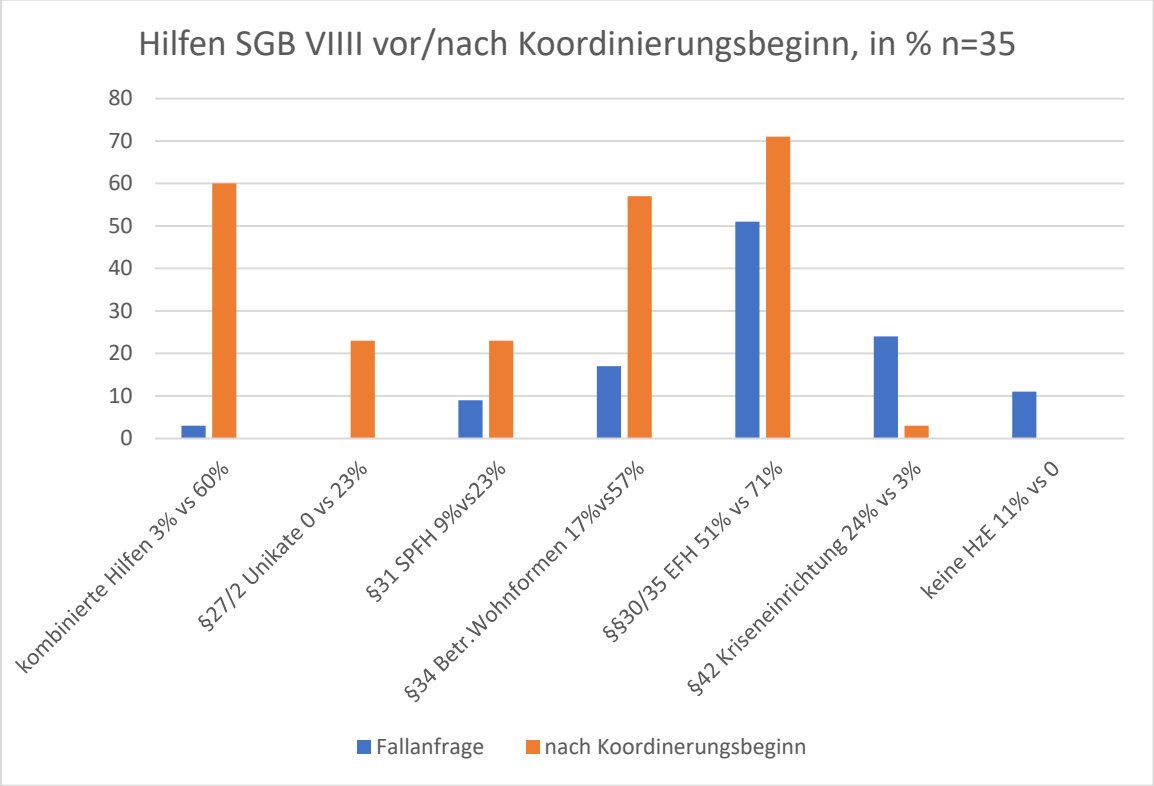
3.5. Fazit: Individuelle, flexible Hilfen werden entwickelt, aber nicht immer umgesetzt

Die von den Jugendämtern eingebrachten Fälle gehören zu den „schwierigsten Verläufen“, was sich u. a. an einer weit überdurchschnittlich hohen psychosoziale Problembelastung und Abbruchquote stationärer Erziehungshilfen zeigt. Dennoch gelingt es in den meisten Fällen, die jungen Menschen und ihre Familien/Personensorgeberechtigten an der Hilfeplanung zu beteiligen, ihre Wünsche zu berücksichtigen und eine verlässliche fallbezogene Zusammenarbeit im Team-auf-Zeit zu etablieren. Und es gelingt in so gut wie allen Fällen, die prozesshafte Umsetzung der in der Falleingabesitzung entwickelten kreativen Ideen für ein individuelles, flexibles Erziehungshilfesetting u. a. durch kombinierte Hilfen und Einzelfallhelfer*innen als kontinuitätsstiftendes „Kernelement“ zumindest auf den Weg zu bringen.

Vergleicht man die Situation vor und nach Koordinierungsbeginn, so zeigt sich gegenüber der Ausgangslage, dass es in allen Fällen gelingt, Hilfen zur Erziehung umzusetzen (Anteil Fälle ohne Hilfe zur Erziehung sinkt von 11% auf 0), und die Kriseneinrichtungen deutlich zu entlasten (Reduzierung der Fälle in Kriseneinrichtungen von 23% auf 3%). Entsprechend der Umsetzung der „häufigsten Wünsche“ steigt der Anteil an Familienhilfen von 9% auf 23% an. Die stationären Erziehungshilfen nach §34 SGB VIII, Grundlage sowohl für das BEW als auch für die Wohngruppen, steigen von 17% auf 57%. Entsprechend der Empfehlung der settingübergreifenden, kontinuierlichen Einzelfallhelfer*innen als Kernelement der Ideensammlungen des Fallverbunds steigt der Anteil an Einzelfallhilfen, die über §30 und §35 SGB VIII finanziert werden, von 51% auf 71%. Die größte Veränderung zeigt sich in der Umsetzung kombinierter Hilfen zur Erziehung, die von 3% (also lediglich ein Fall) auf 60% gestiegen ist. Auch die Umsetzung von „Unikaten“ nach der „Innovationsklausel“ §27(2) SGB VIII, also individuelle Hilfesettings, die auf Einzelvereinbarungen außerhalb der Trägerverträge basieren und bei Fallanfrage in keinem Fall umgesetzt worden waren, ist auf 23% der Fälle gestiegen.[41]

[41] Die Eintragung „Unikat“ bedeutet im Berichtswesen konkret, dass ein individuelles, auf Einzelvereinbarungen basierendes Setting umgesetzt wird *und* dabei mindestens zwei stationäre Hilfen zur Erziehung kombiniert werden.

Abbildung 3:



Es lässt sich also einerseits festhalten, dass die jungen Menschen im Zuge der Koordinierung wieder durch das Jugendhilfesystem erreicht werden und „Kernelemente“ individueller, flexibler Hilfearrangements wie insbesondere kombinierten Hilfen und Unikate, aber auch der hilfeformübergreifende Einsatz von Einzelfallhelfer*innen und trägerübergreifende Kooperationen im Zuge der Koordinierung umgesetzt werden. Andererseits zeigt der Abgleich zwischen den Empfehlungen des Fallverbunds und der „kurzen Beschreibung des Settings“ aber auch, dass „zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Berichtswesens“ in den wenigsten Fällen die in der Falleingabesitzung entwickelten Hilfesettings bereits vollständig umgesetzt waren. Die Auswertung des Berichtswesens liefert erste Hinweise auf Hemmfaktoren für die Umsetzung: Finanzierungsprobleme der entwickelten Settings, Haltungsdifferenzen insbesondere in Bezug auf Partizipation sowie unzureichende Kooperation im Team-auf-Zeit in immerhin ¼ der Fälle und die fehlende Übernahme der eingebrachten Fälle durch das Trägernetzwerk (hinsichtlich stationärer Erziehungshilfen). Da es sich bei den Angaben im Berichtswesen lediglich um Momentaufnahmen handelt, haben wir im Zuge der Methodentriangulation ergänzend Verlaufsrekonstruktionen vorgenommen, deren Ergebnisse im folgenden Kapitel dargestellt werden.

4. Stabilisierung der Fallverläufe: Kontinuität statt Brüche

In den Verlaufsrekonstruktionen wurde folgenden Fragen nachgegangen: Inwiefern konnten die in der Falleingabesitzung entwickelten Settings im weiteren Koordinierungsverlauf umgesetzt werden? Was waren hierfür hinderliche und förderliche Faktoren? Inwiefern ist es im Koordinierungsverlauf zu einer Deeskalation und (ersten) Stabilisierung des Fallverlaufs gekommen? Inwiefern passen die prozesshaft umgesetzten Settings bzw. die gefundenen (Zwischen-)Lösungen zu den entwickelten Hypothesen zum Fallverstehen? Weshalb ist es in keinem der Fälle, in denen im Vorfeld der Koordinierung eine freiheitsentziehende Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe empfohlen worden war, zu deren Umsetzung gekommen und inwiefern konnte trotzdem eine Stabilisierung erreicht werden? Wie blicken die interviewten jungen Menschen selbst auf ihre bisherigen Koordinierungsverläufe zurück?

Im Folgenden stellen wir zunächst die Ergebnisse zur Stabilisierung der Fallverläufe in der Gesamtschau dar, und gehen dabei auch auf die Fälle ein, in denen es die Empfehlung einer freiheitsentziehenden Unterbringung gegeben hatte (Kap. 4.1.), gefolgt von zwei vertieften Verlaufsrekonstruktionen (Bianca und Ivan) (4.2.) und den Sichtweisen der jungen Menschen im Hinblick auf die Frage, wie sich ihre Situation seit der Koordinierung verändert hat (4.3.)

4.1. Stabilisierung im Zuge flexibler Settinganpassungen

4.1.1. Reduzierung von Vorfällen und Abbrüchen, verbesserte Problembewältigung

Im Zuge der „negativen Interaktionsspirale“ zwischen den jungen Menschen und dem Hilfesystem ist es im Vorfeld der Fallanfrage in der Regel sowohl zu einer Steigerung der Anzahl und des Ausmaßes an „Vorfällen“ als auch – damit verbunden – zu hochfrequenten Abbrüchen stationärer Hilfe zur Erziehung gekommen. Die Vorfälle wie auch die Abbrüche sind dabei immer auch als Ergebnis einer eskalierenden Interaktionsdynamik zwischen dem jungen Menschen und den Fachkräften, die mit ihm arbeiten, zu betrachten (Baumann 2019).[42] In diese Interaktionsdynamik interveniert die Koordinierungsstelle erfolgreich: In den rekonstruierten Koordinierungsverläufen kam es zu einer deutlichen Reduzierung der (gravierenden) Vorfälle und der Abbrüche. Im Zuge dessen führte dies auch in einigen Lebensbereichen zu einer verbesserten Problembewältigung, was wir als Indikatoren für eine Stabilisierung der Fallverläufe betrachten.[43]

Vorfälle

Nach Einschätzung der Koordinator*innen gingen in so gut wie allen Fällen die vorzeitigen Beendigungen der stationären Hilfe zur Erziehung im Vorfeld der Koordinierung formell von den Einrichtungen aus,[44] allerdings hatten die jungen Menschen zuvor auch oft (im Sinne der aktiven Mitgestaltung der

[42] Zur unbestrittenen Wirksamkeit deeskalierender Maßnahmen im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie vgl. Zinkler et al. 2016, die u. a. auch eine deutliche Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (Zwangsmedikation, Fixierung, Isolation) durch den Verzicht auf geschlossene Stationstüren nachweisen.

[43] Um dem Untersuchungsgegenstand gerecht zu werden, orientierte sich die Operationalisierung der Kategorie „Stabilisierung“ nicht nur an der Fachdiskussion, sondern wurde zudem gemeinsam in einem Workshop mit den Koordinatorinnen erarbeitet.

[44] Dies im Unterschied zur Bundesstatistik, in der die Jugendämter die Abbrüche zu 80% auf Entscheidungen der Klient*innen zurückführen (vgl. Tornow et al. 2012: 15).

negativen Interaktionsdynamik) „viel dafür getan“. Anlässe für die Abbrüche der stationären Erziehungshilfen (so gut wie immer Gruppensettings) sind in den rekonstruierten Fällen in der Regel „Vorfälle“ verschiedenen „Schweregrades“: verbal-aggressives, beleidigendes Verhalten, Drogenkonsum, „Trebegänge“, „Weglaufen“, sachaggressives Verhalten (Zerstörung von Gegenständen), Entwendung von Gegenständen (Diebstahl), die Nichteinhaltung von Einrichtungsregeln, aber auch körperliche Gewalt gegenüber den pädagogischen Fachkräften und/oder gegenüber den Mitbewohner*innen sowie massiv selbstgefährdende, suizidale Krisen.[45]

In unserer Untersuchung haben wir uns auf die „gravierenden Vorfälle“ konzentriert (Gewalt und suizidale Krisen). In allen rekonstruierten Koordinierungsverläufen ist es wie im Fallbeispiel Felix zu einer deutlichen Reduzierung im Vergleich zur Situation vor Koordinierungsbeginn gekommen; in einigen Fällen gab es innerhalb des betrachteten Zeitraums auch gar keine gravierenden Vorfälle mehr, wie bei Jamila, Bianca und Debora. Die meisten Vorfälle gab es im Fallbeispiel Ivan, zum einen in der ersten Wohngruppe, und dann, nachdem die Mutter das Setting abgebrochen hatte und er längere Zeit zwischen der Wohnung seines (ehemals ihn misshandelnden) Vaters und Noteinrichtungen hin- und her pendelte; in der Hoffnung, die Mutter nehme ihn nochmal auf. Mit seinem Einzug in ein Einzelsetting mit Nachtbetreuung hörten die Vorfälle dann vollständig auf. Auch die weniger schwerwiegenden Vorfälle wie „Beleidigungen“ oder Zerstörung von Gegenständen nahmen in der Regel ab (kamen aber weiterhin vor); dies haben wir aber nicht gesondert erhoben.

Abbrüche

Unter einen Abbruch fassen Tornow et al. (2012) den Ausstieg „mindestens einer der Personen aus dem Leistungsdreieck aus dem verabredeten Hilfeplan“ (ebd.: 16), also Eltern/Personensorgeberechtigte, junger Mensch, Jugendamt als Leistungsträger oder der freie Träger als Leistungserbringer.[46] Bezogen auf die Situation der Koordinierung im Team-auf-Zeit, in der die Planung und Umsetzung der Hilfen prozesshaft und mit einer höheren Frequenz des Austauschs erfolgt (statt der sonst üblichen Fortschreibug der Hilfeplanung alle 6-12 Monate), fassen wir unter einem „Abbruch“, dass ein partizipativ und fallverstehensbasiert im Team-auf-Zeit geplantes und umgesetztes (Erziehungs-)Hilfesetting ungeplant und abrupt, ohne Anschlusserziehungshilfe beendet wird und die jungen Menschen vorerst in einer Not- oder Kriseneinrichtung unterkommen (müssen).

Bei Fallanfrage lag die Abbruchquote aller bislang „installierten“ stationären Erziehungshilfen (was zwischen 1 und 18 Hilfen rangiert)[47] mit 83% doppelt so hoch wie die durchschnittliche Abbruchquote von Hilfen zur Erziehung (40-45%, vgl. Tornow et al. 2012). Meist kam es im Vorfeld der Anfrage im Zuge der Eskalation des Fallverlaufs zudem zu einer hohen Frequenz an Abbrüchen (so fanden bspw.

[45] Diese Aufzählung macht noch einmal deutlich, dass es traumapädagogische Konzepte und Ressourcen für ihre Umsetzung braucht, damit stationäre Jugendhilfeeinrichtungen zu „sicheren Orten“ (im traumapädagogischen Sinne) werden können – sowohl für die jungen Menschen, die dort leben als auch für die Fachkräfte, die dort arbeiten (vgl. Schmid 2021).

[46] Dies entspricht auch der Definition der Bundestatistik: „Beendigung abweichend von Hilfeplan/Beratungszielen durch den Sorgeberechtigten/den jungen Volljährigen (auch bei unzureichender Mitwirkung), die bisher betreuende Einrichtung, die Pflegefamilie, den Dienst, den Minderjährigen“ (ebd.).

[47] In den vier Fällen, wo es bislang keine Abbrüche stationärer Hilfen gab, wurde bislang keine stationären Hilfen umgesetzt worden waren. Es sind aber bereits zahlreiche ambulante Maßnahmen gescheitert und/oder der Fall ist massiv eskaliert, und/oder die Fachkraft findet keinen Träger, der aufnimmt. Innerhalb der 31 Fälle, in denen stationäre Hilfen „installiert“ worden waren, kam es in 26 Fällen (oder in 83% der Fälle) zum Abbruch *aller* stationären Hilfen. In fünf von diesen 31 Fällen gab es jeweils eine nicht-abgebrochene stationäre Hilfe im Vorfeld. Diese war in einem Fall regulär beendet worden, und in einem Fall befand sich der junge Mensch bei Fallanfrage noch in einer stationären Hilfe, die aber vom Abbruch „bedroht“ war, bei den restlichen drei Fällen ist es unbekannt.

in den Fällen Felix und Bianca die sechs bzw. acht Abbrüche innerhalb von ca. 1,5 Jahren vor Fallanfrage statt). *Nach* Koordinierungsbeginn kam es in den rekonstruierten Fällen innerhalb des betrachteten Zeitraums von 12-16 Monaten Koordinierung nur noch maximal zu zwei Abbrüchen (im Fallbeispiel Ivan) im oben genannten Sinne, in der Regel kam es maximal zu einem Abbruch; in einer Reihe von Fällen kam es ab Koordinierung auch zu gar keinen Abbrüchen mehr. Das bedeutet insbesondere für die 11 der 15 Fälle mit besonders hohen Abbruchquoten im Vorfeld (6 oder mehr Abbrüche) eine drastische Reduzierung der Abbrüche, was ein sehr gutes Ergebnis ist. Abbrüche im Koordinierungsverlauf betreffen in den koordinierten Fällen dabei so gut wie immer stationäre Wohngruppen-Settings, die von Seiten der Einrichtungen abgebrochen werden; in einem Fall (Ivan) hat die Mutter das Setting abgebrochen.

Den „Abbruch" unterscheiden wir von einer im Team-auf-Zeit partizipativ und fallverstehensbasiert geplanten flexiblen Anpassung des Settings. Eine Anpassung des Settings beinhaltet sowohl die ergänzende Flankierung eines Settings (wie im Fall von Felix die Ergänzung der EFH um die Sozialpädagogische Familienhilfe und um den Wohngruppenplatz als Auszeitoption) bei Erhalt des Lebensmittelpunkts, als auch den geplanten Wechsel des Lebensmittelpunkts, sofern das individuelle Hilfearrangement als Ganzes bzw. das „Gesamtsetting" bestehen bleibt, ein möglichst „nahtloser" Übergang zwischen den Einrichtungen gelingt, ohne dass Not- oder Kriseneinrichtungen genutzt werden müssen, und die Beziehungskontinuität zu den Einzelfallhelfer*innen gewahrt bleibt.[48] Die Kriterien für die Einstufung eines Wechsels des Lebensmittelpunkts als „Settinganpassung" und nicht als „Abbruch" lassen sich anhand des Fallbeispiels Bianca verdeutlichen: 1.) die engmaschige Planung und Begleitung des Wechsels im Team-auf-Zeit, 2.) der Erhalt des Gesamtsettings und der Beziehungskontinuität (kontinuierliche Begleitung durch die EFH) 3.) der Übergang ins neue Setting, ohne dass es nochmal zu einem „Vorfall" und/oder einer Unterbringung in einer Not- oder Kriseneinrichtung kommt. Im Fall von Bianca kommt hinzu, dass sie den Übergang von der Wohngruppe ins BEW subjektiv offenbar nicht als (fremdbestimmen) „Rausschmiss" erlebt hat, wie sich dem Interview entnehmen lässt: Früher folgte „ein Rausschmiss auf den anderen", auch weil sie viel „Scheiße gebaut" habe, das sei heute „viel, viel besser" (JM_2: S. 3).

Bianca: Wechsel statt Abbruch – Dank engmaschiger Koordinierung im Team-auf-Zeit

An dem Beispiel Bianca wird aber auch deutlich, dass es der engmaschigen Koordinierung des Übergangs von der Wohngruppe ins BEW im Team-auf-Zeit zu verdanken war, dass aus dem geplanten Wechsel kein Abbruch wurde. So bestand die WG in dem von uns beobachteten Team-auf-Zeit auf einem Auszug Biancas innerhalb weniger Tage. Dass Bianca nicht doch zwischenzeitlich in eine Noteinrichtung musste, war letztlich der guten Kooperation im Team-auf-Zeit zu verdanken: Der Risikobereitschaft des neuen Trägers, ausnahmsweise den Einzug auf einen Freitag zu legen (was sie sonst nicht machen, weil die jungen Menschen dann direkt im Anschluss des Umzugs in ein Einzelsetting zwei Tage ganz ohne Betreuung sind), und dank der Bereitschaft der EFH, am Wochenende für Bianca telefonisch erreichbar zu sein.

[48] Dieser Zugang entspricht auch dem Grundgedanken des Konzepts der Koordinierungsstelle, wonach Abbrüche durch das Trägernetzwerk verhindert werden sollten (SenBJF 2018).

Verbesserte Problembewältigung

Die Reduzierungen von Abbrüchen und Vorfällen sind zwar notwendige Indikatoren für die Stabilisierung der Fallverläufe, aber nicht hinreichende. Erst, wenn es im Zuge der Reduzierung von Abbrüchen und Vorfällen auch zu einer verbesserten Problembewältigung in mindestens einem Lebensbereich gekommen ist, sind die Kriterien für eine *erste* Stabilisierung des Fallverlaufs erfüllt. Dies zeigt bspw. der Fallverlauf von Mandy (P5) (s.u.), in dem es weder zu Abbrüchen oder Wechseln von Erziehungshilfen noch zu gravierenden Vorfällen kam. Dies war zwar im Vergleich zu vorher eine deutliche Verbesserung, aber daraus lässt sich noch keine Stabilisierung ableiten, denn letztlich wurde sie 1,5 Jahre durchgehend in verschiedenen Kinder- und Jugendpsychiatrien behandelt, zwischenzeitlich auch freiheitsentziehend. Umgekehrt kam es im Fall von Ivan (s. o.) zwar im Vergleich zu den anderen rekonstruierten Fällen zur höchsten „Quote" an Abbrüchen und gravierenden Vorfällen (die allerdings immer noch deutlich geringer war als vor Koordinierungsbeginn), zugleich aber auch zu einer deutlichen positiven Wende im Fallverlauf und einer verbesserten Problembewältigung in mehreren Lebensbereichen – also zu einer Stabilisierung des Fallverlaufs. Im Fall von Ivan war es vermutlich – wie in einer Reihe von anderen Fällen wie Felix (P13), Amadeo (P6) und Stella (P9) auch – *gerade* die erwartbar krisenreiche „Schleife über die Mutter", die mit einer grundlegenden Änderung in der Falldynamik und zumindest einer „Flexibilisierung" des Entlassungsmusters einherging.

Im Zuge dieser ersten Stabilisierungen taten sich wiederum Entwicklungsräume auf, die die jungen Menschen auch für sich nutzten. Die Koordinatorinnen konnten in allen rekonstruierten Fällen mindestens kleinere, in einigen auch größere Erfolgserlebnisse benennen, sowie in fast allen Fällen eine Verbesserung der Problembewältigung in einem oder mehreren der untersuchten Lebensbereiche Selbstfürsorge, soziale Beziehungen (Familie, Freundschaften, Fachkräfte), (Aus-)Bildung/Beschäftigung/Tagesstruktur. Im Zuge dessen entstand bei vielen auch der Wunsch, gezielt im Rahmen einer Psychotherapie ihre Bewältigungskompetenzen zu verbessern, und bspw. zu lernen, sich besser zu regulieren (wie im Fall von Ivan und Debora) und/oder sich mit ihrer Biografie auseinanderzusetzen (ebenfalls im Rahmen von Psychotherapie und/oder im Rahmen von sozialpädagogisch angeleiteter Biographiearbeit, wie im Fall von Bianca). In vielen Fällen kam es auch zu einer deutlichen Verringerung von Strafanzeigen; das haben wir aber nicht gezielt untersucht, sondern fiel als Nebenergebnis auf (z. B. bei Felix, Ivan, Kai, Bianca und Jamila).

4.1.2. Nicht umgesetzt: freiheitsentziehende Unterbringung (KJH)

Junge Menschen, „die Systeme sprengen", werden im Zuge der sich immer enger ziehenden „Spirale" der Hilfen in Richtung „Rigidität und Unfreiwilligkeit" (Baumann 2019) zu klassischen „Kandidat*innen" für eine freiheitsentziehende Unterbringung[49] in der Kinder- und Jugendhilfe. Es überrascht daher nicht, dass in den Ideensammlungen des Fallverbunds in 11 von 35 Fällen (31,4%) gemäß Berichtswesen eine freiheitsentziehende Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe (und nicht selten auch in der Psychiatrie) vorkam (Stichtag 05.08.2020).[50] In einigen Fällen war eine freiheitsentziehende Unterbringung bereits basierend auf §1631b BGB familiengerichtlich beantragt und bereits stattgegeben worden oder es war signalisiert worden, dass dem stattgegeben wird (so etwa auch im Fall von Felix und

[49] Statt „geschlossene Unterbringung" oder auch „GU" verwenden wir hier die rechtlichen Begriffe „freiheitsentziehende Unterbringung" und „freiheitsentziehende Maßnahme".
[50] Person 4, 5, 10, 12, 13, 15, 21, 22, 25, 30, 35.

von Ivan). In anderen Fällen stand die Antragstellung in der Falleingabesitzung „im Raum“, weil niemand mehr weiterwusste, wurde dann aber nicht weiterverfolgt (bspw. P4). Die jungen Menschen, bei denen eine pädagogische Freiheitsentziehende Unterbringung Teil der Ideensammlung war, wollten in der Regel aber ebenso wie die anderen auch bei den Eltern, im Einzelsetting oder weiter in der Einrichtung leben, wo sie zuletzt betreut wurden (vgl. Eintragungen „Wünsche“), aber nur bei Felix (P13) findet sich in der Kategorie Wünsche explizit der Eintrag: „keine GU“.

Eine freiheitsentziehende Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe war letztlich in keinem der 11 untersuchten Fälle umgesetzt worden. In fast allen Fällen konnten alternative individuelle Erziehungshilfesettings entwickelt und umgesetzt werden. Inwiefern sich diese als tragfähig erwiesen und es hier auch zu einer Stabilisierung der Fallverläufe kam, können wir im Hinblick auf die fünf Fälle einschätzen, die Teil der Verlaufsrekonstruktionen[51] waren (P4, 5, 10, 13, 30). In den Fällen Felix (P13), Ivan (P10), Debora (P4) und Stella (P9) legen die Daten eine (erste) Stabilisierung der Fallverläufe nahe. (Bei Stella hatte eine freiheitsentziehende Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe wegen lebensgefährlicher Selbstverletzungen während der Falleingabesitzung „im Raum“ gestanden, so die Koordinatorin, war aber nicht in die Ideensammlung aufgenommen worden).

Debora: BEW statt freiheitsentziehender Unterbringung (KJH) „aus Verzweiflung“

Im Fall von „Debora“ (P4) sei die freiheitsentziehende Unterbringung „aus Verzweiflung“ Teil der Ideensammlung gewesen, weil man nicht wusste, wohin mit ihr. Die Idee war aber nicht weiterverfolgt worden, weil sie gut mitgearbeitet habe und sich reflexionsfähig zeigte – und weil es so weit von dem entfernt gewesen sei, was Debora wollte, nämlich BEW. Debora ist mit einer körperlich und psychisch erkrankten Mutter aufgewachsen, und hat innerfamiliäre Gewalt erlebt (Umgangsausschluss Kindsvater). Die Beziehung zur Kindsmutter ist sehr belastet. Debora war erstmals wegen Suizidalität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, mit 8 Jahren gab die Mutter sie aus Überforderung ins Heim. Ein Antrag der Kindsmutter auf eine freiheitsentziehende Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe nach §1631b BGB war von der letzten Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht unterstützt worden, da Debora primär eine „liebevolle, verlässliche, haltende Umgebung“ brauche, die Regelverstöße aushalte (Stellungnahme Klinik in Fallchronologie). Seit 2018 spielt Substanzkonsum eine Rolle; Debora möchte keine Medikamente mehr nehmen. Bei Fallanfrage war sie auf Trebe, vorher wechselnde Aufenthaltsorte, u. a. Berliner Notdienst Kinderschutz. Die Settingentwicklung war von der Hypothese geleitet gewesen, dass Debora eine haltende Beziehung und „Nachnährung“ brauche. Ihr wurden zwei Einzelfallhelfer*innen an die Seite gestellt, wo sie „gut andockte“. Die Einzelfallhelfer*innen hielten ihre (verbalen) „Wutausbrüche“ aus und unterstützen sie, diese im Nachhinein zu reflektieren. Das BEW wurde im Verlauf nach etwa 1,5 Jahren umgesetzt, nachdem ein anfängliches niedrigschwelliges Einzelsetting zunächst vom Träger wegen stark gesunkener Selbstfürsorge (Umkehrung Tag/Nacht-Rhythmus, „Verwahrlosung“) beendet worden war (Abbruch), und sie drei Gruppensettings ausprobiert hatte (also im Team-auf-Zeit begleitete Wechsel, keine Abbrüche). Seitdem ist es zu einer deutlichen Stabilisierung gekommen: Keine suizidalen Krisen mehr, keine Abbrüche, eine Reduzierung des Substanzkonsums, verbesserte Selbstfürsorge und Entwicklung eines Beschulungswunsches, wofür es jedoch aktuell keinen Platz in einem passenden Angebot gibt. Auch möchte sie im Rahmen einer Psychotherapie lernen, ihre Wutausbrüche besser „in den Griff“ zu bekommen, mittlerweile sei sie selbst davon „genervt“.

[51] P 4, 5, 10, 13, und 30. Zusätzlich haben wir mit den Koordinator*innen den Verlauf von P21 besprochen, der zwar nicht das Einjahreskriterium erfüllte, aber aus Sicht der Koordinator*innen verdeutlicht, welche Konsequenzen es haben kann, wenn eine indizierte freiheitsentziehende Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe nicht umgesetzt werden kann.

Stella (P9: Wieder erreichbar durch die Perspektive: BEW

Wegen lebensgefährlicher Selbstverletzungen war Stella im Vorfeld bereits mehrfach freiheitsentziehend untergebracht gewesen, sowohl in der Jugendhilfe als auch in der Psychiatrie. Stella war erstmals mit 2 Jahren in Obhut genommen worden; die Mutter ist selbst massiv traumatisiert und psychisch erkrankt. Mit dem Hilfesystem interagiert sie im „Kampfmuster". Im Vorfeld 10 abgebrochene stationäre Hilfen zur Erziehung. Die Wünsche von „Stella" (P9) konnten anfangs nicht in Erfahrung gebracht werden, weil sie „zum Zeitpunkt des Ausfüllens" des Berichtswesens (wieder) auf Trebe und der Aufenthaltsort unbekannt war. Der Koordinierungsstelle gelang es im Verlauf gleichwohl, mit der Mutter ins Gespräch zu kommen, die wiederum im telefonischen Kontakt mit ihrer Tochter stand. Als diese über die Mutter erfuhr, dass es noch andere Möglichkeiten gibt als eine weitere stationäre Hilfe im Gruppensetting, beispielsweise auch Einzelfallhilfe und betreutes Einzelwohnen, meldete sie sich ohne Umschweife direkt beim Jugendamt. Die Fallführende Fachkraft des RSD lehnte zunächst BEW ab, ließ sich aber darauf ein, zunächst zwei Einzelfallhelfer*innen einzusetzen. Hier dockte Stella sehr gut an und war nun wieder für das Hilfesystem erreichbar. Sie zog von den männlichen erwachsenen „Bekannten", bei denen sie untergekommen war, in eine Kriseneinrichtung, was auch aufgrund des Engagements der Einzelfallhelfer*innen, die „total drangeblieben sind" (Koordinierungsstelle) so gut lief, dass sich die Fallführende Fachkraft des RSD auf das „Experiment" BEW mit Fortführung der Arbeit von Einzelfallhelfer*innen einließ. Einzelfallhelfer*innen und Bezugsbetreuer*innen des Betreuten Einzelwohnens waren vom selben Träger, hier war diesbezüglich also keine trägerübergreifende Kooperation erforderlich. Sehr guter Verlauf; keine Vorfälle, deutliche Reduzierung des Substanzkonsums, klare Stabilisierung. Alle Beteiligten, auch Kindsmutter und Jugendamt, sind seien sehr zufrieden; Stella sei stolz, dass sie das BEW „geschafft" habe; die Kindsmutter trage das Setting mit, weil sie sehe, es geht Stella gut, und, so die Hypothese der Koordinierungsstelle: Sie erlebe das BEW weniger als Konkurrenz als eine Wohngruppe. Was fehlt ist ein passendes Angebot für Tagesstruktur; hierdurch ist nachhaltige Stabilisierung gefährdet.

Im Fall „Mandy" (P5) hingegen war eine auch von Mandy selbst gewollte freiheitsentziehende Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe im Team-auf-Zeit geplant worden, sie kam dort aber nicht an, und war stattdessen 1,5 Jahre in der Kinder- und Jugendpsychiatrie untergebracht:

Mandy: Chronisch suizidal

„Mandy" (P5) hatte mit einem Jahr einen Beziehungsabbruch zur Kindesmutter erlebt, die die Familie verließ und ins Ausland zog. Sie wuchs beim Kindsvater auf, der als „zugewandt" beschrieben wird. Krisenhafter Verlauf, seit die neue Lebenspartnerin des Vaters Zwillinge (<9) bekam. Schulsuspendierungen, Ritzen, suizidales Verhalten, Unterbringungen in Kinder- und Jugendpsychiatrie mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (Fixierungen); ernsthafte Suizidversuche innerhalb und außerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren die Folge; einem Antrag des Kindsvaters auf eine freiheitsentziehende Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde stattgegeben. Nach Entlassung zum Kindsvater (mit Tagesgruppe und Sozialpädagogische Familienhilfe) Substanzkonsum, selbstverletzendes Verhalten, weitere freiheitsentziehende Unterbringungen in der Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, ernsthafte Suizidversuche innerhalb und außerhalb der Unterbringungen. Entlassung aus der freiheitsentziehenden Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe wegen einem Vorfall, bei dem es zu einer massiven Fremdgefährdung gekommen ist. Bei Fallanfrage gab es bereits einen Beschluss für eine längerfristige freiheitsentziehende Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe. Wegen fortgesetzt selbst- und fremdgefährdendem Handeln wurde im Team-auf-Zeit ein Platz gesucht, und in einem anderen Bundesland gefunden. Die Einrichtung kooperierte mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, in die Mandy vorab aufgenommen werden sollte, zur (erneuten) psychiatrischen Diagnostik und Behandlungsplanung. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie erlebte Mandy (laut Selbstaussage, von der Kinder- und Jugendpsychiatrie gab es keinen Entlassungsbericht) viele Fixierungen, es sei eine „schreckliche Erfahrung" gewesen. Die Klinik entließ sie trotz Beschluss vorzeitig; der Vater musste sie abholen. In der pädagogischen Einrichtung kam sie also nie an. In Berlin wurde sie wieder in die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen und dort im Verlauf freiwillig behandelt. Sie lernte im Rahmen einer störungsspezifischen Behandlung „kontrolliertes" Ritzen (vorher bis auf die Knochen) und es kam zu keinen gewalttätigen Übergriffen mehr auf Mitpatient*innen. Trotz dieser Verbesserungen sei der Fallverlauf zum Erhebungszeitpunkt aber „weit entfernt von Stabilisierung" gewesen, so die Einschätzung Koordinatorin.

Die Anschluss-Perspektive ist eine Therapeutische Wohngemeinschaft im Umland mit Tieren, aber am liebsten möchte Mandy wieder in den Haushalt des Vaters.

Im Fall von „Mandy“ (P5) wäre eine freiheitsentziehende Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe als Alternative zur Psychiatrie, wo sie durchgehend über 1,5 Jahre behandelt wurde, in bestimmten Phasen des Fallverlaufs aus Sicht der Koordinatorinnen sinnvoll wie notwendig und von Mandy auch gewollt gewesen. Auch im Fall von „Jeanette“ (P21, nicht Teil der Verlaufsrekonstruktionen) konnte eine von der Koordinierungsstelle als sinnvoll und notwendig eingeschätzte und vom jungen Menschen gewollte freiheitsentziehende Unterbringung (KJH) nicht umgesetzt werden:

Jeanette: Chronische Selbstgefährdung und -schädigung

„Jeanette“ (P21), bei Fallanfrage 14 Jahre alt, hatte massive Vernachlässigung und Gewalt erlebt, bis sie mit 4 Jahren in Obhut genommen wurde und im weiteren Verlauf in die Langzeitpflege kam. Ihre Pflegemutter war sehr engagiert. Wegen einer sichtbaren Abweichung ihrer körperlichen Erscheinung von der Norm machte Jeanette viele Mobbingerfahrungen, insbesondere auch in der Schule. Bei Fallanfrage war sie wegen akuter und erheblicher Selbstgefährdung geschlossen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie untergebracht, zum vierten Mal innerhalb von 10 Monaten (letzte Diagnose: Borderline-Persönlichkeitsstörung). In dieser Zeit war sie mehrfach in Kriseneinrichtungen und einer therapeutischen Wohngruppe untergebracht gewesen, mit vielen Kurzaufenthalten beim Berliner Notdienst Kinderschutz. Bei Trebegängen habe sie Drogen konsumiert und sei regelmäßig vergewaltigt worden (Fallchronologie). Zu Koordinierungsbeginn wurde sie von einem Träger stationär untergebracht; die Hilfe startete mit einer Clearingphase im Ausland. Das Pflegeverhältnis war zwischenzeitlich beendet worden; die Pflegemutter begleitete „Jeanette“ aber noch während der Clearingphase im Ausland, weil Jeanette bislang von ihr noch nicht weggelaufen war. Weil es auch im Koordinierungsverlauf weiterhin zu Drogenkonsum und Entweichungen kam, bei denen „Jeanette“ angab, vergewaltigt worden zu sein (z. T. durch Beweise gesichert), wurde im Team-auf-Zeit eine freiheitsentziehende Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe geplant, die auch von „Jeanette“ gewollt war. Es fand sich aber bundesweit keine entsprechende Einrichtung, die bereit war, sie aufzunehmen. Nun pendelt „Jeanette“ zwischen Psychiatrie, Krisen- und Noteinrichtungen und Trebe. Zuletzt wurde bekannt, dass sie sich für einen „Loverboy“[52] prostituiere, der sie wiederholt vergewaltigt habe, und von dem sie emotional abhängig sei, so die Koordinatorin.

Festzuhalten ist, dass in keinem der 11 Fälle, in denen eine freiheitsentziehende pädagogische Unterbringung Teil der Ideensammlung war, diese umgesetzt wurde (Stand: November 2020). In 9 von diesen 11 Fällen konnten (gemäß Berichtswesen) alternative Hilfearrangements auf den Weg gebracht werden. In den untersuchten Fällen, die Teil der Verlaufsrekonstruktionen waren, kam es zudem überwiegend (in 4 von 5 Fällen) auch zu einer Stabilisierung der Fallverläufe. Dies gilt auch für hocheskalierte Fallverläufe, die bei Fallanfrage durch hochfrequente, massive (Gewalt-)Vorfälle gekennzeichnet waren, wie die Fälle von Felix und Ivan. Auch eine freiheitsentziehende Unterbringung „aus Verzweiflung“, weil niemand mehr weiterweiß, die in der Praxis erfahrungsgemäß nicht selten vorkommt, wird durch die auf Partizipation, Fallverstehen und subjektlogischer Diagnostik basierende Arbeit der Koordinierungsstelle abgewendet. Damit trägt die Arbeit der Koordinierungsstelle sowohl zu einer differenziellen Indikationsstellung hinsichtlich der Eignung einer freiheitsentziehenden Unterbringung in dem konkreten Einzelfall bei als auch wesentlich zur Verwirklichung des „ultima ratio“ Grundsatzes, wonach die

[52] „Bei der sogenannten Loverboy-Methode versuchen Männer insbesondere junge Frauen über eine vorgetäuschte Liebesbeziehung emotional an sich zu binden, um sie nach einiger Zeit der Prostitution zuzuführen“ – so das Landeskriminalamt Niedersachsen (Die Masche der ‚Loverboys‘ – Wenn aus Liebe Zwang wird | Landeskriminalamt Niedersachsen (polizei-nds.de) https://www.lka.polizei-nds.de/praevention/aktuelles_und_kampagnen/die-masche-der-loverboys---wenn-aus-liebe-zwang-wird-115322.html [letzter Zugriff am 27.02.2022].

freiheitsentziehende Unterbringung rechtlich nur „zulässig [ist], solange sie zum Wohl des Kindes, insbesondere zur Abwendung einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung, erforderlich ist und der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch andere öffentliche Hilfen, begegnet werden kann“ (§1631b BGB, Abs. 1).[53]

Aus Sicht der Koordinatorinnen wäre aber auch in einigen wenigen Fällen eine geeignete freiheitsentziehende Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe zur psychiatrischen Unterbringung in bestimmten Phasen des Fallverlaufs sinnvoll und notwendig und von den jungen Menschen auch gewollt gewesen (z. B. als Alternative zur dauerhaften psychiatrischen Unterbringung). In diesen Fällen konnte sie aus strukturellen Gründen nicht umgesetzt werden.[54] Geeignet sind aus Sicht der Koordinatorinnen mehrere kleine Einrichtungen mit sehr kleinen Gruppen (2er- bis maximal 4er-Gruppen) mit enger psychotherapeutischer Anbindung und in enger Kooperation mit Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Konzeptuell ist eine auf Fallverstehen basierende subjektorientierte Haltung zentral; wenn mit Stufenmodellen gearbeitet wird, müssen diese für jeden jungen Menschen individuell entwickelt und umgesetzt werden; die Strukturen müssen Partizipation ermöglichen und fördern.

Exkurs: Partizipation trotz Machtasymmetrie und Zwangskontext?

Eine wesentliche Barriere für Partizipation ist die Machtasymmetrie zwischen dem (Jugend-)Hilfesystem und den Adressat*innen (Straßburger & Rieger 2019, Rätz 2015). In der Arbeit im Team-auf-Zeit trägt die explizite Kommunikation der Haltung: „Auch Jugendhilfe kann Fehler machen“ dazu bei, Partizipation trotz Machtasymmetrie (soweit wie möglich) zu verwirklichen, denn: „Eine echte und ehrliche

[53] Eben dieses rechtliche „ultima ratio“-Prinzip wird allerdings in der sozialpädagogischen Fachdiskussion sowohl von den (kritischen) Befürworter*innen der freiheitsentziehenden Unterbringung (vgl. u. a. Baumann 2019, Hoops/Permien 2006, Schwabe 2021) als auch von den Kritiker*innen, die ihre Abschaffung fordern (vgl. u. a. Ziegler 2017, Peters 2022, Degener et al. 2020, Lutz 2020) abgelehnt. So fordert der „Arbeitskreis GU14+“ statt ultima ratio eine „differenzielle Indikationsstellung“, da es Fälle gebe, in denen eine freiheitsentziehende Unterbringung auch als ultima ratio ungeeignet sei und andere, in denen die freiheitsentziehende Unterbringung auch bei bestehenden Alternativen die beste Intervention sei. Die Forderung der Abschaffung der freiheitsentziehenden Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe u. a. durch das „Bündnis gegen Geschlossene Unterbringung“ wird damit begründet, dass entwürdigende Praktiken wie in der Haasenburg strukturell in „totalen Institutionen“ (vgl. Goffmann 1972) zu erwarten seien und es eben keine bedauernswerten Ausnahmen seien, dass die staatlichen Kontrollinstanzen (Heimaufsicht) nicht ausreichend greifen. Problematisiert wird auch die „Ausstrahlung“ der Freiheitsentziehende Unterbringung in das restliche Hilfesystem: „Damoklesschwert Freiheitsentziehende Unterbringung“ als Disziplinierungsmittel, aber auch die Verstärkung der Dynamik des „Durchreichens“ von „schwierigen Fällen“ die „nicht ins Konzept“ passen, bis die pädagogische FEU, die schließlich die „Schwierigsten“ als Zielgruppe hat, als alternativlos erscheint). Die Problematisierung der massiven Zunahme an Plätzen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, die freiheitsenzziehend unterbringen oder die mit freiheitsentziehenden Maßnahmen arbeiten, ist aufgrund des hierdurch produzierten „Belegungssogs“ hingegen in der Fachdiskussion weitgehend Konsens (vgl. auch das Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendhilfe [AGJ 2015]).

[54] Im Fall von Jeanette fand sich bundesweit keine Einrichtung, die sie aufnimmt, obwohl sie selbst die freiheitsentziehende Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe (als Alternative zur Psychiatrie) gewollt hatte. Im Fall von Mandy, die in der (ebenfalls von ihr gewollten) freiheitsentziehenden Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe nicht ankam, spielte es wahrscheinlich auch eine Rolle, dass Berlin derzeit über keine pädagogische Einrichtung verfügt, die freiheitsentziehend unterbringt (eine entsprechende Einrichtung wurde geschlossen), ihre Unterbringung in einem anderen Bundesland erfolgen musste, und die Koordinierung beendet worden war. Für den Fall, dass in Berlin zukünftig eine neue pädagogische Einrichtung für freiheitsentziehende Unterbringungen eröffnet wird und die jungen Menschen, deren Fälle eingebracht werden, zum Zeitpunkt der Falleingabesitzung freiheitsentziehend untergebracht sind, ist unbedingt zu gewährleisten, dass der junge Mensch angemessen an der Koordinierung beteiligt wird – so, wie es auch im Fall „Felix“ möglich war, dessen Team-auf-Zeit mit ihm gemeinsam stattfand, während er freiheitsentziehend in der Psychiatrie untergebracht war. Im Fall von Ivan habe es sehr zur Eskalation beigetragen, dass er, weil er freiheitsentziehend untergebracht war, nicht an der Falleingabesitzung teilnehmen konnte; umgekehrt trägt die Erfahrung, sich wirksam beteiligen und auf die Prozesse Einfluss nehmen zu können, meist bereits zu einer ersten Deeskalation des Fallverlaufs bei. Grundsätzlich können die Falleingabe- und Team-auf-Zeit-Sitzungen auch mobil in den jeweiligen Einrichtungen stattfinden, wo sich die jungen Menschen aufhalten.

Beteiligung der Nutzer/innen kann es nur geben, wenn die vorhandenen Strukturen bereit und offen sind, sich in Frage zu stellen, zu verändern und zu erweitern“ (Russo et al. 2008: 83 in Hölling 2015: 69).

Die Arbeit der Koordinierungsstelle trägt dazu bei, dass in den meisten Fällen, in denen bereits eine freiheitsentziehende pädagogische Unterbringung „im Raum“ steht, tragfähige Alternativen hierzu geschaffen werden. In den Fällen, in denen im Koordinierungsverlauf eine pädagogische oder auch psychiatrische freiheitsentziehende Unterbringung beantragt wird, sorgt die Koordinierungsstelle dafür, dass die Partizipationsrechte der jungen Menschen (sowie ihrer Personensorgeberechtigten) verwirklicht werden, und eröffnet ihnen auf diese Weise (innerhalb des Zwangsrahmens) Handlungsspielräume und die Möglichkeit situativer Kontrolle:

Partizipation und freiheitsentziehende Unterbringung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) am Beispiel von „Felix“

Anlässlich eines Vorfalls (Impulsdurchbruch im Zusammenhang mit Substanzkonsum) etwa 1,5 Jahre nach Falleingabe sah das Team-auf-Zeit im Fall von „Felix“ die Notwendigkeit einer Intervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Entzug und zur weiteren psychiatrischen Diagnostik. Dies war ohnehin von Beginn an eine dringende Empfehlung des KJPD gewesen, dessen zuständige Fachkraft regelmäßig am Team-auf-Zeit teilnahm. Als Felix sich hierzu nicht entschließen konnte, beantragten seine Eltern eine freiheitsentziehende Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Felix wurde transparent an allen Verfahrensschritten beteiligt, beginnend mit der Antragstellung im Team-auf-Zeit (und die Gründe dafür) über die Verwirklichung seiner Verfahrensrechte bis zur Mitteilung, dass dem Antrag stattgegeben wurde. Felix war lange auf die Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch seine Einzelfallhelfer vorbereitet worden und erschien in ihrer Begleitung zum geplanten Termin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zuvor hatte er – vermutlich in der Hoffnung, so der Freiheitsentziehenden Unterbringung zu entgehen – selbstständig seinen Substanzkonsum soweit reduziert, dass er in der Klinik keine Entzugssymptome zeigte. Nach anfänglicher „Rebellion“, die er durch zwei „Ausraster“ zum Ausdruck brachte (als der Sozialarbeiter ihm den Beschluss zum Lesen in seinem Zimmer mitgab, zerriss er ihn; das Telefon zertrümmerte er nach einem Gespräch mit der Mutter), profitierte er aus Sicht der beteiligten Fachkräfte von dem Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (insbesondere auch von der Tagesstruktur: vormittags Schule sowie Gruppen- und Einzeltherapie, nachmittags Freizeit- und Sportangebote). Er wäre nach Ablauf des Beschlusses gerne noch länger geblieben (Beobachtung Team-auf-Zeit Felix in Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Wenn die Personensorgeberechtigten Maßnahmen ergreifen, wenn die „Gefahr zu groß“ wird, dann müsse sich auch nicht „absolute Freiwilligkeit“ oder gar der entsprechende „Wunsch“ des jungen Menschen einstellen – so die Koordinatorinnen. Wichtig ist aber die transparente Beteiligung des jungen Menschen an allen Schritten, damit der junge Mensch die Entscheidung und Abläufe kennt. So kann er die Abläufe nachvollziehen und hierdurch Handlungsspielräume erhalten. In der Praxis werde es allerdings oft so gehandhabt, dass der junge Mensch nicht informiert wird, aus Angst, er würde sich der Unterbringung dann entziehen und „weglaufen“ – mit der Folge, dass er dann „aus heiterem Himmel“ von der Polizei zugeführt wird – so die Erfahrung der Koordinator*innen.

Wirkung der Koordinierung: Verwirklichung Beteiligungsrechte

In einem anderen Fall, bei dem ebenfalls alle mit der Entscheidung „mitgingen“, einen Antrag zu stellen, wurde mit dem Vormund erarbeitet, was sein Auftrag und seine Verantwortung ist: „Lassen Sie uns das dem Mädchen vorher mitteilen und erklären, warum der Antrag gestellt werden muss. Was müsste für den Vormund passieren, damit der Antrag nicht gestellt wird?“ Der Vormund sei der Ansicht gewesen, das werde das Mädchen eh nicht schaffen. Die Koordinatorin warb dafür, es trotzdem zu probieren und einen Auftrag an das Mädchen zu formulieren. Daraufhin sei das Mädchen „plötzlich aus ihrer Versenkung aufgetaucht: Wir müssen mal reden, ich möchte mit Ihnen einen Deal machen“ (so die Koordinatorin).

Auch wenn der Antrag letztlich doch gestellt wurde: Sie sind zumindest ins Gespräch gekommen und für das Mädchen wurde nachvollziehbar, warum der Antrag gestellt wurde und was die nächsten Schritte sind. (Aus Interview mit Koordinatorinnen).

Die jungen Menschen haben das Recht, informiert und an allen Entscheidungen beteiligt zu werden, die sie betreffen; zugleich ist dies eine wichtige Voraussetzung, um die Vertrauensbasis zu erhalten. Ihnen wird damit auch ein Handlungsspielraum eröffnet, nämlich sich der Unterbringung zu entziehen und sich „bis zum Ende zu wehren" (dann wird zur Fahndung ausgeschrieben und zugeführt) – oder auch, sich *nicht* zu entziehen und *ohne* Zuführung zum Aufnahmetermin zu erscheinen. Damit wird den jungen Menschen (innerhalb des Zwangsrahmens) ein Stückweit situative „Kontrolle" ermöglicht – was angesichts des großen Autonomiebedürfnisses der jungen Menschen, deren „Fälle" in die Koordinierung eingebracht wurden, von essenzieller Bedeutung ist.

4.2. Fallrekonstruktionen: Bianca und Ivan

Im Folgenden stellen wir zwei vertiefte Fallrekonstruktionen dar, in denen es trotz hocheskalierter Ausgangslage wie im Fall „Felix" zu einer beeindruckenden Wende in der (destruktiven) Verlaufsdynamik gekommen ist. Während aber im Fallbeispiel „Felix" (siehe Kap. 2) gleich zu Beginn ein subjektlogisch sinnvolles[55], tragfähiges Setting geschaffen werden konnte, das ein gutes Jahr hielt, waren die Verläufe von „Bianca" und „Ivan" turbulenter und es dauerte wie in vielen anderen Fällen weit über ein Jahr, bis das entwickelte Setting umgesetzt werden konnte. Gegenstand dieses Kapitels ist dabei sowohl die Frage nach förderlichen und hemmenden Faktoren für die Umsetzung der entwickelten Settings als auch die Frage, warum es teilweise schon vor der Umsetzung der entwickelten Settings zu einer ersten Stabilisierung des Fallverlaufs kommen konnte.

4.2.1. Bianca: Die eigene Autonomie um jeden Preis verteidigen

„Bianca" haben wir in einer Sitzung vom Team-auf-Zeit erlebt, die kurz vor ihrem Wechsel von einer Wohngruppe in das von ihr seit langem gewünschte Betreute Einzelwohnen stattfand. Das Interview führten wir einige Wochen nach dieser Team-auf-Zeit-Sitzung in der Wohnung, die Bianca kürzlich im Rahmen des BEW bezogenen hatte. In diese Verlaufsrekonstruktion fließen also zusätzlich zu der Dokumentation von Fallchronologie, Berichtswesen und dem Interview mit der Koordinatorin auch die teilnehmende Beobachtung einer Team-auf-Zeit-Sitzung und Biancas Sichtweise sowie die der Einzelfallhelferin ein, die beim Interview auf Biancas Wunsch hin dabei war und die sich nach Abschluss des Interviews mit Bianca ebenfalls einbrachte.

[55] Also ein Setting, das aus Sicht der subjektlogischen Diagnostik sinnvoll ist, weil es an den Bewältigungsmustern und -strategien der jungen Menschen ausgerichtet ist oder diese zumindest respektiert.

Bianca: Die eigene Autonomie um jeden Preis verteidigen

Vorgeschichte: Bianca ist die Zweitälteste von sechs Geschwistern, von denen mittlerweile alle fremduntergebracht sind. Beide Eltern konsumieren regelmäßig Drogen; der Vater ist wegen Gewaltstraftaten (auch gegenüber der Mutter) inhaftiert worden als Bianca 4 Jahre alt war. Bianca und ihre Geschwister wurden in Obhut genommen; im Verlauf wurde eine Vormundschaft für alle Kinder eingesetzt. Bianca lebte in einer Wohngruppe mit alternierender innewohnender Betreuung. Nach Umgangskontakten mit den Eltern zeigte sie deutliche Belastungssymptome. Mit etwa sechs Jahren äußerte sie erstmals Suizidgedanken; es kam auch erstmals zu einem Übergriff auf ein anderes Kind; erste Schulsuspendierungen erfolgten mit ca. 8 Jahren.

Mit etwa 9 Jahren wurde sie erstmals stationär kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt, nachdem sie eine Erzieherin mit dem Messer bedroht hatte. Danach wurde zwischenzeitlich eine Einzelfallhelferin eingesetzt, mit der sie viel in der Natur unternahm. Nach einem Gewaltvorfall gegenüber einer Lehrerin wechselte sie in eine temporäre Kleinklasse und von dort mit 12 Jahren auf die Oberschule (!), wo sie jedoch viele Fehltage hatte. Wegen suizidaler Äußerungen wurde sie u. a. teilstationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt und ein Bedarf nach §35a SGB VIII festgestellt. Ein paar Monate, nachdem Bianca eine Kinderschutzmeldung gemacht hatte und damit die Inobhutnahme des letzten Kindes, das noch bei ihren Eltern gelebt hatte, veranlasst hatte, begannen die hochfrequenten Einrichtungswechsel (insgesamt acht abgebrochene stationäre Hilfe zur Erziehung bundesweit), bis nach etwa 1,5 Jahren die Anfrage bei der Koordinierungsstelle erfolgte. Anlässe für die Abbrüche waren neben Einrichtungsregelbrüchen und „viel Trebe“ (Fallchronologie) auch Gewalt gegenüber pädagogischen Fachkräften und Mitbewohner*innen sowie suizidales Verhalten. Die letzte psychiatrische Diagnose lautete: „Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen“.

Bei **Fallanfrage** war Bianca 14 Jahre alt, unbeschult und hielt sich einer Kriseneinrichtung auf. Hier habe Bianca sich erstmals „zuhause“ gefühlt. Insbesondere nachts habe sie häufig über gesundheitliche Leiden (Schmerzen) geklagt, für die aber keine medizinische Ursache gefunden wurde; dies wurde dort als Biancas Art der Kontaktaufnahme verstanden; Bianca habe es dann genossen, umsorgt zu werden (Fallchronologie). In der Kriseneinrichtung hatte Bianca den Wunsch geäußert, wie ihre ältere Schwester in ein Betreutes Einzelwohnen zu ziehen (Fallchronologie), und hatte bereits mehrere Wohngruppen abgelehnt; in den Vorgesprächen der Falleingabesitzung (zu der sie nicht kam, weil sie krank war) hatte sie auch den Wunsch geäußert, auf dem Gelände der Kriseneinrichtung bleiben zu können, wo der gleiche Träger mehrere Wohngruppen anbietet. Auch war es ihr Wunsch, zu reiten, und sie wollte wieder zur Schule gehen.

Hypothesen: Bianca hat massive Enttäuschungen und traumatische Erfahrungen mit Erwachsenen erlebt. Weil sie sich auf Erwachsene nicht verlassen kann, ist ihr Bewältigungsmuster, selbst zurecht zu kommen. Sich auf Hilfen einzulassen wäre gleichbedeutend mit Autonomieverlust, den es um jeden Preis zu vermeiden gilt, weshalb sie sich im „Kampf mit dem Hilfesystem“ befinde, welches sie ständig in ihrer Autonomie (u. a. zu kommen und zu gehen, wann sie möchte) einschränke (Typ B innerhalb der subjektlogischen Diagnostik nach Baumann). Zugleich bestehe aber auch ein großes Bedürfnis nach Zuwendung und Fürsorge, das sie über körperliche Beschwerden zum Ausdruck bringe.

Die **Settingideen des Fallverbundes** beinhalteten eine Einzelfallhilfe, die langfristig und unabhängig vom jeweiligen stationären Setting weiterbestehen sollte. Kombiniert mit betreutem Einzelwohnen, das der Träger der Kriseneinrichtung in einer Einliegerwohnung auf dem Gelände der Kriseneinrichtung ermöglichen würde, oder aber eine Regelgruppe auf dem Gelände der Kriseneinrichtung. Durch die Justiz war außerdem ein Antigewalttraining nahegelegt worden, hier war die Idee, dies mit dem Reiten zu verbinden. Auch sollte eine passende Beschulung stattfinden. Bis dahin sollten Maßnahmen zur Tagesstruktur/Beschäftigung umgesetzt werden.

Prozesshafte Umsetzung im Team-auf-Zeit: Es fand sich eine Einzelfallhelferin, die Bianca schon aus der Kriseneinrichtung kannte und mit der sie 2x/Woche reiten ging. Hier „dockte“ sie gut an. Dies wurde zunächst bewusst nicht als „Hilfe“ gerahmt, aufgrund der Hypothese, Bianca würde alles, was als „Erziehungshilfe“ bezeichnet wird, ablehnen. Weil Bianca zwischenzeitlich „aus dem Kontakt“ gegangen war, hatte der Träger der Kriseneinrichtung das BEW-Angebot in einer Einliegerwohnung auf dem eigenen Gelände zurückgezogen; es konnte aber im Team-auf-Zeit ausgehandelt werden, dass sie so lange in der Kriseneinrichtung bleiben kann, bis geklärt ist, wie es weitergeht, weshalb kein Zeitdruck bestand. Bianca nahm zunehmend regelmäßig am Team-auf-Zeit teil. Die beteiligten Fachkräfte kamen zu der Einschätzung, Bianca brauche noch eine Zeitlang „eine warme Decke“ (so die Koordinatorin), nämlich die „Fürsorge“, die sie sich nachts in der Kriseneinrichtung „abgeholt“ habe; das gebe es im Betreutes Einzelwohnen nicht.

Auch war die Vormundin besorgt, wen Bianca sich nachts in die Wohnung holen würde. So zog Bianca nach einer längeren Zeit in der Kriseneinrichtung begleitet durch die EFH in eine Regelgruppe auf dem Gelände der Kriseneinrichtung. Dies hielt ein gutes Dreivierteljahr. Dann allerdings wurde sie wegen „extremen Beleidigungen" entlassen (Abbruch) bzw. in der Rahmung der Koordinatorin: Sie „warf ihre Decke ab".

Nach dem Abbruch kam sie erneut in einer Kriseneinrichtung unter. Im Team-auf-Zeit „sahen" noch immer nicht alle Beteiligten Bianca im Betreuten Einzelwohnen, wie Bianca es im Interview richtig einschätzte. Sie sah sich mehrere WGs an, bekam auch in mehreren ein Aufnahmeangebot und ließ sich schließlich auf eine WG mit betreuungsfreien Zeiten ein, von der sie sich „mehr Freiräume" erhoffte. Dem „war aber nicht so", so Bianca.

Es gab Konflikte, weil Bianca nicht immer Bescheid sagte, wo sie hinging und sie manchmal auch woanders übernachtete, was die WG nicht „verantworten" wollte. Die Koordinatorin hatte – fallverstehensbasiert – in der WG für Verständnis geworben: „Nehmt es ihr nicht übel, wenn sie Euch nicht sagt, wo sie hingeht, das ist ihre Art, nicht alles mit sich machen zu lassen". Doch die Konflikte hielten an, trotz Absprachen, dass Bianca der Einzelfallhelferin Bescheid sagt, wo sie hingeht, und trotz der Möglichkeit, den Emailverteiler für die Meldung eines „leeren Betts" zu nutzen, um so (verbunden mit einer Vermisstenanzeige) die Verantwortung gemeinsamen zu tragen. Bei Bianca entstand das Gefühl: „Die wollen mich nicht", welches sie im Team-auf-Zeit artikulierte. Als die Koordinatorin in der WG nachfragte, stellte sich heraus, dass die Einrichtungsleitung das WG-Team nicht in Biancas Vorgeschichte „eingeweiht" hatte und es tatsächlich Uneinigkeit im Team gab, ob Bianca „in das Konzept passt". Während das WG-Team glaubte, Bianca merke das nicht, war im Team-auf-Zeit klar: Bianca merkt das. Diese Situation wurde im Team-auf-Zeit sowohl Bianca gegenüber als auch der WG gegenüber transparent kommuniziert und in der Konsequenz nun ein Träger für die Umsetzung des Betreuten Einzelwohnens gesucht. Es wurde vereinbart, dass Bianca noch so lange in der WG wohnen bleiben kann, bis sie ins BEW ziehen kann. Nach insgesamt etwa 1,5 Jahren Koordinierung zog Bianca ihrem langgehegten Wunsch entsprechend von der Wohngruppe in ein BEW (Wechsel), wo sie weiterhin zusätzlich zur Bezugsbetreuung von ihrer Einzelfallhelferin begleitet wird. Seit Koordinierungsbeginn war es weder zu gewalttätigen Übergriffen noch zu sonstigen gravierenden Vorfällen gekommen und auch nicht mehr zu Strafanzeigen (Stabilisierung). Ein Schulprojekt, das Bianca zwischenzeitlich begonnen hatte und das ihr zwar „Spaß" gemacht habe, worin sie aber keinen „Sinn" sah, weil sie dort keinen Abschluss machen konnte, war vom Träger wegen „Beleidigungen" beendet worden. Bianca besuchte zuletzt ihrem Wunsch entsprechend wieder eine Regelschule, hofft, ihren Abschuss zu schaffen und möchte dann mit Tieren arbeiten. Im Interview sagt sie: „Ich hoffe, es wird nicht schlechter, sondern immer noch besser" (Stand: Dezember 2020).

Im Fall von Bianca dauerte es (wie in einer Reihe von anderen Fällen auch) weit über ein Jahr, bis ihr Wunschsetting Betreutes Einzelwohnen umgesetzt wurde. Eine Stabilisierung setzte aber schon vorher ein: Bereits seit Koordinierungsbeginn kam es zu keinen gravierenden (Gewalt-)Vorfällen mehr, es gab keine Strafanzeigen mehr, und nur noch zu einem Abbruch (deutliche Reduzierung, im Vorfeld im vergleichbaren Zeitraum 8 Abbrüche). Unsere Hypothese ist deshalb, dass es nicht *allein* die Umsetzung des „passenden", subjektlogisch sinnvollen und gewünschten Settings ist (im Fall von Bianca das Einzelsetting Betreutes Einzelwohnen und Einzelfallhelferin), das zur Stabilisierung der Fallverläufe beiträgt, sondern auch Prozesse, die kontinuierlich im Team-auf-Zeit wirksam werden. Dies ist erstens der frühzeitige Einsatz von Einzelfallhelfer*innen (oder wenn diese bereits bestehen ihre Fortführung, dann i.d.R. mit einer Erhöhung der Fachleistungsstunden), die die jungen Menschen in der Regel gut annehmen, die die jungen Menschen auch über die Settingwechsel hinweg kontinuierlich begleiten und die eng in den Koordinierungsprozess über ihre regelmäßige Teilnahme am Team-auf-Zeit eingebunden sind. Und zweitens ist dies die kontinuierliche Prozessbegleitung im Team-auf-Zeit, die die Grundlage für die Verwirklichung der Gelingensfaktoren darstellt.

Im Fall von Bianca war es ein erster Meilenstein, dass sie die (zunächst nicht als „Hilfe" gerahmte) Begleitung durch die Einzelfallhelferin annehmen konnte. Dies war für Bianca unmittelbar attraktiv, weil sie mit ihr Reiten gehen konnte. Zudem ist die Beziehung zu den Einzelfallhelfer*innen von Kon-

flikten um alltägliche Anforderungen entlastet und Bianca musste auch nicht befürchten, die Einzelfallhelfer*innen gleich wieder zu verlieren, wenn sie in eine stationäre Hilfe kommt (so wie dies bei ihrer ersten Einzelfallhelferin der Fall war). Mit der Zeit entwickelte sich eine belastbare Beziehung, die auch Konflikten standhält. Für die Einzelfallhelferin ist hierfür insbesondere auch das Fallverstehen von zentraler Bedeutung: „Und dadurch, dass jeder auch so genau diesen Fall kennt von Geburt bis zu dem Alter, wo sie jetzt sind, weiß auch jeder, was der Jugendliche/das Kind einfach schon durchgemacht hat und damit kann man dann viel besser einlenken oder versuchen, bestimmte Sachen einfach zu umgehen (Interview JM_2)." Auch schätzt sie am Team-auf-Zeit die verbesserte Kooperation: „Viel besser am Team-auf-Zeit ist, dass man einfach Hand-in-Hand arbeiten kann." Umgekehrt tragen auch die Einzelfallhelfer*innen (wie auch die Bezugsbetreuer*innen) wesentlich zum prozesshaften Fallverstehen im Team-auf-Zeit bei, indem sie ihre Erfahrungen aus der alltäglichen Arbeit mit den jungen Menschen in ihrer Lebenswelt in das Team-auf-Zeit einbringen.

Hinsichtlich des Gelingensfaktors Kooperation verdeutlicht das Fallbeispiel Bianca, dass die Umsetzung des vom jungen Menschen gewünschten und subjektlogisch sinnvollen Settings (hier: Betreutes Einzelwohnen) immer auch ein Aushandlungsprozess im Team-auf-Zeit ist und dass es dauern kann, bis alle Fachkräfte bereit sind, ein ihnen möglicherweise riskant erscheinendes Setting auszuprobieren. Die Risikobereitschaft wird einerseits durch das Zusammenwirken der Fachkräfte in einer Verantwortungsgemeinschaft gefördert, zugleich ist beides, Kooperation und Risikobereitschaft auch eng mit der Entwicklung eines gemeinsam getragenen Fallverstehens verknüpft. Die subjektlogische Diagnostik wird dabei nicht nur einmalig zur Vorbereitung der Falleingabesitzung durchgeführt, sondern auch mehrfach im Verlauf des Koordinierungsprozesses gemeinsam mit den anderen Fachkräften im Team-auf-Zeit, wodurch das Fallverstehen und damit verbunden auch die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung methodisch durch die Koordinatorinnen „angeleitet" werden.

Das Fallverstehen ermöglicht es, nicht nur zu Koordinierungsbeginn, sondern auch im Prozess die „guten Gründe" des jungen Menschen nachzuvollziehen. So wird im Fall von Bianca bspw. das „nicht Bescheid geben" als Autonomiebehauptung verstanden, die hier Moment eines Bewältigungsmusters existentieller Hilflosigkeitserfahrungen ist, welches ohne „funktionale Äquivalente" (vgl. Böhnisch 2019) nicht ohne Weiteres aufgegeben werden kann, anstatt bspw. als – erzieherisch zu sanktionierende – „Verweigerungshaltung". Wesentliches Element des Fallverstehens ist dabei auch das Verstehen „biographischer Inszenierungen" (vgl. Baumann 2019) und damit auch der Einbezug von Dynamiken im Familiensystem – und zwar auch in Fällen wie dem von Bianca (und Jamila), in denen die jungen Menschen keinen Kontakt mehr zu den Eltern wollen. So ist Bianca weiterhin eng mit ihren Geschwistern verbunden und fühlt sich als Zweitälteste für sie mit verantwortlich. Ihre Veranlassung der Inobhutnahme des letzten Kindes, das noch bei den Eltern lebte, war vermutlich auch mit Schuldgefühlen den Eltern gegenüber verbunden; in jedem Fall ist dies ein wesentliches Moment der Falldynamik, deren Eskalation hier ihren Ausgangspunkt nahm und die auch in der von uns beobachteten Team-auf-Zeit-Sitzung manifest wurde.

Aus der Beobachtung eines Treffens des Team-auf-Zeit von Bianca

Bianca hatte von einem Bruder erfahren, dass das Jugendamt die Auslandsunterbringung einer Schwester plant und thematisierte im Team-auf-Zeit – zwischenzeitlich „sehr emotional", so die Beobachterin – ihre Befürchtung, dass ihre Schwester „von einem Tag auf den anderen" ins Ausland verbracht wird und forderte vehement ihr Recht auf Kontakt mit ihren Geschwistern ein. Hier wirkte insbesondere die Versicherung der Koordinatorin, dass alle informiert werden, wenn die Maßnahme beschlossen ist (Partizipation!) und dass es

die Möglichkeit einer Verabschiedung geben wird, deeskalierend; auch machte das Jugendamt deutlich, dass es grundsätzlich Geschwisterkontakte unterstütze und in der Vergangenheit auch schon Flugtickets für die Realisierung von Geschwisterbesuchen bezahlt habe.

Für Bianca liegt der größte Gewinn der Koordinierung darin, dass sie nun im Betreuten Einzelwohnen lebt: „Mein größter Wunsch war es, ins BEW zu kommen. Das habe ich jetzt durch [die Koordinatorin] geschafft" (JM_1: S. 1: Z. 22-27). Zugleich betont Bianca aber auch: „Es ist ja auch verständlich, dass ich nicht alles bekomme, was ich möchte (JM_1: S. 3: Z. 11-13). Vielmehr habe sie „etwas vorgeschlagen" und dann „habe ich sagen wir mal – mit [der Koordinatorin] diskutiert und gesagt, was ich möchte. Und dann hat sie es versucht, das so … zu machen, wie ich das wollte". Für Bianca ist also die Erfahrung ausschlaggebend, ihre Vorstellungen äußern zu können, dass diese ernst genommen werden und dass sie insgesamt Einfluss auf den Hilfeplanungsprozess nehmen kann, und nicht, dass 1:1 ihre Wünsche umgesetzt werden. Dies entspricht einem lebensweltorientierten Konzept von Partizipation (Thiersch, Grunwald & Köngeter 2012), das Partizipation auch daran festmacht, die Position des jungen Menschen „verhandlungsfähig" zu machen.

Unsere Hypothese ist, dass Bianca im Zuge der Koordinierung aus ihrem Bewältigungs- und Entlassungsmuster „Kampf gegen das Hilfesystem" ein stückweit heraustreten konnte, weil sie die Erfahrung machen konnte, in ihrer Wahrnehmung und Sichtweise trotz Machtasymmetrie ernst genommen zu werden (auch im Kontext der Konflikte mit der zweiten Wohngemeinschaft), Einfluss auf die Ergebnisse der Hilfeplanung nehmen zu können und zuverlässige, kontinuierliche Unterstützung im Team-auf-Zeit, insbesondere aber durch die Einzelfallhelferin zu erhalten – und zwar auch dann, wenn sie scheitert (also aus der ersten Regelgruppe und auch aus dem Schulprojekt „rausfliegt"). Neben der Umsetzung des subjektlogisch sinnvollen und von ihr gewünschten Einzelsettings BEW kombiniert mit Einzelfallhilfe ist ein wesentliches Moment der Stabilisierung des Fallverlaufs also zudem die prozesshafte Verwirklichung der Gelingensfaktoren Fallverstehen, Einbezug der Familiendynamiken, Partizipation, Kooperation und Risikobereitschaft des Helfersystems im Team-auf-Zeit.

4.2.2. Ivan: Alles zerstören, bis die Mutter ihn wieder aufnimmt

Das Fallbeispiel „Ivan" (P10) haben wir für eine genauere Rekonstruktion ausgewählt, weil es sich um den Verlauf mit der höchsten Zahl an Vorfällen und Abbrüchen handelt, und in dem gleichwohl eine beeindruckende positive Wende im Fallverlauf erreicht wurde.

Ivan: Alles zerstören, bis die Mutter ihn aufnimmt

„Ivan" (P10), bei **Fallanfrage** 12 Jahre alt, hatte bereits als Baby u. a. massive körperliche Misshandlungen durch den Kindsvater erlitten, sowie massive häusliche Gewalt des Vaters gegenüber der Mutter miterlebt. Die Kindesmutter hatte es geschafft, sich zu trennen; die Kinder blieben aber beim Kindsvater, wo sie weiter misshandelt wurden und massive Deprivation erlitten (längere Zeit ohne Essen und Trinken eingesperrt; Ivan habe dann „Kotzeeimer unterm Bett gehortet", um im Notfall etwas zu Essen zu haben), bis es (mit Zustimmung der Kindsmutter) zur Inobhutnahme kam, als Ivan ein Kleinkind war. Seitdem war er fremduntergebracht; mit sechs Jahren auch bereits erstmals in einer freiheitsentziehenden Krisen-/Clearingeinrichtung. Die Mutter (die mittlerweile zwei weitere Kinder bekommen hatte, die bei ihr leben) vermittelte dem Jungen über Jahre hinweg, sie würde ihn ja gerne nehmen; aber das Jugendamt lasse dies nicht zu, was als wesentliches Moment der Falldynamik gesehen wurde.

Bei Fallanfrage war es bereits zu 8 Abbrüchen von stationären Hilfen zur Erziehung gekommen, u. a. wegen massiver Gewaltvorfälle, und zu einer Reihe von stationär-psychiatrischen Behandlungen in der Kinder- und

Jugendpsychiatrie. Letzte psychiatrische Diagnosen: hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens und posttraumatische Belastungsstörung.

Sein Aufenthaltsort bei Anfrage war eine geschlossene Krisen-/Clearingeinrichtung, wo er trotz Beschluss frühzeitig wegen täglichen „schwersten Ausrastern“ (Übergriffe auf Personen, Zerstörung Zimmermobiliar) entlassen wurde. Diese „Ausraster“ fanden während der täglichen „Stillen Stunde“ (ohne Beschäftigung und Ablenkung allein im Zimmer sein und „Nachdenken“). Diese habe er wegen der dann aufkommenden Gedanken nicht „ausgehalten“ und die Fachkräfte um irgendeine Beschäftigungsmöglichkeit gebeten, musste sie aber genau wie alle anderen in „Stufe 0“ einhalten. Danach wurde er in die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen, die ihn schon lange kennt, sehr engagiert sei und wo er sich wohl fühlte: Nur dort wisse man, mit seinen „Ausrastern“ umzugehen, so Ivan. Sein Wunsch war, bei der zu Mutter leben und im Anschluss an die stationäre Behandlung weiter die Tagesklinik zu besuchen.

Hypothesen: „Ich mache alles kaputt, bis ich zu meiner Mutter kann“; „Bis dahin mache ich Euch das Leben zur Hölle“; „Ich zeige Euch, wer hier am längeren Hebel sitzt“ (Kategorie B nach Baumann).

Ideensammlung Falleingabe: Die Ideen beinhalteten sowohl eine völlige Kontaktbeendigung zur Mutter, die ihren Kindern nicht erlaube, irgendwo anzukommen (1:1 Betreuung „ganz weit weg“), aber auch die Klärung der Frage, ob Ivan bei der Kindsmutter leben könne oder nicht, bspw. unterstützt durch Einzelfallhelfer*innen mit Zusatzqualifizierung systemische Therapie. In jedem Fall sollte sofort ein Team von Einzelfallhelfer*innen eingesetzt werden, die Ivan kontinuierlich hilfeform- und settingübergreifend begleiten.

Prozesshafte Umsetzung im Team-auf-Zeit: Die Einzelfallhelfer*innen wurden sofort eingesetzt; Ivan nahm sie gut an. Die im Team-auf-Zeit zunächst geplante Unterbringung auf einem Bauernhof in mittlerer Entfernung von Berlin wurde von der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht mitgetragen, weil dort noch ein weiteres Kind lebte. Im weiteren Verlauf wurde im Team-auf-Zeit die Idee eines Einzelsettings mit einer 24-Stunden-Schichtdienstbetreuung entwickelt (1 Wohnung, 2 Zimmer, einer aus Betreuungsteam schläft im 2. Zimmer); EFH bleibt bestehen („BEW mit Nachtbetreuung/Flexwohnung“). Da klar war, dass die Umsetzung Zeit brauchen wird (Unikat, Trägersuche, Finanzierung klären), wurde Ivan aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie zunächst zur Überbrückung in eine Wohngruppe nahe Berlin entlassen (gut vorbereitet mit den Einzelfallhelfer*innen), wo er jedoch nach wenigen Wochen entlassen wurde. Als die Kindesmutter daraufhin im Team-auf-Zeit erneut zu ihrem Sohn sagte, sie würde ihn ja aufnehmen, aber…, bat Ivan sie, das nochmal laut für alle zu wiederholen. Das konnte sie nicht, weshalb es die Koordinatorin wiederholte. Als das Jugendamt die Mutter (und Ivan) mit der Mitteilung überraschte, Ivan sei hiermit zur Mutter entlassen (bislang konnte die Mutter sich darauf verlassen, dass das nicht passiert), versuchte sie zunächst einen Rückzieher zu machen (sie habe ja noch andere Kinder), stimmte aber letztlich folgendem Setting zu: Übernachtung bei der Kindsmutter, tagsüber Tagesklinikbesuch Ivans, wo er an Skills arbeitet, um weniger „auszurasten“ (wird mit Fahrdienst abgeholt), und täglich Kontakt Ivans zu seinen Einzelfallhelfer*innen, Klinikaufnahme bei Krisen jederzeit möglich, zudem: Intervallbehandlung in Klinik; Haushaltshilfe für Kindsmutter.

Als Ivan dann bei der Mutter lebte, nahm diese zudem erstmals eine seit langem dringend empfohlene Familienhilfe an. Ivan besuchte hochmotiviert die Tagesklinik und traf regelmäßig seine Einzelfallhelfer*innen.

Wie erwartet kam es im Verlauf zu „heftigen“ Eskalationen und Krisen zwischen Ivan und der Mutter, die Ivan wiederholt „drohte“, ihn nicht mehr aufzunehmen, und mehrfach den Rettungswagen und die Polizei rief. Die Krisen wurden ambulant durch die Einzelfallhelfer*innen und die Familienhilfe begleitet, zudem wurde Ivan mehrfach stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Krisenintervention aufgenommen. Spätabends, als keine Fachkräfte anwesend waren, schickte die Kindsmutter Ivan einige Male zum Kindsvater, der Ivan als Kleinkind misshandelt hatte. Darauf angesprochen, sagte sie sinngemäß, „ihr (als Helfersystem) wolltet, dass ich ihn aufnehme, das habt ihr nun davon“. Schließlich weigerte sie sich endgültig, Ivan wieder bei sich aufzunehmen. Daraufhin beendete die Tagesklinik die Arbeit, weil das Behandlungsziel war, dass Ivan befähigt wird, wieder bei der Mutter zu leben. Ivan pendelte daraufhin zwischen Kindsvater und Einrichtungen des Berliner Notdienst Kinderschutz. Er hatte einen Platz in einer Kriseneinrichtung gegenüber der Wohnung des Kindsvaters als „sicheren Ort“, den er aber nicht in Anspruch nahm. Er hatte täglich Kontakt mit seinen Einzelfallhelfer*innen zur Tagesstrukturierung, aber auch zur kontinuierlichen Gefährdungseinschätzung der Situation beim Vater. In einer Noteinrichtung kam es schließlich zu einem massiven Gewaltvorfall gegenüber einer Fachkraft. Ivan machte deutlich: „Ich werde alles zerstören, bis mich meine Mutter wieder aufnimmt“ – so auch eine Videobotschaft an seine Mutter, die er aufnahm, während er mit der Faust eine Glasscheibe zerschlug und sich dabei selbst massiv verletzte.

Bis das bereits sechs Monate zuvor entwickelte „Einzelsetting mit 24-Stunden Nachtbetreuung“ umgesetzt werden konnte, dauerte es nochmals mehrere Monate, weil eine Reihe von Umsetzungshemmnissen überwunden werden mussten (s.u. Kap. 5). Seitdem kam es zu keinen Gewaltvorfällen und keinen Abbrüchen mehr (stabil seit einem knappen Jahr, Stand Nov 2020). Ivan wird über eine Flex-Fernschule beschult, und eine externe Fachkraft erarbeitet mit ihm die Lernpakete. Das mache ihm viel Spaß und er sei sehr stolz darauf.

Auch im Fallbeispiel „Ivan“ gelang es, mit dem durchaus „riskanten“ Setting „Übernachtung bei Kindsmutter, Einzelfallhelfer*in und Sozialpädagogische Familienhilfe, Tagesklinik“ in die bisherige „negative Interaktionsspirale“ zwischen Familien- und Hilfesystem zu intervenieren. Die Team-auf-Zeit-Sitzung, in der die erwartbar krisenreiche „Schleife über die Mutter“ ihren Ausgangspunkt nahm, war aus Sicht der Koordinatorin rückblickend ein Wendepunkt im Fallverlauf. Zum einen konnte Ivan (erstmals seit seiner Fremdunterbringung als Kleinkind) die Erfahrung machen, „was es bedeutet, bei Mama zu leben, was sie mir geben kann, was sie mir nie geben können wird“ (so die Formulierung der Koordinatorin im Interview). Und zum anderen kam es danach zu einer klaren Positionierung seitens der Mutter durch ihre Beendigung des Settings, was eine grundlegende Veränderung in der bislang von der mütterlichen Ambivalenz geprägten Falldynamik (einschließlich der Dynamik zwischen Helfer- und Familiensystem) mit sich brachte: Für die Fachkräfte sei es „plötzlich möglich“ geworden, „mit der Mutter zu arbeiten“, so die Koordinatorin. Die Mutter beantragte die Fortsetzung der Familienhilfe, die zwischenzeitlich hätte beendet werden können (weil nur noch im Überprüfungsbereich) und kam regelmäßig zum Team-auf-Zeit; zuletzt habe sie sich bedankt, dass ihrem Sohn im Team-auf-Zeit so viel zugetraut werde und die Koordinierungsstelle so eng mit ihr arbeite. Das „Kampfmuster“, in dem sowohl die Mutter als auch der Sohn mit dem Hilfesystem (und untereinander) interagierten, konnte also durchbrochen werden.

Ivan hat nun regelmäßige Familienkontakte. Die jüngeren (Halb-)Geschwister gehen nach langer Kitasuche jetzt zur Kita und es laufe sehr gut. Ivans Schwester, die zwischenzeitlich immer wieder mal bei der Mutter gelebt hatte, konnte sich der Mutter gegenüber besser positionieren: Sie sei nicht ihre Babysitterin. Die Familienhelferin arbeitet nun mit der Schwester auch als Einzelfallhelferin. Alle sind sehr stolz, wie gut sich die Familie entwickelt hat. Hierzu habe letztlich auch der „Wirbel“ beigetragen, den Ivan gemacht habe, so auch die Einschätzung des Jugendamts. Möglicherweise hat Ivan damit seinen „Auftrag“ im Familiensystem erledigt (entsprechend Kategorie B der subjektlogischen Diagnostik); das Entlassungsmuster jedenfalls, alles kaputtzumachen, um zur Mutter zu können, wurde offenbar durchbrochen.

Im Zuge der Stabilisierung des Fallverlaufs hat sich ein Entwicklungsraum aufgetan, den Ivan insbesondere in den Lebensbereichen Beziehungsgestaltung zu Familie und Fachkräften, Selbstfürsorge und Bildungsperspektiven (mit Unterstützung) gut für sich nutzen konnte. Hinsichtlich der Beziehungsgestaltung zu den Helfer*innen habe die Einzelfallhelferin berichtet, dass sie in der Arbeit (aufgrund der schweren Bindungsstörung, so die Hypothese der Koordinatorin) mit Ivan anfangs bei jedem Treffen wieder „neu anfangen musste“, sie konnte auf nichts aufbauen, es sei wie die Arbeit mit einem „Demenzerkrankten“ gewesen; das sei nun ganz anders. In der Anfangsphase der Koordinierung habe er sich kaum gewaschen und alles Mögliche in sich hineingegessen, war zwischenzeitlich auch adipös; nun sorge er nun besser für sich (einschließlich Körperhygiene) und habe abgenommen. (Dies ist auch insofern bedeutsam, weil er seit den Hungerphasen in seiner Kleinkindzeit permanent Zugang zu Essen

brauchte, was im Vorfeld der Koordinierung auch ein „Trägerthema“ gewesen war: Die „Gruppenregeln“ sahen dies nicht vor, was regelmäßig zu Eskalationen führte). Ivan wird wieder beschult, es mache ihm Spaß; er sei begeistert und stolz.

4.3. Was hat sich aus Sicht der jungen Menschen seit Koordinierungsbeginn verändert?

Im Mittelpunkt der Interviews mit den jungen Menschen stand die Frage, was sich für sie seit der Koordinierung verändert hat. Konkret haben wir sie gebeten, ihre jetzige Situation mit der *vor* der Koordinierung zu vergleichen. Die drei jungen Menschen, die sich für ein Interview bereit erklärt hatten und mit denen dann auch ein Interview zustande kam – Bianca, Kathy und Jamila (alle Namen geändert) – sind im Zuge der Koordinierung ihrem Wunsch entsprechend ins Betreute Einzelwohnen gezogen und werden zusätzlich durch zwei eng zusammenarbeitende Einzelfallhelfer*innen unterstützt. Bei zwei Interviews (Bianca und Kathy) war auf Wunsch der jungen Menschen eine*r der Einzelfallhelfer*innen mit anwesend und brachte sich auch in das Gespräch mit ein. Die drei Interviewpartnerinnen würden die Koordinierungsstelle anderen Jugendlichen in ähnlichen Situationen empfehlen. Als Grund nennen sie, dass im Zuge der Koordinierung das Einzelsetting umgesetzt wurde, das sie sich seit langem wünschten: Betreutes Einzelwohnen.

Bianca: Ich hoffe, es wird nicht schlechter, sondern immer noch besser

Bianca beschreibt ihre Situation vor der Koordinierung als „nicht gut“, weil sie „andauernd rausgeschmissen wurde“, auch, weil sie „viel Scheiße gebaut“ habe, das sei jetzt „viel, viel besser“. Dass es besser laufe, macht sie daran fest, dass sie „wieder zur Schule gehen kann“, und „auch andere Sachen auf die Reihe kriege“, und (leiser): „Meine Wünsche werden wahr“, was sie auf Nachfrage erläutert: „Mein größter Wunsch war es, ins BEW zu kommen. Das habe ich jetzt durch [die Koordinatorin] geschafft“ (S. 1: Z. 22-27). Denn vorher sei ihr „Jugendamt nicht hinterhergekommen“, das sei nun viel besser, auch, weil die Koordinatorin „immer gut hinterher“ sei (ebd.). Insgesamt habe es sich „ins Positive verwandelt“ (S. 3: Z. 28). Sie bemühe sich, alles „perfekt zu machen, mit Absprachen und sonst was, und „hoffe, es wird nicht schlechter, sondern immer besser“ (S. 2: Z. 2-25). In einem Jahr hoffe sie, dass sie „noch die Wohnung habe. Alles schön eingerichtet ist. Dass ich vielleicht meinen Abschluss habe oder noch zur Schule gehe. Dass [die Koordinatorin] noch mit dabei ist und mir weiterhin hilft“ (S. 8: Z. 25-27). Denn: „Seitdem sie bei mir im Fall mit drin ist, ist alles *viel, viel* besser geworden!“ (S. 9: Z. 5).

Jamila: „Wenn es die Koordinierungsstelle gar nicht gibt, hätte ich vielleicht mein Leben verpasst“

Jamila sagt angesichts ihrer traumatischen Erfahrungen: „Ich finde es manchmal unglaublich, dass ich noch lebe“. Sie war von ihrer Familie massiv misshandelt und ausgebeutet worden und habe nie „Lesen und Schreiben“ gelernt, weil sie kaum in die Schule gehen durfte, sondern arbeiten musste. In der Zeit vor der Koordinierung habe sie „nur geweint“, „nicht gegessen und geschlafen“; sie wusste kaum mehr, wer sie war, und war deshalb länger „mit Zwang“ stationär-psychiatrisch untergebracht gewesen. Von dort sei sie in eine Kriseneinrichtung entlassen worden, weil sie keine Wohnung gehabt habe. In den Jugendhilfeeinrichtungen sei sie von den anderen Jugendlichen „ausgenutzt“, „beklaut“, rassistisch beleidigt (S. 10: Z. 10) und auch vergewaltigt worden: „Das ist gefährlich, wenn man im Heim wohnt“ (S. 7: Z. 22-28), so ihr Resümee. Im Zuge der Koordinierung habe sie (erst über ihr vorheriges Schulprojekt, dann in einer beruflichen Vorbereitungsmaßnahme) erfahren, dass sie, ohne Lesen und Schreiben zu können und trotz ihrer Lernschwierigkeiten, einen Beruf erlernen könne. Sie arbeitet nun in einer Werkstatt für behinderte Menschen, wo sie zufrieden sei. Sie habe nun wieder „Hoffnung“ und blicke „nach vorne“. „Wenn es die Koordinierungsstelle gar nicht gibt“, so Jamila, „hätte ich vielleicht mein Leben verpasst“ (S. 23: Z. 19-20).

Kathy: „Ohne [meinen Einzelfallhelfer] wäre ich … vielleicht schon unter der Erde“

Kathy, die sich bei Fallanfrage in einer Kriseneinrichtung aufhielt, antwortet auf die Frage, wie sich ihr Leben so „verändert“ habe seit der Koordinierung, dass sie kurz nach der ersten Team-auf-Zeit-Sitzung „in der Klink war, für eine sehr, sehr lange Zeit. Auweia“ (S. 5: Z. 23-24). Im BEW gehe es ihr „gut, besser als vorher“ (S. 2: Z. 11-12). Derzeit habe sie mehrere Menschen, die ihr wichtig sind im Leben, ihren „weltallerbesten Freund“, ihre Einzelfallhelfer und einen Klinikmitarbeiter (S. 2: Z. 17-21). Auch habe sie „teilweise sogar wesentlich bessere Laune“ (S. 3: Z. 5). Wichtig sei vor allem ihr Einzelfallhelfer: „Ich weiß, dass ich ohne ihn nicht da wäre, wo ich jetzt bin. Da bin ich ehrlich. Ich glaube, ich wäre jetzt schon… Dann kann es sogar gut sein, dass ich unter der Erde wäre…“ (S. 4: Z. 19-26). Sie sei „gerade halbwegs auf dem guten Weg, durch gewisse Menschen auf dieser Welt“, aber gleichwohl befürchte sie, noch einmal in die Klinik zu müssen, „wenn es so weitergeht, wie es jetzt läuft.“ Ihr Alltag bestehe derzeit aus „schlafen, aufstehen, rauchen, Fernsehen gucken, essen, schlafen“ und zwischendurch Freunde treffen – das sei „nur die Wahrheit“ (S. 1: Z. 19-21). In einem Jahr (sie ist zum Interviewzeitpunkt 17 Jahre alt) stelle sie sich ihr Leben so vor: „Mindestens ein Kind. Hoffentlich mit der Person zusammen sein, mit der ich die ganze Zeit zusammen sein will. Und … einen Job… eine Wohnung …und einen Hund“ (S. 10: Z. 14-19).

Die Veränderungen, die Bianca, Jamila und Kathy hinsichtlich ihrer jetzigen Lebenssituation im Vergleich zu ihrer Situation vor Koordinierungsbeginn beschreiben, verweisen auf die Stabilisierung des Fallverlaufs, die in allen drei Fällen erfolgt ist. Bianca und Jamila erzählen von einer positiven biographischen Wende (Bianca sagt wörtlich, alles habe eine „Wendung ins Positive genommen“), die sie an der „Wohnung“ festmachen, in der sie nun nach vielen Jahren in Gruppensettings selbstständig leben, sowie an Zukunftsperspektiven im schulischen bzw. im beruflichen Bereich. Charakteristisch für diese positive Wende ist für beide die „Hoffnung“, die Bianca und Jamila beide wieder schöpfen konnten, was u. a. auch eine wichtige subjektive Dimension von „Genesung“ im Sinne von „Recovery“ [56] ist (vgl. Amering & Schmolke 2021). Bianca stellt dabei die Reduzierung von Abbrüchen (Rausschmisse) und Vorfällen („Scheiße bauen“) heraus (beides sei viel, viel besser geworden). Sie sei nun besser in der Alltagsbewältigung („mehr auf die Reihe kriegen“). Für Jamila sei die vorherige Situation im „Heim“ existentiell bedrohlich gewesen (ebenso wie ihre von Misshandlung geprägte familiäre Situation); erst, seit sie in der Wohnung lebe, fühle sie sich sicher genug, um richtig schlafen zu können, regelmäßig zu essen und sich um ihren Körper zu sorgen (sich pflegen, ärztliche Versorgung in Anspruch nehmen).

Auch Kathy schildert die Hoffnung, in einem Jahr ein normales Leben zu führen (Wohnung, Beziehung, Kind, Hund, Job), allerdings steht hier die Narration einer potenziell tödlichen Negativentwicklung, die (vorerst) aufgehalten wurde, im Vordergrund, die sie ihrem (beim Interview anwesenden) Einzelfallhelfer zu verdanken habe. Sie habe zwar zeitweise „wesentlich bessere Laune“; die errungene Stabilisierung sei ist aber fragil; auch wenn sie gerade auf einem „halbwegs gutem Weg“ sei, befürchte sie, auch ihren nächsten Geburtstag wieder in der Klinik zu feiern. Eine subjektiv sinnvolle Beschäftigung oder Tagesstruktur hat sie – anders als Jamila und Bianca – nicht.

[56] Recovery (vgl. Amering & Schmolke 2021) ist ein Begriff aus der Selbsthilfebewegung von Menschen mit Erfahrungen mit Substanzabhängigkeit und anderen psychischen Störungen. Der Begriff betont in Absetzung vom Unheilbarkeitsdogma die Zuversicht auf die Wiederherstellung eines selbstbestimmten Lebens in Zufriedenheit und die Entwicklung eines (neuen) Lebenssinns nach einer psychischen Krise oder Erkrankung; die Aufrechterhaltung der Hoffnung auf Recovery (vs. Resignation) ist hierbei von zentraler Bedeutung.

4.4. Umsetzung der entwickelten Settings und flexible Settinganpassungen

Die Rekonstruktion der Koordinierungsverläufe zeigt, dass die Umsetzung der anfangs entwickelten Hilfesettings, wie sie im Berichtswesen „zum Zeitpunkt des Ausfüllens“ festgehalten sind, oft mindestens ein Jahr dauert, und dass in den meisten Fällen die Settings mehrfach angepasst werden. Dies kann sowohl eine Flankierung des Settings durch weitere Hilfeelemente bei Bestehenbleiben des Lebensmittelpunkts beinhalten als auch einen Wechsel des Lebensmittelpunkts bei gleichzeitigem Erhalt des „Gesamtsettings“ (Begleitung durch EFH und Team-auf-Zeit).

Für diese Settinganpassungen gibt es verschiedene Gründe:

Gründe für Settinganpassungen

1) Die Settingentwicklung und -umsetzung ist immer auch ein Aushandlungsprozess zwischen allen Beteiligten, so dass nicht immer gleich von Beginn an das gewünschte und subjektlogisch sinnvolle Setting umgesetzt werden kann (wie im Fall von Bianca).

2) Das gewünschte und subjektlogisch sinnvolle Setting wird von Beginn an umgesetzt, aber es zeigt sich, dass der junge Mensch für dieses Setting noch nicht bereit ist und es noch einmal eine Übergangslösung braucht, bis das Setting erneut umgesetzt wird (wie im Fall von „Deborah“ [P4]).

3) Das gewünschte und subjektlogisch sinnvolle Setting wird trotz erwartbarer Krisen von Vorneherein in der Erwartung einer notwendigen Anpassung im Verlauf als Intervention in die negative Interaktionsspirale umgesetzt (wie im Fall von Ivan).

4) Das gewünschte und subjektlogisch sinnvolle Setting kann aufgrund von strukturellen oder systembedingten Umsetzungsbarrieren nicht oder erst nach langwieriger Überwindung der Umsetzungsbarrieren realisiert werden, sodass eine Übergangslösung erforderlich ist (z. B. wie im Fall „Ivan“).

Unpassende Hypothesen zum Fallverstehen und/oder unpassende Settingentwicklungen als Gründe für die Settinganpassungen haben wir hingegen nicht nachweisen können. Im Gegenteil: Sowohl die entwickelten Hypothesen als auch die auf dieser Basis entwickelten Settings erscheinen – auch im Abgleich mit den Fallchronologien – in den rekonstruierten Fällen (zumindest in der retrospektiven Betrachtungsweise) durchgehend stimmig. Dementgegen be- und verhindern folgende Hemmfaktoren, die es im Verlauf der Koordinierung in vielen Fällen zu überwinden gilt, die Umsetzung der entwickelten Settings, so dass erst Übergangslösungen gefunden werden müssen:

Hemmfaktoren bei der Umsetzung der entwickelten Settings[57]

- Keine verlässliche Zusammenarbeit im Team-auf-Zeit (26% der eingebrachten Fälle)
- Vorbehalte der Jugendämter gegenüber kombinierten Hilfen („Doppel-/Mehrfachhilfen“)
- Finanzierungsprobleme für Modelle zur Vorbeugung disziplinarischer Entlassung (z. B. Auszeitmodelle oder geplante Wechsel zwischen zwei Einrichtungen, ausreichende Ausstattung mit Personal, Fachleistungsstunden, Räumen usw.)

[57] Empfehlungen für die Überwindung der strukturellen Hemmfaktoren folgen in Kapitel 6. Derzeit werden diese Umsetzungshemmnisse im Berichtswesen explizit in der Kategorie „Gründe“ für nichtumgesetzte Wünsche der jungen Menschen dokumentiert und sie erschließen sich teilweise aus den „kurzen Beschreibungen des Settings“ („Erhöhung der Fachleistungsstunden wird beim Jugendamt diskutiert“). Diese Kategorie sollte ergänzt werden um „Umsetzungshemmnisse“, damit die Umsetzungshemmnisse (und Lösungsansätze für ihre Überwindung) vollständig im Berichtswesen dokumentiert werden

- Finanzierungsprobleme „Freihalteregelung“, z. B. Erhalt eines Platzes in einem stationären Setting trotz Trebegängen aber auch Freihaltung eines Zimmers für Fachkräfte, die im Einzelsetting in Nacht- und Randzeiten betreuen (in einer ausreichend großen Wohnung)
- fehlende Nachtbetreuung in niedrigschwelligen Settings (insbesondere in Einzelsettings)
- mangelnde passende Angebote für eine sinnvolle Beschäftigung (Tagesstruktur) und formelle (schulische) sowie informelle Bildung
- zuständige Klinik (KJP) nimmt nicht ohne geklärte Anschlussperspektive in der Jugendhilfe auf
- Kein freier Träger nimmt den jungen Menschen (mehr) auf (bundesweit)
- Notdienst/Kriseneinrichtung, wo sich junger Mensch bei Fallanfrage aufhält, braucht Platz für neue Fälle, wodurch Zeitdruck für Schaffung des neuen Settings entsteht
- Schwierigkeiten, Fachkräfte zu gewinnen (insbesondere für 1:1-Betreuung)
- fehlende Konzepte für Einzelsetting für jungen Menschen unter 15J. mit intensivem Betreuungsbedarf in Nacht- und Randzeiten (in Berlin, nicht Ausland)

Trotz dieser Hemmfaktoren, die den Umsetzungsprozess der entwickelten individuellen, flexiblen Settings häufig in die Länge ziehen, kommt es erstaunlicherweise in den meisten rekonstruierten Koordinierungsverläufen mit wenigen Ausnahmen (P5, P21) zu einer ersten (!) Stabilisierung der Fallverläufe. Dies beinhaltet die Reduzierung gravierender Vorfälle und Abbrüche im Vergleich zu dem entsprechenden Zeitraum vor Koordinierungsbeginn, und Hinweise auf eine verbesserte Problembewältigung in mindestens einem Lebensbereich. Unsere Hypothese ist, dass hier zum einen Prozesse im Team-auf-Zeit wirksam werden, die dem jungen Menschen vermitteln, dass der Koordinierungsprozesses ernsthaft an ihren Sichtweisen und Wünschen orientiert ist, sie diesen mitbestimmen können, und dass die beteiligten Fachkräfte gemeinsam „an einem Strang“ ziehen. Von zentraler Bedeutung ist zudem die kontinuierliche Begleitung der jungen Menschen durch die Einzelfallhelfer*innen über alle Settingwechsel hinweg, ohne dass die jungen Menschen befürchten müssen, dass die EFH endet, wenn sie in einem stationären Setting untergebracht sind. Mit der Begleitung durch die Einzelfallhelfer*innen und auch durch das Team-auf-Zeit werden Settingwechsel, aber auch Abbrüche entdramatisiert: Auch die jungen Menschen dürfen „scheitern“, wichtig ist, dass sie nicht aufgeben werden (und selbst die Zuversicht behalten).

5. Wie machen sie das? Arbeitsstrukturen und -prozesse

Die Verlaufsrekonstruktionen haben in vielen Fällen eine beeindruckende positive Wendung innerhalb der hocheskalierten Falldynamiken sowie eine hohe Stimmigkeit von Fallverstehen, Settingentwicklung und Settinganpassungen im Verlauf ergeben. Dies legt die Hypothese nahe, dass in den Arbeitsstrukturen Falleingabesitzung und Team-auf-Zeit ein hohes Maß an Prozessqualität verwirklicht wird. Denkbar wäre aber auch, dass diese Stimmigkeit allein durch nachträgliche Sinnkonstruktionen erzeugt wurde, die keinen Bezug zu den tatsächlichen Arbeitsprozessen haben. Denn bei den Verlaufsgeschichten handelt es sich um eine weitgehend retrospektive Betrachtung, die auf unhintergehbare Weise durch die nachträglichen Sinn- und Bedeutungskonstruktionen der Interviewpartner*innen (sowohl der Koordinator*innen als auch der jungen Menschen und der RSD-Fachkräfte) vor dem Hintergrund des Gesamtverlaufs und im Kontext der aktuellen Fallsituation geprägt ist.

Die exemplarische Akteneinsicht wie auch die teilnehmende Beobachtung und kritische Bewertung der Arbeitsprozesse in Falleingabesitzung und Team-auf-Zeit haben aber, soviel sei hier vorweggenommen, keine Hinweise auf die Wiederlegung der Hypothese einer hohen Prozessqualität ergeben. Im Folgenden berichten wir über die Evaluationsergebnisse der Prozessqualität in Falleingabesitzung und Team-auf-Zeit (Kap. 5.1.), stellen dar, welchen Unterschied die Koordinierung durch die Koordinierungsstelle gegenüber der alleinigen Bearbeitung der „schwierigen Verläufe“ durch die Jugendämter macht (Kap. 5.2.), und formulieren abschließend Empfehlungen, die über die Arbeitsstrukturen Team-auf-Zeit und Falleingabesitzung hinausgehend die strukturellen Rahmenbedingungen der Koordinierung betreffen, die die Umsetzungsmöglichkeiten individueller, flexibler Hilfearrangements maßgeblich beeinflussen (Kap. 5.3.).

5.1. Falleingabesitzung und Team-auf-Zeit: Prozessqualität

Weil die Berliner Jugendhilfestrukturen bereits verschiedene Beratungsmöglichkeiten[58] bei „schwierigen Hilfeverläufen“ vorsehen, besteht das strukturell „Neue“, das die Koordinierungsstelle den anfragenden Fachkräften des RSD bietet, in der Kombination einer Fallberatung durch ein externes Fachleutegremium (Falleingabesitzung) mit einer kontinuierlichen Unterstützungsstruktur, in der verschiedene unmittelbar fallbeteiligte Fachkräfte unter Einbezug der Adressat*innen zusammenwirken, um die ersten Settingideen weiterzuentwickeln und prozesshaft umzusetzen (Team-auf-Zeit). Denn: Gute Ideen allein genügen nicht, sie müssen auch umgesetzt und im Verlauf immer wieder flexibel angepasst werden, was u. a. die Überwindung einer Reihe von Umsetzungsbarrieren erfordert, wie die Verlaufsrekonstruktionen gezeigt haben.

5.1.1. Falleingabesitzung: Beschreibung und Bewertung der Prozesse

Die Falleingabesitzung ist eine doppelte „Auftaktveranstaltung“: Ein Auftakt für ein erstes Fallverstehen und für eine kreative Sammlung von Settingideen und ein Auftakt für die Konstituierung des Team-auf-Zeit als kontinuierliche Unterstützungsstruktur für die prozesshafte Umsetzung der entwickelten Settings. Der Anspruch in der Falleingabesitzung besteht dabei nicht darin, den „schwierigen Fall“ in der

[58] Neben der wöchentlichen Teamsitzung und der Helferkonferenz mit allen systemübergreifend am Fall beteiligten Fachkräften ist dies das Fall-Team als Säule der Berliner Sozialraumorientierung, und die Möglichkeit einer erweiterten Fallbesprechung der Bezirksdienste zu benennen.

Falleingabesitzung vollständig und abschließend zu verstehen und ein konsistentes, „festgezurrtes“ Hilfekonzept zu entwickeln, das im Team-auf-Zeit „nur“ noch 1:1 umgesetzt wird und das dann auf Jahre hält (ob dies in den koordinierten Fällen möglich ist, dürfte bezweifelt werden). Vielmehr geht es in der Falleingabesitzung darum, in die „negative Interaktionsdynamik“ zwischen jungem Menschen und Hilfesystem (vgl. Baumann 2019) zu intervenieren und einen „verfahrenen“ Hilfeprozess wieder für neue Perspektiven und Lösungsansätze – insbesondere unter Einbeziehung der Adressat*innen – zu öffnen. Der Ablauf der Falleingabesitzung ist in folgende Prozessschritte aufgeteilt:

Ablauf der Falleingabesitzung: Prozessschritte[59]

1.) Falleingabe durch die fallführende Fachkraft und ggf. weiteren am Fall beteiligten Fachkräften (45 Min.).
2.) Nachfragen zum Fall durch den Fallverbund, einschließlich Einschätzung Gefährdungslage (10 Min.),
3.) Blitzlicht (10 Min.), bei dem die Teilnehmenden sich auch in die Perspektive der jungen Menschen oder anderen Personen aus dem Familiensystem hineinversetzen und von dieser Position aus sprechen können („Ich-Form“),
4.) Fallverstehen & Hypothesenbildung (30 Min.),
5.) Empfehlungen aus dem Fallverbund (15 Min.),
6.) Rückmeldung der fallführenden Fachkraft und Entscheidungsfindung bzgl. des weiteren Vorgehens (u. a. bei Fragen wie: Was erscheint umsetzbar? Was wird in jedem Fall umgesetzt? Was wird erwogen? Was kommt nicht in Frage?)
7.) Der junge Mensch und ggf. seine Familie kommen hinzu. Vorab wird geklärt, wie die Adressat*innen angemessen beteiligt werden können. Es folgt die Entwicklung des Settings (30 Min.), die Konstituierung Team-auf-Zeit (Fachkraft entscheidet, ob sie sich Team-auf-Zeit wünscht und wen aus der Runde sie sich als Unterstützung vorstellen kann) und die konkrete Planung: Wer erarbeitet mit wem die ersten Schritte des Angebots?
8.) Information der jungen Menschen und ggf. ihre Familien über die Ideen bzgl. des weiteren Vorgehens informieren und Meinung einholen.

Hinsichtlich der von der Falleingabesitzung erreichten Prozessqualität kommt Mathias Schwabe (basierend auf der teilnehmenden Beobachtung von drei Falleingabesitzungen) zu folgender Einschätzung, in der er auch auf die Gelingensfaktoren und die Nutzer*innenzufriedenheit (hier: die der RSD-Fachkräfte) eingeht.

Prozessqualität Falleingabesitzung: Zusammenfassende Bewertung (Mathias Schwabe)

Beobachtungskriterien:

1.) Wie organisiert wirkt die Veranstaltung auf einen Außenstehenden?
2.) Wie qualifiziert wirkt das Fallmaterial hinsichtlich seiner schriftlichen Aufarbeitung?
3.) Wie sinnvoll wirkt der Ablauf der Fallberatung?
4.) Wie sinnvoll und konsistent wirken die ersten Hypothesenbildungen aus der Koordinationsstelle?
5.) Wie wirkt die Leitung der Fallbesprechung durch die Koordinatorinnen und das Zusammenspiel der Mitglieder des Fallberatungsgremiums untereinander und mit diesen?
6.) Wie zufrieden wirkt das Jugendamt, das die Fallbesprechung bei der Koordinierungsstelle beantragt hat?

[59] Quelle: Handreichung, die zu Beginn der Falleingabesitzung an alle Teilnehmenden verteilt wird.

Ergebnisse: Einschätzung Prozessqualität (Mathias Schwabe)

1.) Die Koordinatorinnen stellten in allen drei Sitzungen einen adäquaten äußerem Rahmen für die Beratung zu Verfügung und erledigen die vielen Koordinierungsaufgaben im Vorfeld sehr zuverlässig und in gutem Kontakt mit allen dafür notwendigen Kooperationspartner*innen. Gleichzeitig sorgten sie von Anfang an für einen klar strukturierten Rahmen (auch hinsichtlich ihrer Rolle) und eine gute kollegiale Atmosphäre. Entsprechend hoch ist die Anerkennung, die ihnen vom Fallberatungsgremium und den Jugendamtsmitarbeiter*innen entgegengebracht wird.

2.) Das Fallmaterial ist vollständig und differenziert nach allen Regeln der Kunst aufbereitet (Fallchronologie, Genogramm, Netzwerk- und Ressourcenkarte).

Das Fallmaterial aus den Jugendamtsakten (Fallchronologie) wurde für die Falleingabe jeweils auf neun bis 15 Seiten dargestellt und aufgearbeitet. Die für die Falleingabe erarbeitete Komprimierung von oft mehreren, umfangreichen Akten stellt einen wichtigen Schritt dafür dar, den Fall als Ganzes zu überblicken und alle, bisher wichtigen Hilfestationen kennen zu lernen. Mit ihrer Fallkomprimierung schaffen die Koordinator*innen ein bleibendes Produkt im Rahmen der Hilfeplanung und erbringen eine wichtige Serviceleistung für die Jugendämter, die jeweils mindestens 10 bis 12 Stunden pro Fall erfordert.

3.) Das von den Koordinator*innen und dem Fallberatungsgremium entwickelte Ablaufschema hat uns bei allen drei Falleingaben in fachlicher Hinsicht beindruckt. […]. Der Ablauf der Fallberatung ist sehr gut konzipiert und hat sich sehr gut eingespielt.

4.) Die Hypothesen der Koordinator*innen sind klug und führen weiter. Der Fallverstehensansatz, der den „subjektiven Sinn“ des Verhaltens für den Jugendlichen in den Mittelpunkt stellt, ist richtig und wichtig und sollte unbedingt beibehalten werden. Eine angemessene Reichhaltigkeit des Fallverstehens ist bereits gegeben. Erweiternd wäre hier eine Analyse des aktuellen Grundmusters zwischen Familie und Helfersystem angebracht, d. h. die Untersuchung, ob sich dieses in einem Kampfmuster, einem Abgabemuster oder im Muster der (Schein-)Kooperation bewegen. Auf der individuellen Ebene könnte insbesondere bei einer suizidalen Dynamik der Einbezug psychoanalytischer Gesichtspunkte weiterführen.

Die Ideen bzw. Empfehlungen zur Settingkonstruktion durch die Mitglieder des Fallgremiums [Fallverbund] waren interessant und wichtig; ihr offener und heterogener Charakter trägt wesentlich zur „Öffnung des Falles“ bei, der in seinen bisherigen Bearbeitungsformen offensichtlich nicht offen genug angegangen wurde. Ein stringentes Hilfekonzept liegt den Ideen in der Regel (noch) nicht zugrunde; dies ist aber auch nicht der Anspruch; es geht um eine erste, fallverstehensbasierte Ideensammlung, von der sich einzelne Ideen im Verlauf der prozesshaften Umsetzung und im Zuge der dynamischen Verlaufsentwicklung bewähren werden und andere verworfen werden.

5.) Große Stärken sehen wir Externen als Beobachter in der Leitung der Sitzung durch die beiden Frauen und in der kollegialen Zusammenarbeit aller beteiligten Fachkräfte. Die beiden Koordinatorinnen leiten die Sitzung bzw. bestimmte Prozessabschnitte der Falleingabe mit großer fachlicher und menschlicher Kompetenz. Das Fallberatungsgremium nimmt seine Aufgaben gewissenhaft und fachlich gekonnt wahr. Die Zusammenarbeit zwischen Koordinatorinnen und Fallberatungsgremium verläuft reibungslos und auf das Ziel bezogen.

Die Zusammensetzung des Fachleutegremiums (Fallverbund) erweist sich als sehr günstig. Alle Mitglieder kennen ähnliche Fälle aus der eigenen praktischen Arbeit und bringen daher den nötigen Respekt vor dem Schwierigkeitsgrad des zu beratenden Falles auf, eine angemessene und vor allem haltbare Betreuung zu etablieren. Alle Mitglieder verfügen über Kenntnisse hinsichtlich der Leistungsfähigkeit und Schwächen ihrer eigenen Angebote, zugleich aber auch über Angebote, die sie nicht selbst unterhalten, aber bei anderen Trägern schätzen gelernt haben. Zudem scheinen alle Mitglieder fachlich sehr gut vernetzt zu sein und zwar sowohl untereinander als auch mit ihren Fachverbänden oder anderen Partnern. Auf dieser Grundlage konnten sie bei allen drei beobachteten Beratungen gute Ideen zu Angebotsgestaltung einbringen.

6.) Die Jugendamtsmitarbeiter*innen zeigen sich zufrieden bis sehr zufrieden (vor allem wegen dem Angebot des „Teams auf Zeit"). Auch wenn nicht immer völlig neue Ideen zum Fallverstehen oder zur Settingkonstruktion entwickelt wurden, fügten sich im Verlauf der Beratung doch für alle Mitarbeiter*innen die vielen Puzzlesteine, die den Fall ausmachen, zu einem kohärenteren Bild und damit entstand mehr Sicherheit, was in Zukunft zu tun sei. Besonders wichtig schien für alle die Zusicherung, dass es sich um eine Auftaktveranstaltung handelte und mit dem „Team auf Zeit" eine neue dauerhafte Unterstützungsstruktur geschaffen wurde.

Ergänzung zu Partizipation

Ungewöhnlich im Berichtszeitraum war, dass wir nur einmal Zeuge des Auftretens und der Beteiligung von Jugendlichen und Familien während der Falleingabesitzungen wurden, was sonst nach Aussagen aller Beteiligten regelhaft der Fall ist. In unseren drei Besuchen ergab es sich, dass eine Jugendliche die Einladung nicht angenommen hat und das andere Mal die Teilnahme eines Jugendlichen mit einer Behinderung eher als zu anspruchsvoll und verwirrend für diesen eingeschätzt wurde. Partizipation der Adressat*innen stellt für die Koordinatorinnen aber in jedem Fall ein zentrales fachliches Leitprinzip dar, das die Koordinatorinnen auf jeden Fall sehr ernst nehmen (so wurde z. B. die nicht erschienene Jugendliche per Foto von der Falleingaberunde informiert und es hat bei dem Jungen ein vor-Ort-Besuch und ein ausführliches Interview mit ihm vor der Falleingabe stattgefunden).

5.1.2. Team-auf-Zeit: Beschreibung und Bewertung der Prozesse

In der Falleingabesitzung geht es um ein grundlegendes Verstehen mit den Schwerpunkten: Biographie der jungen Menschen und die Geschichte des bisherigen Hilfeverlaufs (Leitfragen dabei: Was hat in der Vergangenheit gut funktioniert? In welchem Kontext begann die negative Verlaufsentwicklung? Was könnten gute Gründe des jungen Menschen für sein bisheriges Handeln sein? usw.), sowie um eine erste Orientierung bzgl. grundlegender Fragen im Hinblick auf das zu entwickelnde Hilfearrangement (Leitfragen: Wieviel Struktur braucht der junge Mensch? Inwiefern ist dem jungen Menschen bewusst, dass er nicht mehr zu den Pflegeeltern kann? Inwiefern besteht bzgl. dieser Entscheidung bei den Pflegeeltern noch eine Ambivalenz? Wie können sie unterstützt werden, dies zu bearbeiten, ohne den Jungen mit einzubeziehen?). In der Falleingabesitzung können auch unterschiedliche Perspektiven und Wirklichkeitskonstruktionen nebeneinander stehen bleiben, es besteht keine Notwendigkeit, hier einen Konsens zu finden. Im Vergleich zum Team-auf-Zeit besteht in der Falleingabesitzung auch eine größere Distanz zu Alltagsproblemen, gleichwohl werden auch in der Falleingabesitzung Erfahrungen aus dem Betreuungsalltag eingebracht, was wiederum sehr zum Fallverstehen beiträgt.

Im Team-auf-Zeit besteht hingegen eine größere Alltagsnähe, ein stärkerer Konsens- und Entscheidungsdruck bzgl. des (vorerst) umzusetzenden Hilfearrangements, sowie eine stärkere Orientierung hin auf Zukünftiges. Gleichwohl werden auch hier immer wieder situativ Bezüge zur Biografie hergestellt. Die Falleingabesitzung ist ein bewusst offen gehaltener „Auftakt" für das Fallverstehen und die Settingentwicklung; beides wird also im Team-auf-Zeit fortgesetzt. Hinzu kommen alltagsnähere, pragmatische Fragen, beginnend mit der Klärung, wieviel „Zeitdruck" hinsichtlich der Settingentwicklung und Umsetzung (einschließlich Trägersuche und Klärung der Finanzierung) besteht, also bspw. wie lange der junge Menschen noch in der Kriseneinrichtung, Klinik etc. bleiben kann, und die Arbeit an der Umsetzung von Teilzielen in verschiedenen Lebensbereichen, die zentral für die Verwirklichung des übergeordneten Ziels „Stabilisierung der Fallverläufe" sind (also subjektiv sinnvolle Tätigkeit/Tagesstruktur, Bildung/Zukunftsperspektiven, Gesundheit, soziale Kontaktgestaltung, positive Erlebnisse in der Freizeit usw.). Je nach Kontext im Gesamtkoordinierungsverlauf stehen also eher Grundfragen zum

Fallverstehen und zur Settingentwicklung im Vordergrund oder eher pragmatische Fragen der kleinschrittigen Umsetzung von Teilzielen, wobei die „Tiefenstruktur“ des Fallverstehens auch in den pragmatischer ausgerichteten Team-auf-Zeit-Sitzungen immer latent und nicht selten über „biographische Schleifen“ auch manifest präsent war.

Im Folgenden werden zunächst die Abläufe und Strukturen im Team-auf-Zeit beschrieben und dann bewertet. Die Datengrundlage bildet die teilnehmende Beobachtung von vier Team-auf-Zeit Sitzungen, und zwar von Bianca, von Felix, von Kai und von Kilian; im Fall von Kilian haben wir sowohl die Falleingabesitzung als auch das erste Team-auf-Zeit beobachtet.

Team-auf-Zeit: Beschreibung der Abläufe und Strukturen

Übergang Falleingabesitzung – Team-auf-Zeit: Nachdem sich in der Falleingabesitzung das Team-auf-Zeit konstituiert hat, wird bereits eine erste To-do-Liste erstellt (wer macht was wann mit wem) und ein Emailverteiler erstellt, so dass damit sofort begonnen werden kann. So können sich alle auch zwischen den Team-auf-Zeit-Treffen austauschen und alle sind immer auf dem aktuellsten Stand (Datenschutzbestimmungen werden berücksichtigt). Das erste Treffen des Team-auf-Zeit erfolgt möglichst zeitnah nach der Falleingabesitzung.

Ort der Team-auf-Zeit-Treffen ist in der Regel das falleinbringende Jugendamt, je nach Situationsanforderungen ist das Team-auf-Zeit-Team aber mobil.

Dauer und Struktur: Die Sitzungen des Team-auf-Zeit dauern etwa 1,5 Stunden und sind durch eine Tagesordnung, die allen vorab vorliegt, strukturiert. Diese bildet die Struktur für die Sitzung, auf deren Einhaltung die Koordinatorinnen sehr achten. Gleichwohl sind die Abläufe im Team-auf-Zeit nicht ganz so detailliert vorgegeben wie in der Falleingabesitzung, wo das Ablaufmodell integraler Bestandteil des Methodenkonzepts der Fallberatung ist. Zu jedem Team-auf-Zeit-Treffen wird von der Koordinierungsstelle ein Protokoll und eine To-do-Liste erstellt, welche die Grundlagen für die zu bearbeitenden Themen bis zum nächsten Team-auf-Zeit bilden.

Leitung: Während in der Falleingabesitzung die Moderation und Sitzungsleitung immer von den Koordinatorinnen übernommen wird, entscheiden die RSD-Fachkräfte selbst, ob sie die Sitzung selbst leiten wollen oder ob das die zuständige Koordinatorin übernehmen soll; die Leitung kann im Koordinierungsverlauf auch wechseln. Die Koordinatorinnen haben eine beratende und moderierende, den Gesamtprozess koordinierende, sowie ggf. sitzungsleitende Funktion, aber keine formelle Leitungsfunktion i.S. von Entscheidungs- oder Weisungsbefugnis. Die Fallführung und die Fallverantwortung bleibt bei der fallführenden Fachkraft.

Beteiligung Adressat*innen: Es ist vorgesehen, dass die jungen Menschen und ggf. ihre Familien analog zur Falleingabesitzung in einem zweiten Teil dazukommen.

Analog zu den Beobachtungs- und Bewertungskriterien der Falleingabe-Sitzungen haben wir die Team-auf-Zeit-Sitzungen danach bewertet, inwieweit die Arbeitsprozesse -strukturen sowie die Interventionen der Koordinatorinnen (im Rahmen der Leitung bzw. Moderation der Sitzung wie bei Kilian und Kai oder wie bei Bianca und Felix als Teilnehmende in ihrer Rolle als Koordinatorinnen des Gesamtprozesses) förderlich für die Verwirklichung der Gelingensfaktoren Kooperation (ergänzt um die Unterkategorie Risikobereitschaft des Helfersystems), Fallverstehen (einschließlich Einbezug des Familiensystems und der Familiendynamiken als Unterkategorie) und Partizipation sind. Auch die Zufriedenheit der interviewten RSD-Fachkräfte ist ein Kriterium; auf ihre Sichtweisen, die auch nochmal den Blick auf die Ebene der Organisation des Jugendamtes lenken, gehen wir in einem gesonderten Kapitel ein

.

Bewertung der Prozessqualität des Team-auf-Zeit

1.) Leitung, Abläufe, Prozesse

Die vier von uns beobachteten Team-auf-Zeit-Sitzungen fanden 2x im Jugendamt, einmal in der Klinik, in der der junge Mensch untergebracht war, und 1x in den Räumen der Koordinierungsstelle statt. Im Einzelnen variierten die Abläufe leicht, je nach Zeitpunkt im Gesamtprozess (Anfang oder Fortgeschritten) und Kontext („Kern-Team-auf-Zeit“ oder erweitert wie im Fall von Felix, dessen Team-auf-Zeit in der Klinik zusätzlich mit dem Klinikpersonal stattfand). In den Team-auf-Zeit Sitzungen stellten die Koordinatorinnen einen angemessenen Rahmen für die Schaffung individueller, flexibler Hilfearrangements und die Stabilisierung der Fallverläufe her. In der Anlaufphase der Koordinierung gibt es eine höhere Zeitinvestition (höhere Team-auf-Zeit-Frequenz). Es gibt feste Verfahren zum Informationsaustausch (Emailverteiler, Team-auf-Zeit-Treffen, wodurch auch ein Austausch von sachlich richtigen und aktuellen Informationen erreicht wird), ein klar definiertes Ablaufmodell, eine gemeinsam abgestimmte Planung der nächsten Schritte im Team-auf-Zeit. Alle Sitzungen waren gut vorbereitet und folgten einem strukturierten, an der Tagesordnung orientierten Ablauf. Eine Team-auf-Zeit-Sitzung – die erste nach der Falleingabesitzung – wurde von beiden Koordinatorinnen geleitet, eine Sitzung des „fortgeschrittenen“ Team-auf-Zeit von der zuständigen Koordinatorin, sowie eine von der falleinbringenden Fachkraft des RSD, und eins von dem Sozialarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in der die Team-auf-Zeit-Sitzung stattfand. Nach unserer Einschätzung wurde in den Team-auf-Zeit-Sitzungen insgesamt die höchste Prozessqualität erreicht, die von den Koordinatorinnen geleitet wurden, aber auch ohne Leitungs-/Moderationsrolle bringen sich die Koordinatorinnen förderlich für die Verwirklichung der Gelingensfaktoren ein (z. B. die Nachfragen der Koordinatorin im Team-auf-Zeit von Felix zur Überprüfung ihrer Hypothese, dass seine Impulsdurchbrüche eher im Zusammenhang mit seinem Substanzkonsum stehen oder die Intervention der Koordinatorin im Team-auf-Zeit von Bianca zur Deeskalation eines beginnenden Konflikts zwischen Jugendamt und Bianca anlässlich einer vom Jugendamt geplanten Auslandsmaßnahme für Biancas Schwester).

2a) Kooperation der Fachkräfte: systemübergreifend

In den beobachteten Team-auf-Zeit wurde häufig die Wir-Form verwendet, was ein Hinweis darauf ist, dass sich die Fachkräfte als Team begreifen. Hinsichtlich der systemübergreifenden Kooperation haben Groen & Jörns-Presentati (2018) Schlüsselprozesse formuliert, die wir in den beiden Team-auf-Zeit Sitzungen, in denen zusätzlich zu Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe auch Fachkräfte mit psychiatrisch-psychotherapeutischer Expertise anwesend waren (im Team-auf-Zeit von Felix und Kilian), umgesetzt sahen: Es gab klare Rahmenbedingungen in Bezug auf Verantwortlichkeiten, Zielklarheit, eine engagierte Mitarbeit der Beteiligten, eine klare Rollenverteilung, das Wissen um die „Paradigmen“ der jeweils anderen Professionen und Anerkennung von deren Unterschieden bei gleichzeitig großem Interesse an der Sichtweise und Einschätzung der jeweils anderen Profession. Im Team-auf-Zeit von Felix herrschte eine hohe Konzentration, Aufmerksamkeit und Wertschätzung im Hinblick auf die Einschätzungen aller Beteiligten ungeachtet ihrer hierarchischen Position; aus den verschiedenen Perspektiven von Klinik-Lehrerin über die Pflegekräfte, Einzelfallhelfer*innen, Jugendgerichtshilfe und Kliniksozialarbeiter bis hin zur Stationsärztin entstand ein sehr dichtes Bild vom jungen Menschen in seiner jetzigen biographischen Situation. Das Fallverstehen wurde vorangebracht, indem die Stationsärztin klar zu Verdachtsdiagnose des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Position bezog: Sie habe während der Zeit auf Station „nichts von der Akte“ gesehen. Das bedeutet, dass der Verdacht des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes auf eine Borderline Persönlichkeitsstörung mit dissozialen Anteilen, der wiederum Grundlage für die dringende Empfehlung einer freiheitsentziehenden Unterbringung gewesen war, vorerst nicht bestätigt wurde. Die Fachkraft des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes hörte interessiert zu, fragte nach, konnte dies gut akzeptieren. Eine Fachkraft von der Jugendgerichtshilfe wiederum erläuterte die Bedeutung dieser Einschätzung für das Gericht: Solange noch eine Perspektive auf eine positive Veränderung bestehe, werde das Gericht noch von einer Gefängnisstrafe absehen; dies werde unwahrscheinlicher, je eher das Bild einer „kriminellen Persönlichkeit“ entstehe.

2b) Kooperation Fachkräfte innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe und Risikobereitschaft

In den Team-auf-Zeit-Sitzungen von Bianca und Kai waren die Fachkräfte der Jugendhilfe „unter sich“. Hier konnten wir mehr Spannungen beobachten als in den systemübergreifenden Team-auf-Zeit-Sitzungen. Im Team-auf-Zeit von Kai fand eine Übergabe der Zuständigkeit der RSD-Fachkräfte statt (die langjährig zuständige Fachkraft kam nach einer längeren Pause zurück).

Auch hier wurden die Rollen klar benannt („ich als Jugendamt“) und alle Beteiligten (u. a. auch eine Fachkraft der Jugendgerichtshilfe) zeigten eine sehr wertschätzende und wohlwollende Haltung gegenüber dem jungen Menschen. Etwas Spannung deutete sich in der Zusammenarbeit zwischen dem Jugendamt und der (telefonisch zugeschalteten) Einrichtung, in der Kai untergebracht war, an (das Jugendamt war unzufrieden, dass die Einrichtung mit einigen Aufgaben wie den Ersatz eines verlorenen BVG-Schülertickets nicht hinterherkam; die Einzelfallhelfer*innen sprangen ein). Dem Team-auf-Zeit von Bianca teilte die Wohngruppenmitarbeiterin mit, Bianca müsse noch in der gleichen Woche ausziehen. Um Bianca zu ersparen, in eine Notunterkunft zu ziehen, organisierte der Mitarbeiter des BEW-Trägers, mit dem bereits gute Kooperationsbeziehungen bestehen, dass der Umzug ausnahmsweise an einem Freitag stattfinden kann und ging damit das „Risiko“ ein, dass der junge Mensch gleich nach dem Umzug ins BEW erstmal zwei Tage am Wochenende „alleine“ ist (ohne Kontakt mit der Bezugsbetreuung). Offenbar hatte es im Vorfeld bereits eine Absprache zwischen Vormund und Wohngruppenteam gegeben, dass die EFH für den Übergang zwischen Wohngruppe und BEW zuständig sei, in die diese aber nicht einbezogen worden war, was sie im Team-auf-Zeit ansprach. Gleichwohl erklärte sie sich bereit, Bianca im Notfall als Ansprechpartnerin am Wochenende telefonisch zur Verfügung zu stehen. Insgesamt werden die bekannten, vielfach auch „systembedingten“ Kooperationsherausforderungen wie bspw. die Kooperation zwischen öffentlichen und freien Trägern in den beobachteten Team-auf-Zeit sehr gut gemeistert, und es werden pragmatische Lösungen jenseits von Zuständigkeiten (bei Erhalt der Rollenklarheit) gefunden.

3.) Fallverstehen

Das Fallverstehen war in allen beobachteten Team-auf-Zeit-Sitzungen präsent. In der Sitzung von Kilian (die erste Team-auf-Zeit-Sitzung nach Falleingabe) war Fallverstehen explizit Thema; die Hypothesen aus der Falleingabesitzung wurden noch einmal sorgfältig geprüft und unter Einbeziehung weiterer alltagsnaher Beobachtungen der Bezugsbetreuerin (bspw., dass Kilian täglich mit der Pflegemutter telefoniert) teils verworfen, teils weiterentwickelt. In der Sitzung von Felix in der Kinder- und Jugendpsychiatrie brachten sowohl die aktualisierte psychiatrische Diagnostik als auch die alltagsnahen Beobachtungen durch Pflegekräfte und die Lehrkraft das Fallverstehen voran. Aber auch in den Team-auf-Zeit-Sitzungen, in denen eher die Verhandlung alltagsnäherer Themen und die Umsetzung kleinschrittigerer Teilziele im Vordergrund standen, wie bei Bianca und Kai, war das Fallverstehen präsent. Dies zeigte sich zum einen manifest in situativen „Schleifen über die Biographie“ (also die explizite Herstellung biographischer Bezüge) aber auch „latent“, wie die Analyse der beobachteten Team-auf-Zeit-Sitzungen auf der Folie der Hypothesen zum Fallverstehen ergeben hat. Sowohl die Hypothesen zu den guten Gründen als auch die langfristigen Wünsche und Ziele der jungen Menschen und ihre entsprechenden Ressourcen und Möglichkeiten in der Team-auf-Zeit-Sitzung präsent zu halten und zugleich die Umsetzung der für die Stabilisierung der Fallverläufe ebenso wichtigen alltagsnäheren Teilziele macht die besondere Leistung der Koordinatorinnen im Team-auf-Zeit aus.

4.) Einbeziehung des Familiensystems und der Familiendynamiken

Die Einbeziehung der Familiendynamiken und des Familiensystems konnten wir als Moment des Fallverstehens in allen Team-auf-Zeit-Sitzungen beobachten. Im Fall von Kilian waren die Pflegeeltern als Fachkräfte bei der gesamten Falleingabesitzung dabei gewesen, aber nicht beim ersten Treffen des Team-auf-Zeit, womit sie unzufrieden waren. Während es Stimmen im Team-auf-Zeit gab, die eine „klare Ansage“ an die Pflegeeltern forderten, das Pflegeverhältnis sei nun beendet, stellten die Koordinatorinnen klar, dass die Haltbarkeit des jetzigen Settings ebenso wie des zu entwickelnden Settings wesentlich von der Unterstützung der Pflegeeltern abhänge und es wurde vereinbart, dass sie in die nächste Team-auf-Zeit-Sitzung eingeladen werden sollten, auch um ihnen zu vermitteln, wie wichtig es sei, Kilian nicht weiter mit täglichen Telefonaten in ihre – nachvollziehbare – Ambivalenz einzubeziehen und hierfür wenn erwünscht Unterstützung durch eine EFB zu vermitteln.

Im Fall von Kai gab es die Hypothese eines „Kampfmusters“ der Mutter mit dem Hilfesystem (sie habe sich u. a. im Vorfeld der Koordinierung über Jugendamt offiziell beschwert), was wiederum Teil der Dynamik des Entlassungsmusters von Kai sei. Auf Wunsch der Mutter hin wird sie nach jedem Treffen des Team-auf-Zeit telefonisch darüber informiert, was besprochen wurde, dies weiß auch Kai und er finde es gut, weil ihm das signalisiere: Seine Mutter habe Interesse daran, wie es mit ihm weitergeht. In der Team-auf-Zeit-Sitzungen anwesend war nur die Mutter im Team-auf-Zeit von Felix, was sehr wichtig war, um ihm zu vermitteln: Ich bin weiter für dich da, auch wenn du in die Wohngruppe ziehst. Auch in der Team-auf-Zeit-Sitzung von Bianca, die sich gegen den weiteren Kontakt mit ihren Eltern entschieden hat, waren gleichwohl wie auch bei Kai Geschwisterkontakte ein emotional besetztes Problem, für das jeweils angemessene „Lösungen“ gefunden wurden.

5.) Partizipation

In drei der vier beobachteten Sitzungen waren die jungen Menschen mit anwesend. In zwei Sitzungen wurden die jungen Menschen von ihren Einzelfallhelfer*innen dazu geholt, in einer Sitzung war der junge Mensch (Bianca) von Anfang an dabei und in einer Sitzung war der junge Mensch ebenso wie in der Falleingabesitzung nicht eingeladen, weil dies aufgrund seiner kognitiven Beeinträchtigungen als Überforderung eingeschätzt wurde. In diesen Sitzungen wurden Schlüsselprozesse für Partizipation umgesetzt. So waren die jungen Menschen vor der Team-auf-Zeit Sitzung von ihren Einzelfallhelfer*innen vorbereitet worden; im Fall von Bianca auch nochmal unmittelbar *vor* der Team-auf-Zeit-Sitzung durch die Koordinatorin. Die jungen Menschen wirkten informiert, und schienen zu verstehen, worum es im Team-auf-Zeit geht. Die Kommunikationsform und die Sprache waren angemessen und wertschätzend. Auch haben die jungen Menschen die Möglichkeit einer „anwaltschaftliche“ Vertretung; dies waren in den beobachteten Team-auf-Zeit-Sitzungen jeweils die Einzelfallhelfer*innen. Raum und Zeit, um Anliegen zu äußern, wurden geboten. Jedoch brachte sich nur Bianca aktiv und spontan mit eigenen Anliegen und selbstinitiierten Redebeiträgen in den beobachteten Team-auf-Zeit-Sitzungen ein; die anderen beiden jungen Menschen hörten sich an, was vor ihrem Dazukommen besprochen worden war. Felix formulierte seine Anliegen für den Übergang in die Wohngruppe, die er mit dem Kliniksozialarbeiter vorbereitet hatte und wirkte dabei sehr aufgeregt; Kai antwortete auf Fragen und Ansagen der Team-auf-Zeit-Fachkräfte eher knapp und wirkte dabei recht gelassen; aber gleichwohl innerlich beteiligt. Ein junger Mensch (Kilian) war weder in die Falleingabesitzung noch in das erste Treffen des Team-auf-Zeit, das darauf folgte, nicht eingeladen worden, weil die Teilnahme derzeit noch als zu verwirrend und überfordernd eingeschätzt wurde; es waren aber vorab ausführliche Gespräche mit ihm, seinen Pflegeeltern und weiteren Fachkräften geführt worden, um seine Wünsche und Vorstellungen in Erfahrung zu bringen.

Zufriedenheit der Fachkräfte des RSD

Die interviewten RSD-Fachkräfte äußerten sich mit dem Koordinierungsprozess sehr zufrieden; sie haben beide die Koordinierungsstelle auch schon mehrfach Kolleg*innen weiterempfohlen. Sie schätzen insbesondere die regelmäßigen Treffen im Team auf Zeit und dessen Verbindlichkeit, die damit verbundene emotionale Entlastung, das hohe Niveau des fachlichen Austauschs sowie insgesamt mehr Handlungsfähigkeit, Wirksamkeit und „Dynamik“ in der Fallbearbeitung.

5.1.3. Empfehlungen Falleingabesitzung und Team-auf-Zeit

Wir externen Beobachter*innen sind – nach intensivem Austausch und fachlicher Diskussion – übereinstimmend zu dem Ergebnis gekommen, dass sowohl in den beobachteten Falleingabesitzungen als auch in den beobachteten Team-auf-Zeit-Sitzungen insgesamt eine hohe Prozessqualität vorliegt: Innerhalb der untersuchten Arbeitsstrukturen und Prozesse wurden die interdependenten Gelingensfaktoren Partizipation, Kooperation, Fallverstehen (einschließlich des Einbezugs der Familiendynamiken und des Familiensystems) und Risikobereitschaft des Helfersystems sehr weitreichend verwirklicht. Dies ist nicht nur angesichts des hohen Schwierigkeitsgrads der eingebrachten Fälle ein sehr gutes Ergebnis, sondern auch angesichts vielfältiger systembedingter Umsetzungshemmnisse, auf die weiter unten noch

eingegangen wird. Unsere Empfehlungen betreffen dementsprechend keine grundlegenden Aspekte, sondern lediglich den „Feinschliff".

Empfehlungen zur Falleingabesitzung (M. Schwabe)

Empfehlung 1: Variationen im Ablaufmodell

Die Koordinator*innen haben gemeinsam mit dem Fallberatungsgremium und der Steuerungsgruppe einen sehr guten Ablauf für die Falleingabe entwickelt. In Zukunft sollten den Koordinator*innen aber mehr Freiheit eingeräumt werden, vom Schema abzuweichen und mit Variationen zu „spielen", wenn ihnen das sinnvoll erscheint. Das scheint uns für die Weiterentwicklung des Formats „Falleingabe" wichtig. Wir sind uns sicher, dass die beiden Koordinatorinnen immer eine gute Mitte zwischen Struktur und Prozess finden werden, dafür aber auch Spielräume benötigen.

1) Das Ablaufmodell sieht vor, dass die Koordinatorinnen die Hypothesen, die sie vorab zum Fallverstehen entwickelt haben, in der Falleingabesitzung vorstellen. Eine Variante, die Koordinatorinnen ausprobiert haben, ist, das Fallberatungsgremium selbst Hypothesen entwickeln zu lassen.
2) Das Ablaufmodell sieht vor, zunächst alle Settingideen festzuhalten und dann die Settingideen, die dem Jugendamt einleuchten, weiterzuentwickeln. An dieser frühen Stelle des Prozesses, in der noch kein konsistentes Hilfekonzept entwickelt wurde, kann so eine zu frühe Festlegung auf Ideen entstehen, die den Prozess einer grundsätzlichen Öffnung des Falles blockieren könnte.
3) Der bunte und heterogene Charakter der Ideensammlung trägt wesentlich zu einer Öffnung des Falls bei. In einer Sitzung gab es aber auch eine Tendenz zur Überproduktion von Ideen, die nicht gut aufeinander bezogen waren. Die Übergänge zwischen bunter, kreativer Ideensammlung und inkonsistentem Ideenmischmasch sind immer wieder kritisch zu überprüfen.

Empfehlung 2: Reflexion der Interaktionsmuster mit Familie, Helfer*innen, Jugendamt

Die Analyse und Reflexion des aktuellen Interaktionsmusters (Abgabe-, Kampfmuster, Scheinkooperation oder [partiale] Kooperation) mit dem jungen Menschen, der Familien, den Helfer*innen und/oder der Fachkraft des RSD vom Jugendamt sollte in Zukunft als Reflexionsebene stärker mitlaufen. Dazu gehört auch die Frage, was man selbst dafür getan hat, das Muster des Gegenübers zu bestärken und wie man es aufweichen kann.

Empfehlung 3: Fortbildungen zu weiteren Fallverstehensdimensionen

Die Koordinatorinnen und das Fallberatungsgremium sollten regelmäßig (mindestens einmal im Jahr) Fortbildungen mit Externen und zu Themen ihrer Wahl organisieren können.

Ein Vorschlag wäre eine Fortbildung zum psychoanalytisch orientierten Fallverstehen. Denn der Fallverstehensansatz, der den „guten Grund" und damit die Subjektperspektive in den Mittelpunkt stellt, ist zwar oft entscheidend und bei den Koordinatorinnen und dem Fallberatungsgremium in guten Händen. Auch dominiert eine wohlwollende und dezidiert ressourcenorientierte Haltung gegenüber den jungen Menschen und ihren Familien. Insbesondere in Fällen mit einer hohen Selbst- und/oder Fremdgefährdung sollte diese um eine psychoanalytische Perspektive erweitert werden, die auch die Dimension unbewusster „(selbst-)mörderischer" Aggressionen und die hierdurch auch im Helfersystem potenziell ausgelösten Abwehrprozesse gezielt in das Fallverstehen einbezieht.

Empfehlung 4: Selbstevaluationsschleife oder: Fallverstehen revisited

Einmal im Jahr sollte insbesondere für weiterhin „schwierig" verlaufende Fallentwicklungen eine Reflexion der Falleingabesitzung erfolgen; hierzu sollte eine externe Fachperson eingeladen werden.

Empfehlung 5: Erwägung einer Erweiterung des Portfolios
Laut Handreichung zu den Prozessschritten entscheidet die Fachkraft, ob sie sich ein Team-auf-Zeit wünscht. Dies ist bislang offenbar regelhaft der Fall gewesen. Das Angebot einer ein- oder zweimaligen Fallberatung eines Jugendamts oder einer erweiterten Runde von aktuell Fallzuständigen könnte noch stärker konturiert werden. Dieses Portfolioelement könnte zu einer stärkeren Verbreitung der Erfahrungen der Koordinierungsstelle mit der partizipativen und fallverstehensbasierten Entwicklung und Umsetzung individueller Settings bei „schwierigen" Hilfeverläufen beitragen.
Empfehlung 6: Strukturelle Angebotslücken melden
Strukturelle Angebotslücken, die die Realisierung von guten Ideen der Settingkonstruktion unmöglich machen, sollten immer festgehalten und den Jugendhilfeplaner*innen des Bezirks gemeldet werden.

Empfehlungen zum Team-auf-Zeit

Hinsichtlich des Gelingensfaktors „Fallverstehen" haben wir im Hinblick auf das Team-auf-Zeit keine Empfehlungen, vielmehr macht es aus unserer Sicht die besondere Qualität des Unterstützungsprozesses im Team-auf-Zeit aus, dass die „Tiefenstruktur" des Fallverstehens (einschließlich der Dynamiken im Familiensystem) auch in den pragmatischer ausgerichteten Team-auf-Zeit-Sitzungen immer latent präsent ist. Auch hinsichtlich des Gelingensfaktors Kooperation sehen wir keine Verbesserungsmöglichkeiten, die innerhalb der Arbeitsstruktur Team-auf-Zeit umgesetzt werden könnten. Lediglich in Bezug auf die Partizipation haben wir einige Vorschläge, die das ohnehin schon hohe Niveau der Verwirklichung dieses Gelingensfaktors noch steigern könnten. Grundlage hierfür bilden neben unseren Beobachtungen auch die Interviews mit den jungen Menschen.

Dass Partizipation ein Leitkonzept des Handelns der Koordinatorinnen ist, wurde in allen Forschungssituationen deutlich: In der Art und Weise, wie sie die Fallverläufe im Interview schilderten, im Einbezug der Perspektiven der jungen Menschen in der Interaktion mit anderen Fachkräften und in der unmittelbaren Interaktion mit den jungen Menschen im Team-auf-Zeit. Auch die Berichte der jungen Menschen selbst sprechen dafür, dass sie sich mit ihren Wünschen und Vorstellungen in den Koordinierungsprozess einbringen können und die Entscheidungsprozesse beeinflussen können; gleichwohl erleben die jungen Menschen die Falleingabesitzung und das Team-auf-Zeit sehr unterschiedlich:

Sichtweisen Junge Menschen: Falleingabesitzung und Team-auf-Zeit sowie Partizipation
An der Falleingabesitzung hat **Bianca** nicht teilgenommen, weil sie krank war, aber sie erinnert sich daran, dass es „mehrere Gespräche" gegeben habe, in denen es darum ging, was sie sich vorstellt (S. 4: Z. 1-12). Die Koordinatorin fand sie „von vorneherein eigentlich meganett, weil ich gemerkt habe, … dass sie mir nichts Böses will" (S. 3: Z. 20-22). Beim Team-auf-Zeit sei sie „so gut wie immer dabei", denn: „Es *geht* ja um mich" (S. 6: Z. 12-19). Auf die Frage, wie sie sich dabei fühle, antwortet sie: „Gut. Also ich habe auch kein Problem damit, wenn jetzt Team-auf-Zeit über mich redet über meine Zukunft und was besser laufen kann und was schlecht gelaufen ist. Keine Ahnung was. Dann wird das halt besprochen und am Ende dann halt auch mit mir. Dann äußere ich mich halt dazu und dann geht das alles gut" (S. 8: Z. 11-14).
Kathy kann sich „noch an die erste Team-auf-Zeit-Sitzung sehr gut erinnern. Ich weiß, dass ich danach nicht mal 10 Minuten wieder abgedampft bin. Erstmal so. Ich kann nicht mit extrem vielen Menschen an einem Tisch von jetzt auf gleich sitzen… Aber am Ende habe ich es doch hingekriegt" (S. 4: Z. 1-17). Sie sei dann nochmal reingekommen und es „ging" dann auch" (S. 4: Z. 19-21). Für sie ist entscheidend, ihren Einzelfallhelfer im Team-auf-Zeit dabei zu haben (er ist auch beim Interview dabei). Es fühle sich zwar weiterhin „komisch" an, da mit so vielen Leuten zu sitzen, aber sie könne ihre Wünsche äußern und die Leute „hören sich das an,

nehmen es an und versuchen es umzusetzen“ (S. 8: Z. 1-15). Sie gehe dort immer hin, weil sie „muss“ und: „Weil es um *mich* geht“ (S. 10: Z. 3-5).

Jamila habe sich in der Falleingabesitzung „überfordert“ gefühlt und auch geweint und den Raum verlassen, weil hier die Frage danach, ob sie putzen könne, traumatische Erinnerungen getriggert hatte. Sie sei dann aber „wiedergekommen.“ (Die Frage nach dem „Putzen“ war Teil der Abfrage von notwendigen Alltagsfertigkeiten für das von Jamila gewünschte BEW, das ihr in der Falleingabesitzung angeboten wurde). Die (vorbereitenden) Gespräche mit den Koordinatorinnen und ihrem Freund habe sie hingegen in guter Erinnerung: „Wir saßen im Park und haben gequatscht“. In Bezug auf das Team-auf-Zeit könne sie sich nur an die letzte Sitzung erinnern, die zugleich die Abschiedssitzung war. Diese habe in ihrer Wohnung stattgefunden und sie habe für alle Kuchen gebacken.

Alle drei Interviewpartner*innen äußern, nicht nur informiert und „gehört“ zu werden, sondern auch Einfluss nehmen zu können, was sich auch mit unserer Einschätzung, dass im Koordinierungsprozess Schlüsselprozesse für Partizipation wirksam umgesetzt werden (s. o.), deckt. Die Äußerungen der jungen Menschen verdeutlichen aber auch, wie unterschiedlich sie die Falleingabesitzung und das Team-auf-Zeit erleben. Diese Strukturen bieten zwar eine wichtige Möglichkeit für Partizipation. Sie können aber aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen der jungen Menschen nicht von allen jungen Menschen gleichermaßen aktiv genutzt werden. Damit auch verbal weniger eloquente und selbstbewusst auftretende junge Menschen als Bianca und auch kognitiv (leicht) beeinträchtigte[60] junge Menschen wie Kilian, der weder in die Falleingabesitzung noch ins (erste) Team-auf-Zeit eingeladen wurde, ihre Anliegen und Vorstellungen selbstständig in den Koordinierungsprozess einbringen und die Erfahrung machen können, auf den Entscheidungsprozess Einfluss nehmen zu können, ist die Kombination der (hochschwelligen) Teilnahmemöglichkeit an der Falleingabesitzung und am Team-auf-Zeit mit niedrigschwelligen Ansätzen wie aufsuchender Arbeit und mit Ansätzen der anwaltschaftliche Vertretung der jungen Menschen in Falleingabe- und Team-auf-Zeit-Sitzungen bspw. durch die Einzelfallhelfer*innen essentiell.

Empfehlungen zur Verbesserung der Partizipation im Team-auf-Zeit

1.) In der ersten Hälfte im Team-auf-Zeit-Sitzung von Felix hatten beide Beobachterinnen den Gedanken, dass es schade ist, dass er es nicht miterleben kann, wie wertschätzend alle Beteiligten über ihn sprechen. Eine aktivere Beteiligung der jungen Menschen am Team-auf-Zeit wie im Fall von Bianca könnte möglicherweise erreicht werden, wenn die jungen Menschen häufiger eingeladen werden, bereits ab Team-auf-Zeit-Beginn dabei zu sein. Voraussetzung ist, dass sie, wie Bianca es auch im Interview deutlich macht, grundsätzlich mit der Situation der Team-auf-Zeit-Sitzungen zurechtkommen. Das würde dann die Transparenz fördern und hätte den Charakter eines Reflecting Teams: Die Fachkräfte sprechen über ihre Sichtweise des Verlaufs/der Situation, der junge Mensch nimmt es zunächst auf, ohne unmittelbar reagieren zu müssen, und bringt sich dann in der zweiten Hälfte aktiv ein.

2.) In den Fällen, in denen die jungen Menschen nicht regelmäßig an Treffen des Team-auf-Zeit teilnehmen und/oder sehr zurückhaltend bleiben, könnte das Konzept der anwaltschaftlichen Vertretung durch die Einzelfallhelfer*innen noch deutlicher umgesetzt werden, indem die Einzelfallhelfer*innen vorab die Wünsche und Vorstellungen auch schriftlich dokumentieren und vorab im Emailverteiler zur Verfügung stellen und indem sie in der Sitzkonstellation buchstäblich an der Seite des jungen Menschen sitzen, auch etwas abgerückt

von den anderen Fachkräften, so dass deutlich wird, hier geht es primär um die Unterstützung des jungen Menschen, seine/ihre Perspektive einzubringen.

[60] Die Koordinierungsstelle ist nur für junge Menschen zuständig, die u. a. *auch* Hilfen zur Erziehung nach SGB VIII erhalten, jedoch nicht für junge Menschen mit schwerer geistiger Beeinträchtigung, die vollständig in die Eingliederungshilfe übergeleitet worden sind.

3.) Um junge Menschen mit (leichten) kognitiven Beeinträchtigungen wie Kilian angemessen einzubeziehen, sollten sie gezielt zu einzelnen Team-auf-Zeit Sitzungen eingeladen und diese angemessen gestaltet werden (u. a. durch die Verwendung leichter Sprache, Visualisierungen etc.).

5.2. Wirkung der Koordinierung: Mehr Lebensweltorientierung

Im Folgenden soll abschließend der Frage nach der „Wirkung" der Koordinierung nachgegangen werden, also welchen Unterschied die Intervention der Koordinierungsstelle im Vergleich zur alleinigen Fallbearbeitung durch die RSD-Fachkräfte der Jugendämter macht bzw. was der Nutzen oder der „Mehrwert" der Koordinierungsstelle ist. Hierzu gehen wir zunächst auf die Sichtweise der RSD-Fachkräfte[61] zu dieser Frage ein, die insbesondere auch die Ebene der Organisation des Jugendamtes und des Hilfesystems thematisieren (5.2.1.) und arbeiten die Besonderheit des Angebots der Koordinierungsstelle und die durch die Koordinierung in den Hilfeplanungsprozess eingebrachten Kompetenzen heraus (5.2.2.). Abschließend folgt aus unserer Sicht eine Zusammenfassung der Wirkung und wir geben Empfehlungen, die über die Prozessqualität in Falleingabesitzung und Team-auf-Zeit hinausgehend auch die strukturelle Ebene des Hilfesystems betreffen (5.2.3.).

5.2.1. RSD-Fachkräfte: Mehr Handlungsfähigkeit, -freiheit und -sicherheit

Auf die Frage, was in den schwierigen Fallverläufen, an deren Koordinierung die Koordinierungsstelle beteiligt ist, „anders läuft" als in den Fällen, in denen sie nicht beteiligt wird, benennen die interviewten RSD-Fachkräfte zum einen die kontinuierliche Unterstützung im Team-auf-Zeit, die deutlich ihre Wirksamkeit in der Bearbeitung schwieriger Fälle erhöhe:

„Mehr Effizienz" (RSD-Fachkraft)

Für die Fachkraft sind die regelmäßigen „Zusammentreffen" im Team-auf-Zeit „das A und O", denn „Treffen alle 6 Monate für Hilfeplangespräche sind keine ausreichende Basis in den schwierigen Fällen". Sie erlebe eine „persönliche Entlastung" und „Beruhigung" dadurch, dass die Koordinierungsstelle sie unterstützt, zugleich werde die eigene Arbeit „viel effizienter", auch wenn am Anfang der Aufwand wegen der häufigeren Treffen „einen Ticken" höher sei. Aber man merke einfach auch, dass in der Arbeit der Koordinatorinnen „ein Engagement dahintersteckt, was die anderen auch spüren und dann einfach auch mitzieht, wo man einfach auch merkt: Da läuft was". Und schließlich bringe jeder Abbruch auch einem enormen „bürokratischen Aufwand" mit sich: „Da treffe ich mich lieber einmal im Monat mit den Kolleginnen und tausche mich aus, als alle drei Wochen eine neue Hilfe zu suchen." Zudem betont sie, sie habe noch nie einen so hohen fachlichen Austausch" gehabt – und sie arbeite schon fast seit 10 Jahren beim Jugendamt. „Also ich finde, es lohnt sich, ganz klar" – so ihr Fazit.

[61] Um die Anonymität der Interviewpartner*innen zu wahren differenzieren wir in diesem öffentlichen Bericht nicht zwischen den Interviews mit den einzelnen Fachkräften.

„Mehr Handlungsfähigkeit und Dynamik“ (RSD-Fachkraft)

Die Fachkraft profitiere besonders von der „Verbindlichkeit“ im Team-auf-Zeit und der „guten Helfergemeinschaft“, die durch das Team-auf-Zeit entstanden sei (vorher gab es Konflikte im Helfer*innensystem). Im Vergleich zu anderen „schwierigen“ Fällen, deren Bearbeitung nicht von der Koordinierungsstelle begleitet wurden, erlebe die Fachkraft in dem eingebrachten Fall insgesamt deutlich mehr „Handlungsfähigkeit und Dynamik“, sonst sei man vom „good will“ der freien Träger und der Kliniken abhängig und alles laufe „schleppender“. Auch Krisen- und Gefährdungssituationen können mit Unterstützung des Team-auf-Zeit wirksamer bewältigt werden.

Zusätzlich zu mehr Handlungsfähigkeit, Wirksamkeit, Dynamik und persönlicher Entlastung lässt sich aus den Äußerungen der Interviewpartner*innen auch auf eine verbesserte Verwirklichung der Gelingensfaktoren schließen, und zwar insbesondere der fallbezogenen Kooperation – systemübergreifend und innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe. So berichtet eine Fachkraft, es „erstmals“ erlebt zu haben, dass eine Klinik sich als „zuständig“ betrachtet habe, bis eine Anschlusshilfe gefunden wird; vorher habe das Mädchen eine „Odyssee“ von 10 Kliniken durchlaufen. Auch werden die gute Zusammenarbeit und der enge Austausch mit dem psychiatrischen Gutachter, den das Gericht bestellt hatte, als besonderer Gewinn der Koordinierung hervorgehoben. Beide Fachkräfte schätzen auch die verbesserte Zusammenarbeit mit den freien Trägern (mehr Vertrauen, mehr Verbindlichkeit). Hinsichtlich des Fallverstehens schildert eine Fachkraft die „Aha-Momente“, die sie durch die „Fallaufarbeitung“ und die Betrachtung des Familiensystems als Ganzes gehabt habe. Auf Nachfrage wird auch eine verbesserte Partizipation benannt. „Alles läuft besser, wenn die Familie Bescheid weiß“ – so eine Fachkraft. Die andere Fachkraft sieht angesichts des hochriskanten Agierens des Mädchens wenig Raum für Mitbestimmung, schätzt aber die beharrliche Nachfrage der Koordinatorin: „Was würde das Mädchen jetzt dazu sagen?“ Beide Fachkräfte benennen schließlich als einen entscheidenden „Mehrwert“, dass die Koordinierungsstelle ein Projekt der Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie ist, weil dieser Umstand ihnen mehr Handlungssicherheit und -freiheit in der Hilfeplanung verschaffe:

Mehr (Handlungs-)Sicherheit, weil die Koordinierungsstelle ein Projekt der Senatsverwaltung ist (RSD-Fachkraft)

Angesichts des hochsuizidalen Agierens eines Mädchens, der Konflikte im Helfer*innensystem und der Vorwürfe an das Jugendamt, es würde nicht genug machen, war ein Motiv der Fachkraft, auch zu ihrer eigenen Absicherung die Koordinierungsstelle anzufragen: Sie wollte „nichts unversucht“ lassen. Hierbei war für sie auch von zentraler Bedeutung, „dass die Koordinierungsstelle ein Projekt der Senatsverwaltung ist, weil die Senatsverwaltung ja so gesehen mein übergeordneter Dienstherr [ist], das gibt mir nochmal Sicherheit“ (S. 18). Ohne diese Anbindung hätte die Fachkraft des RSD die Koordinierungsstelle auch nicht angefragt.

Mehr Handlungsfreiheit, weil die Koordinierungsstelle ein Projekt der Senatsverwaltung ist (RSD-Fachkraft)

„Hervorragend" sei, dass „wir dadurch, dass die Koordinierungsstelle mit drin ist, von der Leitungsebene auch Zuspruch [haben]: Ich darf auch… Kombinationen[62] [planen], was natürlich auch nicht immer so einfach ist, muss man auch dazu sagen." In dem konkreten Fall wurde es auch „toleriert", dass eine sehr viel höhere Zahl an Fachleistungsstunden für die Einzelfallhilfe angesetzt wurde als sonst üblich, weil „die Senatsverwaltung mit drin ist, das war das Ausschlaggebende." Im weiteren Verlauf konnte die Fachkraft das dann auch gut damit begründen, dass der Junge sehr gut darauf „angesprungen" sei und in den ersten drei Monaten keine Straftaten mehr begangen hatte: „Da hatten wir es dann schwarz-auf-weiß."

Dass beide Interviewpartner*innen die Bedeutung der Anbindung der Koordinierungsstelle an die Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie betonen, kann ggf. auf strukturelle Umsetzungsbarrieren der entwickelten Hilfesettings hinweisen, zu deren Überwindung diese Anbindung aus ihrer Sicht beitrage. Zwar hat die Berliner Senatsverwaltung für Jugend gegenüber den Jugendämtern keine unmittelbare Weisungsbefugnis und die Fallverantwortung liegt durchgängig beim zuständigen Jugendamt, doch macht offenbar die Anbindung der Koordinierungsstelle an die Senatsverwaltung für die interviewten Fachkräfte gleichwohl einen symbolischen Unterschied innerhalb der vielfältigen Aushandlungsprozesse, die für die Umsetzung individueller, bedarfsgerechter Hilfen notwendig sind: Sie verleiht dem (geplanten) Vorgehen, den Entscheidungen bzw. den Empfehlungen der RSD-Fachkräfte innerhalb der Organisation Jugendamt und des Systems der Kinder- und Jugendhilfe mehr Gewicht.

Zusammenfassung: Nutzen der Koordinierung aus Sicht der RSD-Fachkräfte

- Kontinuierliche Begleitung durch Fachkräfte mit vertiefter Fallkenntnis und gleichzeitig ohne eigene „Verstrickung" mit dem Fall (statt einmaliger Beratung durch Außenstehende)
  - Hohes Niveau des fachlichen Austauschs
  - Emotionale Entlastung durch Verantwortungsgemeinschaft
  - Vertieftes Fallverstehen u. a. durch Fallaufarbeitung (Fallchronologie)
  - Verbesserte Partizipation der jungen Menschen und ihrer Familien („Wie würde das Mädchen das sehen?")
  - Verbesserte Kooperation innerhalb des Helfersystems, mit den freien Trägern und mit Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Mehr Handlungsfähigkeit, Dynamik und Effektivität in der Fallbearbeitung
- Anbindung an SenBJF ermögliche mehr Handlungsfreiheit (insbes. bzgl. Finanzierung) und mehr Handlungssicherheit (insbesondere im Kontext hochriskanten Agierens)

5.2.2. Kompetenzen und Strukturen für die wirksame Bearbeitung komplexer Hilfebedarfe

Der Beitrag der Koordinierungsstelle besteht darin, die wirksame Zusammenarbeit der beteiligten Fachkräfte im Team-auf-Zeit zu unterstützen: Informationen zusammenzuführen, die Erarbeitung eines gemeinsam getragenen Fallverstehens und eines passenden Settings anzuleiten und für die Beteiligung der jungen Menschen und ihrer Familien zu sorgen. Damit wird auf die Umsetzung der Gelingensfaktoren Partizipation, Fallverstehen und Kooperation hingewirkt, wofür die Fachkräfte der Koordinierungsstelle eine Vielzahl an Kompetenzen einbringen, die für die wirksame Intervention in diese eskalierten Fallverläufe erforderlich sind:

[62] Gemeint ist die Kombination mehrerer Hilfen.

Kompetenzen der Fachkräfte Koordinierungsstelle

- **Wissen:** Überblick über geeignete gesamtstädtische Angebote, Kenntnis der Umsetzungsbarrieren und Möglichkeiten ihrer Überwindung, zielgruppenspezifische Kenntnisse (bspw. Traumapädagogik), Wissen und Erfahrung bzgl. der Entwicklung und Umsetzung individueller bedarfsgerechter Angebote jenseits der „buchbaren" Angebotspakete
- **Können**: subjektlogische Diagnostik (Fortbildung von Koordinatorinnen; Fallverbund), Kompetenzen zur Verwirklichung von Partizipation, kooperationsfördernde Moderation und Leitung; Fort-/Weiterbildung einer Koordinatorin im systemischen Ansatz, traumapädagogische Fortbildung der anderen Koordinatorin
- **Haltung**: lebenswelt- und subjektorientierte Haltung, die um das Verstehen des „guten Grundes" des außergewöhnlichen Verhaltens der jungen Menschen und seiner subjektiven Deutungs- und Bewältigungsmuster bemüht ist, und die in der Verantwortung bleibt: „Scheitern ist erlaubt, Aufgeben nicht!

Je nach Situation des jeweiligen Jugendamtes kann der Mehrwert der Koordinierung auch darin bestehen, dass die „komplexen Bedarfe" von Jugendlichen angemessen bearbeitet werden können. So antwortet eine RSD-Fachkraft auf die Frage, was in den „schwierigen" Fällen, die in die Koordinierung eingebracht werden, anders läuft: „Ja, also ich würde sagen, es läuft anders, dass der komplexe Hilfebedarf (oft) gar nicht abgedeckt werden kann durch einen einzelnen Jugendamtsmitarbeiter, dass … gerade die Jugendlichen hinten anstehen aufgrund dessen, weil natürlich Kinderschutz, also Kleinkind, Säuglingsalter erstmal immer vorgeht" (RSD-Fachkraft_2: S. 22: Z. 18-22). Dies legen auch die Äußerungen eines jungen Menschen (aus einem anderen Bezirk) im Interview nahe: „Ich weiß nicht, also bevor ich [die Koordinatorin] hatte, lief halt nichts wirklich. Mein Jugendamt kam nicht hinterher, ich habe nicht wirklich das bekommen, was ich wollte" (JM_2: S. 3: Z. 3-8). Seit sie „die Hilfe mit [der Koordinatorin] habe, [klappt] einfach viel, viel mehr, und das [läuft] einfach besser" – auch, weil „[die Koordinatorin] immer gut hinterher ist" (JM_2: S. 1: Z. 13-17).

Ein interessantes Ergebnis der statistischen Auswertung des Berichtswesens ist in diesem Zusammenhang, dass das Jugendamt, das am häufigsten die Koordinierungsstelle angefragt hat, zugleich das einzige Jugendamt ist, das bereits bei Fallanfrage ein „Kernelement" individueller Hilfearrangements umgesetzt hatte, nämlich die Kombination mehrerer Hilfen (hier: §30 und §34 SGB VIII). Hier haben die RSD-Fachkräfte also offenbar eine Handlungsfreiheit in der Hilfeplanung (wie insbesondere hinsichtlich der Finanzierung von kombinierten Hilfen), die Fachkräfte in anderen Bezirken teilweise erst *durch* die Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle erhalten. Zugleich gelinge die Kooperation mit diesem Jugendamt aufgrund ähnlicher „Haltungen" mit diesem Jugendamt besonders gut, so die Koordinatorinnen. Unsere Hypothese ist, dass die Anfragehäufung in diesem Fall also nicht ein Indikator für ein besonders „schlecht" arbeitendes Jugendamt mit besonders vielen eskalierten Verläufen ist, sondern vielmehr für ein „gut" arbeitendes Jugendamt, das erstens den Anspruch hat, für *jeden* jungen Menschen eine Hilfe zu planen und umzusetzen, die seinem individuellen Bedarf gerecht wird, und das zweitens erkennt, dass es aufgrund des hohen Eskalationsgrades des Fallverlaufs in den angefragten Fällen nicht selbst über die Mittel hierfür verfügt.

Mittlerweile fragen alle Berliner Jugendämter die Koordinierungsstelle an. Angesichts der „bedeutsamen Qualitätsunterschiede" (Schrapper 2020: 175) in der Arbeit der Jugendämter wird das, was die Koordinierungsstelle jeweils „mehr" kann, sehr unterschiedlich ausfallen. Die „Abdeckung" komplexer Hilfebedarfe von Jugendlichen gehört dabei zwar grundlegend zu den Aufgaben der RSD. Die Auswertung des Berichtswesens und auch unsere teilnehmenden Beobachtungen der Falleingabesitzungen haben aber ergeben, dass es sich bei den angefragten Fällen um objektiv besonders „schwierige", wenn nicht „schwierigste" Verläufe handelt, die für die Jugendämter zu einer „schweren Belastung" geworden

sind, die aus den „eigenen Mitteln“ der Jugendämter heraus nicht (mehr) zu bewältigen sind – so auch die Einschätzung von Mathias Schwabe. Und genau hier setzt das Angebot der Koordinierungsstelle an:

„Komplexe Hilfebedarfe“ prozessbegleitend koordinieren: Der Beitrag der Koordinierungsstelle

- Strukturen: Die Koordinierungsstelle bietet den RSD mit dem Team-auf-Zeit eine mittelfristig angelegte Unterstützungsstruktur an, die so innerhalb der Berliner Jugendhilfestrukturen bislang nicht gegeben ist, und somit strukturell „neu“ ist.
- Kompetenzen: Für die Koordinierung der Prozesse im Team-auf-Zeit bringen die Fachkräfte der Koordinierungsstelle spezifische Kompetenzen (Wissen, Können, Haltung) ein, die für eine wirksame Intervention in hocheskalierte Fallverläufe förderlich sind und zur Verwirklichung der Gelingensfaktoren Fallverstehen, Partizipation, Einbezug des Familiensystems, Kooperation und Risikobereitschaft beitragen
- Vernetzung mit freien Trägern: Die Koordinierungsstelle ist berlinweit mit freien Trägern vernetzt, die über die entsprechende Bereitschaft/Haltung, Kompetenz und Erfahrung in der Arbeit mit hochriskant agierenden jungen Menschen mit komplexen Hilfebedarfen verfügen. Die Koordinierungsstelle berät Träger und Jugendämter, wie Rahmenbedingungen auf der Ebene personeller, räumlicher und konzeptioneller Ressourcen geschaffen werden können (bspw. Auszeit- und Freihalteregelungen), die es den Trägern ermöglichen, die jungen Menschen aufzunehmen und zu „halten“, ohne dabei eigene (auch ökonomische) Grenzen überzustrapazieren.
- Vernetzung mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ebenso verfügt die Koordinierungsstelle berlinweit über gute Erfahrungen mit der Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und mit Behandlungs- und Kooperationsvereinbarungen, die eine verbindliche und konstruktive fallbezogene systemübergreifende Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie erleichtern oder oft auch erst ermöglichen und zwar nicht nur hinsichtlich einer Aufnahmebereitschaft der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Krisenintervention, sondern auch zur langfristigen integrierten Behandlungs- und Unterstützungsplanung (wie bspw. die Vereinbarung von Intervallbehandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Behandlung in der Tagesklinik als Teil eines integrierten Hilfekonzepts).
- Lebensweltorientierung: Durch die enge und kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen RSD-Fachkräften und den Fachkräften der freien Träger, die im Alltag eng mit den jungen Menschen zusammenarbeiten und so die entsprechende Lebensweltexpertise in das Team-auf-Zeit einbringen, sowie durch die konsequente Partizipation der jungen Menschen selbst, erhalten die RSD-Fachkräfte wieder einen vertieften Zugang zur Lebenswelt der Adressat*innen, der so in im Berufsalltag im Jugendamt oft nicht mehr gegeben ist (vgl. Ackermann & Robin 2018), wie auch eine der interviewten Fachkräfte anmerkt: „Ich bin ja als Jugendamt auch ganz schön weit weg von den Kindern und Jugendlichen“ (RSD-Fachkraft_1: S.15, Z. 17-18).
- Angemessene Erwartungen und Ziele: Lebensweltorientierung bedeutet hier auch, dass die Erwartungen, die sowohl vom Jugendamt als auch von den Fachkräften des freien Trägers an den jungen Menschen gestellt werden, auch seinen Möglichkeiten und Grenzen entsprechen (bzgl. „Regeln“, aber auch bspw. bzgl. regelmäßigem Schulbesuch). Angemessene Erwartungen und Ziele zu entwickeln, die weder überno noch unterfordern, und im Verlauf immer wieder anzupassen, wird im Team-auf-Zeit auch durch die kontinuierliche Beteiligung von Fachkräften mit kinder- und jugendpsychiatrischer und/oder sonder-/heilpädagogischer Expertise unterstützt. Dabei kann es durchaus auch Fälle geben, in denen Anfangs das einzige Ziel ist, überhaupt (niedrigschwellig) in Kontakt mit Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe zu kommen und zu bleiben.

Die Arbeitsstrukturen, Prozesse und Kompetenzen, die die Koordinierungsstelle bietet, bilden also sehr gute Voraussetzungen für die Verwirklichung der Gelingensfaktoren für die Schaffung individueller, bedarfsgerechter und tragfähiger Hilfen sowie für die Stabilisierung der Fallverläufe, die in der Regel so in den Jugendämtern nicht gegeben sind. Auf diese Weise kann dann selbst in einem scheinbar „hoffnungslosen“ Fall wie Ivan (vgl. Kap. 4), der es „geschafft“ hatte, trotz Beschluss aus der freiheitsentziehenden Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe entlassen zu werden, eine beeindruckende Wen-

dung zum Positiven erreicht werden. Der entscheidende „Wirkfaktor“ war hier aus Sicht der Koordinatorin die hervorragende Kooperation *aller* beteiligten Fachkräfte, Institutionen und Systeme (einschließlich im Verlauf auch des Familiensystems) im gesamten Verlauf, weshalb die Koordinatorin hier auch von einem „Traumfall“ spricht:

Ivan: Ein „Traumfall“ gelingender Kooperation

Trotz des ersten Jahres, das mit mehreren Vorfällen und Abbrüchen sehr turbulent verlaufen ist, ist der Fall „Ivan“ aus Sicht der Koordinatorin ein „Traumfall“ aufgrund der hervorragenden Kooperation aller beteiligten Fachkräfte, die eine beeindruckende Wendung des Fallverlaufs ins Positive ermöglicht hatte. Der Wendepunkt ins Positive war rückblickend in einem Team-auf-Zeit erfolgt, in dem das Jugendamt, dem im Koordinierungsverlauf mittlerweile sehr der „Rücken gestärkt“ worden war, das Wagnis einging, das einzige zu diesem Zeitpunkt für Ivan akzeptable (ambulante) Setting umzusetzen: bei der Mutter leben. Dies wurde u. a. durch eine sehr gute Kooperation mit der KJP ermöglicht, von der ein*e Mitarbeiter*in auch regelmäßig am Team-auf-Zeit teilnahm. Ein wesentlicher Hemmfaktor für die Umsetzung des Settings „BEW mit Nachtbetreuung“, das es so bislang nicht in der Angebotslandschaft Berlins gab, war die Schwierigkeit, genügend Fachkräfte für die Umsetzung zu finden. Dies gelang wiederum durch die enge Kooperation mit der Einrichtungsaufsicht und mehreren freien Trägern, mit denen immer wieder „große Runden“ gemacht wurden, bis eine Lösung gefunden wurde: Zwischenzeitlich ermöglichten zwei freie Träger zur Überbrückung fehlenden Fachpersonals diese Hilfe im Wechsel, d. h. Ivan wechselte alle paar Tage zwischen zwei Wohnungen und Betreuungsteams („Wechselmodell“); die Einzelfallhelfer*innen begleiteten kontinuierlich und hatten einen Plan, wann Ivan wo schläft (ebenso wie die Mutter), bis bei einem der Träger genügend Kapazität vorhanden war, Ivan komplett zu übernehmen. Ein sehr guter Austausch im Team-auf-Zeit zwischen den Einzelfallhelfer*innen und den Bezugsbetreuerinnen BEW habe ebenso zu der Stabilisierung des Fallverlaufs beigetragen wie der schulische Erfolg, auf den Ivan und seine Familie sehr stolz sind. Dieser wird wesentlich auch durch eine Fachkraft mit ermöglicht, die Ivan bei der Bearbeitung der Flexschulpakete unterstützt, wofür das Jugendamt zusätzliche Fachleistungsstunden gewährt. Ein großer „Wirkfaktor“ sei in diesem Fall, dass das Jugendamt nicht ankündigt, irgendwelche Hilfen zu beenden, sondern dass klar ist: das ist seine Hilfe. Denn sich darauf verlassen zu können, dass ihnen die Hilfe nicht gleich wieder wegbricht, ist für die jungen Menschen eine zentrale Voraussetzung dafür, sich noch einmal auf eine Hilfe einzulassen.

5.2.3. Fazit: Mehrwert Lebensweltorientierung

Das Angebot der Koordinierungsstelle richtet sich ausdrücklich an die Jugendämter und hier insbesondere an die fallführenden Fachkräfte der RSDe. Wie auch eine der interviewten RSD-Fachkräfte bemerkt, arbeiten die Jugendämter oft in großer Distanz zur Lebenswelt der jungen Menschen und ihren Familien, was auch in der wissenschaftlichen Fachdiskussion thematisiert wird: In der Arbeit der RSDe stehe zunehmend die Herstellung „darstellbarer“ oder „begründbarer Entscheidungen“ im Vordergrund (dies wurde u. a. auch in der Falleingabesitzung eines hochsuizidalen Mädchens deutlich), während der „Kontakt mit den Adressat*innen zunehmend von den freien Trägern geleistet wird“ – so die empirisch fundierte Einschätzung von Ackermann und Robin (2018: 79). Die partnerschaftliche Zusammenarbeit von freier und öffentlicher Jugendhilfe ist zwar gesetzlich vorgegeben, aber auch schon bei „normalen“ Fallverläufen mit Herausforderungen verbunden (vgl. Graßhoff & Schröer 2020). So werde beispielsweise die Zusammenarbeit „auf Augenhöhe“ dadurch behindert, dass „öffentliche Träger die freien Träger nur noch als Leistungserbringer bzw. Marktanbieter sehen, die für sie die fachliche Arbeit leisten, aber dafür Kontrollrechte einfordern“, was durch die „Qualitätsdebatte“ teilweise noch verschärft werde (Koenig & Viehoff 2020: 90). Umgekehrt sehen sich die von uns interviewten RSD-Fachkräfte der „Willkür“ der freien Träger ausgesetzt, ob und wie lange sie sich noch für ihren „schwierigen“ Fall verantwortlich fühlen.

Die Koordinierungsstelle stellt Strukturen, Prozesse und Kompetenzen zur Verfügung, die exzellente Rahmenbedingungen dafür bieten, um trotz solcher – systembedingten! – Herausforderungen das gerade in den besonders „schwierigen" Fallverläufen erforderliche hohe Niveau an sozialpädagogischer Fachlichkeit im Zusammenwirken der beteiligten Fachkräfte zu gewährleisten. Als theoretische und wissenschaftliche Zugänge zur Bestimmung dessen, was sozialpädagogische Fachlichkeit in der Kinder- und Jugendhilfe ausmacht, gelten nach wie vor die klassischen Theoriekonzepte der Lebensweltorientierung von Hans Thiersch und der Lebensbewältigung von Lothar Böhnisch (vgl. Struck & Schröer 2018: 762). Beide Ansätze betonen als erstes Ziel sozialpädagogischen Handelns, Lebensbedingungen zu schaffen, die über die reine Existenzsicherung hinaus Entwicklungs- und Bildungsmöglichkeiten eröffnen und ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen (ebd.). Diese Zielsetzung ist auch im SGB VIII/KJHG verankert, welches 1990 fast zeitgleich mit dem vom Ansatz der Lebensweltorientierung geprägten 8. Kinder- und Jugendhilfebericht veröffentlicht worden ist, der „vielfach als Umsetzungsprogramm dieses Gesetzes" gelesen wurde (ebd.).[63]

Lebensweltorientierung bedeutet, die immer noch dominierende Institutions- und Angebotszentrierung in der Hilfeplanung durch eine personenzentrierte, bedürfnisorientierte und situationsangemessene individuelle Planung und Umsetzung von Hilfen abzulösen: Nicht der junge Mensch muss in die Einrichtung passen, das Hilfearrangement muss unter Einbeziehung des jungen Menschen (seiner Wünsche und seiner subjektiven Deutungs- und Bewältigungsmuster) so gestaltet werden, dass es zu seinen Möglichkeiten und Grenzen passt und auch bei veränderten Bedürfnissen und Bedarfen auch flexibel angepasst werden kann, ohne dass es bricht. Wie Thiersch herausstellt, ist im SGB VIII/KJHG zwar eine „generelle Orientierung auf die Angemessenheit der Hilfen für die konkrete Situation" gegeben (Thiersch, Grunwald & Köngeter 2012: 192), dies werde aber durch die „Bestimmungen der Einzelmaßnahmen" und den Trend zur Spezialisierung „überwachsen" (ebd.). Die fachliche „Antwort" hierauf bilde das „Konzept der flexiblen und integrierten Erziehungshilfen", welches das verfügbare (Hilfe-)System als „Ansatz zur Typisierung von Problemlagen und Hilfsangeboten" versteht, auf dessen Grundlage die Hilfen so zu kombinieren und zu integrieren sind, dass sie für die konkrete Situation der jungen Menschen und ggf. ihrer Familien angemessen sind (ebd.). Genau dies entspricht dem Auftrag und dem Selbstverständnis der Koordinierungsstelle.

Wie die Evaluation ergeben hat, gelingt es in so gut wie allen rekonstruierten Fällen, fallverstehensbasiert und partizipativ individuelle und flexible Hilfearrangements, die der individuellen Situation des jeweiligen jungen Menschen und seinen Bedarfen angemessen sind, zu entwickeln. Für die Umsetzung müssen allerdings oft erst eine Reihe von Hemmfaktoren überwunden werden. Außerhalb des Team-auf-Zeit sind dies u. a. Vorbehalte der Jugendämter gegenüber der Finanzierung kombinierter Hilfen sowie der Mangel an passenden Angeboten für die Zielgruppe (s.u.). Innerhalb des Team-auf-Zeit sind diese Hemmfaktoren insbesondere „Haltungsdifferenzen" (auch im Hinblick auf Partizipation) und damit verbunden auch unterschiedliche „Risikobereitschaften" im Helfer*innensystem, ein vom jungen Menschen gewünschtes und subjektlogisch sinnvolles Setting umzusetzen. Dies war auch (verbunden mit struktureller Machtasymmetrie) einer der Hauptgründe für Nichtumsetzung der Wünsche der jungen Menschen, so ein Ergebnis der quantitativen Inhaltsanalyse des Berichtswesens (vgl. Kap. 3). Die Arbeit im Team-auf-Zeit ist deshalb auch viel „Arbeit an Haltungen" (bezogen auf den konkreten Einzelfall, vermittelt über die Methodik des Fallverstehens), denn: „An Haltungen hängen Hilfen" (so die Koordinatorinnen).

[63] Für eine Diskussion der Frage, inwiefern es sich beim SGB VIII um ein „sozialpädagogisch gesättigtes Gesetz" handelt, vgl. Lüders 2014.

Eine lebensweltorientierte Grundhaltung ist durch den „unbedingten Respekt vor den Strategien, mit denen Menschen versuchen, mit ihrem Leben zurande zu kommen", gekennzeichnet, denn „diese Bewältigungsstrategien haben oft Überlebensqualität und verhindern, dass Menschen in Abgründe stürzen" (Thiersch 2014: 322). Sowohl der Ansatz der Lebensweltorientierung von Hans Thiersch als auch der Lebensbewältigung von Lothar Böhnisch stellen dabei insbesondere auch die benachteiligten Lebenslagen vieler junger Menschen heraus, die der Befriedigung von Grundbedürfnissen entgegenstehen. Dies ist insbesondere das Bedürfnis nach sicheren Bindungen (auf deren Grundlage sich dann das Selbstwertgefühl herausbildet), nach sozialer Anerkennung, und danach, sich selbst als handlungsfähig zu erleben („Selbstwirksamkeit"). Die oft verunsicherten Bindungserfahrungen mit Bezugspersonen sowie die Erfahrung von sozialem Ausschluss und Stigmatisierung (oft spätestens einsetzend mit dem Schulbesuch) können auf der Subjektebene einen Bewältigungs- oder „Abspaltungsdruck" erzeugen (vgl. Böhnisch 2019), in dem Bedürfnis, sich situativ als handlungsmächtig zu erleben, bspw. durch herausforderndes, deviantes Verhalten oder durch suizidale Krisen, „überlebenswichtig" wird. Dies ist sehr gut anschlussfähig an den subjekt- und akzeptanzorientierten Arbeitsgrundsatz der Koordinierungsstelle, das „außergewöhnliche Verhalten" der jungen Menschen als Bewältigungsversuche biographischer Ohnmachts-Erfahrungen zu verstehen, die es den jungen Menschen ermöglichen, situativ ihr Kontroll- und Autonomieerleben zurück zu gewinnen, was häufig ein wesentliches Moment des „Entlassungsmusters" ist, welches im Zuge der subjektlogischen Diagnostik rekonstruiert wird.

Sozialpädagogische Fachlichkeit im Sinne der Theorien der Lebensweltorientierung und Lebensbewältigung beinhaltet sozialpolitische „Einmischungen", und das Tripelmandat der Sozialen Arbeit (vgl. Staub-Bernasconi 2019) verpflichtet diese auch nach internationaler IFSW-Definition[64] auf die Menschenrechte. Eine Haltung, die die Gewährung von bedarfsgerechten Erziehungshilfen an Voraussetzungen knüpft, die die jungen Menschen erst zu erfüllen haben („der muss jetzt erstmal was bringen, bevor er die Wohngruppe mit betreuungsfreien Zeiten bekommt"), ist mit sozialpädagogischer Fachlichkeit nicht vereinbar. Das Recht auf Erziehung und Bildung sowie auf Partizipation, wie es im SGB VIII ebenso wie in der UN-KRK festgelegt ist, gilt für *alle* Kinder und Jugendlichen, auch jene mit komplexen Hilfebedarfen.

Die Wirkung der Koordinierungsstelle besteht also grundlegend auch darin, dazu beizutragen, sozialpädagogische Fachlichkeit im Sinne des Ansatzes der Lebensweltorientierung, der Lebensbewältigung und des Tripelmandats in den Arbeitsstrukturen und Prozessen zur Entwicklung und Umsetzung individueller, flexibler Hilfearrangements, die die jungen Menschen als sinnvoll erleben, zu verwirklichen.

[64] International Federation of Social Workers, die Soziale Arbeit 2014 wie folgt definiert: „Soziale Arbeit ist ein praxisorientierter Beruf und eine wissenschaftliche Disziplin, die den gesellschaftlichen Wandel und die Entwicklung, den gesellschaftlichen Zusammenhalt sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen fördert. Grundsätze der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der kollektiven Verantwortung und der Achtung der Vielfalt sind zentrale Elemente der Sozialen Arbeit. Untermauert von Theorien der Sozialarbeit, Sozialwissenschaften, Geisteswissenschaften und indigenem Wissen, engagiert Sozialarbeit Menschen und Strukturen, um sich den Herausforderungen des Lebens zu stellen und das Wohlbefinden zu steigern. Die obige Definition kann auf nationaler und/oder regionaler Ebene erweitert werden." https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/ (Zugriff am 22.02.2022).

5.3. Zusammenfassung und abschließende Empfehlungen

Die Arbeitsstrukturen „Falleingabesitzung“ und die kontinuierliche Unterstützungsstruktur des „Team-auf-Zeit“ sind nicht nur geeignet, sondern auch notwendig, um strukturelle Umsetzungshemmnisse zu überwinden und wesentliche Gelingensfaktoren für die Schaffung tragfähiger individueller, flexibler und bedarfsgerechter Hilfearrangements zu verwirklichen und eine Stabilisierung der Fallverläufe zu erreichen – so ein zentrales Ergebnis nicht nur unserer teilnehmenden Beobachtungen, sondern auch der Verlaufsrekonstruktionen und der Interviews mit den RSD-Fachkräften, den Koordinatorinnen und den jungen Menschen.

Das Team-auf-Zeit unterstützt so lange, bis sich der Fallverlauf stabilisiert hat und ist zugleich als zeitlich begrenzte Unterstützungsstruktur angelegt. Die durchschnittliche Koordinierungsdauer der wegen Stabilisierung beendeten Fälle beträgt 13,5 Monate, aber ein Blick auf die noch laufenden Fälle zeigt, dass die Koordinierung oft auch deutlich länger dauert. Nach der oft jahrelangen Verfestigung der negativen Entwicklungsverläufe im Vorfeld der Koordinierung braucht die Stabilisierung des Fallverlaufs Zeit. Bereits bei deutlich weniger „schwierigen“ Verläufen dauert es mindestens 1 bis 2 Jahre, bis eine Wirkung von Erziehungshilfen erkennbar wird (vgl. Nüsken & Böttcher 2018). Hinzu kommt, dass es einer Reihe von Fällen aufgrund von Umsetzungsbarrieren innerhalb und außerhalb des Team-auf-Zeit auch teilweise weit über ein Jahr dauerte, bis das von den jungen Menschen gewollte Hilfesetting umgesetzt werden konnte.

Empfehlung: Damit die errungene erste Stabilisierung des Fallverlaufs auch nach der Koordinierung erhalten bleibt, muss bei einer Beendigung der Koordinierung sichergestellt sein, dass der Erhalt der Kernelelemente der individuellen Settings, also insbesondere die dauerhafte, settingunabhängige Begleitung durch die Einzelfallhelfer*innen und damit verbunden kombinierte Hilfeelemente (bspw. für Auszeitregelungen) auch nach dem Ende der Koordinierung gewährleistet ist und die jungen Menschen tagsüber einer auch aus ihrer Sicht sinnvollen Tätigkeit nachgehen können.

Unsere Evaluation hat insgesamt eine hohe Prozessqualität von Falleingabesitzung und Team-auf-Zeit und ein hohes Maß an sozialpädagogischer Fachlichkeit in der Arbeit der Koordinierungsstelle ergeben und liefert somit keine Ansatzpunkte für Empfehlungen, die *innerhalb* dieser Arbeitsstrukturen zu einer Verkürzung der Koordinierungsdauer führen könnten – wohl aber für Empfehlungen, die zentrale Umsetzungsbarrieren *außerhalb* des Team-auf-Zeit abbauen würden:

1) Ein wesentlicher Gelingensfaktor für die Umsetzung der strikt partizipativ erarbeiteten Hilfesettings ist die fachliche und finanzielle Umsetzung der entwickelten Hilfen auch in der Kombination unterschiedlicher Hilfearten und im Rahmen von flexiblen Hilfen gemäß § 27.2 SGB VIII. Die Nutzung der Koordinierungsstelle sollte deshalb stärker als bisher, von Beginn an, an die ausdrückliche Zustimmung der Leitungskräfte (in der Regel Regional- oder Gruppenleitungen, ggf. Jugendamtsleitung) gekoppelt werden.
2) Zudem empfehlen wir den weiteren Ausbau eines neuen, passenden Trägernetzwerks, in dem mehrere Träger sich gegenseitig der Idee eines „Fallverbunds“ (vgl. Baumann 2019) entsprechend bei der Umsetzung der komplexen Hilfearrangements unterstützen. Es muss gewährleistet sein, dass die Träger mit den hierfür notwendigen personellen, konzeptuellen und räumlichen Ressourcen ausgestattet werden.

Mit zunehmendem Bekanntheitsgrad wird die Koordinierungsstelle häufiger angefragt. Derzeit beträgt die Wartezeit zwischen Fallanfrage und Falleingabesitzung über drei Monate (Stand: Februar 2021). In einigen Fällen mit besonders hohem Handlungsdruck unterstützt die Koordinierungsstelle die anfragenden Fachkräfte des Jugendamtes im Zuge der „ersten Schritte der Zusammenarbeit" bereits *vor* der Falleingabesitzung, was aber nur eine Notfalloption sein kann. In Fällen, in denen aus Sicht der Koordinatorinnen der Prozess wegen Stabilisierung abgeschlossen werden könnte, aber die RSD-Fachkräfte noch unsicher sind, und sich die Fortführung des Team-auf-Zeit für den Fall eines erneuten Abbruchs und/oder einer erneuten Destabilisierung des Verlaufs wünschen, empfehlen wir, mit einer Standby-Option zu arbeiten: Die Koordinierung wird zwar beendet, aber die Koordinierungsstelle kann bei einer (drohenden) Destabilisierung des Fallverlaufs kurzfristig beraten, und wenn dies nicht ausreicht den Fall auch wieder aufnehmen. Schließlich könnte auch eine Portfolioerweiterung des Angebots der Koordinierungsstelle dahingehend erwogen werden, dass zusätzlich zum konzeptuellen Kern-Angebot Falleingabesitzung und Team-auf-Zeit in geeigneten Fällen bzw. Fallkonstellationen auch eine kurze Beratung der Jugendämter angeboten wird, in die die Koordinierungsstelle ihre spezifische Expertise bzgl. Fallverstehen und subjektlogischer Diagnostik, gesamtstädtischer Angebote, Entwicklung *individueller* Hilfearrangements im Rahmen von Einzelvereinbarungen mit Trägern, Überwindung von Umsetzungsbarrieren, Vernetzung mit freien Trägern, trägerübergreifender Kooperation und Erfahrungen mit schriftlichen Kooperationsvereinbarungen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie einbringen könnte.

Dies sind alles aber keine Lösungen für das Grundproblem, nämlich eines Bedarfs, der die derzeitige Kapazität der Koordinierungsstelle überschreitet. Wenn die Koordinierungsstelle weiterhin die hohe Qualität ihrer Arbeit aufrechterhalten soll, dann braucht sie hierfür mehr personelle Ressourcen. Die Alternative wäre, aus Kapazitätsgründen weniger Fälle anzunehmen. Dies hätte für die abgewiesenen Fälle mit hoher Wahrscheinlichkeit die Folge einer weiteren Eskalation der Fallverläufe, die wiederum mit einer Steigerung der (nicht selten lebensbedrohlichen) Gefährdungen einherginge.

6. Fazit: Die doppelte Wirkung der Koordinierungsstelle

Der Anteil an hochriskant agierenden jungen Menschen mit komplexen Hilfebedarfen und besonders „schwierigen“ Verläufen mit hochfrequenten Einrichtungswechseln und Abbrüchen wird auf etwa 5-8% der Erziehungshilfen geschätzt (Baumann 2012). Legt man der Berechnung 5% zugrunde, wären das in Berlin derzeit etwa 1774 Fälle (vgl. Statistischer Bericht HzE 2020). Die schwierigen, durch Brüche geprägten Hilfeverläufe bringen für die beteiligten (Hilfe-)Systeme, vor allem aber auch für die jungen Menschen selbst, deren Schwierigkeiten und negativen Entwicklungsverläufe sich verfestigen, hohe Kosten mit sich. Dies ist eine Herausforderung, die mit den Erfahrungen der Koordinierungsstelle angegangen werden muss. Die Koordinierungsstelle wirkt dabei zum einen nach „Innen“, in die einzelnen Erziehungshilfeverläufe hinein, aber auch nach „Außen“, in das System der Kinder- und Jugendhilfe sowie in die weiteren beteiligten Systeme, wie das Gesundheitssystem (insbesondere die Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, KJPP), das Bildungs- und das Justizsystem (Jugendgerichte, Familiengerichte).

6.1. Wirkung nach innen: bedarfsgerechte Hilfen und Stabilisierung

Die jungen Menschen, deren „Fälle“ die Koordinierungsstelle koordiniert, sind biografisch vielfach durch traumatisierende Erfahrungen belastet und leiden an mehreren psychiatrischen Erkrankungen, die oft mit schweren Beeinträchtigungen ihres psychosozialen Funktionsniveaus einhergehen. Ihre Hilfeverläufe gehören zu den „schwierigsten“: Sie werden von den Regelangeboten der Kinder- und Jugendhilfe meist nicht mehr erreicht und bei Fallanfrage oft von Kriseneinrichtungen sowie niedrigschwelligen Noteinrichtungen und Straßensozialarbeiter*innen versorgt. Im Zuge der „negativen Interaktionsspirale“ zwischen dem jungen Menschen und dem Bildungssystem, dem Kinder- und Jugendhilfesystem und der Gesellschaft (vgl. Baumann 2019) ist es im Vorfeld der Koordinierung zu einer Kumulierung von Eskalationen, Vorfällen, Hilfe- und damit auch Beziehungsabbrüchen, gekommen; häufig steht eine freiheitsentziehende Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe im Raum.

Die Wirkung der Koordinierung besteht zunächst grundlegend darin, in diese negative Interaktionsdynamik zu intervenieren, indem überhaupt wieder ein Zugang zu den jungen Menschen gefunden wird. Dies gelingt über Niedrigschwelligkeit und Lebensweltorientierung, mit dialogisch-subjektorientiertem Fallverstehen mittels der Methode der subjektlogischen Diagnostik (die auch die Dynamiken im Familien- und Helfer*innensystem einbezieht), die konsequente Partizipation der jungen Menschen und das fallbezogene Zusammenwirken der Fachkräfte in einer Verantwortungsgemeinschaft. So wird es möglich, auch Hilfesettings umzusetzen, die aus subjektlogischer Sicht sinnvoll und von den jungen Menschen gewollt sind, aber einzelnen Akteur*innen im Fall als zu „riskant“ erscheinen, um sie allein zu verantworten (Gelingensfaktoren). Wenn die jungen Menschen die Erfahrung einer ernsthaften Ausrichtung der Prozesse an ihren Sichtweisen, Deutungsmustern und an ihrem Willen machen, kommt es zu einer ersten Deeskalierung des Fallverlaufs.

Ohne bedarfsgerechte und tragfähige Hilfen verfestigen sich die Störungen in der Entwicklung der jungen Menschen. Das Ziel der Koordinierung ist deshalb die Schaffung individueller und flexibler Hilfearrangements, die die jungen Menschen annehmen können und als sinnvoll erleben, was eine zentrale Voraussetzung für die Tragfähigkeit und Wirksamkeit der Hilfe(n) ist. Die häufigsten Wünsche der jungen Menschen waren bei Falleingabe der Verbleib in der Wohngruppe, (wieder) bei den Eltern/einem

Elternteil zu wohnen und im Einzelsetting zu leben. Diese Wünsche konnten zum Großteil auch umgesetzt werden. In den Fällen, in denen die Koordinierung wegen Stabilisierung beendet werden konnte, lebten die jungen Menschen allerdings weder bei den Eltern noch in einer Wohngruppe, sondern in der Regel Einzelsettings (BEW). Wichtigster Hemmfaktor für die Umsetzung der Wünsche sind strukturelle Faktoren, was fehlende Angebote ebenso beinhaltet wie die strukturelle Machtasymmetrie zwischen Adressat*innen und Fachkräften der Sozialen Arbeit (vgl. Urban-Stahl 2018), die es den RSD-Fachkräften ermöglicht, Entscheidungen gegen oder ohne den Willen der jungen Menschen und mit unzureichender Beteiligung der Personensorgeberechtigten zu treffen.

In allen Fällen konnten zwar individuelle, flexible Settings entwickelt werden, aber diese waren zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Berichtswesens häufig noch nicht vollständig umgesetzt.[65] Hemmfaktoren für die Umsetzung der entwickelten Settings sind insbesondere Vorbehalte der Jugendämter gegenüber der Finanzierung kombinierter Hilfen, das fehlende Trägernetzwerk und die Schwierigkeiten, in allen Fällen, wo dies notwendig wäre, eine trägerübergreifende Kooperation zu verwirklichen. Der Vergleich der umgesetzten Hilfen vor und nach Koordinierungsbeginn zeigt aber gleichwohl, dass es durch die Koordinierung gelingt, die Kriseneinrichtungen deutlich zu entlasten und die Umsetzung der Kernelemente individueller, flexibler Settings auf den Weg zu bringen. Dies sind kombinierte (Erziehungs-)Hilfen und sog. Unikate nach §27/2 SGB VIII, die dauerhafte settingunabhängige niedrigschwellige Begleitung durch Einzelfallhelfer*innen, sowie trägerübergreifende Kooperationen. Auch in einem Großteil der Fälle, in denen eine freiheitsentziehende Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe Teil der Ideensammlung war, konnten tragfähige alternative Settings entwickelt werden.

Die Rekonstruktionen der Koordinierungsverläufe haben ergeben, dass die vollständige Umsetzung der entwickelten Settings aufgrund der zu überwindenden Hemmfaktoren oft sehr zeitaufwendig ist, und häufig länger als ein Jahr dauert. Gleichwohl kommt es im Verlauf in der Regel zu einer *ersten* (!) Stabilisierung der Fallverläufe, d. h. zu einer deutlichen Reduzierung von Abbrüchen und gravierenderen Vorfällen. Damit tun sich Entwicklungsräume auf, die die jungen Menschen auch für sich nutzen: In den meisten Fällen kam es in mindestens einem Lebensbereich zu einer verbesserten Problembewältigung, und es taten sich Zukunftsperspektiven auf. In einer Reihe von Fällen, die wir einer vertieften Rekonstruktion unterzogen haben, kam es trotz hocheskalierter Ausgangslagen nach der Umsetzung der entwickelten Settings zu einer beeindruckenden positiven Wende in der Verlaufsdynamik und einer „Verflüssigung" der bisherigen Entlassungsmuster (bspw. bei Felix, Bianca, Jamila und Ivan). Hierfür bedurfte es in der Regel im Verlauf mehrerer Settinganpassungen, die im Team-auf-Zeit engmaschig koordiniert und begleitet wurden.

In der Kombination von Falleingabesitzung und Team-auf-Zeit, welches eine mittelfristige Unterstützungsstruktur für die prozesshafte Umsetzung der entwickelten Settingideen in einer „Verantwortungsgemeinschaft" bietet, liegt das strukturell „Neue" des Angebots der Koordinierungsstelle innerhalb der Berliner Jugendhilfestrukturen. Die Verläufe der koordinierten Fälle sind oft im Vorfeld derart eskaliert, dass sie für die Jugendämter zu einer großen Belastung werden, die aus eigenen Mitteln nicht (mehr) zu bewältigen sind. Der wesentliche Mehrwert der Koordinierung liegt deshalb grundlegend zunächst darin, dass Arbeitsstrukturen, Prozesse und Kompetenzen zur Verfügung gestellt werden, die für eine wirksame Bearbeitung der komplexen Hilfebedarfe und eskalierenden Hilfeverläufe nicht nur geeignet, sondern auch notwendig sind. Die Beobachtungen der Falleingabe- und Team-auf-Zeit Sitzungen liefern eine solide Grundlage für die Einschätzung, dass in diesen Arbeitsstrukturen insgesamt ein hohes

[65] Hierzu haben wir keine genaue Zahl, da dies im Berichtswesen bislang nicht gesondert erhoben wird.

Niveau an Prozessqualität und lebensweltorientierter sozialpädagogischer Fachlichkeit erreicht wird. Die interviewten RSD-Fachkräfte selbst benennen insbesondere eine verbesserte Handlungsfähigkeit und Wirksamkeit in der Fallbearbeitung als Mehrwert der Koordinierung. Aus Sicht der interviewten jungen Menschen liegt der wesentliche Gewinn darin, endlich in dem Einzelsetting zu leben, das sie sich seit langem gewünscht haben, sowie in der Entwicklung von Zukunftsperspektiven; insgesamt wird eine Wendung zum Positiven beschrieben, bzw. eine aufgehaltene Negativentwicklung.

Im fallbezogenen Zusammenwirken der Fachkräfte werden individuelle, flexible und bedarfsgerechte Hilfesettings geschaffen, basierend auf methodisch erarbeitetem Fallverstehen und der konsequenten Partizipation der jungen Menschen, was eine zentrale Voraussetzung für die Tragfähigkeit und Wirksamkeit der Hilfen sowie der eingesetzten Mittel ist. Entscheidend ist dabei, dass durch die Koordinierung sowohl die verschiedenen Erziehungshilfeelemente als auch die Hilfen aus anderen Systemen dem Grundgedanken des Casemanagements entsprechend wirksam integriert und aufeinander abgestimmt werden – anstatt dass Hilfen unverbunden nebeneinander, nacheinander oder gegeneinander laufen. Damit trägt die Koordinierungsstelle unter anderem auch zu einer ökonomischen Verwendung der Erziehungshilfe-Ressourcen bei, die, wenn sie in Hilfearrangements fließen, die die Möglichkeiten und Grenzen der jungen Menschen sowie ihre Bedarfe und Bewältigungsmuster außer Acht lassen, mit hoher Wahrscheinlichkeit wirkungslos bleiben (vgl. Beckmann 2021).

6.2. Wirkung nach außen: Die Systemebene

Die Wirkung der Koordinierungsstelle geht über die Summe der einzelnen stabilisierten Fallverläufe hinaus. Neben den jungen Menschen selbst profitieren auch ihre sozialen Bezugssysteme von der Koordinierung, wie z. B. die Familien (besonders deutlich in den Fällen Ivan und Felix), Vormund*innen und/oder die Fachkräfte und Mitbewohner*innen in den Wohngruppen, Erziehungsfachstellen etc., in denen die jungen Menschen leben. Die freien Träger, die den jungen Menschen ein stationäres Angebot machen wollen, können im Zuge der Koordinierung die hierfür die notwendige personelle, räumliche und konzeptionelle Absicherung und Unterstützung (bspw. Ermöglichung von Auszeit- und Freihalteregelungen, Fortbildungen) erhalten. Und schließlich tragen die fallführenden RSD-Fachkräfte und ihre Leitungen die Erfahrungen, die sie mit innovativen Lösungen (Unikate, kombinierte Hilfen, Einzelsettings trotz intensivem 24-Stunden-Betreuungsbedarf, gelungene Kooperationen mit Kliniken) und den damit verbundenen vielfach positiven Wendungen in scheinbar „hoffnungslosen Fällen“ in die Jugendämter.

Darüberhinausgehend entwickelt die Koordinierungsstelle innovative, individuelle Hilfekonzepte für „schwierigste“ Verläufe, oft basierend auf Unikaten (nach §27/2 SGB VIII), und auf dieser Grundlage auch innovative Ideen für die bedarfsorientierte Erweiterung der Berliner Angebotslandschaft, wie das im Fall „Ivan“ entwickelte und umgesetzte „BEW mit Nachtbetreuung“ in einer sogenannten „Flexwohnung“, in der ein Zimmer für sich abwechselnde Betreuungsteams freigehalten wird. Zudem erkennt und benennt die Koordinierungsstelle im Zuge der Aufarbeitung der Hilfegeschichten (Fallchronologien) und der Entwicklung und Umsetzung individueller, flexibler Hilfearrangements auch Umsetzungshemmnisse und -barrieren auf der Ebene der Hilfesysteme, der Regularien, der Institutionen und der Angebotslandschaft. Sowohl die innovativen Angebotskonzepte als auch die Kenntnis der Hemmfaktoren (und Vorschläge zu ihrer Überwindung) fließen u. a. über die regelmäßige Berichterstattung an

den Fachbeirat, aber auch an andere Gremien sowie über Tagungen[66] in das System der Kinder- und Jugendhilfe ein. Aus den gesammelten Erfahrungen der Koordinierungsstelle gehen damit auch Impulse für Entwicklungs- und Veränderungsbedarfe im HzE-Bereich und für das Kinder- und Jugendhilfesystem insgesamt hervor, denn: Die hochriskant agierenden jungen Menschen mit komplexen Hilfebedarfen können als „Seismographen" angesehen werden, die deutlich machen, „wie weit die bedarfsgerechte Ausgestaltung des Hilfesystems insgesamt vorangeschritten ist" (Graßhoff 2021: 144).

Hemmfaktoren und Empfehlungen zu ihrer Beseitigung

1.) Finanzierung der entwickelten individuellen, flexiblen Hilfesettings

Die individuellen, flexiblen Hilfesettings werden im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte unter Hinzuziehung eines erfahrenen und geschulten Beratungsgremiums partizipativ und fallverstehensbasiert, im Rahmen eines methodisch sehr gut konzipierten und umgesetzten Vorgehens entwickelt. Gleichwohl wird ihre vollständige Umsetzung aufgrund von Hemmfaktoren auf der Ebene der Hilfesysteme, der Regularien und der Organisationen häufig be- und manchmal auch verhindert. Hierzu gehören insbesondere die Vorbehalte der Jugendämter gegenüber kombinierten Hilfen, was insbesondere mit dem Kostendruck zusammenhängt. Oft ist den Fachkräften nicht bekannt, dass kombinierte Hilfen rechtlich möglich sind, und es bestehen auch offenbar wenig Erfahrungen mit der Umsetzung von flexiblen Hilfen (z. B. „Unikate" nach der Innovationsklausel §27/2 SGB VIII, die in keinem der angefragten Fälle vor der Koordinierung umgesetzt worden waren). Dies sind Hemmfaktoren, die zum einen über Informationen und Fortbildungen der Fachkräfte in den Jugendämtern abgebaut werden können. Damit die entwickelten Hilfen auch in der Kombination unterschiedlicher Hilfearten und im Rahmen von flexiblen Hilfen gemäß § 27/2 SGB VIII finanziell umgesetzt werden können, sollte die Nutzung der Koordinierungsstelle stärker als bisher, von Beginn an, an die ausdrückliche Zustimmung der Leitungskräfte (in der Regel Regional- oder Gruppenleitungen, ggf. Jugendamtsleitung) gekoppelt werden.

2.) Aufnahme- und Haltefähigkeit der freien Träger erhöhen

Ein zweites Umsetzungshemmnis ist die Schwierigkeit, freie Träger zu finden, die jungen Menschen mit „schwierigen" Verläufen in der Vorgeschichte ein stationäres Angebot machen. Eine Reihe von freien Trägern verfügt durch die niedrigschwellige Arbeit bspw. im Bereich der aufsuchenden mobilen Jugendhilfe über umfangreiche Erfahrungen mit der Zielgruppe. Um die Aufnahme- und Haltefähigkeit der Träger für die Zielgruppe der Koordinierungsstelle zu erhöhen und flexible Hilfekonzepte umzusetzen, ist die hierfür erforderliche räumliche, personelle und konzeptuelle Ausstattung der freien Träger zu sichern. Hierzu gehören: 1.) Freihalteregelungen, damit die jungen Menschen auch nach Phasen der „Abgängigkeit" wieder zurückkommen können, anstatt nicht nur ihren Platz, sondern auch ihr Zuhause zu verlieren, 2.) die Finanzierung von „Auszeitmodellen" (zwei stationäre Hilfen für „Ausweichmöglichkeit", bei Krisen und zur geplanten Entlastung), sowie 3.) von Modellen, die die Wohngruppen tagsüber entlasten, bspw. durch eine Betreuung in einer Tagesgruppe, oder durch eine Extrafachkraft zu bestimmten „kritischen Tageszeiten", sowie in Gruppensettings 4.) eine überschaubare Gruppengröße und 5.) Konzepte des sicheren Ortes auch für die Mitarbeitenden wie u. a. Anwesenheit von mindestens 2 Betreuer*innen im Gruppenalltag, Deeskalationskonzepte- und Kompetenzen 6.) insgesamt konfliktsichere, deeskalierende, auf Kontinuität ausgerichtete, „haltende" Konzepte.

3.) Einzelsettings mit 24-Stunden-Betreuungsbedarf für Altersgruppen 9-14 Jahre

Auch für die jungen Menschen, für die ein Gruppensetting nicht passend ist, die aber eine 24-Stundenbetreuung oder zumindest den Zugang hierzu brauchen, gibt es Lösungen: Das „BEW mit Nachtbetreuung" (Flexwohnung), bei dem ein Betreuerteam abwechselnd in der Wohnung übernachtet. Bevor junge Menschen unversorgt auf der Straße stehen, wären auch (als Übergangslösung!) Tiny-Houses/Bauwagen in der Nähe von 24-Stunden-betreuten Gruppenangeboten eine Möglichkeit, kurzfristig ein Einzelsetting zu ermöglichen, das niedrigschwellig auch nachts Ansprechpartner*innen und wenn gewünscht Anschluss an Gruppenangebote bietet.

[66] So z. B. die Online-Tagung der Koordinierungsstelle am 10.02.2021, die über das Sozialpädagogische Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg (SFBB) organisiert wurde und die auf großes Interesse in der Fachwelt gestoßen ist.

4.) Passende Angebote für Tagesstruktur und Bildung (schulisch und informell)

In fast allen rekonstruierten Fallverläufen wurde deutlich: Die errungene Stabilisierung, die im Zuge der Koordinierung mit der Umsetzung eines bedarfsgerechten, flexiblen Settings eingetreten ist, wird gefährdet, wenn sich eine große „Leere“ auftut, die dann mit Substanzkonsum, Krisen o.ä. gefüllt wird. Es fehlt an geeigneten Projekten, die tagsüber subjektiv sinnvolle Tätigkeiten ermöglichen, Kompetenzen fördern, Bildungs- und Berufsperspektiven eröffnen und bspw. durch Sportangebote auch attraktiv für die jungen Menschen sind. Die (ggf. überbrückende) Unterstützung von Bildungsprozessen in Kleinstgruppen oder auch Einzelsettings sollten bereits vor Ablauf der Schulpflicht ermöglicht werden. Hierbei soll auch auf die Kompetenzen aus der Jugendhilfe (bspw. die von Einzelfallhelfer*innen) zurückgegriffen werden können, denn für viele junge Menschen, deren Fälle die Koordinierungsstelle koordiniert, sind die üblichen Schul(ersatz-)maßnahmen nicht passend, u. a. wegen zu großer Gruppen. Es braucht Konzepte und Projekte an der Schnittstelle von Schule, Kinder- und Jugendhilfe, Psychiatrie und Heil-/Sonderpädagogik, die es ermöglichen, den individuellen Lernbedürfnissen und dem ausgeprägte Autonomiebedürfnis der jungen Menschen gerecht zu werden.

5.) Einrichtungen des BNK und Kriseneinrichtungen besser ausstatten

Hochriskant agierende junge Menschen mit komplexen Hilfebedarfen nutzen in hohem Maße die Kriseneinrichtungen und die Einrichtungen des Berliner Notdienst Kinderschutz. Diese Einrichtungen benötigen eine verbesserte personelle und räumliche Ausstattung. Aufgrund des hohen Anteils an psychisch erkrankten Nutzer*innen sollte in diesen Einrichtungen niedrigschwellig Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischer Expertise möglich sein, bestenfalls durch multiprofessionelle Teams.

6.) „Kleinstgruppen“ (maximal drei Betreute) auch für höhere Altersgruppen

Für junge Menschen mit intensivem Betreuungsbedarf, die gemeinschaftlich mit anderen jungen Menschen leben wollen, für die aber die altersüblichen Wohngruppengrößen und Betreuungsschlüssel unpassend sind, sollte es die Möglichkeit von Kleinstgruppen auch für höhere Altersgruppen geben.

7.) Kooperative und integrative Hilfekonzepte KJP, KJH, niedrigschwellige klinische Expertise

Die hochriskant agierenden jungen Menschen mit komplexen Hilfebedarfen benötigen Hilfearrangements, in denen psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfen integraler Bestandteil des Hilfekonzepts sind. Verbindliche Vereinbarungen zwischen der zuständigen KJP und dem freien Träger, wonach der junge Mensch stationär in der KJP zur Krisenintervention aufgenommen wird und der Träger (oder das Trägernetzwerk) eine Anschlussperspektive in der Kinder- und Jugendhilfe garantiert, sind in vielen Fällen ein wichtiger Settingbaustein. Über die Krisenintervention hinausgehend verfügt die Koordinierungsstelle über sehr gute Erfahrungen mit Vereinbarungen, in denen die jungen Menschen regelmäßig stationär zu Intervallbehandlungen aufgenommen werden, eine tagesklinische Behandlung oder ein psychiatrischer Pflegedienst mit „Hometreatment“ ein integraler Bestandteil des Settings ist. Beispiele „guter Praxis“ sind zudem Kriseneinrichtungen und (milieu-)therapeutische Wohngruppen, in denen Fachkräfte mit psychotherapeutischer sowie klinisch-sozialarbeiterischer, sozialtherapeutische Expertise zum Team gehören und so diese Expertise in die alltäglichen Interaktionen mit den jungen Menschen einbringen. Der Zugang zu den therapeutischen Wohngruppen ist allerdings sehr hochschwellig (Baumann 2019). Es besteht daher weiter ein dringender Bedarf an klinisch-sozialarbeiterischer und psychotherapeutisch-psychiatrischer Expertise gerade auch im Bereich niedrigschwelliger Hilfen. Ein Modell hierfür sind mobile multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams, die aufsuchend im Sozialraum arbeiten, und deren Implementierung eine Empfehlung in der S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen darstellt; diese sind aber – auch aufgrund der starken Einzelfallorientierung der deutschen Versorgungsstrukturen – bislang nur in wenigen Regionen implementiert worden. Hemmfaktoren für die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe und für die Umsetzung integrativer Hilfekonzepte auf der Ebene der Strukturen, Regularien und Organisationen sind abzubauen.

Für alle Kinder- und Jugendlichen „bedarf es sozial abgesicherter und damit überdauernder sozialer Sorge, Erziehungs- und Bildungsumwelten sowie -beziehungen, in denen sich Strukturen zur Selbstwertschöpfung, Erlangung von Anerkennung und Entwicklung sozial gerichteter Selbstwirksamkeit herausbilden können“ (Struck & Schröer 2018: 763). Mit Blick auf die Prävention als Handlungsmaxime

der Lebensweltorientierung (vgl. Thiersch 2015) gilt es vor allem, die ambulante und stationäre Grundversorgung in der Kinder- und Jugendhilfe zu stärken. Denn „gesprengt" werden vor allem Systeme und Hilfesettings, in denen die Fachkräfte ohnehin schon an der Grenze ihrer Belastbarkeit arbeiten (u. a. aufgrund unüberschaubarer Gruppengrößen, aber auch aufgrund der Arbeitsbedingungen insgesamt) und auf rigide Reglementierungen setzen, statt auf individuelle, partizipative, fallverstehensbasierte und subjektorientierte Konzepte und Haltungen. Aufgrund des hohen Anteils an traumatisierten Kinder- und Jugendlichen in der Fremdunterbringung ist gerade auch in der Grundversorgung traumasensible Kompetenz erforderlich, um sowohl für die jungen Menschen als auch für die Mitarbeitenden „sichere Orte" zu schaffen. Schließlich muss im Sinne der Prävention auch die soziale Teilhabe von benachteiligten jungen Menschen und ihren Familien gestärkt werden, denn es besteht noch immer eine hohe Korrelation (r=0,72) zwischen Fremdunterbringung und Kinderarmut (Schrapper 2020: 175). In der Verbesserung der „sozialen Teilhabe- und Partizipationsmöglichkeiten der Kinder und Jugendlichen" liegt nach wie vor eine der „größten Herausforderungen der Kinder- und Jugendhilfe" (Struck & Schröer 2018: 762).

Junge Menschen mit komplexen, insbesondere auch psychiatrischen und/oder heilpädagogischen Hilfebedarfen brauchen integrative, bedürfnisorientierte und bedarfsgerechte Hilfekonzepte, die in der Regel auch individuelle, flexible und system-, träger- und rechtskreisübergreifende Hilfearrangements erfordern werden. Das fallbezogene Zusammenwirken von Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, dem Bildungssystem, dem Justizsystem (Familiengerichte, Jugendgerichte) und weiteren sozialen Sicherungssystemen stellt nach wie vor eine große Herausforderung dar. Koordinierungsstellen, Fallverbünde und andere Kooperationsnetzwerke beraten und unterstützen bei der partizipativen und fallverstehensbasierten Entwicklung und Umsetzung individueller, flexibler Hilfesettings und bei der Entwicklung verbindlicher Kooperationsvereinbarungen zwischen allen beteiligten Akteuren. Sie sollten Teil der regionalen Versorgungsstrukturen werden, um durch die frühzeitige Schaffung bedarfsgerechter Settings der Eskalation von Hilfeverläufen mit hochfrequenten Abbrüchen und hochriskantem Agieren von Vorneherein vorzubeugen.[67]

Jeder junge Mensch hat das Recht auf bedarfsgerechte Hilfen zur Erziehung und Bildung, auf gleichberechtigte soziale Teilhabe, auf Partizipation sowie darauf, den bestmöglichen Gesundheitszustand zu erlangen. Diese Rechte können nicht „verwirkt" werden, weder durch eklatantes „Fehlverhalten" noch durch fehlende Mitwirkung, und sie gelten auch dann, wenn die Kosten für eine bedarfsgerechte Hilfe im Einzelfall die durchschnittlichen Kosten einer Hilfe (z. B. den Median im Rahmen der Kosten- und Leistungsrechnung) überschreiten. Die jungen Menschen, deren Fälle in die Koordinierungsstelle eingebracht werden, gehören zu jenen vulnerablen Gruppen, die besonders gefährdet sind, in ihren Rechten verletzt zu werden. Sie können in der Regel nicht mehr in ihren Familien leben und sind in besonderer Weise darauf angewiesen, dass ihre Rechte von Seiten staatlicher und öffentlicher Institutionen gewahrt und gewährleistet werden, und dass sie bedarfsgerechte Hilfen erhalten. Die Arbeit der Koordinierungsstelle leistet hierzu einen wertvollen Beitrag. Damit hat die Koordinierungsstelle auch eine wichtige gesellschaftliche „Signalwirkung": Die Berliner Jugendhilfe bleibt in der Verantwortung – auch in „schwierigsten" Fallverläufen: Sie überlässt die jungen Menschen nicht sich selbst (bzw. der „Straße"), aber sie achtet ihr Autonomiebedürfnis und ihre Partizipationsrechte. Sie gibt die jungen Menschen auch nicht an andere Systeme ab (wie Justiz und Psychiatrie), sondern geht mit diesen Systemen konstruktive

[67] So auch Menno Baumann in seinem „Versuch einer Utopie", die er auf dem Fachtag der Koordinierungsstelle am 10.02.2021 vorgestellt hat.

Kooperationsbeziehungen im Interesse der jungen Menschen ein. Wir empfehlen deshalb ausdrücklich die Verstetigung des Modellprojekts Berliner „Koordinierungsstelle zur Entwicklung flexibler Hilfesettings für Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf“.

Literatur

Ackermann, T.; Robin, P. (2018): Die Perspektive von Kindern und Eltern in der Kinder- und Jugendhilfe: Zwischen Entmutigung und Wieder-Erstarken. Bericht über die Ergebnisse der Beteiligungswerkstatt für die Hamburger Enquete-Kommission „Kinderschutz und Kinderrechte stärken“, abrufbar unter:

Ader, S.; Klein, M. (2011): Die organisierte Verantwortungslosigkeit. Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie als bleibende Herausforderung, in: Sozial Extra 35, 24.

Amering, M.; Schmolke, M. (2021): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit, Köln: Psychiatrie Verlag.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2021): Statistischer Bericht K V 2 - j / 20 Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige im Land Berlin 2020, abrufbar unter:

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) (2015): Freiheitsentziehende Maßnahmen im aktuellen Diskurs. Konsequenzen für die Weiterentwicklung der Hilfen zur Erziehung Diskussionspapier der AGJ. Online Ressource: https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2015/Freiheitsentziehende_Ma%C3%9Fnahmen_neu.pdf (jugendhilfeportal.de) (Zugriff am 09.10.2022).

Baumann, M. (2012): Kinder, die Systeme sprengen. Band I: Wenn Jugendliche und Erziehungshilfe aneinander scheitern. 4. unveränderte Auflage 2020, Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Baumann, M. (2019): Kinder, die Systeme sprengen. Band II: Impulse, Zugangswege und hilfreiche Settingbedingungen für Jugendhilfe und Schule, Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Beckmann, K. (2021): Odysseen im Jugendhilfesystem: Werdegänge im Kontext struktureller Problematiken. In: Beckmann, K.; Breitfeld. F.; Gollman, C.; Morawetz, V.; Werner, K. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung – was kommt danach?, Frankfurt a.M.: Wochenschau Wissenschaft.

Böhnisch, B. (2019): Lebensbewältigung: Ein Konzept für die Soziale Arbeit, Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Degener, L.; Kunstreich, T.; Lutz, T.; Mielich, S.; Muhl, F.; Rosenkötter, W.; Schwagereck, J. (Hrsg.) (2020): Dressur zur Mündigkeit?! Über die Verletzung von Kinderrechten in der Heimerziehung. Argumente für eine Heimkampagne 3.0, Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Fischer, G.; Riedesser, P. (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Auflage, München: Reinhardt.

Flick, U. (2006): Qualitative Evaluationsforschung: Konzepte, Methoden, Umsetzung, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.

Früh, W. (2015): Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis, Konstanz u. München: UVK Verlagsgesellschaft.

Gerull, S. (2014): Programmevaluationen. In: Gahleitner, S.; Schmidt, R.; Gerlich, K. (Hrsg.), Qualitative und quantitative Forschungsmethoden, Weitramsdorf: ZKS Verlag.

Gesellschaft für Evaluation e.V. (2016): Standards für Evaluation. Online Fassung. DeGEval-Standards_fuer_Evaluation.pdf (Zugriff 20.06.2021).

Graßhoff, G. (2021): Institutionelle und strukturelle Kooperation bei Systemsprengern: Oder wer sprengt hier eigentlich wen?. In: Giertz, L.; Große, L.; Gahleitner, S. (Hrsg.), Hard to reach: Schwer erreichbare Klientel unterstützen, Köln: Psychiatrie Verlag, S. 138-147.

Graßhoff, G.; Schröer, W. (2020): Hilfeplanung als gemeinsamer Prozess von öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe? In: Hinken, F.; Hagen, B. (Hrsg.), Theorie und Praxis der Jugendhilfe, 29, Evangelischer Erziehungsverband (EREV), S. 32-38.

Groen, G.; Jörns-Presentati, A. (2018): Grenzgänger. Kooperative Abstimmung von Hilfen für Kinder- und Jugendliche zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Köln: Psychiatrie Verlag.

Groen, G.; Jörns-Presentati, A.; Weber, Jack (2021): Grenzgänger und Systemsprenger: Von jungen Menschen mit komplexem Hilfebedarf und unzureichenden Hilfen. In: Giertz, Lisa; Große, Lisa; Gahleitner (Hrsg.), Hard to reach: Schwer erreichbare Klientel unterstützen, Köln: Psychiatrie Verlag.

Groenemeyer, A.; Schmidt, H. (2018): Evaluation und Evaluationsforschung. In: Otto, H.-U; Thiersch, H., Treptow, R.; Ziegler, H. (Hrsg.), Handbuch Soziale Arbeit. 6. überarbeitete Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag.

Hekele, K. (2014): Sich am Jugendlichen orientieren. Ein Handlungsmodell für subjektorientierte Soziale Arbeit. 2. Auflage, Weinheim: Beltz.

Hölling, I. (2015): Die Reform greift zu kurz. Zur Notwendigkeit einer radikalen Infragestellung des psychiatrischen Handelns im Licht der UN-BRK. In: Armbruster, J.; Dieterich, A.; Hahn, D.; Ratzke, K. (Hrsg.), 40 Jahre Psychiatrie-Enquete: Blick zurück nach vorn, Köln: Psychiatrie Verlag.

Hoops, S.; Permien, H. (2006): Mildere Maßnahmen sind nicht möglich! Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1631b BGB in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, München: Deutsches Jugendinstitut.
https://download.statistik-berlin-brandenburg.de/af16d119e6458bee/a8151869aba5/SB_K05-02-00_2020j01_BE.pdf
https://www.pedocs.de/volltexte/2019/17452/pdf/Ackermann_Robin_2018_Zwischen_Entmutigung_und_Wieder-Erstarken.pdf (Zugriff 20.06.2021).

International Federation of Social Workers (IFSW) (2014): Globale Definition von Sozialer Arbeit. https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/
(Zugriff am 22.02.2022).

Kardoff, E. von; Schönberger, C. (2020): Qualitative Evaluationsforschung. In: Mruck, K. & Mey, G. (Hrsg), Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren, Wiesbaden: Springer.

Koenig, S.; Viehoff, S. (2020): Anforderungen, Stolpersteine und gelebte Praxis im Zusammenwirken von öffentlichen und freien Trägern. In: Hinken, Florian; Hagen, Björn (Hrsg.), Beziehung und Partnerschaft in Trägerlandschaften der Erziehungshilfen. Anforderungen und Praxisinterpretationen, Dähre: Schöneworth-Verlag, S. 6-12.

Kraimer, K. (2014): Fallrekonstruktive Soziale Arbeit. Ansätze, Methoden, Optionen, Ibbenbüren: Klaus Münstermann Verlag.

Lüders, C. (2003): Teilnehmende Beobachtung. In: Bohnsack, R.; Marotzki, W.; Meuser, M. (Hrsg.), Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung, Opladen: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S.151-153.

Lüders, C. (2014): Ein „sozialpädagogisch gesättigtes“ Gesetz? Der Achte Jugendbericht und das KJHG. In: RdJB 4, S. 458-473. Online Fassung: https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/0034-1312-2014-4-458.pdf?download_full_pdf=1 (Zugriff am 09.10.2022).

Lutz, T. (2020): Freiheitsentziehung, Zwang und Repression in den Hilfen zur Erziehung. Ein Versuch der Einordnung in die Entwicklungen der Kinder- und Jugendhilfe mit Fokus auf Stufenmodelle. In: Degener, L.; Kunstreich, T.; Lutz, T.; Mielich, S.; Muhl, F.; Rosenkötter, W.; Schwagereck, J. (Hrsg.), Dressur zur Mündigkeit?! Über die Verletzung von Kinderrechten in der Heimerziehung. Argumente für eine Heimkampagne 3.0, Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 182-192.

Mayring, P. (2018): Gütekriterien qualitativer Evaluationsforschung. Zeitschrift für Evaluation 1.

Nüsken, D.; Böttcher, W. (2018): Was leisten die Erziehungshilfen, Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Peters, F. (2022): Geschlossene Unterbringung und Kritische Soziale Arbeit: Strategien gegen geschlossene Unterbringung (GU) Wendt, P–U. (Hrsg.), Kritische Soziale Arbeit. Aspekte einer Besinnung auf kritische Veränderung, Weinheim u. a. O.: Beltz Juventa.

Peters, M. (2020): Nicht gegen das Autonomiebedürfnis der Kinder und Jugendlichen arbeiten, sondern es verstehen, respektieren und nutzen! Fünf Jahre „Koordinierungsstelle individuelle Hilfen“ des

Paritätischen Hamburg. In: Degener, L.; Kunstreich, T.; Lutz, T.; Mielich, S.; Muhl, F.; Rosenkötter, W.; Schwagereck, J. (Hrsg.), Dressur zur Mündigkeit?! Über die Verletzung von Kinderrechten in der Heimerziehung. Argumente für eine Heimkampagne 3.0., Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Pluto, Liane (2007): Partizipation in den Hilfen zur Erziehung. Eine empirische Studie, München: Deutsches Jugendinstitut.

Rätz, R. (2015): Dialogische Passungsverhältnisse zwischen „unerreichbaren" Jugendlichen und Hilfeprozessen der Kinder- und Jugendhilfe. In: Krause, Hans-Ullrich/Rätz, Regina (Hrsg.), Soziale Arbeit im Dialog gestalten. Theoretische Grundlagen und methodische Zugänge einer dialogischen Sozialen Arbeit. 2. Auflage, Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 147-158.

Rätz, R. (2016): Was tun, wenn Kinder und Jugendliche und Erziehungshilfen aneinander scheitern? Aktuelle Studienergebnisse. In: Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.), Systemsprenger verhindern Wie werden die Schwierigen zu den Schwierigsten? Dokumentation der Fachtagung am 3. und 4. Dezember 2015 in Berlin. Online-Ressource. DJS00079.pdf (difu.de) (Zugriff 20.6.2021).

Schmid, M. (2021): Sichere Orte auf Zeit? Theoretische Überlegungen zur traumapädagogischen Krisenintervention in Übergangssettings: Wo liegen die zentralen Unterschiede?. In: Trauma und Gewalt. Februar 15.1, S. 4-17.

Schrapper, C. (2019): Sozialpädagogische Diagnosen und sozialpädagogisches Fallverstehen. In: Merchel, J. (Hrsg.), Handbuch Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). 3. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 199-208.

Schrapper, C. (2020): Zum Stand der Realisierung der Kinderrechte in der Heimerziehung in Deutschland. In: Degener, L.; Kunstreich, T.; Lutz, T.; Mielich, S.; Muhl, Florian; Rosenkötter, W.; Schwagereck, J. (Hrsg.), Dressur zur Mündigkeit?! Über die Verletzung von Kinderrechten in der Heimerziehung. Argumente für eine Heimkampagne 3.0, Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 172-181.

Schröder, M. & Schmid, M. (2020): Trauma – Was ist das? Formen des Traumas und die Aufgaben der Sozialen Arbeit. In: Sozialmagazin 45.1-2.

Schwabe, M. (2021): Praxisbuch Fallverstehen und Settingkonstruktion – Hilfeplanung für krisenhafte Erziehungshilfeverläufe, Weinheim: Beltz Juventa.

Schwabe, M.; Stallmann, M.; Vust, D.; Permien, H. (2013): Freiraum mit Risiko. Niedrigschwellige Erziehungshilfen für sogenannte Systemsprenger/innen, Ibbenbüren: Münstermann.

SenBJF (Senatsverwaltung Bildung, Jugend und Familie) (2018): Modellprojekt Berliner Koordinierungsstelle individueller Unterbringung und Begleitung im Fallverbund für die Umsetzung flexibler Hilfen für Kinder- und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf. Unveröffentlichtes Manuskript vom 19.03.2018.

SenBJF (Senatsverwaltung Bildung, Jugend und Familie) (o. J.). Zielgruppenbeschreibung für das Modellprojekt Berliner Koordinierungsstelle individueller Unterbringung und Begleitung im Fallverbund für die Umsetzung flexibler Hilfen für Kinder- und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf. Unveröffentlichtes Manuskript.

Staub-Bernasconi, S. (2019): Menschenwürde – Menschenrechte – Soziale Arbeit. Die Menschenrechte vom Kopf auf die Füße stellen, Opladen u. a. O.: Verlag Barbara Budrich.

Straßburger, G.; Rieger, J. (2019): Partizipation kompakt. Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe. 2. Auflage, Weinheim u. Basel: Beltz Juventa.

Struck, N.; Schröer, W. (2018): Kinder- und Jugendhilfe. In: Otto, H.-U; Thiersch, H., Treptow, R.; Ziegler, H. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. 6., überarbeitete Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag.

Thaler, P. (2016): Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen und Gewalt. In: Zinkler, M.; Laupichler, K.; Osterfeld, M. (Hrsg.), Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie, Köln: Psychiatrie Verlag.

Thiersch, H. (2014): Über Entwicklungen und aktuelle Bezüge des Konzepts einer lebensweltorientierten sozialpädagogischen Beratung. In: Bauer, P. und Weinhardt, M. (Hrsg.), Perspektiven sozialpädagogischer Beratung. Empirische Befunde und aktuelle Entwicklungen, Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Thiersch, H. (2015): Soziale Arbeit als Lebensweltorientierung: Konzepte und Kontexte. Gesammelte Aufsätze, Weinheim: Beltz Juventa.

Thiersch, H.; Grunwald, K.; Köngeter, S. (2012): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole, W. (Hrsg.), Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Tornow, H.; Ziegler, H.; Sewing, J. (Hrsg.) (2012): Abbrüche in stationären Erziehungshilfen (ABiE). Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojekt. Analysen und Empfehlungen. Schriftenreihe Evangelischer Erziehungsverband (EREV). 53. Jahrgang. Online Ressource: 2012-3-SR-EREV-Ergebnisse-ABIE-Tornow-Ziegler.pdf (aim-ev.de) (Zugriff 20.06.2021).

Urban-Stahl, U. (2011): Ombuds- und Beschwerdestellen in der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen, Köln. Onlineressource: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Expertise_Ombudsstelle_low2.pdf (Zugriff 20.6.2021).

Urban-Stahl, U. (2018): Anwaltschaft. In: Otto, H.-U., Thiersch, H., Treptow, R. u. Ziegler, H. (Hg.), Handbuch Soziale Arbeit. 6., überarbeitete Auflage. München u. a. O.: Ernst Reinhardt Verlag.

Walther, C.; Deimel, D. (2017): Theorie Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie. In: Bischkopf, J., Deimel, D.; Walther, C.; Zimmermann, R.-B. (Hrsg.), Soziale Arbeit in der Psychiatrie, Köln: Psychiatrie Verlag.

Weiß, W.; Gahleitner, S. (2020): Traumapädagogik: Woher, Weshalb, wozu?. In: Sozialmagazin 45.1-2.

Ziegler, H. (2017): Antworten und Ausführungen zu den Fragen für die Anhörung des Deutschen Ethikrates „Wohltätiger Zwang“ in der Kinder- und Jugendhilfe. Online Ressource: anhoerung-18-05-2017-fragenkatalog-ziegler.pdf (ethikrat.org) (Zugriff 21.06.2021).

Zinkler, M.; Laupichler, K.; Margret Osterfeld (Hrsg.) (2016): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie, Köln: Psychiatrie Verlag.

Abkürzungsverzeichnis

BEW	Betreutes Einzelwohnen
BNK	Berliner Notdienst Kinderschutz
EFB	Erziehungs- und Familienberatung
EFH	Einzelfallhelfer*in / Einzelfallhilfe
FES	Falleingabesitzung
FEU	Freiheitsentziehende Unterbringung (KJH oder KJP)
HzE	Hilfe zur Erziehung
ICD-10	International Classification of Diseases
JA/JA	Jugendamt; Jugendämter
JGH	Jugendgerichtshilfe
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KJH	Kinder- und Jugendhilfe
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
KJPD	KJPD
PSR	Personensorgerecht
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RSD	RSD
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe
TaZ	Team-auf-Zeit