

Inhalt

Editorial:

Verletzung und Tod durch Gewalt in Deutschland und Europa <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	2
---	---

Themenschwerpunkt Gewalt, Missbrauch und Misshandlung

Die Rolle der Professionellen im Umgang mit potenziell gewalttätigen Kindern und Jugendlichen <i>Wolfgang Papenberg</i>	13
---	----

Nebenrealität bei Tötungsdelikten <i>Denis Köhler & Günter Hinrichs</i>	38
--	----

Diagnostik und Therapie sexuell delinquenten Verhaltens bei Jugendlichen <i>Ingo Spitzcok von Brisinski, Thomas Gruber, Günter Hinrichs, Denis Köhler, Christa Schaff</i>	58
---	----

Welche Angebote und Hilfen stehen dem Jugendamt im Fall einer Beeinträchtigung oder Gefährdung des Kindeswohls zur Verfügung? <i>Herbert Blüml</i>	84
---	----

Tagungsrückblicke:

Prävention von Entwicklungsstörungen	109
Interdisziplinäre Tagung über Sprachentwicklungsstörungen (ISES 4).	111

Buchbesprechungen:

Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters	115
Psyche und Ästhetik. Die Transformationen der Kunsttherapie.	116

<i>Hinweise für Autoren</i>	119
-----------------------------------	-----

Editorial: **Verletzung und Tod durch Gewalt in Deutschland und Europa**

Jährlich sterben in Europa ca. 800.000 Menschen (8,3% aller Todesfälle) an den Folgen von Verletzungen, bei jedem dritten verletzungsbedingten Toten ist eine Gewalttat die Ursache. Das sind 257.000 Menschen.

Hiervon töten sich etwa 164.000 selbst. Für jedes Alter gilt, dass männliche Personen sich viel häufiger das Leben nehmen als weibliche. Suizid ist 2,5mal häufiger in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen (low- and middle-income Countries = LMIC) als in Ländern mit hohem Einkommen (HIC). Alkoholmissbrauch spielt in einem Viertel der Suizide eine Rolle (WHO, 2006).

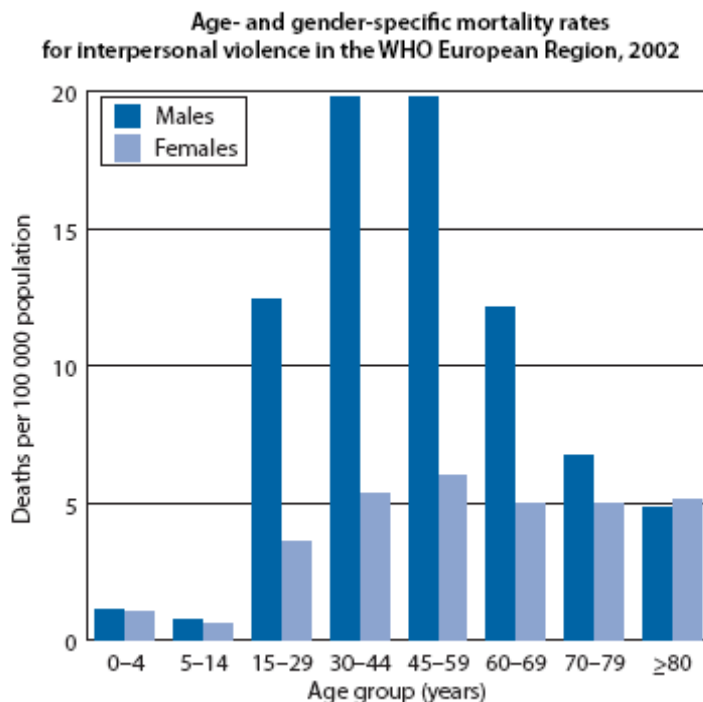


Abb. 1: Alters- und geschlechtsbezogene Mortalität bei zwischenmenschlicher Gewalt (aus Krug et al., 2002)

Zwischenmenschliche Gewalt war 2002 für 73.000 Todesfälle (200 pro Tag bzw. 8 pro Stunde) verantwortlich und auf jeden Todesfall kamen 20 bis 40 Behandlungen im Krankenhaus (ca. ½ Million pro Jahr). Aufgrund der Dunkelziffer muss von noch größeren Ausmaßen des Problems ausgegangen werden. Für männliche Personen ist das Risiko gewaltsam zu sterben viel höher als für weibliche. Die Wahrscheinlichkeit eines gewaltsamen Todes ist in den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen 14fach höher als in den Ländern mit hohem Einkommen.

Alkoholmissbrauch spielt bei gewaltsamem Tod in bis zu 40% eine Rolle.

Missbrauch und Mord bei Kindern unter 15 Jahren findet sich bei jährlich 1500 Todesfällen, Gewalt an Jugendlichen führt zu über 12.000 Opfern. Für diese Altersgruppe ist „beabsichtigte Gewalt“ die dritthäufigste Todesursache (Sethi et al., 2006a; WHO, 2006).

Es gibt zahlreiche kosteneffektive Strategien zur Verhütung von Verletzungen, sowohl unbeabsichtigten (durch Verkehrsunfälle, Vergiftungen, Ertrinken, Stürze oder Brände) als auch beabsichtigten (Gewalt gegen die eigene Person oder andere Personen). Insgesamt sind Verletzungen bei Menschen unter 45 Jahren die führende Todesursache. So sterben jährlich 28 000 Kinder unter 15 Jahren (36% aller Todesfälle in dieser Altersgruppe) an den Folgen von Verletzungen. Nach einer Studie der WHO (Sethi et al., 2006b) würden jährlich ca. 500.000 Menschen weniger sterben, wenn alle Länder Europas eine so niedrige verletzungsbedingte Sterblichkeitsrate hätten wie die Länder mit den niedrigsten Raten. Die WHO fordert einen sektorübergreifenden Ansatz unter Federführung der Gesundheitspolitik. Die vorgelegte Publikation „Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done“ gibt Aufschluss über das Ausmaß des Problems und über die wichtigsten Maßnahmen zu seiner Bekämpfung. Sie soll Politik, Gesundheitsfachkräfte und Bürgerorganisationen in ihren Bemühungen unterstützen, für Verletzungsprävention und mehr Sicherheit zu werben und zusammen mit anderen Sektoren an Präventionsplänen und -maßnahmen zu arbeiten.

In der Europäischen Region gibt es hinsichtlich der verletzungsbedingten Sterblichkeitsraten größere Unterschiede zwischen den reicheren und den ärmeren Ländern als in jeder anderen Region der WHO. Die Menschen in den Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen sind einem beinahe viermal höheren Risiko tödlicher Verletzungen ausgesetzt als die Bevölkerung der Länder mit hohem Einkommen.

Unabhängig vom Wohlstandsniveau eines Landes haben Kinder, ältere Menschen und die einkommensschwächsten Bevölkerungsgruppen ein höheres Risiko, an den Folgen von Verletzungen zu sterben; insbesondere haben Kinder aus sozial benachteiligten Schichten verglichen mit Kindern aus wohlhabenderen Familien ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko.

Übertragung und Anpassung von Erfahrungen aus Ländern, die auf diesem Gebiet am besten abschneiden, könnte von großem Nutzen sein. Verletzungsprävention sollte als eine gesellschaftliche Gesamtverantwortung begriffen werden – für die WHO ein Paradigmenwechsel gegenüber einer Philosophie, die dem Einzelnen alleinige Verantwortung zuweist. Bestimmte Risikofaktoren, etwa Alkoholkonsum und Armut, gelten für alle Arten von Verletzungen. Ein Ansetzen bei ihnen würde vermutlich großen Nutzen für die Gesundheit der Menschen nach sich ziehen.

Interventionen, die Menschenleben retten, sind kosteneffektiv: Sie können zu einer Verringerung der jährlichen Kosten für tödliche wie nichttödliche Verletzungen in Europa (geschätzte Größenordnung: 1 – 6 Mrd. € bzw. 80 – 290 Mrd. €) beitragen. So könnten durch Schutzmaßnahmen in verschiedenen Bereichen pro investierten Euro große Kostenersparnisse erzielt werden (WHO, 2006):

Rauchmelder	69 €
Kindersitze	32 €
Allgemeine Registrierungspflicht für Handfeuerwaffen	79 €
Hausbesuche und Aufklärung der Eltern über Kindesmissbrauch	19 €

Die Gesundheitspolitik kann bei einem sektorübergreifenden Ansatz zur Verletzungsprävention eine zentrale Führungsrolle spielen, die sich nicht auf die Bereiche Behandlung und Rehabilitation beschränkt. Sie kann andere Politikbereiche in die Verletzungsprävention einbeziehen und entsprechend unterstützen, indem sie Erkenntnisse über die Mortalität und Krankheitslast bereitstellt, über die Risikofaktoren informiert und wirksame Gegenmaßnahmen aufzeigt und fördert.

In diesem Themenheft geht es primär nicht um unbeabsichtigte Verletzungen, sondern um Gewalt. Krug et al. (2002) unterscheiden in ihrer „Typology of violence“ einerseits gegen sich gerichtete Gewalt von Gewalt gegen andere und andererseits zwischen physischer, sexueller und psychischer Gewalt sowie Deprivation bzw. Vernachlässigung (Abb.2).

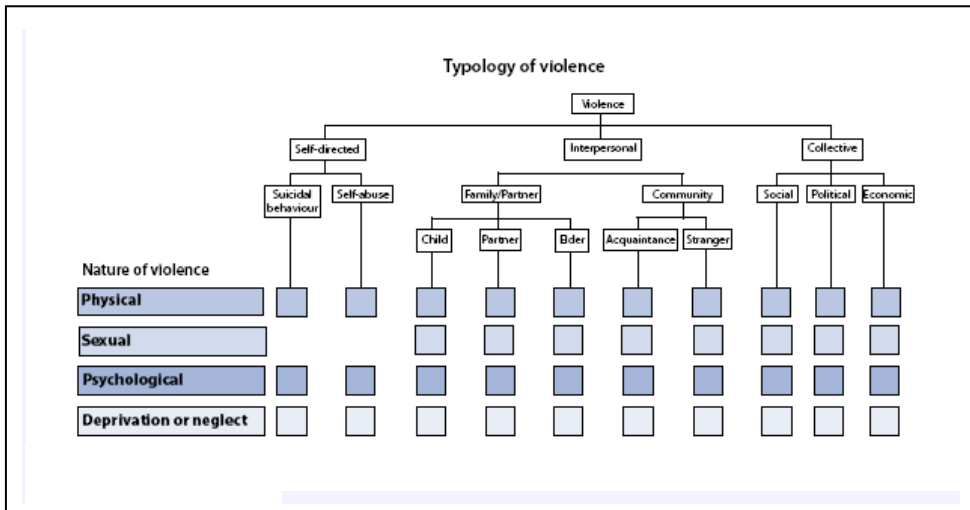


Abb. 2: Typologie der Gewalt(tätigkeit) (aus Krug et al., 2002)

„Violence“ ist jedoch nicht bedeutungsgleich mit „Gewalt“, sondern eher mit „Gewalttätigkeit“: Der Begriff „Gewalt“ (aus dem Althochdeutschen *walten*, bzw. *waltan* – stark sein, beherrschen) bezeichnet ursprünglich rein das Vermögen zur Durchführung einer Handlung und beinhaltet kein Urteil über deren Rechtmäßigkeit. Gewalt im Sinne von „Walten“ findet sich wieder in Begriffen wie „Staatsgewalt“ oder „Verwaltung“. Die ursprüngliche, neutrale bis positive Begriffsbestimmung ist in Begriffen wie „gewaltige Anstrengung“ (bzw. „Gewaltanstrengung“) oder „gewaltige Dimension“ erkennbar, wenn eine über das übliche Maß hinausgehende Leistung anerkennend beschrieben werden soll. Aber auch im Gewaltmonopol des Staates bzw. der Gewaltenteilung wird die Gewalt neutral interpretiert. Die im heutigen Sprachgebrauch verbreitete negative Belegung ist in Begriffen wie „Gewalttat“, „Gewaltverbrechen“, „Gewaltverherrlichung“, „Vergewaltigung“ wie auch im Distanz schaffenden Begriff „Gewaltlosigkeit“ enthalten (Wikipedia, 2006a).

Was „Gewalt“ genannt und wie „Gewalt“ interpretiert wird, ist abhängig von der historischen Entwicklung und vom sozialen Kontext. Eine „gewaltfreie“ Sitzblockade kann juristisch als Anwendung von psychischer Gewalt interpretiert werden. Guillotine und elektrischer Stuhl sind Verfahren, die bei ihrer Einführung als „humane Errungenschaft“ bezeichnet wurden, heute aber als gewalttätige Maßnahmen gelten. Des Weiteren können kulturelle Aspekte Bewertungsmaßstäbe verschieben: Manche ge-

walttätigen Aktivitäten wie z. B. Boxen werden gesellschaftlich toleriert. Auch in sexueller Hinsicht sind die Verhältnisse teils widersprüchlich, z. B. bzgl. „Bondage & Discipline, Dominance & Submission, Sadism & Masochism“ (BDSM), einer Gruppe sexueller Verhaltensweisen, die mit Dominanz und Unterwerfung, spielerischer Bestrafung und Lustschmerz oder Fesselungsspielen verbunden sind. Andererseits ist die Anwendung von Gewalt bei der Erziehung in Deutschland erst seit 2000 durch eine Gesetzesänderung das *elterliche Züchtigungsrechts* verboten: In Deutschland bestand seit 1896 ein gesetzlich verankertes Züchtigungsrecht des Vaters über seine Kinder. § 1631 Abs. 2 BGB alter Fassung lautete: „Kraft Erziehungsrechts darf der Vater angemessene Zuchtmittel gegen das Kind anwenden“. Das väterliche Züchtigungsrecht bestand in Westdeutschland bis zum 1. Juli 1958, als das Gleichberechtigungsgesetz in Kraft trat, da das allein väterliche Züchtigungsrecht einen Verstoß gegen den Gleichberechtigungsgrundsatz von Mann und Frau in Artikel 3 GG darstellte. Seit 1958 bestand das elterliche Züchtigungsrecht als Gewohnheitsrecht weiter und schloss damit beide Elternteile (bzw. die Erziehungsberechtigten des Kindes) ein. Die von Deutschland 1992 ratifizierte UN-Kinderrechtskonvention verpflichtet die Vertragsstaaten, alle geeigneten Gesetzgebungsmaßnahmen zu treffen, um das Kind vor jeder Form körperlicher oder geistiger Gewaltanwendung zu schützen (Artikel 19). Im Rahmen der Reform des Kindschaftsrechts von 1998 wurde § 1631 Abs. 2 BGB umformuliert: „Entwürdigende Erziehungsmaßnahmen, insbesondere körperliche und seelische Misshandlungen, sind unzulässig.“ Diese Formulierung stellte noch kein generelles Züchtigungsverbot dar, sondern richtete sich nur gegen „entwürdigende“ Erziehungsmaßnahmen und grenzte zulässige, nicht entwürdigende Erziehungsmaßnahmen gegen Misshandlungen ab. Im November 2000 wurde § 1631 Abs. 2 Satz 1 geändert: „Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.“ § 1631 Abs. 2 Satz 2 stellt nun ein Verbot an die Eltern dar. Sie dürfen bei der Ausübung der Personensorge körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen nicht mehr verwenden.

In der Bundesrepublik Deutschland bestand bis 1973 ein *Züchtigungsrecht für Lehrkräfte an Schulen gegenüber den ihnen zur Erziehung anvertrauten Schülern*. Zu den verbreitetsten Körperstrafen gehörten Ohrfeigen, „Kopfnüsse“ sowie die so genannten „Tatzen“ (Schläge mit einem Lineal oder Rohrstock auf die Handflächen des Schülers). Körperstrafen auf das Gesäß, die noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine Hauptrolle gespielt

hatten, wurden in Deutschland bereits seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs an Schulen reduziert. In der DDR wurden Körperstrafen an den Schulen bereits 1949 abgeschafft (Wikipedia, 2006b).

Zivilrecht und Strafrecht basieren auf dem allgemeinen Gewaltverbot. Ausgenommen sind Situationen der Notwehr und des Notstands sowie Fälle des unmittelbaren Zwanges von Vollzugskräften des Staates.

Die Jugendämter in Deutschland haben im vergangenen Jahr im Durchschnitt täglich 70 Kinder und Jugendliche kurzfristig in ihre Obhut genommen. Damit ist 2005 laut Statistischem Bundesamt die Gesamtzahl der Fälle mit 25.400 im Vergleich zum Vorjahr um rund 1 % leicht zurückgegangen. Grund für die Inobhutnahme war in den meisten Fällen eine Überforderung der Eltern. Der Anteil dieser Fälle stieg um 9 % auf 41 %. Vernachlässigung oder Anzeichen für Misshandlung oder sexuellen Missbrauch waren bei knapp einem Viertel der Minderjährigen Anlass für eine Inobhutnahme. Weitere Anlässe waren Integrationsprobleme im Heim oder in der Pflegefamilie, Kriminalität (jeweils 7 %), Probleme in der Schule (6 %) und Suchtprobleme (4 %). Mit 7700 Kindern und Jugendlichen baten 30 % der Betroffenen selbst darum, in Obhut genommen zu werden. Die meisten der in Obhut genommenen Minderjährigen waren älter als 14 Jahre alt: Sie machten mit 15.600 einen Anteil von 61 % aus (Deutscher Depechen Dienst, 30.9.2006).

Ansätze der WHO für Prävention

Ökonomische und politische Veränderungen haben dazu beigetragen, dass Verkehr, Arbeitslosigkeit und Unterschiede im Einkommen zugenommen haben, während soziale Unterstützung und Restriktionen bzgl. Alkohol abgenommen haben. Migration vulnerabler Populationen sowie Transfer von Lifestyles und Produkten zwischen den Ländern als zusätzliche Risiken bedürfen aus Sicht der WHO ebenfalls der Beachtung.

Zwischenmenschliche Gewalt

Wenn die Todesraten für zwischenmenschliche Gewalt in Europa dieselbe wäre wie die des Landes mit der niedrigsten Rate (Großbritannien), würden etwa 55.000 Leben erhalten bzw. 87% der Todesfälle mit dieser Ursache würden vermieden. Effektive Strategien zur Prävention umfassen Verbesserung der ökonomischen Bedingungen und Trainingsprogramme bzgl. sozialer Kompetenzen für Vorschulkinder, Anreize die weiterführende

Schule abzuschließen, Hausbesuche, Elternttraining und -mentoring, Reduktion der Verfügbarkeit von Alkohol, Verbesserung institutioneller Strategien (in Schulen, am Arbeitsplatz, in Krankenhäusern und Heimeinrichtungen), öffentliche Informationskampagnen, Reduktion des Zugangs zu Waffen, Verringerung von Ungleichheiten sowie Stärkung von Polizei und Justizsystem (Krug et al., 2002).

Missbrauch und Misshandlung von Kindern

2002 wurden 1500 Kinder unter 15 Jahren in Europa getötet, 0- bis 4-jährige doppelt so häufig wie 5- bis 14-jährige. Viele Todesfälle von Kindern werden nicht routinemäßig untersucht und über das Ausmaß des Problems wird zuwenig berichtet. Häufige Todesursachen sind Schläge auf den Kopf oder Bauch sowie Ersticken (Alexander et al., 2001; Kirschner und Wilson, 2001; Vock et al., 1999). Die Inzidenz für schwere körperliche Bestrafung (mit einem Gegenstand auf einen anderen Körperteil als den Po geschlagen werden, Brandwunden zugefügt bekommen) liegt bei 5 bis 8 % (Finkelhor, 1994a; Browne et al., 2002). Die Lebenszeitprävalenz für sexuellen Missbrauch im Kindesalter liegt um 20% bei Mädchen und 5 bis 10 % bei Jungen (Bardi und Borgognini-Tari, 2001; Finkelhor, 1994b). Emotionaler Missbrauch und Vernachlässigung sind weitere häufige Manifestationen von Kindesmissbrauch. Kinderprostitution und Kinderhandel sind organisierten Formen von Kindesmissbrauch aufgrund ökonomischer Interessen. Schätzungsweise 75.000 Kinder sind vom Sexhandel in Osteuropa betroffen (Violence against children in Europe, 2005; May-Chahal und Herczog, 2003).

Folgen des Kindesmissbrauchs können sich auch erst später im Leben manifestieren, die Häufigkeit des Auftretens von gewalttätigem Verhalten, psychischen Erkrankungen wie Depression, Angst, Alkoholmissbrauch, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch, Suizidversuchen, Schlafproblemen, Posttraumatischen Belastungsstörungen und Adipositas ist auf das 4- bis 12-fache erhöht (Krug et al., 2002). Intensität und Dauer des Missbrauchs beeinflussen die Folgen. Des Weiteren kann Missbrauch zu riskantem Verhalten wie z. B. schädlichem Alkoholgenuss, ungesunder Diät, Rauchen und Mangel an körperlicher Ertüchtigung führen und damit das Auftreten von Herzerkrankungen, Krebs und Erkrankungen des Respirationstrakts im Erwachsenenalter begünstigen. Des Weiteren ist erlebter Missbrauch gehäuft in der Folge mit einem Missbrauch des Intimpartners verbunden (Coid et al., 2001). Kindesmissbrauch verursacht nicht nur erhebliche Kosten im Gesundheits- und im Justizsystem, sondern kostet Le-

ben, vermehrt menschliches Leiden und führt zu körperlichen und psychischen Langzeitschäden.

Zu den sozialen Risikofaktoren zählen arme, junge Alleinerziehende, niedriges Bildungsniveau, Drogenmissbrauch, Isolation, und Arbeitslosigkeit (Levanthal, 1996). Ein in der Vergangenheit selbst erlebter Missbrauch erhöht das Risiko Missbrauch zu begehen. Es gibt eine enge Korrelation von Gewalttätigkeit zwischen den Intimpartnern und Kindesmissbrauch.

Risikofaktoren bzgl. des Weiteren sozialen Umfelds sind Armut und Mangel an sozialer Unterstützung (Gilham et al., 1998; Coulton et al., 1999). Auf gesellschaftlicher Ebene können sich ökonomische Bedingungen, normative Geschlechterrollen und Eltern-Kind-Beziehungen, Reaktionen von Kind und Familie bei Verlust eines Elternteils, sozialer Schutz sowie die Reaktionen des Gesundheits- und des Justizsystems auswirken auf die Verfügbarkeit von Ressourcen und die Fähigkeit von Eltern, für ihre Kinder zu sorgen.

Die Wirksamkeit von professionell durchgeführten Elterntrainings und aufsuchenden Programmen zur Reduktion von Kindesmissbrauch durch Eltern ist klar belegt (WHO, 2004). Qualifizierungsmaßnahmen für Polizei, Lehrkräfte und im Gesundheitssystem Tätige bzgl. Erkennung und Management von Missbrauch sind ebenfalls wichtig. Dem Gesundheitssystem kommt eine entscheidende Rolle zu bei der frühen Erkennung von Gewalt gegen Kinder.

Verbesserung der Gesetze gegen häusliche Gewalt, körperliche Bestrafung und Demütigung von Kindern zu Hause, in der Schule und anderswo sowie die obligatorische Meldung von Kindesmissbrauch sind Beispiele für Ansätze auf der gesellschaftlichen Ebene (Krug et al., 2002).

Gewalt unter jungen Männern im Alter von 15 bis 29 Jahren

Zwischenmenschliche Gewalt ist die dritthäufigste Todesursache (über 12.000 Todesfälle pro Jahr) und die fünfhäufigste Ursache von Behinderung bei jungen Menschen. Auf jeden Todesfall kommen schätzungsweise 20 bis 40 Krankenhausbehandlungen. In allen Ländern sind in erster Linie junge Männer sowohl Täter als auch Opfer. Europa hat einige der höchsten und der niedrigsten Mortalitätsraten der Welt. Das Risiko eines gewaltvollen Todes ist in einem Land mit niedrigem bis mittlerem Einkommen 11,3mal so hoch wie in Ländern mit hohem Einkommen. Risikofaktoren sind Gewalt in der Familie, mangelhafte Elternpräsenz, niedriges Bildungsniveau, krasse ökonomische Gegensätze, konzentrierte Armutsviertel, Verfügbarkeit von Feuerwaffen, sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch. Alkohol spielt bei bis zu 40% aller Tötungsdelikte eine Rolle. Ju-

gendliche Gewalt reicht von Bullying (Spitzzok von Brisinski, 2005) und Kämpfen bis Körperverletzung und Tötung.

Zu den individuellen Risikofaktoren zählen aggressives Verhalten in der Kindheit, Impulsivität, niedriges Bildungsniveau und aggressive Einstellung. Zu den Beziehungs- und familiären Risikofaktoren gehören aggressive körperlicher Bestrafung und Demütigung, häusliche Gewalt, mangelhafte elterliche Aufsicht und Kontakte zu delinquenten Gleichaltrigen. Junge Männer, die in krimineller Umgebung leben, neigen zu Gewalttätigkeit.

Alkohol und Drogen sind Auslöser von gewalttätigem Verhalten und sind sowohl mit Opfern als auch Tätern assoziiert. Die Darstellung von Gewalt in den Medien mag auch eine Rolle spielen. Gewalttätiges Verhalten tritt häufiger in Gesellschaften auf, die unter bewaffneter Gewalt bzw. Unterdrückung zu leiden haben bzw. hatten, und solchen, die unter extremen sozialen und ökonomischen Spannungen leiden.

Interventionen auf der individuellen und der Beziehungsebene zur Prävention von Verhaltensproblemen im Kleinkind-, Schulkind- und Jugendalter sind in ihrer Wirksamkeit gut belegt. Vorschulprogramme verbessern Bildungserfolge und Selbstwertgefühl und führen zu weniger Gewalt im späteren Leben. Programme für soziale Entwicklung und Reduktion aggressiven und antisozialen Verhaltens versuchen soziale Fertigkeiten bzgl. Gleichaltriger zu verbessern und hilfsbereites Verhalten zu fördern, indem sie junge Leute den Umgang mit Ärger lehren, eine soziale Perspektive vermitteln sowie Lösungsmöglichkeiten bei Konflikten und Problemen. Am effektivsten sind diese Maßnahmen, wenn sie im Vorschulalter oder Schulalter die Hochrisikogruppen ansprechen. Ein Programm zur Reduktion von Bullying konnte die Inzidenz in Bergen, Norwegen, auf die Hälfte senken und wurde auch in Großbritannien erfolgreich implementiert (Krug et al., 2002).

Aufsuchende Angebote und Elterntrainings sind Beispiele für Interventionen auf Beziehungsebene. Erstere beinhalten regelmäßige Besuche beim Kind zu Hause von einem zum Gesundheitssystem gehörigen Professionellen und umfasst Training, Unterstützung, Beratung und Monitoring für Unterschichtfamilien mit erhöhtem Missbrauchsrisiko. Das Triple-P (“Positive Parenting Programme”) kombiniert eine Massenmedienkampagne mit Konsultationen durch Helfer zur Verbesserung elterlicher Kompetenzen und mit intensiver Unterstützung von Eltern mit Kindern, die ein erhöhtes Risiko haben, Verhaltensprobleme zu entwickeln. Für dieses Programm ist eine Kosten-effektive Reduktion von Gewalttätigkeit belegt.

Erfolg versprechende Gemeinde basierte Programme umfassen Fürsorge für das Kind, Vorschulprogramme, sichere Schulwege, ausreichende Stra-

ßenbeleuchtung, AGs und Aktivitäten nach der Schule für Kinder und Jugendliche (z. B. Sport) zur Reduktion von vorzeitigem Alkoholkonsum und antisozialen Verhalten, Verbesserung schulischer Umgebung sowie Monitoring und Entfernung von Umweltgiften. Die Reduktion der Verfügbarkeit von Alkohol und Drogen ist wichtig. Die Änderung kultureller und sozialer Umgebungen – wie Mildern konzentrierter Armut und krasser Einkommensunterschiede, Veränderung nächtlicher Umgebungen in Stadtzentren, Reduktion ökonomischer und sozialer Entwicklungsbarrieren, Erstellung von Arbeitsbeschaffungsprogrammen, Reduktion des Zugriffs auf Feuerwaffen, und Stärkung des Justizsystems – sind intuitiv und ethisch begeisternde gesellschaftliche Ansätze, die weiterer Evaluation bedürfen.

Botschaften der WHO an Politiker und andere Entscheidungsträger

- Gewalt von Jugendlichen und gegen Jugendliche ist ein vermeidbares Public Health-Problem, benötigt jedoch Mittel und Engagement.
- Programme zur verbesserten Erziehung, aufsuchende Angebote und Mentoring für Eltern reduzieren gewalttätiges Verhalten. Soziale und ökonomische Strategien wie Reduktion von krassen ökonomischen Gegensätzen und konzentrierter Armut sind ebenfalls wichtig.

Vielleicht tragen auch die Beiträge dieses Themenheftes ein wenig zur Prävention von Gewalttaten zumindest auf der Ebene psychosozialer Prozesse in Familie, Schule sowie kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung bei.

Ihr

Ingo Spitzczok von Brisinski

Literatur

Alexander, R. C.; Levitt, C. J.; Smith, W. L. (2001) Abusive head trauma. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 47–80

Bardi, M.; Borgognini-Tari, S. M. (2001) A survey of parent-child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. *Child Abuse and Neglect*, 25: 839–853

Browne, K. et al. (2002) Child abuse and neglect in Romanian families: a national prevalence study 2000. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002

- Coid, J.; Petrukevitch, A.; Feder, G.; Chung, W.; Richardson, J.; Moorey, S.* (2001) Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet* 358(9280):450-454
- Coulton, C. J.; Korbin, J. E.; Su, M.* (1999) Neighbourhoods and child maltreatments: a multi-level study. *Child Abuse and Neglect*, 23:1019–1040
- Finkelhor, D.* (1994a) Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4(2):31–53
- Finkelhor, D.* (1994b) The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18:409-417
- Gilham, B. et al.* (1998) Unemployment rates, single parent density, and indices of poverty: their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 22:79–90
- Kirschner, R. H.; Wilson, H.* (2001) Pathology of fatal child abuse. In: Reece, R. M.; Ludwig, S. (Hg.) *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 467–516
- Krug, E.; Dahlberg, L. L.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B.; Lozano, R.* (Hg.) (2002) World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002
<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>
- Levanthal, J. M.* (1996) Twenty years later: we do know how to prevent child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 20:647–653
- May-Chahal, C.; Herczog, M.* (2003) *Child sexual abuse in Europe*. Strasbourg, Council of Europe Publishing, 2003.
- Sethi, D.; Racioppi, F.; Baumgarten, I.; Bertolini, R.* (2006a) Reducing inequalities from injuries in Europe. *Lancet*, 367 (Early Online Publication, 26 June 2006)
www.thelancet.com/journals/eop
- Sethi, D.; Racioppi, F.; Baumgarten, I.; Vida, P.* (Hg.) (2006b) *Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done*. Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060601_1
- Spitzok von Brisinski, I.* (2005) Mobbing in der Schule und in der stationären Behandlung unter Berücksichtigung von ADS und Asperger-Syndrom. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 15, Heft 1, 83-120
- Violence against children in Europe. A preliminary review of research* (2005) Florence, UNICEF Innocenti Research Centre
www.unicef-icdc.org/publications/pdf/violence_against.pdf
- Vock, R.; Meinel, U.; Gesserick, G.* (1999) Tödliche Kindesvernachlässigung in der DDR im Zeitraum 1.1.1985 bis 2.10.1990: Ergebnisse einer Multicenterstudie. *Archiv für Kriminologie*, 204:75–87
- WHO* (2004): Preventing violence: a guide to implementing the recommendations in the World report on violence and health. Geneva, World Health Organization
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf>
- WHO* (2006): Erreichung der niedrigsten verletzungsbedingten Sterblichkeitsrate in allen Ländern könnte jährlich eine halbe Million Menschenleben in der Region retten. Faktenblatt EURO/02/06. Copenhagen, Rom, Wien 26. Juni 2006
- Wikipedia* (2006a) Gewalt. <http://de.wikipedia.org/wiki/Gewalt>
- Wikipedia* (2006b) Züchtigungsrecht.
<http://de.wikipedia.org/wiki/Z%C3%BCchtigungsrecht>

Die Rolle der Professionellen im Umgang mit potenziell gewalttätigen Kindern und Jugendlichen

Wolfgang Papenberg

Aggressions- und Gewalterfahrungen gehören häufig - in unterschiedlicher Ausprägung - zum beruflichen Alltag in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trotz hoher beruflicher Motivation ist die Unsicherheit bei den pädagogischen Fachkräften groß. Die Befürchtungen reichen von der realistischen Annahme (oder auch Erfahrung), bedroht, angegriffen und verletzt zu werden, bis hin zu der Frage, ob man in den jeweiligen Situationen angemessen gehandelt oder überreagiert hat. Häufig spielen dabei folgende Fragen eine Rolle:

- Nach welchen subjektiven, persönlichen oder fachlichen Maßstäben handle ich in einer Krisensituation? Habe ich überhaupt welche?
- Hat in unserer Einrichtung überhaupt jemand Maßstäbe oder Prinzipien für den Umgang mit gewalttätigen Kindern und Jugendlichen?
- Wenn ja, sind sie explizit formuliert oder herrscht das Vertrauen, dass eine Fachausbildung als solche ausreicht?
- Steht mein Team, die Leitung, die Einrichtung, der Träger im Zweifelsfall hinter mir?
- Wieweit geht meine persönliche Verantwortung in einer gewalttätigen Situation?
- Kann ich die Verantwortungsübernahme in bestimmten Situationen verweigern?

Um zu verdeutlichen, um welches Thema es geht, möchte ich zunächst darauf eingehen, wen ich in diesem Zusammenhang als Professionelle bezeichne und welche Kinder und Jugendlichen ich meine:

- Unter den Professionellen verstehe ich diejenigen Personen in einer Einrichtung oder Dienststelle, die mit entsprechender Fachausbil-

derung dort beruflich tätig sind. Dazu gehören - je nach Arbeitsfeld - die Einrichtungs- bzw. Dienststellenleitung, das mittlere Management, die beratenden Dienste und diejenigen Personen, die in direktem Kontakt mit Kindern und Jugendlichen stehen.

- Die Kinder und Jugendlichen sind diejenigen Personen, für die wir - im weiteren Sinne - Dienstleistungen anbieten, hier sind jedoch nur solche Kinder und Jugendliche gemeint, für die wir einen Erziehungs-, Therapie-, Betreuungs- oder Pflegeauftrag haben, sei es durch öffentlichen Auftrag oder auf Wunsch oder im Auftrag der Angehörigen oder des Jugendamts.

Nun besteht ein großer Teil unserer Arbeit aus friedfertigem miteinander Umgehen, aus Alltagsroutine und in der Regel aus Aufgaben, denen wir uns gewachsen fühlen. Jedoch kann es immer wieder auch zu aggressiven, ja sogar gewalttätigen Situationen kommen, besonders da, wo wir Grenzen setzen müssen, die Struktur einer Institution aufrechterhalten müssen oder pädagogische und therapeutische Aufgaben manchmal auch gegen den Willen der Kinder und Jugendlichen wahrnehmen müssen. Daneben kann es zu aggressiven Konflikten kommen, bei denen unsere eigene Beteiligung zunächst nicht sichtbar scheint oder wir den Eindruck haben, stellvertretend für eine andere Person oder die Institution als solcher Ziel der Aggression zu sein. Manchmal treten solche Aggressionen ohne sichtbaren Grund auf und sind scheinbar ausschließlich das Problem der Kinder und Jugendlichen.

Dabei stellen sich zunächst folgende Fragen:

1. Wer trägt auf welcher Ebene die Verantwortung für den professionellen Umgang mit aggressiven und gewalttätigen Kindern und Jugendlichen?
2. Wie kann solchen Situationen vorgebeugt werden und Sicherheit schon im Vorfeld geschaffen werden?
3. Wie kann konkret in aggressiven und gewalttätigen Situationen mit den Kindern und Jugendlichen so umgegangen werden, dass es einerseits nicht zu Verletzungen kommt, sich die Kinder und Jugendlichen aber andererseits gut, d. h. professionell und respektvoll, behandelt fühlen?

Exkurs:

Warum sollte man aggressive und gewalttätige Kinder und Jugendliche überhaupt respektvoll behandeln - besonders solche, die uns bedrohen oder angreifen?

Dafür gibt es - aus meiner Sicht - mindestens acht Gründe:

1. Die aggressiven oder gewalttätigen Kinder und Jugendlichen bleiben auch in einer Krisensituation unsere Kinder und Jugendlichen, für die wir eine besondere Verantwortung tragen - gerade in Krisensituationen.
2. Die Kinder und Jugendlichen, die sich in einer solchen Ausnahmesituation befinden, sind nicht unsere Feinde, sondern Menschen, die - häufig genug - auch in unserer Institution sind, weil sie in solche Krisen geraten.
3. Einen Verlust der Selbstkontrolle zu haben oder unter Problemen mit der Impulssteuerung zu leiden, macht jemanden nicht zu einem schlechten Menschen oder Gegner. Der Umgang mit solchen Problemen ist vielmehr unsere professionelle Aufgabe.
4. Jemanden in Krisensituationen respektlos zu behandeln oder seine Würde nicht zu achten, führt dazu, dass die therapeutische bzw. pädagogische Basis auch in anderen Situationen gefährdet ist.
5. Jemand, der in der Lage ist, Kinder und Jugendliche professionell durch eine Krise zu begleiten, ohne strafend, rächend oder Schmerz zufügend einzugreifen, dient auch als Beispiel für die Kinder und Jugendlichen und deren weiter zu entwickelndes Konfliktlösungspotenzial.
6. Es dient der Steigerung des Sicherheitsgefühls der Kinder und Jugendlichen, wenn sie die Erfahrung machen, dass sie auch in Ausnahmesituationen gut behandelt werden und dass dabei das Ziel, Sicherheit für alle herzustellen, oberstes Gebot ist.

7. Die Kinder und Jugendlichen (bzw. ihre Angehörigen) können berechtigterweise erwarten, dass in unserer Institution professionell mit Krisen umgegangen wird.
8. Nur im Sinne von Notwehr zu handeln oder gar Kampfsporttechniken oder Schmerz zufügende Techniken anzuwenden, kann dazu führen, dass wir in den Verdacht geraten, in Krisensituationen die Grenze zur Misshandlung von Schutzbefohlenen zu überschreiten, wenn auch nur wider besseren Wissens oder Könnens.

Grundsätzlich und für alle Hierarchieebenen in einer Einrichtung gilt:

Die Arbeit in der Jugend- und Erziehungshilfe ist herausfordernd und anspruchsvoll auch schon in friedlichen Alltagskontexten. Die Gefahr, durch Klienten verletzt zu werden, ist bei betreuenden Berufen (insbesondere in stationären Settings), zu denen ja die Kinder- und Jugendhilfe gehört, im Vergleich zu anderen Berufsgruppen besonders hoch.¹ Die Beanspruchung der *Person* des Pädagogen und die tägliche Beziehungsarbeit sind eigentlich schon Kräfte zehrend genug und bedürfen des Respekts und der Anerkennung durch alle Hierarchieebenen. Die Arbeit mit aggressiven und potenziell gewalttätigen Kindern und Jugendlichen ist aber eine besondere Herausforderung, die einer besonderen Berücksichtigung und Unterstützung in der und durch die Institution bedarf. Das bedeutet besondere Aufmerksamkeit und Vorsorge sowie eine umfassende Fürsorgepflicht bezogen auf die dort tätigen Fachkräfte.

Fangen wir in der Hierarchie einer Einrichtung oben an:

1. Die Verantwortlichkeiten des Trägers

Je nach Aufgabenverteilung in einer Institution liegen die folgenden Verantwortlichkeiten bei dem Träger (es sei denn, sie sind teilweise an die Leitung oder Geschäftsführung delegiert).

¹ vgl. hierzu die Studien in: Di Martino, V. (Genf 2000): Violence at the workplace: the global challenge, International Labour Organization sowie Di Martino, V/ Chappell, D. (Genf 1998): Violence at work, International Labour Organization

1. Der Träger gibt den Auftrag an die Leitung, ein Sicherheitskonzept zu entwickeln.
2. Er ist zuständig für die politische Absicherung der Arbeit nach außen.
3. Er verfolgt eine proaktive Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel, auch die Risiken der Arbeit der Einrichtung darzustellen.
4. Er ist zuständig für die Vernetzung und Kooperation auf Trägerebene mit anderen Institutionen, auch der Institution mit Fachaufsichtsfunktion.
5. Er entwickelt in enger Kooperation mit der Leitung ein Konzept für den Umgang mit den Medien nach einem (schweren) Krisenfall oder im Fall eines Strafverfahrens.
6. Er ist aufgefordert, in Krisensituationen konsequent zu handeln und konsequentes Handeln der Leitung zu unterstützen.
7. Er sollte - auf der Basis eines grundsätzlichen Vertrauens in die Professionalität der Leitung und der MitarbeiterInnen - „fehlertolerant“ gegenüber den untergeordneten Ebenen sein („Wer viel arbeitet, macht auch Fehler“), ohne Dinge zu vertuschen oder in Leichtfertigkeit zu verfallen.

2. Die Verantwortlichkeiten und die Aufgaben der Leitung

Die Leitung einer Institution ist im Rahmen der Fürsorgepflicht und des Arbeitsschutzes nicht nur für die sichere Elektrik, vernünftige Bürostühle, bildschirmgerechte Beleuchtung und die Beseitigung von Stolperfallen zuständig, sondern ebenfalls für die Sicherheit der MitarbeiterInnen gegenüber aggressiven und gewalttätigen Übergriffen durch die Kinder und Jugendlichen². MitarbeiterInnen mit betreuerischen Funktionen „darf nicht vom Arbeitgeber zugemutet werden, dass sie körperlich oder psychisch geschädigt werden“³. D. h. die Leitung hat frühzeitig und umfassend dafür Sorge zu tragen,

1. dass alle notwendigen Vorkehrungen getroffen werden, die präventiv die MitarbeiterInnen vor Übergriffen schützen, und
2. dass die MitarbeiterInnen Verhaltensweisen für Krisensituationen lernen und anwenden können⁴, die in ihrem Arbeitsfeld nötig sind.

² Kienzle, T (Stuttgart 1998): Schutzrechte für Pflegekräfte

³ Kienzle, T./Paul-Etlinger, B. (Stuttgart 2001): Aggression in der Pflege: Umgangsstrategien für Pflegebedürftige und Pflegepersonal, S. 93

⁴ a. a. O. S. 93

Zunächst sollte die Institution ein eindeutiges, ausformuliertes Leitbild besitzen, in dem auch Fragen der Sicherheit der MitarbeiterInnen **und** der Kinder und Jugendlichen angesprochen werden. Insbesondere sollte deutlich werden, dass Gewalt unter keinen Umständen geduldet oder hingenommen wird - weder von Seiten der Kinder und Jugendlichen noch von Seiten der MitarbeiterInnen - und dass bei gewalttätigem Verhalten mit Konsequenzen gerechnet werden muss.

Dann sollte es ein bewährtes Handlungskonzept für den Einsatz in aggressiven und gewalttätigen Krisensituationen geben, in dem alle MitarbeiterInnen geschult sind. Es liegt in der Verantwortung der Leitung, dass diese Schulungen verpflichtend durchgeführt werden und das Wissen regelmäßig aufgefrischt wird.

Auch sollten die Rahmenbedingungen dem Arbeitsfeld entsprechend so gestaltet sein, dass ein Höchstmaß an Sicherheit entsteht. Das kann im Einzelfall sein:

- in stationären Einrichtungen (z. B. Wohngruppen, Kliniken) die Risikoabschätzung bezüglich der Zusammensetzung der Gruppen, die Aufnahmepolitik abgestimmt auf die Konzeption, die Zielgruppe, die räumlichen Möglichkeiten, die Personaldichte, Teamkompetenz und Berufserfahrung,
- bei aufsuchender Sozialarbeit z. B. Möglichkeiten der Risikoabschätzung vor Besuchskontakten bei Menschen, die unbekannt sind oder ein Risiko darstellen könnten (auch potenziell aggressive Angehörige), Ausstattung der MitarbeiterInnen mit Funktelefon oder Alarmsystem, die Möglichkeit, solche Kontakte zu zweit durchzuführen usw.

Weiterhin hat die Leitung (ggf. das mittlere Management) dafür zu sorgen, dass bei Bedarf eine Beurteilung des Gefährdungspotenzials⁵ erfolgt. Hier geht es nicht nur um die Beurteilung der möglichen Gefahr, die von einem Kind und Jugendlichen ausgehen kann. Ja es ist sogar ausdrücklich darauf zu achten, dass Kinder und Jugendliche nicht zu „Gefahrenpotenzialen“ hoch stilisiert werden und dabei mögliche präventive und deeskalierende Möglichkeiten übersehen oder ausgeblendet werden. Vielmehr geht es um eine umfassende Beurteilung, die sich bezieht auf:

- das potenziell gefährliche Kind bzw. den Jugendlichen⁶,

⁵ a. a. O. S. 94

⁶ siehe hierzu auch: Petermann, F./Petermann, U. (Göttingen 2000): Aggressionsdiagnostik

- Kombinationen von Kindern und Jugendlichen,
- Betreuungssettings (z. B. Wohngruppe, Tagesbetreuung, aufsuchende Sozialarbeit),
- MitarbeiterInnen(konstellationen),
- Teamprobleme und
- Situationen, die möglicherweise zu Risiken beitragen oder Auslöser sein können.

Die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die MitarbeiterInnen, die Kinder und Jugendlichen und die Institution als ganzer sind zu planen und umzusetzen.

In dem Sicherheitskonzept sollten diejenigen Personen und Institutionen (z. B. Beratungsstelle, Polizei) vor Ort berücksichtigt sein, die in Krisenfällen unterstützend hinzugezogen werden können. Dazu gehört auch die enge Abstimmung mit anderen Institutionen und Personen, die mit den potenziell gewalttätigen Kindern und Jugendlichen zu tun haben, nicht nur beruflich.

Die fachliche und politische Absicherung nach außen (Institution der Fachaufsicht, Spitzenverband, örtliches Jugendamt, ggf. Jugendhilfeausschuss) gehört ebenso zu den Aufgaben der Leitung.

Die Leitung ist also verantwortlich für die Entwicklung und Implementierung einer umfassenden **Sicherheitskultur**, die sich praktisch in einem organisatorischen und einem personellen **Sicherheitskonzept** niederschlägt. Dabei umfasst das organisatorische Sicherheitskonzept die Vorgehensweisen, Regelungen sowie u. U. Sicherheits- und Alarmanrichtungen, die für einen gewalttätigen Krisenfall vorzusehen sind. In dem personellen Sicherheitskonzept sind alle Maßnahmen zusammengefasst, die sich auf die MitarbeiterInnen beziehen: MitarbeiterInnenauswahl und -fortbildung, Einarbeitung und Anleitung, Supervision und Nachbearbeitung von Krisenfällen, ggf. bis hin zur Bearbeitung von posttraumatischen Belastungsstörungen.

3. Die Verantwortlichkeiten und die Aufgaben des mittleren Managements und der direkten Vorgesetzten

Auf dieser Ebene ist dafür Sorge zu tragen, dass die für die Gesamtinstitution geltenden Maßnahmen konsequent durchgeführt und auch bei längeren Phasen friedfertigen Alltags durchgehalten werden. Insbesondere die Risiko einschätzungen bezogen auf konkrete Kinder und Jugendliche und bestimmte Situationen und die Einleitung von notwendig werdenden Maßnahmen gehören in der Regel in die Hände des mittleren Managements.

In jedem Fall sollten die Kinder und Jugendlichen - je nach ihren Möglichkeiten und ihrer Bereitschaft - bei Fragen der Sicherheit einbezogen werden. Dies ist nicht nur ein Gebot der Transparenz und Beteiligung, sondern es kann direkt zu effektiver Prävention beitragen und beim Deeskalieren hilfreich genutzt werden.

Schon bei Aufnahmegesprächen bzw. Erstkontakten sollte sichergestellt sein, dass man sich gegenseitig offen und umfassend über die Risiken und Chancen der künftigen Zusammenarbeit austauscht. Unter keinen Umständen dürfen seitens der anfragenden Institution oder Person wichtige Fakten bezüglich einer Vorgeschichte von Aggressivität oder Impulskontrollverlusten verschwiegen oder bagatellisiert werden, nur um die Aufnahme-wahrscheinlichkeit durch die angefragte Institution zu erhöhen. Dies wäre nicht nur unter fachlichen Gesichtspunkten unprofessionell, sondern würde den Erfolg der Gesamtmaßnahme grundsätzlich gefährden. Erst wenn die angefragte Institution sich ein realistisches Bild von dem jeweiligen Kind oder Jugendlichen, seiner Vorgeschichte, seiner Problematik und seinen Lösungsstrategien sowie den bisherigen erfolgreichen Interventionen anderer machen kann, ist eine realistische Entscheidung zur Zusammenarbeit bzw. Aufnahme möglich.

Auch die angefragte Institution muss natürlich ihre Möglichkeiten und Grenzen deutlich machen und ggf. zusätzliche - zeitlich befristete - Hilfen einfordern, wenn sie dies für nötig hält. Leichtfertige Aufnahmeentscheidungen, die eher vom Belegungsdruck als von Fachlichkeit geleitet sind, beinhalten ein hohes Risiko des Scheiterns - im Endeffekt zu Lasten der Kinder und Jugendlichen.

Zumindest bei Kindern und Jugendlichen, die eine Vorgeschichte von aggressiven und gewalttätigen Verhaltensweisen oder von Problemen mit der Impulskontrolle haben, sollten zwei zentrale Aspekte thematisiert werden:

1. Wie wird in dieser Einrichtung auf aggressives und auf gewalttätiges Verhalten reagiert?

2. Was kann das Kind bzw. der Jugendliche im Voraus an Informationen über sich und seine Problematik beitragen, damit die MitarbeiterInnen präventiv und effektiv deeskalierend tätig werden können?

Zu 1. gehören Informationen an das Kind bzw. den Jugendlichen, seinen Sozialarbeiter, seine Angehörigen oder wichtigen anwesenden Bezugspersonen, wo die Grenzen des Tolerierbaren in dieser Institution liegen:

- bei verbaler Gewalt, Beleidigungen, Bedrohungen?
- bei Sachbeschädigungen und ggf. Gewalt gegen Tiere?
- bei Handgreiflichkeiten?
- bei versuchter Körperverletzung?
- bei tatsächlicher Körperverletzung?

Dann sollten die Maßnahmen erläutert werden, mit denen auf gewalttätiges Verhalten üblicherweise reagiert wird und schließlich sollte über die sich daraus ergebenden Konsequenzen gesprochen werden:

- Wie sind die MitarbeiterInnen geschult und wie werden sie in gewalttätigen Situationen handeln?
- Gibt es ein Konzept von Wiedergutmachung an dem Opfer oder auf die Gruppe oder die Allgemeinheit bezogen?
- Gibt es Strafen - für alle geltend oder individuell ausgesprochen?
- Wo ist die Grenze erreicht, bei der die Betreuung abgebrochen wird?
- Bei welcher Art von Gewalttätigkeit werden Außenstehende (Angehörige, Sozialarbeiter, andere Institutionen und Aufsichtsbehörden oder -gremien) benachrichtigt?
- Bei welchen Anlässen wird die Polizei eingeschaltet?
- Wann kann es zu einer Strafanzeige kommen?

Im Punkt 2. geht es darum, Informationen bei dem Kind bzw. Jugendlichen, seinem Sozialarbeiter, seinen Angehörigen und wichtigen Bezugspersonen zu erfragen:

- Welches sind die Auslöser bei dem Kind bzw. Jugendlichen, die zu aggressiven Entwicklungen oder Ausbrüchen führen können und die wir kennen sollten? Sind es persönliche Beleidigungen, abfällige Bemerkungen über seine Familie oder Freunde, ist es ungefragter Körperkontakt, ist es ein bestimmter Tonfall eines Erwachsenen, sind es Grenzsetzungen, Aufforderungen oder Gebote von BetreuerInnen? Oder wird das Kind bzw. der Ju-

gendliche erst aggressiv als Reaktion auf aggressives Verhalten anderer? Was empfindet das Kind bzw. der Jugendliche selbst als aggressives Verhalten anderer?

- Wie will das Kind bzw. der Jugendliche bei einem aggressiven Ausbruch behandelt werden, um seine Selbstkontrolle zurück zu gewinnen? Was kommt in solchen Situationen noch bei ihm an? Was erlebt es als hilfreich und unterstützend, um die Aggression nicht in Körperverletzung umschlagen zu lassen? Was beruhigt es, ohne es bloß zu stellen oder ihm das Gefühl zu geben, Verlierer zu sein?
- Wie erlebt es die o. g. Vorgehensweisen der Einrichtung bei aggressivem und gewalttätigem Verhalten? Sieht es selbst genügend Möglichkeiten, sich auf diese Rahmenbedingungen einzulassen oder sieht es „sein“ Scheitern als vorprogrammiert an?

Weiterhin können Kinder und Jugendliche, die schon eine gewisse Zeit von der Institution betreut werden, effektive Hinweise darauf geben, wo sie Sicherheitsrisiken sehen (für sich selbst und andere Kinder und Jugendliche, auch das Personal).

Unter der Federführung des mittleren Managements werden die Ergebnisse dieses Informationsaustauschs zusammengefasst und bewertet, so dass sie die Grundlage für die weiteren Entscheidungen bilden können.

4. Die Verantwortung und die Aufgaben der Beratenden

Regelmäßige Teamgespräche und Supervision können dazu beitragen, gewalttätige Vorfälle auszuwerten, die individuellen Anteile der Beteiligten herauszuarbeiten sowie institutionelle und strukturelle Probleme aufzudecken. Auf diese Weise können Einzelne, Teams und die Institution als Ganze aus den Vorfällen lernen und Konsequenzen ziehen, die wiederum präventiv wirksam werden können.

Es geht dabei auch um die Bearbeitung möglicher Teamprobleme, die zu Ungleichheit oder Uneinigkeit, ja sogar Untätigkeit in Krisensituationen führen können.

Z. B. wenn ein großer, kräftiger, gut trainierter männlicher Mitarbeiter in einer Teamsitzung äußert, er habe keine Probleme mit aggressiven Kindern und Jugendlichen. Er

wäre noch nie bedroht oder angegriffen worden. Auch verstehe er nicht, wie man sich für eine solche Arbeit entscheiden könne, von der man doch wissen solle, welche Probleme sie mit sich bringe.

Hier werden Differenzen im Team deutlich, die einerseits zu Kommunikationsproblemen führen können, andererseits ein einheitliches und sich gegenseitig stützendes Vorgehen in Krisensituationen eher unwahrscheinlich machen, wodurch es nicht zu effektiven Lösungen kommt, ja die Unsicherheit auf Seiten der Kinder und Jugendlichen noch vergrößert wird, was wiederum die Situation verschärfen kann.⁷

Die Beratenden sind auch die ersten Ansprechpartner, wenn eine Krisensituation soweit eskaliert ist, dass es zu schwersten Bedrohungen, zu massiven Verletzungen oder auf andere Weise zu traumatisierenden Ereignissen gekommen ist. Die Beratenden sollten wissen, was in solchen Situationen hilfreich für die betroffenen MitarbeiterInnen ist und wo weiter gehende Hilfe zu finden ist (z. B. zur Vorbeugung eines posttraumatischen Belastungssyndroms).

Schließlich können die Beratenden im Alltag auch die Hüter des Leitbilds der Institution und der ethischen Grundsätze im Umgang mit den Kinder und Jugendliche sein.

5. Die Verantwortung und die Aufgaben der MitarbeiterInnen, die in direktem Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen stehen

Einfach gesagt:

Die MitarbeiterInnen müssen bereit sein und dazu befähigt werden, mit aggressiven und gewalttätigen Konflikten mit Kindern und Jugendlichen oder zwischen Kindern und Jugendlichen professionell umzugehen. Das oberste Ziel dabei ist:

⁷ siehe hierzu auch die Ausführungen von Wolf, K. (Weinheim 1999): Machtprozesse in der Heimerziehung. Hier wird - auf der Basis einer empirischen Studie aus dem Arbeitsfeld Heimerziehung - deutlich gemacht, wie sich auf Seiten der MitarbeiterInnen die Macht körperlicher Überlegenheit, der Rückzug der MitarbeiterInnen auf die institutionelle Macht und die Macht persönlicher Beziehung auswirken und sich gegenseitig beeinflussen.

Die Persönlichkeitsrechte und die Würde der Kinder und Jugendlichen zu achten und dabei Sicherheit für alle Beteiligten herzustellen.

Z. B. führt die Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland zu dieser Thematik aus: „Die Achtung der Würde und Selbstbestimmung der ... Kinder und Jugendlichen und ihrer Sorgeberechtigten ist Voraussetzung jeder Behandlung. Das gilt auch und besonders für den Umgang mit Krisensituationen ...“⁸

Dies gilt sinngemäß für jeden Umgang mit Kindern und Jugendlichen: Nur wenn wir die Würde und die Persönlichkeitsrechte der Kinder und Jugendlichen respektieren, haben wir die Basis, von der aus sozialpädagogische und therapeutische Interventionen erst gelingen können. Inwieweit wir es schaffen, diesen grundsätzlichen Respekt auch in aggressiven und gewalttätigen Situationen zu erhalten und darauf gründend zu intervenieren mit dem Ziel, Verletzungen zu vermeiden oder Verletzungsfähigkeit einzuschränken, ist ein Maß für Professionalität in Krisensituationen.

Auch aus juristischen Gründen muss die besondere Rolle von Professionellen mit Betreuungsauftrag gesehen werden: Sie dürfen in gewalttätigen Krisensituationen nicht „irgendwie“ reagieren. Vielmehr muss von ihnen erwartet werden, dass sie stets angemessen handeln, d. h. nur solche Gegenreaktionen zeigen, die gerade ausreichen, ein Verletzungsrisiko zu vermeiden, und die bezogen auf die Kinder und Jugendlichen nicht zudringlicher sind, als unbedingt nötig⁹. Damit sind auch absichtlich Schmerz zufügende Techniken ausgeschlossen, zumal sie auch in der Praxis große Risiken mit sich bringen.

Der aggressive oder auch gewalttätige Klient wird als ein Mensch in einer Krise und damit verbundenem Kontrollverlust angesehen und nicht als Gegner. Dementsprechend muss der größte Wert darauf gelegt werden, es gar nicht erst zu körperlichen Auseinandersetzungen kommen zu lassen (präventive Maßnahmen und verbale Deeskalation haben Vorrang). Auf

⁸ Fegert, J. M./Späth, K./Salgo, L. (Münster 2001): Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, dort: „Leitlinie: Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungszieles in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“

⁹ Kienzle, T./Paul-Ettlinger, B. (Stuttgart 2001): Aggression in der Pflege: Umgangsstrategien für Pflegebedürftige und Pflegepersonal, S. 68f

der Grundlage des Notwehrparagrafen (im deutschen Recht) Schmerz zufügende Techniken einzusetzen, ist nicht nur ethisch bedenklich, sondern aus juristischer Sicht auch verboten, wenn die MitarbeiterInnen andere Möglichkeiten, z. B. verbale Deeskalationstechniken, Ausweich- und Selbstschutztechniken einsetzen können, um das Verletzungsrisiko zu minimieren¹⁰.

Zurückschlagen gar, wie es nur bei einem völligen Verlust der Selbstkontrolle vorstellbar ist, ist im Sinne des Notwehrparagrafen kein Reflex, sondern eine eigene Handlung, die strafbar sein kann.

Für Situationen, in denen doch einmal körperliche Interventionstechniken notwendig werden sollten, werden aus berufsethischen, rechtlichen (Stichwort: Garantenpflicht) und ggf. therapeutischen Gründen nur solche angewandt, die dem Kind bzw. Jugendlichen keinen Schmerz zufügen und es nicht körperlich schädigen. Dabei müssen selbstverständlich auch die Sicherheitsbedürfnisse der MitarbeiterInnen berücksichtigt werden. Die Persönlichkeitsrechte der Kinder und Jugendlichen stehen nicht höher als die der MitarbeiterInnen.

Wie dies gelingen kann und welche Aspekte bei der Qualifizierung der MitarbeiterInnen beachtet werden sollten, darauf möchte ich im Folgenden eingehen. Dabei setze ich nun eine Haltung voraus, die auf dem würdevollen und respektvollen Umgang mit den Kindern und Jugendlichen basiert.

Grundelemente eines Qualifizierungskonzepts

Zunächst einmal geht es darum, dass MitarbeiterInnen eher einen grundsätzlichen Zugang zu gewalttätigem Verhalten als eine Reihe von „Techniken“ erlernen. Es geht mehr um Grundprinzipien als um spezifische Interventionen. Das vorrangige Ziel ist es, den MitarbeiterInnen zu helfen, die richtigen Fragen an die Krisensituationen zu stellen, damit sie die Probleme selbst lösen können. Also:

Problemlösungskompetenz zu entwickeln ist wichtiger, als fertige Antworten zu haben oder nur Techniken anzuwenden.

¹⁰ a. a. O. S. 66, 69, 73

MitarbeiterInnen sollten klare Ziele bezogen auf ihre Kinder und Jugendlichen haben und wissen, wie sie sie erreichen wollen und können („Alltagspädagogik“ bzw. „-therapie“). Darüber hinaus sollten sie Notfallreaktionsweisen für gewalttätige Situationen kennen und anwenden können, die die Alltagsarbeit ergänzen.

Wo es eben geht, sollten die Stärken des Teams genutzt werden, nicht nur individuelle Stärken einzelner MitarbeiterInnen. Es ist unsere Erfahrung, dass Einzelkämpfer - „Helden“ wie „Märtyrer“ - eher in Schwierigkeiten kommen als gute „TeamarbeiterInnen“.

Die Schlüsselfrage, die bei der Beurteilung jeder aggressiven Situation am Anfang steht, lautet:

Ist das Verhalten überhaupt gefährlich?

Es gibt einen Unterschied zwischen „gefährlichem“ Verhalten und solchem, das MitarbeiterInnen „irritierend“, „nervend“ oder „provokierend“ finden. Man sollte sich daran erinnern, dass jeder das Recht hat, sich ungewöhnlich, herausfordernd, ja sogar unausstehlich zu verhalten. Unkooperativ sein, Widerstand zeigen oder in starke verbale Erregung geraten, ist weder verboten noch per se gefährlich. Wenn wir aber auf Verhaltensweisen treffen, die gefährlich im Sinne von drohender oder tatsächlicher Körperverletzung sind (gegen sich selbst, gegen andere Kinder und Jugendliche oder gegen MitarbeiterInnen), sind wir verpflichtet, Maßnahmen zu ergreifen, um uns oder andere Beteiligte zu schützen. Dies können im Einzelfall auch sehr zudringliche und mit Körperkontakt verbundene Interventionen sein. Wenn wir in Krisensituationen so weit gehend eingreifen müssen, dass wir möglicherweise Persönlichkeitsrechte eines Menschen verletzen, ist das jedoch eine ernste Sache. Es sollte nie ohne eine ausreichende Begründung geschehen und sich strikt an Sicherheitskriterien orientieren.

Die im Folgenden umrissenen Elemente eines Qualifizierungskonzepts beziehen sich auf ein Notfallkonzept, das zum Tragen kommt, wenn alle möglichen anderen Interventionen, auf die das Kind bzw. der Jugendliche normalerweise reagiert, nicht wirksam sind. Notfallkonzept bedeutet, dass es auf Notfälle begrenzt bleibt und nicht zum Alltagshandeln oder als Ersatz für normales pädagogisches oder therapeutisches Handeln genommen wird. Nach einem gewalttätigen Zwischenfall, auf den mit einem Notfallkonzept reagiert wird, ist stets zum Alltag zurückzukehren. Krisensituatio-

nen sollten von ihrer Anzahl und der Bedeutung, die ihnen zugemessen wird, die Ausnahme bleiben, auch um eine Stigmatisierung der Kinder und Jugendlichen zu vermeiden. Kinder und Jugendliche sind - auch wenn sie häufig aggressive Kontrollverluste erleiden - nicht irgendwelche „aggressiven Übeltäter“, sondern eben Kinder und Jugendliche, die auch aus anderen Gründen von uns betreut, versorgt oder behandelt werden.

Ein noch so gutes Notfallkonzept kann kompetente Anleitung, regelmäßige Teamberatung und Supervision nicht ersetzen. Dies wird vielmehr für die Arbeit mit potenziell gewalttätigen Menschen vorausgesetzt. Professionelles Beurteilungsvermögen von aggressiven oder sich aufschaukelnden Situationen gehört zur Grundvoraussetzung, wenn jemand mit dieser Klientel arbeitet. Auch bei der Vermittlung von sicheren und effektiven Interventionen liegt die richtige und situationsangemessene Anwendung stets in der Verantwortung jedes Einzelnen bzw. des Teams.

Gefahren- und Gewaltsituationen sind fast immer zu lösen oder zu bewältigen. In Situationen jedoch, wo z. B. mehrere potenziell gewalttätige Jugendliche in einer Wohngruppe leben, oder in aggressiv geladenen Situationen, wo MitarbeiterInnen - besonders nachts - allein im Dienst sind, kommen auch die besten Konzepte an ihre Grenzen. Hier ist neben der Qualifizierung der MitarbeiterInnen die Verantwortung des Managements gefragt, um durch klare Entscheidungen Gefahrenpotenziale zu entschärfen. So muss ggf. die Belegungspolitik oder der Personalschlüssel geändert bzw. der Dienstplan umgestellt werden, wenn z. B. mehrere besonders schwierige Kinder oder Jugendliche angefragt oder in einer Gruppe betreut werden. Qualifizierte MitarbeiterInnen im Umgang mit gewalttätigen Kindern und Jugendlichen sind kein Ersatz für ein vernünftiges und verantwortungsvolles Management. Die Kompetenzen der MitarbeiterInnen zu stärken, das Handlungsrepertoire zu erweitern und die Sicherheit zu erhöhen, ersetzt nicht vorausschauendes Handeln im Team oder auf der Leitungsebene. Aber auch Leitungsentscheidungen und Dienstanweisungen können professionelles Beurteilungsvermögen der MitarbeiterInnen in den konkreten Krisensituationen nicht ersetzen!

Ein Fortbildungskonzept zum effektiven Handeln in Krisensituationen sollte

- Informationen über Aggression und Gewalt vermitteln, um die Sichtweisen und damit die Entscheidungsmöglichkeiten bei Interventionen der MitarbeiterInnen zu erweitern,

- Selbstreflexionsphasen einschließen, damit die MitarbeiterInnen sich über ihre eigene Aggressionsbereitschaft und ihren möglichen Anteil an eskalierenden Prozessen klarer werden,
- systematisches, vorausschauendes Denken und Planen fördern, damit Krisensituationen präventiv verhindert werden können,
- Rollenspiele vorsehen, in denen die verbalen und nonverbalen Signale der MitarbeiterInnen reflektiert werden können und Krisenkommunikation geübt werden kann,
- Ausweich- und Selbstschutztechniken, Befreiungs- und Festhaltetechniken vermitteln, um die persönliche Sicherheit auch bei Versagen von verbaler Deeskalation zu erhöhen,
- die Notwendigkeit genauer Dokumentation vermitteln und eine Systematik für Nachbesprechungen vorsehen, damit Konsequenzen aus Krisensituationen gezogen werden können, die wiederum präventiv genutzt werden können und somit die Sicherheit erhöhen.

Die Themen des Fortbildungskonzepts im Einzelnen:

1. Die MitarbeiterInnen sollten die Behandlungs- oder Therapieziele bzw. die pädagogischen Ziele bezogen auf jedes Kind und jeden Jugendlichen kennen

Wenn ein Team die im Hilfe-, Erziehungs- oder Therapieplan formulierten Ziele für ein Kind bzw. Jugendlichen kennt und versteht, ist es besser in der Lage, Maßnahmen zu ergreifen, um diese Ziele zu erreichen. Andernfalls riskiert es, eher auf aggressives Verhalten zu reagieren als geplantes Handeln zu folgen. Falls es keinen Erziehungs- bzw. Therapieplan gibt oder er nicht allen bekannt ist, besteht die Gefahr, dass der Notfallplan zur Hauptrichtlinie des pädagogischen Handelns wird. Statt an den festgelegten Erziehungszielen zu arbeiten und nach den Krisen immer zu ihnen zu zurückkehren, wird der aggressive Vorfall zum Maßstab für das Handeln und der eigentliche Auftrag gerät aus dem Blickfeld. Statt konzeptionell geplant, arbeitet man „von Krise zu Krise“. Bezogen auf gewalttätiges Verhalten sollten die MitarbeiterInnen eine Vorstellung davon haben, wie die Kinder und Jugendlichen ihre Ziele, die sie mit Gewalt durchsetzen wollen, auch auf andere, nämlich friedliche Art erreichen können. Es ist oft nicht hilfreich, ein aggressiv aufgeladenes Kind bzw. einen Jugendlichen nur aufzufordern, sein

Verhalten zu unterlassen, besonders wenn es keine Alternativen in seinem bisherigen Verhaltensrepertoire hat. Vielmehr sollte man es auffordern, anregen und ermutigen, indem man mitteilt, was das Kind bzw. der Jugendliche an Stelle des gewaltsamen Durchsetzens tun kann. Nicht der aggressive Erregungszustand ist das Problem (es gibt - auch für uns Erwachsene - oft gute Gründe, sich aufzuregen), sondern die gewalttätige Umsetzung des Lösungsversuchs.

2. Die MitarbeiterInnen sollten sich bewusst sein, wie sie als Person auf die Kinder und Jugendlichen wirken

Zunächst geht es darum, sich seiner eigenen Motive, in diesem Beruf zu arbeiten, bewusst zu werden. Wer möchte schon mit jemandem zusammenarbeiten, der aufgrund fehlender Motivation ein Problem für die Arbeit darstellt oder ein solches erst provoziert und damit zum Sicherheitsrisiko für sich und die anderen wird? Motivierte MitarbeiterInnen sind für Kinder und Jugendliche besser einschätzbar und neigen weniger dazu, zu gewalttätigen Konflikten beizutragen.

Neben der Motivation spielt die Frage, wie die MitarbeiterInnen die Kinder und Jugendlichen sehen, eine zentrale Rolle. Können sie sie als gleichwertige Menschen akzeptieren oder fühlen sie sich überlegen oder gar als die „Besseren“. Kinder und Jugendliche, die auf die Unterstützung und Betreuung durch andere angewiesen sind, haben oft ein feines Gespür für verdeckte Ablehnung und Nicht-Akzeptanz entwickelt.

Wenn man z. B. Jugendliche einer Wohngruppe danach befragt, was die BetreuerInnen wohl von ihnen halten, wird man in der Regel feststellen, dass sie sich darüber überraschend klar äußern können.

Die Verantwortung für die Einstellung gegenüber den Kindern und Jugendlichen und für die eigene berufliche Motivation tragen die MitarbeiterInnen!

3. Die MitarbeiterInnen sollten sich vor Arbeitsbeginn darauf vorbereiten, möglicherweise mit gewalttätigen Krisen konfrontiert zu werden

Wer vorbereitet ist, auf gewalttätiges Verhalten zu reagieren, ist weniger gefährdet, zu verletzen oder verletzt zu werden. Dabei geht es darum, sich (auch im Team) Gedanken zu machen und auszutauschen über

- sichere Kleidung und persönliche Ausstattung,
- gute Beweglichkeit besonders für Krisensituationen,
- vorausschauende Vorsichtsmaßnahmen,
- eine geübte Beobachtungsstrategie und
- geplante Selbstkontrolle.

Sichere Kleidung und Ausstattung: Die MitarbeiterInnen müssen in der Lage sein zu beurteilen, ob sie mit ihrer Kleidung, den Schuhen, dem Schmuck usw. möglicherweise ein Verletzungsrisiko für sich oder andere darstellen oder ggf. eine aggressive Situation provozieren könnten.

Gute Beweglichkeit: Hier geht es um die eigene derzeitige Beweglichkeit und damit verbunden um die Fähigkeiten, in Krisensituationen auszuweichen, effektive Selbstschutztechniken anzuwenden oder mit anderen zusammen Festhaltetechniken durchzuführen. Es geht nicht darum, dass alle fit und sportlich sind, sondern darum, dass jeder von sich und seinen Teammitgliedern weiß, wie beweglich man derzeit ist und ob man bestimmte Bewegungseinschränkungen hat, etwa durch aktuelle Verletzungen. Nur wenn man dies von seinen TeamkollegInnen weiß, kann man im Ernstfall abgestimmt und angemessen reagieren. Was nützt es einem Team, wenn es eine Festhaltetechnik durchführen will, zu der eine Person aus körperlichen Gründen nicht in der Lage ist?

Vorausschauende Vorsichtsmaßnahmen: MitarbeiterInnen sollten möglichst umfassend über ihre Kinder und Jugendlichen informiert sein bzw. sich in möglichst kurzer Zeit die entsprechenden Informationen aneignen. Die Vorgeschichte und die Eigenarten eines Kindes oder Jugendlichen sind für eine effektive Arbeit mit ihm wichtig. Besonders bedeutsam werden solche Informationen aber in Krisensituationen, in denen es zu Gewalt kommen kann.

- Bin ich genügend über das Kind bzw. den Jugendlichen informiert bezogen auf einen möglichen gewalttätigen Ausbruch des Kindes bzw. des Jugendlichen?

- Liegen auf das Kind bzw. den Jugendlichen bezogene Informationen vor, die auf ein erhöhtes Gewaltisiko hinweisen?
- Können meine Interventionen für das Kind bzw. den Jugendlichen ein Risiko bedeuten oder die Situation verschlimmern, weil mir bestimmte Informationen über ihn fehlen?

Geübte Beobachtungsstrategie: Die genaue Beobachtung des Kindes bzw. Jugendlichen bei Beginn und im Verlauf einer aggressiven Episode hilft, die richtigen Entscheidungen bezüglich deeskalierender Interventionen zu treffen. Die Einschätzung der Umgebung kann Hinweise auf mögliche Risiken oder Schutzmöglichkeiten geben.

- Woran erkenne ich Anzeichen bevorstehender Gefahr bei dem Kind bzw. Jugendlichen?
- Wie beobachte ich (ggf. zusammen mit anderen) eine eskalierende Situation?
- Kann ich Risiken für das Kind bzw. den Jugendlichen oder mich in der Umgebung feststellen, in der wir uns gerade befinden?
- Gibt es dort auch Schutzfaktoren, die ich notfalls nutzen kann?
- Gibt es Ausweichmöglichkeiten im Falle eines Angriffs?

Geplante Selbstkontrolle: Die Selbstkontrolle in Situationen, in denen man bedroht oder angegriffen wird, lange aufrecht erhalten zu können, ist ein wesentliches Zeichen von Professionalität in aggressiven Krisen. Nur wenn es gelingt, die Selbstkontrolle auch in solchen Stresssituationen zu behalten, kann man gute Entscheidungen zur Beendigung der Krise treffen. Von Angst verwirrt oder starr zu werden, blockiert kreative Lösungen. Übungen zur Erweiterung der Selbstkontrolle auch unter schwierigen Stressbedingungen können hier hilfreich sein.

4. Die MitarbeiterInnen sollten vorhandenes Wissen auffrischen und Neues hinzulernen

Es ist leicht nachzuvollziehen, dass es in einer Krisensituation eher zu einer Lösung beiträgt, wenn man sein Wahrnehmen und Denken erweitert statt verengt. Daher sollten verschiedene Erkenntnisse und Sichtweisen bezogen auf gewalttätige Situationen bereitgestellt

werden, um das vorhandene Wissen der MitarbeiterInnen aufzufrischen und zu ergänzen. Diese Informationen sollen

- gewalttätige Situationen aus unterschiedlichen Sichtweisen heraus erklären,
- ermöglichen, Signale möglichen Gewaltausbruchs zu erkennen,
- hinweisen, wie präventive Maßnahmen ergriffen werden können,
- zeigen, wie die Erfahrung, Orientierung und Standpunkte der Teammitglieder zu nutzen sind.

5. Die MitarbeiterInnen sollten lernen, aggressive und gewalttätige Situationen durch Krisenkommunikation zu lösen

Bei einem gewalttätigen Vorfall wird erwartet, dass sich MitarbeiterInnen selbst vor Schaden schützen, aber dabei nur ein angemessenes Maß an Gegenreaktion ausüben, d. h. gerade so viel, um sich oder andere vor Verletzungen zu schützen, aber nicht mehr. Krisenkommunikation ist dabei weiter gehenden Maßnahmen, insbesondere Zwangsmaßnahmen, vorzuziehen, da dabei die Persönlichkeitsrechte des Kindes bzw. Jugendlichen gewahrt bleiben. Bei der Krisenkommunikation muss versucht werden, durch den der Situation und dem Kind bzw. Jugendlichen angemessenen Einsatz von Worten und Körpersprache, Nähe und Distanz, Blick- und Körperkontakt zur Deeskalation beizutragen. Hier sind Kommunikationsübungen und Rollenspiele hilfreich, in denen sich MitarbeiterInnen gegenseitig Rückmeldungen über ihr Vorgehen geben können.

6. Die MitarbeiterInnen sollten darin geschult werden, im Notfall mit Zwangsmaßnahmen auf einen gefährlichen Angriff reagieren zu können

MitarbeiterInnen sollten lernen, wie man sich und andere, wenn von dem Kind oder Jugendlichen erhebliche Gefahr für Leib und Leben ausgeht und Krisenkommunikation und Selbstschutzmaßnahmen nicht zum Erfolg geführt haben, nötigenfalls mit Zwangsmaßnahmen schützen kann. Bei Zwangsmaßnahmen ist zu unterscheiden zwischen

- Festhaltetechniken,
- Einsatz von Isolierungsmaßnahmen,
- mechanischen Fixierungstechniken und

- Einsatz von Psychopharmaka.

Eine **Festhaltetechnik** ist angebracht, wenn

- auf einen körperlichen Angriff reagiert werden muss, der gefährliche Folgen haben könnte, oder wenn ein solcher Angriff offensichtlich kurz bevor steht und
- die Krisenkommunikation und die Ausweich-, Befreiungs- und Selbstschutztechniken nicht zum Ziel geführt haben und
- die eingreifenden MitarbeiterInnen davon ausgehen können, dass sie sicher die Kontrolle behalten, und
- mindestens zwei in Festhaltetechniken trainierte MitarbeiterInnen vorhanden sind.

Exkurs:

Der Einsatz von Isolierungsmaßnahmen und die Persönlichkeitsrechte der Kinder und Jugendlichen

Der Einsatz von Isolierungsmaßnahmen ist angebracht, wenn

- auf einen gefährlichen Angriff reagiert wird,
- die Krisenkommunikation und die Ausweich-, Befreiungs- und Selbstschutztechniken nicht zum Ziel geführt haben
- die eingreifenden MitarbeiterInnen einen außergewöhnlichen Auslöser feststellen, der nur durch Isolierung reduziert werden kann,
- die Einrichtung, in der die Gewalt auftritt, legitimiert ist, Isolierung anzuwenden,
- die Einrichtung eine schriftliche Anweisung für den Einsatz von Isolierungsmaßnahmen hat,
- die Einrichtung einen für diesen Zweck geeigneten Raum hat,
- die eingreifenden MitarbeiterInnen sicherstellen können, dass das gewalttätige Kind bzw. der Jugendliche während der Isolierung kontinuierlich beobachtet wird, und
- die eingreifenden MitarbeiterInnen für Isolierungsmaßnahmen gut geschult sind.

Es gibt viele Diskussionen um den Einsatz eines Isolierungsraums (auch als Time-out-Raum, Auszeitraum, Entspannungsraum, in Schulen auch als Trainingsraum usw. bezeichnet), verbunden mit den Fragen, ob ein Kind bzw. Jugendlicher in einem solchen Raum eingeschlossen wird oder nicht. Tatsächlich geht es nicht um das Einschließen, sondern um die Frage der Einschränkung persönlicher Rechte, d. h. um Freiheitsberaubung. Daher müssen an alle Entscheidungen, die zu Techniken führen, die die Bewegungsfreiheit einschränken, strenge Maßstäbe angelegt werden.

Manchmal steigt das Risiko gefährlicher Angriffe durch Faktoren aus dem Lebensumfeld des Kindes bzw. Jugendlichen durch Wahrnehmungsstörungen und -verzerrungen der Umgebung oder der Menschen oder durch andere Irritationen. In solchen Fällen kann eine überschaubare, reizarme und kontrollierte Umgebung etwas Erleichterung von dem verstärkenden Auslöser bedeuten.

Es ist das Ziel der Isolierungsmaßnahme, durch Entfernung des auslösenden Reizes aus dem Umfeld des Kindes bzw. Jugendlichen zu seiner Beruhigung und damit zur Reduzierung der Gefahr beizutragen.

In keinem Fall darf Isolierung eingesetzt werden, um zu bestrafen oder den MitarbeiterInnen den Dienst angenehmer zu machen.

Isolierungsmaßnahmen in diesem Sinne müssen also nicht in einem Time-out-Raum oder Isolierungsraum stattfinden. Sie können an jedem geeigneten Ort in der Institution stattfinden, an dem der auslösende Reiz nicht vorhanden ist und der eher die Chance der Beruhigung und Deeskalation eröffnet. In jedem Fall muss das Kind bzw. der Jugendliche bei Isolierungs-

maßnahmen ständig von einer/m MitarbeiterIn begleitet werden, um bei selbstgefährdenden Handlungen sofort eingreifen zu können. Auch sollte weiter versucht werden, durch Krisenkommunikation das Kind bzw. den Jugendlichen zu beruhigen. Schließlich sollte die Isolierungsmaßnahme umgehend beendet werden, wenn das Kind bzw. der Jugendliche nicht mehr gefährlich für sich oder andere ist.

7. Die MitarbeiterInnen sollten lernen, wie man gewalttätige Vorfälle dokumentiert und in Nachbesprechungen auswertet

Jeder gewalttätige Zwischenfall muss dokumentiert werden. Der vorrangige Zweck eines schriftlichen Berichtes ist es, den Informationsaustausch im Team und zwischen Teams zu fördern. Gute und vollständige Berichte über gewalttätige Vorfälle, geben der Einrichtung und den Teams die nötigen Informationen, ggf. die Arbeit mit potenziell gewalttätigen Kindern und Jugendlichen zu verändern. Sie dienen auch dazu, vorbeugende Maßnahmen zu entwickeln. Gute Dokumentation kann Professionelle und ihre Einrichtungen vor falschen Anschuldigungen schützen.

Gewalttätiges Verhalten ist nicht nur ein Problem für die MitarbeiterInnen, andere Kinder und Jugendliche oder Unbeteiligte, sondern in der Regel auch für die aggressiven Kinder und Jugendlichen selbst. Hier muss ggf. deutlich gemacht werden, dass Gewalt nicht akzeptiert oder toleriert wird oder als unvermeidlich angesehen wird. Es geht nicht um Strafen, sondern eher um Fragen der Wiedergutmachung und um mögliche Modifizierungen im Therapie- bzw. Erziehungsplan.

Abschließende Bemerkungen

Grundsätzlich geht es bei allen Versuchen der Krisenbewältigung, insbesondere bei der Krisenkommunikation, darum, ein Kind bzw. einen Jugendlichen professionell durch eine Krise zu begleiten. Das bedeutet in der Praxis:

- Das Kind bzw. der Jugendliche wird als eine Person angesehen, die ein Problem mit der Steuerung ihres aggressiven Verhaltens oder der Impulskontrolle hat.
- Das Kind bzw. der Jugendliche ist (wenn sich die Aggression gegen den MitarbeiterInnen richtet) nicht der Feind des/der MitarbeiterIn, sondern es nutzt ihn als Projektionsfläche oder Übertragungsobjekt für seine eigene Problematik. Selbst wenn das Kind bzw. der Jugendliche, was oft nachvollziehbar ist, gegen den MitarbeiterInnen und deren Grenzsetzungen oder Anweisungen opponiert, ist doch der Ausprägungsgrad der Aggression, wenn sie Körperverletzung zur Folge hätte, aus der Situation heraus nicht vollständig begründbar und verständlich. Oft mischen sich lebensgeschichtliche Ereignisse und Erfahrungen mit dem aktuellen Auslöser und führen so zu gefährlichen Situationen. Häufig kommen Kinder und Jugendliche in ein Betreuungsverhältnis (insbesondere Kinder und Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens oder oppositionellem Trotzverhalten), weil ein wesentlicher Teil ihrer Problematik die mangelnde Fähigkeit zur Selbststeuerung ist. Das heißt, dass es die professionelle Aufgabe der MitarbeiterInnen ist, mit den aggressiven Ausbrüchen umzugehen, da sie ein Teil der Indikation sind.
- Das unmittelbare Ziel der Krisenintervention ist die Verhinderung von Körperverletzung, das mittelbare oder langfristige ist es, die Kinder und Jugendlichen dazu zu befähigen, sich selbst besser zu steuern und auf die Auslöser nicht mit Körperverletzung oder deren Androhung zu reagieren.
- Dazu muss auch in Krisensituationen versucht werden, ein professionelles Verhältnis zu dem Kind bzw. Jugendlichen aufrecht zu erhalten, d. h. ihn respekt- und würdevoll zu behandeln, ohne die Sicherheitsaspekte aufzugeben. So kann das Kind bzw. der Jugendliche die Erfahrung machen, dass es auch in Ausnahmesituationen „gut“ behandelt wird.
- Dies erfordert von den MitarbeiterInnen eine hohe Fähigkeit zur Kontrolle der eigenen aggressiven Impulse und Ängste.
- Es geht für die MitarbeiterInnen nicht um „Siegen“ oder „Verlieren“. Es geht nicht um das Kämpfen um Positionen¹¹, möglicherweise getrieben von der Angst, das Gesicht zu verlieren. Es geht um die Verfolgung des Ziels: Körperverletzung vermeiden und eine krisenhafte Ent-

¹¹ vgl. Fisher, R., Ury, W., Patton, B. (Frankfurt 1997, 16. Aufl.): Das Harvard-Konzept; dort insbesondere die Kapitel „Menschen und Probleme getrennt voneinander behandeln“ und „Auf Interessen konzentrieren, nicht auf Positionen“ sowie das Buch von Rosenberg, Marshall B. (Paderborn 2002): Gewaltfreie Kommunikation

wicklung zu einem guten Ende für alle Beteiligten zu bringen. Nicht, wer der „Sieger“ in einer aggressiven Auseinandersetzung ist, ist der Maßstab für Professionalität, sondern wer es erfolgreich schafft, Körperverletzung zu verhindern.

Der Artikel basiert in seinem ersten Teil auf einem Vortrag im Rahmen der Tagung der Niederösterreichischen Landesakademie in St. Pölten, 23. März 2006

Literaturhinweise und -empfehlungen

Di Martino, V. (Genf 2000): Violence at the workplace: the global challenge, International Labour Organization

Di Martino, V/Chappell, D. (Genf 1998): Violence at work, International Labour Organization

Fegert, J. M./Späth, K./Salgo, L. (Münster 2001): Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, dort: „Leitlinie: Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungszieles in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“

Fisher, R./Ury, W./Patton, B. (Frankfurt 1997, 16. Aufl.): Das Harvard-Konzept

Kienzle, T. (Stuttgart 1998): Schutzrechte für Pflegekräfte.

Kienzle, T./Paul-Ettlinger, B. (Stuttgart 2001): Aggression in der Pflege.

Petermann, F./Petermann, U. (Göttingen 2000): Aggressionsdiagnostik

Rosenberg, Marshall B. (Paderborn 2001): Gewaltfreie Kommunikation

Wolf, K. (Weinheim 1999): Machtprozesse in der Heimerziehung

Anschrift des Autors:

Wolfgang Papenberg

Birkenweg 5, D-59425 Unna

E-Mail: info@part2000.de Internetseite: www.part2000.de

Diplom-Pädagoge, seit 25 Jahren in der Jugendhilfe tätig, davon 20 Jahre lang als Leiter einer Einrichtung mit stationärem, teilstationärem und ambulanten Angebot. Nebenberuflich Durchführung von Seminaren unter dem Titel „Professionell handeln in Gewaltsituationen“ für MitarbeiterInnen aus Jugendhilfe, Behindertenarbeit, Suchthilfe, Psychiatrie, Schule, öffentlicher Verwaltung (in erster Linie Jugendamt, Sozialamt und ARGE), Polizei und Justizvollzug.

Besonderheiten in der Gedanken- und Vorstellungswelt junger Tötungsdelinquenten

Denis Köhler und Günter Hinrichs

Zusammenfassung:

Im folgenden Beitrag werden die Realitätsverankerung, die Identitätsbildung und die Gedanken- sowie Vorstellungswelt von jungen Tötungsdelinquenten betrachtet. Ausgehend von wissenschaftlichen Studien zum Medieneinfluss auf die Aggressivität und so genannten biopsychosozialen Entwicklungstheorien werden phänomenologische Überschneidungen von pseudologischen Schilderungen, „Nebenrealität“ sowie psychotischen und dissoziativen Störungen herausgearbeitet. Insbesondere wird auf verschiedene Formen der Fantasietätigkeit bei Tötungsdelinquenten eingegangen. Anhand von vier Fallbeispielen werden diese Begriffe betrachtet und vertiefend dargestellt. Abschließend werden wichtige praktische und wissenschaftliche Aspekte für die forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie abgeleitet sowie kritisch diskutiert.

Schlüsselwörter: Jugendliche Tötungsdelinquente, Gedanken, Kognitionen, Vorstellungen, Nebenrealität

1. Einleitung

Nach bekannt Werden schwerwiegender Gewalttaten – man denke im Extremfall an den „Amokläufer“ an einem Erfurter Gymnasium – stellen sich Medien und Öffentlichkeit schockiert die Frage, ob solche Täter psychisch gestört sind und was die Motivation dieser Personen gewesen sein mag. Derartige Taten sind für die Gesellschaft nur schwer oder gar nicht verständlich, geschweige denn nachvollziehbar. Von den Medien werden diese jugendlichen Täter daher oft als unnormale, abartig oder gar als „Monster“ dargestellt. Populistisch wird dann gemeinsam mit der Politik z.B. eine Verschärfung des Jugendstrafrechts gefordert. Aus der praktischen Erfahrung der Autoren fallen junge Tötungsdelinquente in der therapeutischen

oder gutachterlichen Interaktion aber weniger durch „Abnormalität“ auf. Vielmehr geben sie in ihren Schilderungen wiederholt Anlass zu Überlegungen hinsichtlich des Realitätsbezugs zum Tatzeitpunkt. Beispielsweise fällt auf, dass einige Täter einen wenig realistischen Lebensentwurf von materiellem Wohlstand, ewigem „Party feiern“ und gesellschaftlicher Anerkennung („berühmt Werden“) entwickelt haben. Andere scheinen in einer medial beeinflussten Welt irgendwo zwischen „Super-Star“ und „coolem“ Gangster zu leben. Der Lebensstil und einige Verhaltensweisen während der Tatbegehung wirken dann oft wie eine Reinszenierung von Medieninhalten (z.B. DVDs, Computerspiele).

Die aktuelle Forschung fokussiert weniger auf *kognitive* Besonderheiten in der Realitätsverankerung oder der Fantasiewelt bei delinquenten Jugendlichen, sondern betrachtet primär neurophysiologische und psychologische Korrelate von Delinquenz. So fand Schmeck (2004) beispielsweise in einer Übersichtsarbeit folgende empirisch abgesicherten Einflussfaktoren für aggressives Verhalten: neuropsychologische Defizite (beeinträchtigte exekutive Faktoren, niedrige verbale Intelligenz), Attributionsfehler und ein niedriges Selbstwertgefühl (vgl. auch Köhler, 2004). Weiter weist Moeller (2001) in seinem Buch über Jugendaggression und -gewalt daraufhin, dass bei Tötungsdelinquenten weitgehend dieselben Risiko- und Einflussfaktoren wie bei aggressivem Verhalten allgemein eine bedeutsame ätiologische Rolle spielen (vgl. auch Heide, 1999). Diese biologischen, intrapersonellen, familiären und sozialen Risikovariablen sind in Deutschland ausführlich von Lösel und Bliesener (2003) im Rahmen biopsychosozialer Entwicklungsmodelle von Aggressivität untersucht worden. Moeller (2001) thematisiert in seinem sehr differenzierten Beitrag über Tötungsdelikte aber auch Fantasieinhalte einiger junger Täter, wie z.B. Rachegedanken bzgl. des späteren Opfers. Hinsichtlich derartiger kognitiver Aspekte können einige ältere wissenschaftliche Beiträge zur Erklärung herangezogen werden. Beispielsweise sind die seit 1957 bekannten Neutralisationstechniken von Sykes und Matza (z.B. Schuldzuweisung an das Opfer und seine Abwertung) zu nennen, die im Sinne einer kognitiven „Dissonanzreduktion“ für die Tatausführung wirksam werden können (vgl. zur Übersicht Herkner, 1991). Schorsch und Becker legten bereits 1977 eine Arbeit vor, die sich insbesondere mit der Rolle der Fantasietätigkeit und Psychodynamik bei sexuellen Tötungen beschäftigte. Ihre Überlegungen beziehen sich aber primär auf erwachsene Täter mit vielfältigen psychopathologischen Auffälligkeiten. Zudem finden sich bei kontaktgestörten, biographisch belasteten und häufig selbst traumatisierten erwachsenen Tätern oft lange bestehende sadistische Fantasien (vgl. u. a. Giannangelo, 1996). Einen ers-

ten umfassenden kognitionspsychologischen Ansatz zur Erklärung von Tötungsdelikten (als Folge misslungener Problemlösungen) lieferte Simons (1988). Dieser wies jedoch eine begrenzte Reichweite für besondere Deliktkonstellationen auf, v. a. aufgrund der Fokussierung auf eher rationale Prozesse der Problemlösung.

Aus dem kriminalistischen bzw. kriminalpsychologischen Bereich liegen nur einige Arbeiten vor, die vorrangig Bezug auf extreme Gewalttaten wie z.B. Serienmord oder „Amokläufe“ an Schulen nehmen (Ressler et al., 1988, 1996; Harbort, 2003; Köhler & Kusawe, 2003). In mehr psychodynamisch orientierten Formulierungen diskutierte Kernberg (1998) den „malignen Narzissmus“, der unter bestimmten Umständen und einer pathologischen Persönlichkeitsausprägung in Tötungshandlungen enden kann (vgl. Köhler, 2002), legte dazu jedoch keine empirischen Belege vor. Andere Arbeiten konnten beispielsweise die Beziehung zwischen Fantasieinhalten und der Persönlichkeit belegen, vernachlässigten aber den forensischen Blickpunkt (Raskin & Novacek, 1993). Momentan scheint das Forschungsinteresse in diesem Bereich – wie bereits angesprochen – ohnehin stärker auf Persönlichkeitsanteile oder neuropsychologisch/ neurobiologische und psychopathologische Phänomene hin ausgerichtet zu sein als auf die Vorstellungen und Gedankenwelt der Täter.

Aus diesen Gründen wird im vorliegenden Beitrag versucht, anhand von Fallbeispielen die Phänomene der Fantasietätigkeit, des Realitätsbezugs sowie des Identitätserlebens von Tötungsdelinquenten darzustellen und die Relevanz für die forensische Praxis deutlich zu machen. Phänomenologie und differenzialdiagnostische Überlegungen sollen eine theoretische Einordnung möglich machen. Die methodisch adäquate Herangehensweise auf dieser wissenschaftlichen Niveaustufe ist nach Bortz (1999) die Einzelfalldarstellung. Sie stellt den ersten sozialwissenschaftlichen Schritt zur Generierung von empirisch fundierteren Theorien dar und sollte durch nachfolgende Studien validiert werden.

2. Theoretische Einordnung

Wie lässt sich dieses Phänomen, dass junge Straftäter in einigen Fällen in ihrer subjektiven Lebensrealität deutlich an der objektiven Lebenssituation „vorbei leben“, theoretisch fassen? Zwar erörterte Metzger bereits 1957 verschiedene Stufen der Realität und Greuel et al. (1998) geben in einer neueren Arbeit einen Überblick zur Thematik „Realität und Wirklichkeit“, jedoch fand eine Anwendung dieser Überlegungen und empirischen Be-

funde auf gewalttätige Handlungen nicht statt. Allerdings liegen mittlerweile zahlreiche empirische Studien vor, die den medialen Einfluss auf verschiedene Bereiche von Jugendlichen belegen (Lösel & Bliesener, 2003; Anderson & Bushman, 2001 und 2002; Anderson & Dill, 2000; Huesmann & Miller, 1994). Darin zeigte sich, dass das Konsumieren von Gewalt im Fernsehen, in Filmen oder Computerspielen oft die Aggressivität (i. S. einer gesteigerten Aggressionsbereitschaft) im Verhalten und der gedanklichen Beschäftigung erhöht. Zusätzlich weisen Personen, die über Erfahrungen mit Computerspielen gewalttätigen Inhalts verfügen, auch verbesserte Schießleistungen in der Realität auf (Hermanutz et al., 2002; Hermanutz et al., 2002). Ausgehend von diesen Befunden zum Medieneinfluss und theoretischen Überlegungen erscheint es sicherlich nicht erstaunlich, dass sich in den Lebensentwürfen von (delinquenten) Jugendlichen vermehrt mediale Inhalte finden lassen, die weit entfernt von jeglicher sozialer Erreichbarkeit für sie sind und nun mit Hilfe von delinquentem Verhalten realisiert werden sollen. Gleichzeitig besteht bei ihnen oftmals eine medial unterstützte Gewaltbereitschaft und Orientierung in der Tatdurchführung. Auf den Einfluss von Gewaltfantasien bei seriellen Tötungsdelikten haben bereits einige Autoren hingewiesen (z.B. Paulus, 2003; Harbort, 2002; Ressler et al., 1988). Dabei wird sich zumeist auf einige ältere Studien mit deutlichen methodischen Mängeln und geringen sowie selektiven Stichproben bezogen (z.B. Prentky et al., 1989; McCulloch et al., 1983). Welche Rolle aber kognitive Inhalte, Fantasien oder medial moderierte „Drehbücher“ oder „Skripte“ (nach Huesmann, 1994) für die Jugenddelinquenz oder für die weit weniger „spektakulären“ Gewaltdelikte spielen, blieb weitgehend offen. Köhler und Kursawe (2003) präzisieren die so genannten „cognitive-rehearsal“ Fantasien, also das wiederholte kognitive Durchleben von Gewaltstraftaten und wendeten sie auf Massenmorde („Amokläufe“) an Schulen an. Die Autoren zeigten dabei den langfristigen psychosozialen Prozess derartiger Taten mit drehbuchartiger Vorbereitung. Robertz (1999) führt in seinem Buch über jugendliche Mörder die Gewaltfantasien als eine Variable für die Entstehung von Tötungsdelikten an. Möglicherweise bedienen sich einige Jugendliche aufgrund ihrer mangelnden sozialen Fähigkeiten und Ressourcen in Verbindung mit der Orientierung an medial beeinflussten Normen und Werten der Mittel- und Oberschicht mentaler „Drehbücher“, einer sog. *Nebenrealität* (vgl. hierzu Abschnitt 3.) oder Fantasien und erreichen durch ihre aggressiv-delinquenten Verhaltensweisen zumindest ansatzweise die antizipierten Ziele.

3. Pseudologia Phantastica, Nebenrealität, dissoziative Zustände und (Gewalt-) Fantasien

Bereits 1891 hat Delbrück auf *pseudologische Schilderungen* („Pseudologia Phantastica“) – also das Erzählen von „Lügendgeschichten“ - bei dissozialen Personen hingewiesen, das psychodynamisch betrachtet den Wunsch beinhalten soll, die eigene Hilflosigkeit zu überspielen (vgl. Rauchfleisch, 1999, S. 96-98). Charakteristischerweise soll ein ambivalent erlebtes reales Ereignis sowohl geleugnet als auch zugleich lustvoll erlebt und in der Außenwelt inszeniert werden. Dadurch könne eine wirkungsvolle Kompensation zentraler Insuffizienzgefühle und eines narzisstischen Defizits stattfinden. Hare (2003) hat diese Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen seiner „Psychopathy“-Konzeption aufgenommen („Pathologisches Lügen“), ohne allerdings die psychodynamischen Erklärungsmechanismen zu berücksichtigen. Damit ist ersichtlich, dass auch in aktuellen forensischen Forschungsbeiträgen dieses „altbekannte“ Phänomen wieder aufgegriffen wird.

Der Begriff der „Nebenrealität“ geht auf Vorstellungen von Lempp (1990) zurück, der bereits in den 80er Jahren bei jungen Tötungsdelinquenten dieses Phänomen beobachtet hat. Durch die Verwendung seines Begriffs vermeidet Lempp zunächst einmal eine intentionale Zuschreibung des „Lügens“ und formuliert somit eine „wertungsfreiere“ Beschreibung des Phänomens. Lempp (1990, 1977) geht davon aus, dass alle Menschen neben einer „Hauptrealität“ auch über eine in der frühen Kindheit entwickelte „Nebenrealität“ verfügen. Die „Hauptrealität“ entspricht einer von den meisten Menschen geteilten Wirklichkeitssicht und wird benötigt, um mit dem sozialen Umfeld kommunizieren zu können. Bei der „Nebenrealität“ handelt es sich also um ein (meist noch) normalpsychologisches Phänomen der sozial nicht geteilten Wirklichkeitskonstruktion. Robertz (1999) weist daraufhin, dass Lempp (1990) in seinen Formulierungen den Begriff der „Nebenrealität“ synonym mit Fantasie verwendet. Bei einigen jugendlichen Tötungsdelinquenten soll nach Lempp (1990) die Fähigkeit, zwischen den beiden Realitätsebenen wechseln zu können („Überstieg“), bedeutsam beeinträchtigt sein. Aus diesem Grund sollen diese Jugendlichen Handlungen aus ihrer Fantasie („Nebenrealität“ nach Lempp) ausgeführt haben, ohne diese Verhaltensweisen verstehen zu können. Im Jugendalter stellt die Fantasie nach Lempp (1990) quasi eine Bewältigungsstrategie bei Überforderungen dar. Dabei kann in dieser Lebensspanne mitunter ein sehr geringer Realitätsbezug vorliegen und die Jugendlichen kehren nur bei absoluter Notwendigkeit zur Hauptrealität zurück. Bei fehlenden kognitiven,

sprachlichen und Beziehungsfähigkeiten sowie einer starken Ablehnung der Nebenrealität durch das soziale Umfeld kann es dazu führen, dass die Fähigkeit, zwischen den Realitätsebenen wechseln zu können, beeinträchtigt wird und dadurch die „Hauptrealität“ mit der Fantasie „verschwimmt“. Unter starken affektiven Einflüssen kann dies zu Unsicherheiten in der Wahrnehmung führen und im Extremfall die Grenze zu einem pathologischen Verhalten erreichen (Lempp, 1990).

Mit diesen Überlegungen entwirft Lempp (1990) ein erstes Modell zu Kognitionen und deren Realitätsbezug sowie ihrer Verankerung in Person und Bewusstsein junger Menschen mit Tötungshandlungen. Dabei erscheint es sinnvoll, zwischen Nebenrealität primär als einem Bewusstseinszustand und Fantasien als Kognitionen (Gedanken, Vorstellungen) zu trennen. Darüber hinaus sind psychopathologische Phänomene wie dissoziative Zustände bis hin zu psychotischen Episoden gesondert zu betrachten (Siehe Abb. 1).

Eine *psychotische Störung* (nach ICD-10: Schizophrenie, schizotypische und wahnhaftige Störungen; Dilling, Mombour und Schmidt, 1993) ist „im allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie eine inadäquate oder verflachte Affektivität gekennzeichnet“ (S. 103). Unter der sog. Wahngewissheit stellt sich die Frage des Realitätsbezuges gar nicht, erst eine Auflockerung kann zu Veränderungen in Fantasie und Identitätserleben führen.

Dissoziative Zustände sind bei Tötungsdelinquenten ein bereits belegtes psychisches Phänomen (vgl. z.B. Lewis et al., 1997) und sie stehen auch anscheinend in Beziehung zu einer psychopathischen Persönlichkeitsentwicklung im Sinne von Hare (2003; Polythress, Skeem & Lilienfeld, 2006; Moskowitz, 2004). Sie sind nach ICD-10 durch folgende Symptome markiert: der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der persönlichen Identität, der unmittelbaren Empfindungen und der Kontrolle von Körperteilen sowie der Verlust der vollständigen Wahrnehmung der Umgebung (Dilling et al., 1993). Dabei wird von den dissoziativen Störungen angenommen, „dass die Fähigkeit zu bewusster und selektiver Kontrolle in einem Ausmaß gestört ist, das von Tag zu Tag oder sogar von Stunde zu Stunde wechselt. Es lässt sich nur sehr schwer feststellen, ob und in welchem Umfang dieser Funktionsverlust willkürlich kontrolliert werden kann“ (Ibid, S. 173). Dilling et al. (1993) weisen weiter auf eine zeitnahe Verbindung der dissoziativen Störungen zu traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren Konflikten oder gestörten Beziehungen hin. Wahrscheinlich sind die nach ICD-10 unter den Kategorien gefassten Syndrome der disso-

ziativen Amnesie (F44.0), der Trance und Besessenheitszustände (F44.3) und der vorübergehenden dissoziativen Störung in der Kindheit und Jugend (F44.82) am ehesten bei jungen Tötungsdelinquenten zu finden.

Nebenrealität, dissoziative Zustände und Fantasien „überlappen“ sich hinsichtlich bestimmter Bewusstseinszustände und Denkinhalte. Bei ihnen liegt allerdings im Unterschied zur Psychose noch eine gewisse Verankerung der Person in der (Haupt-)Realität vor.

Bei *Fantasien* imaginiert eine Person bestimmte Situationen und schreibt sich dabei eine gewisse – zumeist narzisstische – Größe zu. Werden diese Fantasien immer öfter wiederholt, z.B. in Tagträumen, und nehmen ansteigend mehr Zeit in Anspruch, spricht man von den so genannten „*Rehearsal-Fantasien*“ (vgl. Köhler & Kursawe, 2003). Diese können in der extremsten Form „*bewusstseins-dominant*“ werden und beispielsweise als „zwanghafte“ oder „obsessive“ Grundlage für serielle Tötungsdelikte dienen (Giannangelo, 2001; Harbort, 2002). Während bei beiden Fantasie-Zuständen eine Wiederholung von zumeist aggressiven Inhalten vorliegt, unterscheidet sich die „bewusstseins-dominante“ Fantasie von den „Rehearsal-Fantasien“ durch den fast als zwanghaft zu bezeichnenden Kreislauf von Vorstellung und Ausführung der Fantasien in der Realität, dem seriellen „acting out“ bzw. Aktualisierungsdruck. Damit werden ältere Vorstellungen, z.B. von Schorsch und Becker (1977), einer suchartigen Entgleisung sowie der Abwehr des drohenden Ich-Verlusts weitergeführt. Bei beiden Fantasieformen (mit unterschiedlichem Ausprägungsgrad) finden also „drehbuchartige“ kognitive Ausformungen von Straftaten statt, die unter bestimmten zusätzlichen Bedingungen in der Umwelt und der Person zum realen Durchführen („acting-out“) beitragen können (Paulus, 2003; Köhler & Kursawe, 2003). Allerdings wissen wir derzeit noch sehr wenig darüber, wann, unter welchen Umständen, wo, und bei wem das wie geschieht.

Insbesondere die „Rehearsal-Fantasien“ (Köhler & Kursawe, 2003), die „bewusstseins-dominanten“ Fantasien (Harbort, 2002) und das Konzept der Nebenrealität (Lempp, 1990) zeigen deutliche Überschneidungsbereiche auf (Abb. 1). Sie unterscheiden sich jedoch nach Ansicht der Autoren vor allem darin, dass bei der *Nebenrealität* zumeist eine „geheime“, „unbewusste“ oder „doppelte“ Identität besteht. Zum Beispiel werden „Lüngengebäude“ errichtet, ein Schulbesuch vorgetäuscht oder andere zeitintensive Tätigkeiten vorgenommen, von denen die soziale Umwelt nichts mitbekommt. Möglicherweise kann eine Nebenrealität auch parallel mit den Fantasien, den „Rehearsal-Fantasien“ oder den „bewusstseins-dominanten

Fantasien“ einhergehen. Dies erscheint jedoch keine notwendige Bedingung zu sein.

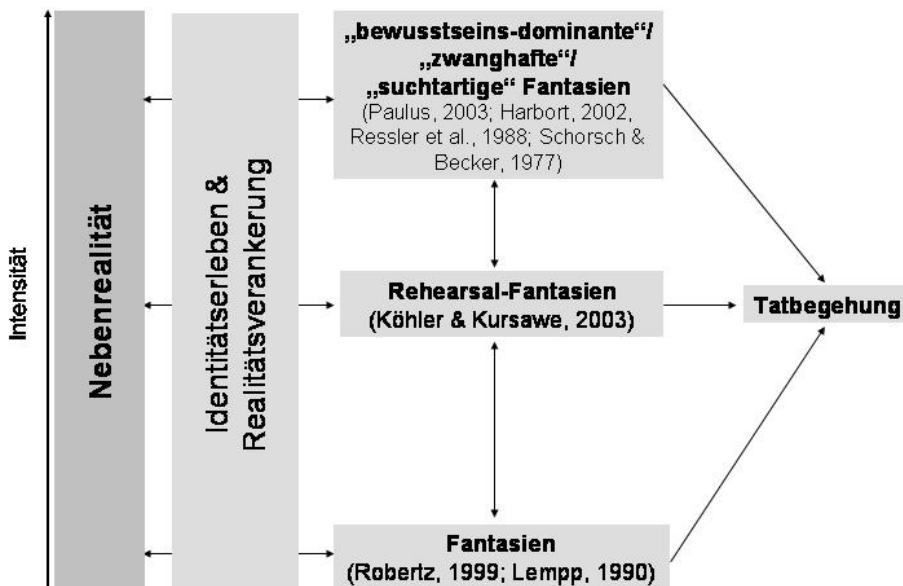
Auch wenn Lempp (1990) dies nicht explizit formuliert hat, muss man wohl davon ausgehen, dass sich eine Nebenrealität erst ausbilden kann, wenn ein bestimmtes Ich-Bewusstsein sowie ein entsprechendes kognitives Niveau in der Entwicklung erreicht sind. Spezielle Risiko-Faktoren (Widersprüche, affektive Belastungen, sog. „Double-Bind“-Konstellationen) begünstigen die Ausbildung einer Nebenrealität. Ob diese sich auch primär durch Besonderheiten der Fantasietätigkeit entwickeln kann, muss derzeit noch offen bleiben. Sowohl bei der Nebenrealität als auch bei Fantasien sind deren Auswirkungen auf das Identitätserleben zu berücksichtigen.

Der Zusammenhang von Delinquenz und Fragen der Identität ist zunächst von der Psychoanalyse aufgenommen worden, später wurde er auch innerhalb der Entwicklungspsychologie in breitem Umfang thematisiert (Hinrichs, 2002). Als primär heuristische Konzepte sind hier die Identitätskrise, die Identitätsdiffusion (Zersplitterung des Selbstbildes, Verlust der eigenen Mitte) sowie die sog. Negative Identität (Rückgriff auf Rollen und Identifikationen, die früher als höchst unerwünscht und gefährlich, aber dennoch als bedrohlich nahe liegend kennen gelernt wurden, daraus resultiere dann die Tat) zu nennen (Erikson, 1973). Diese Begriffe reflektieren Selbstbildaspekte, bei breiter Anwendung unterliegen sie der Gefahr einer terminologischen Unschärfe unter Plausibilitätsannahmen, können jedoch unter entwicklungspsychopathologischer Perspektive zur Abklärung von delinquenten Verhalten in Forensik und speziell Therapie einen hohen Aufklärungswert haben (Hinrichs, 2002).

Hinsichtlich der Ätiologie und möglicher differentieller Entwicklungspfade der diskutierten Phänomene von Nebenrealität und Fantasien liegen fast ausschließlich Beiträge für die Ausformung von sexuellen Gewaltfantasien bei sadistisch motivierten Tötungsdelinquenten vor (vgl. z.B. Holmes & Holmes, 1994; Giannangelo, 1996; auch Fiedler, 2004). Harbort (2002) postuliert beispielsweise eine so genannte „Prägung“ in der Kindheit, bei der sexuelle Gewaltfantasien mit aggressiven Verhaltensweisen gekoppelt werden sollen. Weiter referiert Saimeh (2005) in ihrem Beitrag zur Entstehung von Sadismus/ Kannibalismus primär psychoanalytisch-psychodynamische Aspekte, wie z.B. die Modelle von Schorsch und Becker (1977) oder Kernberg (1998). Diese Ansätze sind sicherlich von großem heuristischem Wert und können zur psychodynamischen Erhellung beitragen, jedoch fehlen die entsprechenden empirischen Belege. Differenzielle Hinweise zur Entstehung und Aufrechterhaltung stehen also aus, aber möglicherweise könnten die emotionspsychologischen Überlegungen

von Schachter und Singer (1962) zur Fehlattribution von körperlichen Erregungszuständen, Studien zur Verbindung von Persönlichkeit und spezifischen Fantasieinhalten (Raskin & Navacek, 1993) oder auch die nicht-stoffgebundene Abhängigkeitstheorie von Hollin und Gresswell (1997) Anregungen geben, weshalb bestimmte Formen der Fantasie entstehen, an Gehaltinhalte gekoppelt und letztendlich in einigen Fällen in deviantem Verhalten ausgedrückt werden. Bei wem allerdings Gewaltfantasien einen eher protektiven Faktor darstellen (bzgl. späterer Gewalthandlungen) und bei wem sie andererseits mit ursächlich für zum Teil massive aggressive Taten sind, entzieht sich bislang unserer Kenntnis. Dazu fehlen Basisraten zu den Phänomenen aus der allgemeinen Bevölkerung, was für eine Identifizierung differentieller Entwicklungswege notwendig wäre. Aus diesem Grund beschäftigt sich der vorliegende Beitrag in einer ersten Annäherung mit der Beschreibung des Phänomens, seiner diagnostischen Abklärung und forensischen Einordnung bis hin zur therapeutischen Anwendung.

Abb. 1: Fantasien, Nebenrealität, Realitätsbezug und Identitätserleben bei jungen Tötungsdelinquenten



Fall A:

Der 19jährige Schüler A muss aufgrund eines gefälschten ärztlichen Attestes, welches er als Entschuldigung bei der Schule eingereicht hat, und wegen seiner schlechten Noten das Gymnasium verlassen. Davon berichtet er aber weder seiner Familie noch seinen Freunden. Vielmehr teilt er ihnen im Verlauf insgesamt vier verschiedene Versionen über angebliche Besuche anderer Schulen mit. Er täuscht seinem sozialen Umfeld vor, weiterhin zur Schule zu gehen und verlässt beispielsweise morgens das Elternhaus und kommt erst nachmittags zurück. Gleichzeitig zeigt er reges Interesse für „Amokläufe“ an Schulen und führt hierzu Internetrecherchen durch. Er konsumiert gern Computerspiele mit aggressiven Inhalten und schaut mit Vorliebe Gewaltfilme. A. schreibt mit einem Bekannten ein „blutiges“ Drehbuch über einen Filmhelden, der mehrere Menschen erschießt und sich anschließend selbst tötet. Die entsprechende Verfilmung wird allerdings weit weniger „blutrünstig“. A. tritt in einen Schießverein ein, bekommt einen Waffenschein, und kauft sich eine Pistole sowie eine Pump-Gun mit Pistolengriff. Schulfreunden und Lehrern gegenüber äußert er, Lehrer eines Tages umbringen zu wollen und bedroht sogar eine Lehrkraft. Er wird von seiner Gleichaltrigen-Gruppe nicht ernst genommen und erhält einen Schulverweis. Weihnachten zeigt A. seiner Familie ein gefälschtes Zeugnis der 11. Klasse und gibt an, die Abiturprüfungen bestehen zu können. Zu diesem Zeitpunkt besucht er aber bereits seit über einem halben Jahr keine Schule mehr. Am 26.4.2002 frühstückt A. mit seinen Eltern, spielt von 10.00 bis 11.00Uhr ein gewalttätiges Computerspiel und verabschiedet sich von seinen Eltern. Sie fahren zum Einkaufen und er kehrt zum Elternhaus zurück, nimmt eine Sporttasche sowie einen Rucksack, in denen sich seine Pistole, die Pump-Gun, eine Machete, ein Messer und über 200 Schuss Munition befinden. A. begibt sich zu seiner Schule, zieht sich auf dem WC eine schwarze Jacke und eine Maske über und schnallt sich seine Pump-Gun auf den Rücken. Anschließend erschießt er mit seiner Pistole (ca. 70 Schüsse) 14 Lehrer, zwei Schüler, einen Polizisten und sich selbst.

Interessanterweise bringen die Ermittlungen eine Zeugenaussage eines Freundes zutage, der beschreibt, mit A. mind. dreimal einen Gewaltfilm gesehen zu haben, bei dem der Hauptakteur eine Pump-Gun auf dem Rücken trägt. Diese Waffe hat er bei der Tatbegehung nicht einmal benutzt (vgl. Grasser et al., 2004).

4. Fallbeispiele aus der forensischen Praxis

In der ersten Kasuistik (Fall A; Grasser et al., 2004) handelt es sich unverkennbar um den „Amokläufer“ von Erfurt. Bei ihm findet man – wie der Text verdeutlicht – eine Konfliktsituation (Schulverweis), die in gewisser Weise zu einem „Doppelleben“ führte. So hat A. über einen längeren Zeitraum (mind. sechs Monate) sowohl seiner Familie als auch seinem sozialen

Umfeld vorgetäuscht, weiterhin die Schule zu besuchen. Gleichzeitig findet bei ihm eine kognitive Ausformung von wiederholten Gewaltfantasien („Rehearsal-Fantasien“) unter intensivem Medienkonsum statt. A. beschäftigt sich ausgiebig mit dem Phänomen von „Amokläufen“ an Schulen, tritt in einen Schießverein ein und besorgt sich mehrere Waffen. Mit einem Kollegen dreht er einen Film über einen „Selbstmordattentäter“ und äußert Mitschülern gegenüber, er wolle Lehrer erschießen. Zusätzlich bedroht er einen Lehrer. Bei der Tatbegehung orientiert sich A. am Geschehen von Littleton an der Columbine High-School und kleidet sich wie ein von ihm favorisierter Filmheld – eine konkrete Inszenierung. Im Verlauf hat hier anscheinend ergänzend zur Schwierigkeit des Gymnasiasten, sein Doppelleben aufrecht zu erhalten, eine zunehmende narzisstische Identifizierung mit einem „Amokläufer“ und Filmhelden in der Fantasie stattgefunden, der sich wie seine Vorbilder (Filmheld und Littleton) rächt und Berühmtheit erlangt – sozusagen die innere Seite. In Abgrenzung zu diesen beziehen sich seine Tötungshandlungen jedoch primär auf Lehrer, so erschießt er quasi nur als „Unfall“ zwei Schüler durch eine verschlossene Tür hindurch. Es ist offenkundig, dass hier das äußere Geschehen zu einem Aktualisierungsdruck führt, in wie weit das subjektive Erleben wirklich den Charakter einer sog. Nebenrealität angenommen hat („falsche Identität“?), lässt sich ohne entsprechende subjektive Angaben schwer rekonstruieren. Zumindest wird der Verlauf mit einem zunehmenden Erleben von Feindseligkeit nach Kränkung, einer Ich-Zentrierung unter sozialem Rückzug sowie der narzisstisch-kompensatorischen Verdichtung deutlich. Eine deutlich psychopathologische Akzentuierung ist zumindest aus der retrospektiven Betrachtung des Falles nicht zu erkennen (Grasser et al., 2004).

Fall B:

Der zu den Tatzeitpunkten 18jährige, aus Osteuropa stammende B. lebte gemeinsam mit seiner 16jährigen Freundin in einem Zimmer innerhalb der elterlichen Wohnung. Da er ihr nicht vertraute und zunehmend mehr Zweifel an ihrer Treue hegte, kontrollierte er sie immer stärker. So durfte sie keine eigenen Freunde mehr haben oder zumindest nur solche, die B. gut bekannt waren – „selbstverständlich“ weiblichen Geschlechts. Seiner Meinung nach müsse man sich in Beziehungen 100%ig auf den Partner einlassen, was faktisch für ihn bedeutete, rund um die Uhr zusammen zu sein. Im Verlauf der Beziehung durfte sie nicht alleine, d.h. ohne ihn in Diskotheken gehen oder kurz Zigaretten holen. B. brachte seine Freundin morgens zur Arbeit und holte sie abends wieder ab. Er beauftragte Freunde oder Verwandte zu überprüfen, mit wem sie sich bei der Arbeit unterhalte oder was sie so mache. Tagsüber arbeitete B. als Gebäudereiniger und ließ sich des Öfteren krankschreiben oder machte blau.

Es kam öfter vor, dass er vor dem Betrieb der Freundin bis zu einer Stunde wartete, um zu überprüfen, was seine Partnerin tat. B. habe nach eigenen Angaben eher klassische Vorstellungen über die Geschlechtsrollen und erwartete z.B., dass seine Freundin abwasche oder ihr gemeinsames Zimmer aufräume. Einmal habe seine Freundin mit einem für ihn Fremden gesprochen und daraufhin habe er angeblich mit einer „scharfen“ Pistole auf den weglaufenden Mann geschossen, ihn dabei aber nicht verletzt. Hierfür wurde B. nicht strafrechtlich belangt und wies auch sonst keine Eintragungen im Bundeszentralregister auf. Seine Freundin sei zunehmend „aufmüpfiger“ geworden und er habe die Kontrolle immer mehr über sie verloren. Da er nachts nicht einschlafen könne, sei er regelmäßig (ca. 3-4mal pro Woche) über einen Zeitraum von ca. 12 Monaten zwischen 0.00 und 4.00 Uhr mit seinem Wagen durch die Gegend gefahren, um sich „abzureagieren“. Bei der ersten Straftat traf er gegen 1.00 Uhr in schwarzer Kleidung, Maske und mit einem Messer bewaffnet an einer Straße auf eine junge Frau. Diese habe auf ihn eingeredet und ihm einen Geldschein in die Hand gedrückt. B. ist daraufhin schweigend weggegangen. Nach einem gemeinsamen Urlaub mit der Freundin ist B. wieder nachts mit dem Auto herumgefahren. Ebenfalls in Schwarz gekleidet, mit Maske und Messer bewaffnet, ist er hinter einem kleinem Gebüsch auf sein Opfer zugetreten. Nachdem er zu ihr gesagt hatte „Komm mit! Ich bin Dein Killer“, fing sein Opfer laut zu schreien an und B. stach 17mal auf es ein. Anschließend flüchtete er. Beide Tatorte befanden sich an derselben Bundesstraße in einer Kleinstadt. Wenige Tage später geriet B. nachts an derselben Straße in eine Polizeikontrolle. In seinem Wagen wurden später neben Blutspuren ein Feuerwehrbeil, diverse Messer, Handschellen, ein Slip und ein BH gefunden. Weder seine Familie noch seine Freunde wussten, was B. nachts unternommen hatte. Nach seinen Angaben habe er Macht über Frauen spüren, sie kontrollieren wollen und jeweils ein sehr starkes Bedürfnis verspürt, die Taten zu begehen.

Betrachtet man hingegen den Fall B., so zeigen sich hier noch deutlichere Hinweise auf eine Nebenrealität, welche jedoch in Abgrenzung zu A. nicht von einer starken „Rehearsal-Fantasie“ begleitet wird. Diese Nebenrealität ist durch kontrollierende Verhaltensweisen und nächtliche Ausflüge bestimmt, von dessen Intensität sowie Motivationen weder seine Familie noch seine Bekannten oder seine Freundin wussten bzw. etwas ahnten. Aus der Tatdurchführung, der Täter-Opfer Interaktionen und den Angaben von B. während der Begutachtung lässt sich dagegen schließen, dass die Fantasien von B. noch nicht konkret ausgestaltet und entwickelt waren. Primär scheint es ihm um Macht und Degradierung sowie Ängstigung des Opfers gegangen zu sein. Auch wenn sich einige Hinweise auf obsessive Anteile in den Tatbegehungsmerkmalen ergeben, scheint der Täter B. aber noch keine bewusstseinsdominanten Tötungsfantasien entwickelt zu haben. Das

steht ganz im Gegensatz zum Täter A.. In wie weit dies aber vor dem Hintergrund der weiteren Persönlichkeitsentwicklung von B. noch geschieht, muss zum jetzigen Zeitpunkt offen bleiben.

In der dritten Falldarstellung finden sich wieder Anzeichen für eine *Nebenrealität* ohne Angaben zu begleitenden *Gewaltfantasien*. C. erfindet in seiner Nebenrealität Freundschaften zu einem Onkel und einem Cousin, die nach Zeugenangaben nie so bestanden haben. Weiter berichtet er Bekannten von einem tödlichen Unfall seines („besten Freundes“) Cousin. Dieser lebt jedoch und hat nie eine enge Beziehung zu C. aufgewiesen. C. berichtet seinem Vater und seinen Bekannten von Arbeitsverhältnissen bzw. Geldquellen, die ebenfalls nie bestanden haben. Wohl im Rahmen einer episodischen Nebenrealität will er einen Arzt kontaktiert haben, der ihm eine tödliche Krankheit diagnostiziert haben soll. Allerdings lassen sich diese Falschaussagen auch psychodynamisch interpretieren: zum einen als Versuch einer grandiosen Selbstinszenierung, zum anderen als Darstellung von eigenem Leiden und demonstrativen Anteilen. Auch finden sich keine Hinweise darauf, dass die erwähnten Selbstdarstellungen über den situativen Kontext hinaus Bestand hatten und somit Ich-synton wurden. Hinsichtlich des angegebenen Arztbesuchs erscheint eine dissoziative Episode (im Sinne einer sog. Fugue) recht unwahrscheinlich, bei stattgefundenem Ereignis hätte man dies unschwer recherchieren können, außerdem wird das zentrale Ereignis ja erinnert. Eher ist eine Form von Nebenrealität bzw. verengter Realitätswahrnehmung (oder dissoziierter Realität) anzunehmen, in der dem Thema „Tod“ wiederholt Bedeutung zukommt. Hingegen lassen sich bei C. keine Hinweise für (wiederholte) Tötungsfantasien in Bezug auf seine Mutter oder andere Personen finden. Bei der beschriebenen *symbiotischen* Beziehung zur Mutter dürften sich Ängste vor Identitätsverlust und eine zunehmende *Identitätsunsicherheit* verdichtet haben. Die unmittelbar vor der Tat entstandene Situation ist durch eine Umkehr von der Angst vor eigener Vernichtung in die archaische Fremdaggression erklärbar.

Die Personifizierungskennzeichen des Kordelumlegens und der möglicherweise sexuell motivierten postmortalen Verletzungen im Brustbereich (vgl. Osterheider, 2003; Müller et al., 2005) sind aber wahrscheinlich nicht Grundlage von Fantasien, sondern stehen eher in Zusammenhang mit der verzögerten Persönlichkeits- und Sexualentwicklung von C..

Fall C:

Der 17jährige C. lebt gemeinsam mit seiner Mutter, die von der Persönlichkeitsstruktur als histrionisch und impulsiv beschrieben wird. Seine Eltern haben sich getrennt, als er 6 Jahre alt war. Der leibliche Vater hat wieder geheiratet, ein weiteres Kind mit dieser Frau bekommen und wohnt in einer weiter entfernten Großstadt. Im Verlauf des Jugendalters nimmt der Kontakt von C. zu seinem Vater kontinuierlich ab, so dass Besuche ca. alle 2-4 Wochen stattfanden. Die Beziehung zwischen C. und seiner Mutter kann als eng, fast schon symbiotisch und nicht einer altersgerechten Entwicklung entsprechend beschrieben werden. Sie machte ihm regelmäßig Brote, weckte ihn morgens und sorgte sich viel um ihn. Aufgrund eines „blauen“ Briefes kam es zwischen beiden über einen mehrere Tage dauernden Konflikt. Dabei drohte die Mutter, C. aus dem Haus zu werfen und das ihm versprochene Cabrio zu verkaufen. Zweimal habe ihn seine Mutter geohrfeigt und nicht mehr mit ihm gesprochen. C. befürchtete, seine Mutter zu verlieren und beschrieb sich als sehr traurig und voller Angst, verlassen zu werden. Als sie nachts zu ihm gesagt habe, sie wolle ihn nicht mehr sehen, setzte sich C. mit einem Küchenmesser vor ihr Schlafzimmer. Nachdem sie ihr Licht gelöscht hatte, betrat C. das Zimmer und tötete seine Mutter mit 45 Messerstichen (zumeist Brust und Bauchbereich) und fügte ihr 44 weitere postmortale Stich- und Schnittverletzungen zu. Anschließend legte er ihr eine Kordel in Form eines Stricks um den Hals. Im Zuge der Ermittlungen stellte sich heraus, dass C. viele Dinge erfunden und anderen Personen erzählt hat, die objektiv nicht mit den polizeilich festgestellten Tatsachen übereinstimmen. Beispielsweise habe er nach Zeugenaussagen Freunde oft in Gaststätten eingeladen. Auf deren Nachfrage, woher er das Geld habe, antwortete C., er habe viel Geld bei Sportwetten mit einem Onkel gewonnen. Ein Cousin, der auch sein bester Freund sei, wäre bei einem Autounfall ins Koma gefallen. Das würde ihn sehr belasten. Beides wurde von den (lebenden) Personen nicht bestätigt. Seinem Vater berichtete C., er würde in einer Eisdiele arbeiten. Weiter ist C. einmal von Zuhause weggelaufen und hat einen Brief hinterlassen. Er sei bei einem Arzt gewesen und dieser habe bei ihm eine tödliche Krankheit festgestellt. Weder ließ sich der Arzt ermitteln, noch konnte C. die beschriebene Arztpraxis wieder finden. Interessanterweise erfand C.s Mutter ähnliche „Geschichten“. So habe sie ihren Arbeitskollegen erzählt, sie müsse ihre kranke Mutter pflegen, was sie sehr belasten würde. Auch hierfür ergaben sich keine objektiven Belege.

Vor dem Hintergrund einer deutlichen *Identitätsproblematik* mit psychischer Instabilität in Begleitung von massiven Konflikten mit seinen Eltern, starker Arbeitsbelastung und Substanzmissbrauch sowie einer transkulturellen Problematik hat sich bei D. eine *Nebenrealität* im Bereich des Satanismus entwickelt, die zwar von Größenfantasien begleitet wurde, welche

jedoch keine konkreten Tötungs- und/ oder Gewaltinhalte in Bezug auf das spätere Opfer aufwiesen. Dieser junge Mann hat keinen selbständigen Daseinsentwurf entwickeln können und führte ein Leben zwischen väterlichem Gebot und Gleichaltrigenkontakten mit zum Teil delinquentem Charakter. Die Tat erscheint stark durch Gruppeneinflüsse (vgl. Herkner, 1991) bestimmt, hatte doch das Opfer gegen den „Normen-Kodex“ verstoßen. Zusätzlich kann eine „narzisstische Kränkung“ D.s durch das spätere Opfer angenommen werden. D. wies keine dissoziativen Symptome auf. Mit der erwähnten Nebenrealität geht eine immer weiter voranschreitende Identitätskrise einher.

Fall D:

D.s Vater folgte seinem Vater (Großvater von D.) in den 70er aus dem Ausland nach Deutschland und heiratete eine deutsche Frau. Nachdem das Restaurant des Opas schließen musste, eröffnete der Vater einen eigenen gastronomischen Betrieb. Die Oma – väterlicherseits – sei für D. der „Big-Boss“ der Familie. Sie lebe in einer ausländischen Großstadt und verdiene dort mit Geld-Leih-Geschäften ihren Lebensunterhalt, sei sehr wohlhabend. D. wies eine unauffällige Kindheit (z.B. kein Schuleschwänzen, keine Schlägereien) und eine immer altersentsprechende Entwicklung auf. Erst in der 7./ 8. Klasse einer Hauptschule begann er, die Schule zu schwänzen und die Leistungen wurden schlechter. Er schloss sich einem rechtsradikalen Milieu an, ging auf derartige Demonstrationen und besuchte entsprechende Konzerte. Nachdem D. erfolgreich seinen Hauptschulabschluss erlangte, ging er für ein Jahr in eine ausländische Großstadt und sollte dort - durch seine Oma vermittelt - die Sprache lernen. In einer eigenen 3-Zimmer Wohnung lebte er alleine und konsumierte regelmäßig Alkohol. Anschließend kehrte er nach Deutschland zurück. Im Restaurant des Vaters arbeitete D. 6-7 Tage in der Woche als Koch. Nach 2-3 Monaten begann er aufgrund des beruflichen Stresses und daraus entstandener Streitigkeiten mit der Familie, regelmäßig Kokain, Speed und Cannabis zu konsumieren. Er fiel in eine depressive Phase und beging einen Selbstmordversuch. Nach einer kurzen stationären jugendpsychiatrischen Behandlung kehrte er zur Arbeit zurück. In der Familie, die durch den Vater streng an Moralvorstellungen (pflichtbewusst, diszipliniert, traditionell) ausgerichtet war, wurde der Suizid nicht weiter thematisiert. D. trank jetzt täglich Alkohol in größeren Mengen, ging 3-4mal pro Woche nach der Arbeit in Diskotheken, arbeitete tagsüber viel und orientierte sich an der Dark-Wave-/ Gothic- bzw. satanistischen Szene. Nach eigenen Angaben, habe er zu jenem Zeitpunkt keinen Kontakt mehr zur Realität aufgewiesen. Er habe kaum geschlafen und Konzentrationsprobleme gehabt, nur gearbeitet oder Alkohol getrunken und gefeiert. D. habe sich in einen „satanistischen Wahn“ hineingesteigert und beispielsweise Selbstverletzungen an Armen, Brust, Beinen und Bauch durchge-

führt („Schlitzen“). Auch sei er „größenwahnsinnig“ gewesen und habe alles aushalten wollen. In dieser Phase hat er gemeinsam mit zwei weiteren Tätern aus dem Umfeld der Gothic-/satanischen Szene das spätere Opfer, das angeblich eine Bekannte von D. vergewaltigt haben sollte, per verbaler Kommunikation und per SMS Nachrichten aus einer Disko weggelockt. Die drei Täter wollten sein Verhalten bestrafen. In der Hauptverhandlung ergaben sich jedoch widersprüchliche Ergebnisse zur Täterschaft des späteren Opfers, die nicht abschließend geklärt werden konnten. Zu viert (D., die zwei Mittäter und das Opfer) fuhren sie mit D.s Auto in ein unbewohntes Waldgebiet. Dort stachen D. und seine beiden Mittäter auf das Opfer mit einem Messer ein (Brust- und Bauchbereich), wobei D. nach dem rechtsmedizinischen Gutachten die tödliche Verletzung zufügt haben soll. Anschließend luden die drei die Leiche in den Kofferraum und gerieten wenig später in eine Routine-Polizeikontrolle durch Blutspuren am Auto. D. berichtete, er habe sich während der Tat wie Gott gefühlt.

5. Diskussion

Aus den dargestellten Fallbeispielen ist ersichtlich, dass es sich bei der *Fantasetätigkeit*, dem *Realitätsbezug* und *Identitätserleben* junger Tötungsdelinquenten zwar um empirisch und methodisch schwer zugängliche, jedoch forensisch relevante psychische Phänomene handelt, die inhaltlich einige wichtige konzeptuelle Unterschiede aufweisen.

Allgemeine *Fantasien* gewalttätigen Inhalts sind ubiquitär und werden forensisch erst unter obsessivem Charakter interessant. Dann kann sich eine Haltung von Misstrauen und Feindseligkeit mit hohem Aktualisierungsdruck ausbilden – hierfür stand die erste Kasuistik. Andererseits müssen wir davon ausgehen, dass Gewaltfantasien per se ein normales psychologisches Phänomen darstellen und einen kathartischen bzw. protektiven Effekt aufweisen können. Wenn diese Kompensationsmöglichkeit fehlt, können psychische Konflikte eskalieren, es besteht die Gefahr von Affektdurchbrüchen – dies wurde mutatis mutandis in den letzten drei Fallbeispielen deutlich. Eine grundsätzliche (diagnostische) Frage ist die des Bezugs: Richten sich Fantasien auf die eigene Person, auf Fremdpersonen oder Beziehungsinhalte?

Fantasien haben Auswirkungen auf den *Realitätsbezug*, hier begegnet uns der Lempp'sche Begriff der *Nebenrealität*. Dieser lässt sich bei genauerer Betrachtung auf alle vier Fallbeispiele anwenden, scheint damit keinen hohen Unterscheidungswert zu besitzen. Außerdem können damit recht unterschiedliche Phänomene gemeint sein, etwa eine besondere gedankliche Fixierung oder gar das Ausleben einer verdeckten Identität. Zudem ist die

Abgrenzung zu psychopathologischen Phänomenen keineswegs so klar, wie es vorgegebene Klassifikationen erscheinen lassen.

Und schließlich muss das *Identitätserleben* noch breiter gefasst werden. So kann es als die emotional-kognitive Komponente des Realitätsbezugs angesehen werden, das Selbstbildaspekte darstellt. Bei allen vier Kasuistiken lassen sich in unterschiedlichem Ausmaß Identitätsprobleme beschreiben. Besonders der dritte Fall weist Kennzeichen einer „Tötung zur Identitätsfindung“ gemäß einer Typologie von DeBoor auf (1982).

Bei differenzierter Betrachtung dieser Konstrukte können aus der forensischen Sicht bedeutsame Hinweise zur Tatmotivation gewonnen werden. Diese können sowohl für therapeutische Prozesse als auch für gutachterliche Stellungnahmen (Schuldfähigkeit und Prognose) benutzt werden. Die Schwierigkeiten in der Diagnostik und der Differenzierung von Fantasie, Realitätsbezug und Identitätserleben sind aufgezeigt worden. Dieser Beitrag soll als ein erster Schritt verstanden werden, sich den Wirklichkeitskonstruktionen junger Tötungsdelinquenten zunächst anhand von dokumentierten Einzelfalldarstellungen wissenschaftlich zu nähern (vgl. Bortz, 1999).

In der forensischen Psychotherapie ist es oft aufwendig und mühselig, gewalttätige Fantasieinhalte und/oder besondere Realitätsbezüge zu identifizieren bzw. zu diagnostizieren, da diese von den Patienten nur selten offen mitgeteilt werden. Im Verlauf sollten sie schrittweise und behutsam in der Realität verankert und damit quasi „geerdet“ werden. Bei diesem Vorgehen ist insbesondere die Gefahr des Dekompensierens zu berücksichtigen. Deshalb sollte eine Krisenintervention bereitgehalten werden, die zusätzlich durch pädagogisch-stützende Maßnahmen (Schule, Ausbildung) flankiert wird (Hinrichs et al., 2004).

Für die zukünftige forensische Forschung sind zunächst Studien dringend erforderlich, die über eine reine Einzelfalldarstellung hinausgehen und empirischen Standards entsprechen. Dabei stellt sich natürlich die Frage, wie die genannten Konstrukte sinnvoll operationalisiert und erfasst werden können. Hier bieten sich unter anderem kriminalpsychologische Methoden zur systematischen Erfassung tatspezifischer Merkmale an (vgl. Müller et al., 2005). Weiterhin erscheinen Selbstbeschreibungen über Fragebögen oder Interviews notwendig, um die subjektiven Realitätskonstruktionen der Delinquenten abzubilden. Allerdings existieren bislang hierfür keine Verfahren (abgesehen von qualitativen Verfahren wie narrativen Interviews) und die gängigen Persönlichkeitstests erfassen die diskutierten Konstrukte nicht ausreichend. Weiter könnte in der empirischen Forschung das Problem eines Stichprobeneffektes auftauchen, denn wahrscheinlich formt nur

eine Subgruppe der Tötungsdelinquenten eine Nebenrealität oder Gewaltfantasien aus, welche forensisch bedeutsam für die Tatbegehung sind. Ebenfalls müssen die hier thematisierten Konstrukte bei der Rückfallforschung als eine mögliche Einflussvariable berücksichtigt werden. Im Bereich der Sexualstraftaten ist dies beispielsweise im Rückfallrisiko für Sexualstraftäter (RRS) von Rehder (2001) oder dem SVR-20 (Müller-Isberner et al., 2000) ansatzweise geschehen.

Zukünftig sollten in der forensischen Forschung halbstandardisierte Interviews oder Selbstbeschreibungsverfahren entwickelt und in Verbindung mit tatspezifischen Variablen anhand einer klinischen Stichprobe von jungen Gewalttätern und Tötungsdelinquenten validiert werden. Dabei erscheint der Vergleich von Gruppen mit und ohne Nebenrealität bzw. Gewaltfantasie sinnvoll, um Unterschiede in soziobiographischen, deliktspezifischen, psychopathologischen sowie persönlichkeitspsychologischen Merkmalen herauszuarbeiten. Abschließend betrachtet, stellen sich also zu dieser Thematik noch einige wissenschaftliche Herausforderungen, in deren Mittelpunkt die sinnvolle Verbindung von Befunden der psychologischen Grundlagenforschung und der Psychopathologie mit gutachterlichen und forensisch-psychotherapeutischen Erkenntnissen steht.

Literatur:

- Anderson, C.A. & Bushman, B.J. (2001). Effects of violent video games on aggressive behavior, aggressive cognition, aggressive affect, physiological arousal, and prosocial behavior: A meta-analytic review of the significant literature. *Psychological science*, 12, 353-359.
- Anderson, C.A. & Bushman, B.J. (2002). The effects of media violence on society. *Science*, 295, 2377-2378.
- Anderson, C.A. & Dill, K.E. (2000). Video games and aggressive thoughts, feelings, and behavior in the laboratory and in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 772-790.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. 5. Auflage. Berlin: Springer.
- De Boer, W. (1982). *Antrieb und Hemmung bei Tötungsdelikten*, Basel: S. Karger.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1993) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch Diagnostische Leitlinien*. 2. Auflage. Bern: Hans Huber.
- Erikson, E. H. (1973). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Fiedler, P. (2004). *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung*. Weinheim: PVU.
- Gianangelo, S.J. (1996). *The Psychopathology of Serial Murder. A Theory of Violence*. London: Praeger.
- Grasser, K.H., Creutzfeld, M., Näher, M. & Rainer, R. (2004). *Bericht der Kommission Gutenberg-Gymnasium. Justizministerium Thüringen*.
- Greul, L., Offe, S., Fabian, A., Wetzels, P., Fabian, T., Offe, H. & Stadler, M. (1998). *Glaubhaftigkeit der Zeugenaussage. Theorie und Praxis der forensisch-psychologischen Begutachtung*. Weinheim: PVU.

- Harbort, S. (2002). Die Vorstellungs- und Erlebniswelt sadistischer Serienmörder. In F. Robertz und A. Thomas (Hrsg.). *Serienmord. Kriminologische und kulturwissenschaftliche Skizzierungen eines ungeheuerlichen Phänomens*. 102-121. München.
- Hare, R.B. (2003). *Manual for the Psychopathy Checklist- Revised*. 2nd Ed. Toronto: Multi-Health-Systems.
- Heide, K.M. (1999). *Young Killers: The challenge of juvenile homicide*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Herkner, W. (1991). *Sozialpsychologie*. Bern: Huber.
- Hermanutz, M., Spöcker, W., Gnam, T. & Neher, M. (2002) *Computerspiele – Training für den Schusswaffengebrauch?*. *Polizei & Wissenschaft*, 2, 3-12.
- Hermanutz, M., Spöcker, W. & Panning, M. (2003) *Schießen lernen mit Computerspielen*. *Polizei & Wissenschaft*, 3, 2-16.
- Hinrichs, G. (2002). *Delinquenz und Identitätsentwicklung*. Vortrag im Rahmen eines Kolloquiums im Zentrum Nervenheilkunde am 23.03.02.
- Hinrichs, G., Köhler, D. & Repp, N. (2004) *Psychotherapie mit jungen Tötungsdelinquenten*. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 144-149.
- Hollin, C. & Gresswell, D. (1997). *Addictions and Multiple Murder: A Behavioural Perspective*. In JE Hodge M McMurrin & CR Hollin (eds). *Assicted to Crime?* New York: John Wiley & Sons.
- Holmes, R. M. & Holmes, S. T. (1996). *Profiling Violent Crimes: An Investigative Tool*. 2nd Edition. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Huesmann, L.R. & Miller, L.S. (1994). *Long-term effects of repeated exposure to media violence in childhood*. In L.R. Huesmann (Hrsg.). *Aggressive behavior: Current perspectives*. 153-186. New York: Plenum Press.
- Kernberg, O.F. (1998). *Die Bedeutung neuerer psychoanalytischer (und psychodynamischer) Konzepte für die (Befunderhebung und) Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen*. In H. Schauenburg, H. J. Freyberger, M. Cierpka und P. Buchheim (Hrsg.). *OPD in der Praxis*. Verlag Hans Huber.
- Köhler, D. (2002). *Die Persönlichkeit von Serienmördern. Entwurf einer prototypischen Persönlichkeitsbeschreibung*. *Kriminalistik*, 2, 92-95.
- Köhler, D. (2004). *Psychische Störungen bei jungen Straftätern*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Köhler, D. & Kursawe, J. (2003). „Amokläufe“ an Schulen. *Psychologische und ethnologische Erklärungen für ein extremes Gewaltphänomen*. *Kriminalistik*, 10, 591-597.
- Lempp, R. (1977). *Jugendliche Mörder. Eine Darstellung an 80 vollendeten und versuchten Tötungsdelikten von Jugendlichen und Heranwachsenden*. Bern: Hans Huber.
- Lempp, R. (1990). *Zur Psychopathologie scheinbar unverständlicher Tötungsdelikte von Jugendlichen und Heranwachsenden*. In Kerner/ Kaiser (Hrsg.). *Kriminalität, Persönlichkeit, Lebensgeschichte und Verhalten*. Berlin: Springer.
- Lewis, D.O., Yeager, C.A., Swica, Y, Pincus, J.H. & Lewis, M. (1997). *Objective Documentation of Child Abuse and Dissociation in 12 Murderers With Dissociative Identity Disorder*, *The American Journal of Psychiatry*, 154, 1703-1710.
- Lösel, F. & Bliesener, T. (2003) *Aggression und Delinquenz unter Jugendlichen: Untersuchung von kognitiven und sozialen Bedingungen*. Neuwied: Luchterhand.
- McCulloch, M.J., Sowden, P.R., Wood, P.J.W. & Mills, H.E. (1983). *Sadistic fantasy, sadistic behavior and offending*. *British Journal of Psychiatry*, 4, 20-29.
- Metzger, W. (1975). *Psychologie*. Darmstadt: Steinkopff.
- Moeller, T.G. (2001). *Youth Aggression and Violence. A Psychological Approach*. London: Lawrence Erlbaum Associates.

- Moskowitz, A. (2004). Disociation and Violence. A Review of the Literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 1, 21-46.
- Müller, S., Köhler, D. & Hinrichs, G. (2005). Täterverhalten und Persönlichkeit Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaften.
- Müller-Isberner, R., Gonzalez Cabeza, S. & Eucker, S. (2000). Die Vorhersage sexueller Gewalttaten mit dem SVR-20. Institut für Forensische Psychiatrie Haina.
- Paulus, C. (1998). Zum Mörder erzogen? Die mörderische Suche nach Liebe. (Entwicklungs-) Psychologische Erklärungsansätze zur Genese einer extrem gewalttätigen Persönlichkeit www.uni-saarland.de/philmak/fb6/ezw/abteil/motiv/paper/murder.htm.
- Polythress, N.G., Skeem, J.L. & Lilienfeld, S.O. (2006). Association Among Early Abuse, Dissociation, and Psychopathy in an Offender Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 288-297.
- Prentky, R.A., R.A., Burgess, A.W., Rokous, F., Lee, A., Hartman, C., Ressler, R. & Douglas, J. (1989). The presumptive role of fantasy in serial sexual homicide. *American Journal of Psychiatry*, 146, 887-891.
- Raskin, R. & Novacek, J. (1991). Narcissism and the use of fantasy. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 490-499.
- Rauchfleisch, U. (1999). Außenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rehder, U. (2001). Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
- Ressler, R. K., Douglas, J. E. & Burgess, A. W. (1988). *Sexual Homicide. Patterns and Motives*. New York: Lexington Book.
- Robertz, F. (1999). Wenn Jugendliche morden. Forschungsstand, Erklärungsmodell und präventive Möglichkeiten. Hamburg: Rogun Verlag.
- Saimh, N. (2005). Zum Fressen gern - Kannibalismus aus psychiatrischer Sicht. In L. Greuel & A. Petermann (Hrsg.). *Macht – Fantasie – Gewalt (?)*. Täterfantasien und Täterverhalten in Fällen von (sexueller) Gewalt, 21-46. Lengerich: Pabst.
- Schachter, S. & Singer, J. E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Schmeck, K. (2004). Persönlichkeitsentwicklung und aggressives Verhalten. *Nervenheilkunde*, 6, 322-325.
- Schorsch, E. & Becker, N. (1977). Angst, Lust, Zerstörung: Sadismus als soziales und kriminelles Handeln. Zur Psychodynamik sexueller Tötungen. Reinbek: Rowohlt.
- Simons, D. (1988). Tötungsdelikte als Folge misslungener Problemlösungen. Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Sykes, G. & Matza, D. (1957). Techniques of Neutralisation: A Theory of Delinquency. *American Sociological Review*, 22, 664-670.

Autoren:

Dr. phil. Dipl.-Psych. Denis Köhler

PD Dr. med. Dipl.-Psych. Günter Hinrichs

Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP)

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Niemannsweg 147, D-24105 Kiel

www.zip-kiel.de, d.koehler@zip-kiel.de, g.hinrichs@zip-kiel.de

Diagnostik und Therapie sexuell delinquenten Verhaltens bei Jugendlichen

*Ingo Spitzcok von Brisinski, Thomas Gruber,
Günter Hinrichs, Denis Köhler, Christa Schaff*

In der Bundesrepublik kommt es im Jahr zu über 50.000 sexuellen Übergriffen, die Eingang in die Kriminalstatistik finden. Hinzu kommt eine hohe Dunkelziffer, da viele dieser Delikte nicht zur Anzeige kommen. Jeder fünfte Tatverdächtige ist jünger als 21 Jahre. Gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil ist diese Altersgruppe bei sexuellen Übergriffen häufiger vertreten als Erwachsene. Neueren Studien zufolge werden 14- bis 16-jährige häufiger als Tatverdächtige registriert als 16- bis 18-jährige. Über die nicht strafmündigen unter 14-jährigen liegen kaum statistische Daten vor. Aus der Arbeit der nordrhein-westfälischen Modellprojekte mit jugendlichen Sexualtätern ist jedoch bekannt, dass ein Teil der sexuell auffälligen Jungen unter 14 Jahre alt ist. Es sind meist Jungen in der Pubertät, die zum Teil bereits gravierende sexuelle Übergriffe und sexuelle Kindesmisshandlungen begangen haben. Die Opfer sind nicht selten Kinder in der eigenen Familie oder im unmittelbaren sozialen Umfeld. Oft wird diesen Jungen so etwas nicht zugetraut und sie werden darum leichter übersehen oder ihre Übergriffe werden vorschnell als weniger schwerwiegend eingeschätzt.

Manchmal mag es genügen, dass Eltern oder Erzieher pädagogisch auf den Jungen einwirken, damit er seine sexuellen Übergriffe unterlässt. Sehr oft ist es jedoch notwendig, fachliche Unterstützung in Anspruch zu nehmen, da die sexuellen Aktivitäten schwerwiegend und Ausdruck einer gravierenden Fehlentwicklung sind. Je älter die Jungen werden, umso schwerer wird es, diese Auffälligkeiten zu korrigieren.

Auch Mädchen und weibliche Teenager sind sexuell übergriffig und missbrauchen Kinder sexuell. Der Anteil weiblicher Tatverdächtiger liegt bei ca. 3 Prozent. Die Neigung, sexuelle Missbrauchshandlungen von weiblichen Kindern und Jugendlichen zu unterschätzen, ist höher im Vergleich

zu männlichen Minderjährigen. Sexuelle Grenzverletzungen und Sexualdelikte durch Mädchen müssen jedoch genau so ernst genommen werden (Gruber, 2004).

Definitionen

Jede sexuelle Handlung an einem anderen Menschen, die gegen den Willen dieses Menschen vorgenommen wird kann als sexuell delinquentes Verhalten beschrieben werden. Somit gehören sowohl Vergewaltigung als auch von anderen als störend erlebte Selbstbefriedigung zu den symptomatischen Verhaltensweisen.

Im Unterschied zu Sexualdelikten unter Erwachsenen bzw. unter gleichaltrigen Jugendlichen spielt Einwilligung keine Rolle für die Beurteilung der Delinquenz von sexuellen Handlungen an oder vor Kindern durch einen Jugendlichen. Dazu zählen sexuelle Handlungen mit Körperkontakt, Zeigen bzw. Herstellen pornografischer Fotos und Filme sowie Exhibitionismus. Diese Handlungen stellen delinquentes Verhalten dar, da Kindern die geistige Reife zu ihrer Einordnung fehlt, da sie das Selbstbestimmungsrecht des Kindes verletzen und es einem erheblichen Risiko aussetzen (z. B. nachhaltige Störungen der psychosexuellen Entwicklung, Traumatisierung, weitere psychische Störungen).

Es kommt vor, dass Kinder behaupten, dass sie die sexuellen Handlungen gewollt hätten. Sie versuchen damit, ihre Machtlosigkeit und das Verhalten des Täters umzudeuten. Um sich bei innerfamiliärem Missbrauch z. B. das Vertrauen in Bruder und Eltern, die dies nicht verhindert haben, zu bewahren wird eine Erklärung gefunden, die Bruder und Eltern von jeder Schuld freispricht. Der Täter trägt jedoch die Schuld, nicht ein verführerisch erscheinendes Kind.

Bei sexuellen Handlungen, die gesetzlich zulässig sind und mit Einverständnis der an den sexuellen Handlungen beteiligten Person(en) stattfinden, handelt es sich nicht um sexuell delinquentes Verhalten. Ebenfalls liegt kein sexuell delinquentes Verhalten vor bei gleichrangigen Beziehungen unter Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Einverständnis und sexuellen Handlungen, die gesetzlich zulässig sind.

Störungsbilder und Sexualdelikte

Es lassen sich Störungen der Sexualpräferenz nach ICD-10 (F65) von anderen Sexualdelikten unterscheiden. Nur wenige Täter leiden unter einer Perversion im engeren Sinne (Fiedler, 2004). Narzisstische Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, dissoziale Entwicklungen und Miss-handlungssyndrome auf der einen Seite, Retardierungen der intellektuellen oder emotionalen Persönlichkeitsentwicklung auf der anderen Seite spielen eine wichtige Rolle (Günter, 2001). Psychodynamik und Motivation sind vielfältig.

Zu den Störungen der Sexualpräferenz nach ICD-10 (F65) zählen:

Exhibitionismus (F65.2):

Wiederkehrende oder anhaltende Entblößung der Genitalien vor meist gegengeschlechtlichen Fremden in der Öffentlichkeit, ohne zu einem näheren Kontakt aufzufordern oder diesen zu wünschen. Meist wird das Zeigen von sexueller Erregung begleitet und im Allgemeinen kommt es zu nachfolgender Masturbation.

Voyeurismus (F65.3):

Wiederkehrender oder anhaltender Drang, anderen Menschen bei sexuellen Aktivitäten oder intimen Tätigkeiten, z.B. Entkleiden, zuzusehen ohne Wissen der beobachteten Person. Zumeist führt dies beim Beobachtenden zu sexueller Erregung und Masturbation.

Pädophilie (F65.4):

Sexuelle Handlungen Jugendlicher an Kindern, die sich meist in der Vorpubertät oder in einem frühen Stadium der Pubertät befinden.

Sonstige Störungen der Sexualpräferenz (F65.8):

Zu den delinquenten sexuellen Handlungen unter dieser Rubrik gehören obszöne Telefonanrufe und Pressen des eigenen Körpers an andere Menschen zur sexuellen Stimulation in Menschenansammlungen.

Andere Sexualdelikte:*Sexueller Missbrauch:*

- Sexuelle Handlungen mit, an oder vor einer Person unter 14 Jahren durch eine Person, die das 14. Lebensjahr vollendet hat (§ 176 StGB)
- Sexuelle Handlungen mit, an oder vor einer Schutzbefohlenen (§ 174 StGB)
- Sexuelle Handlungen mit, an oder vor einer Person, die widerstandsunfähig ist wegen einer geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung einschließlich einer Suchtkrankheit oder wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder aus körperlichen Gründen (§ 179 StGB)

Sexualmord:

Mord im Zusammenhang mit Sexualdelikten (§ 211 StGB)

Vergewaltigung:

Nötigung einer anderen Person mit Gewalt, durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben oder unter Ausnutzung einer Lage, in der das Opfer der Einwirkung des Täters schutzlos ausgeliefert ist, sexuelle Handlungen des Täters oder eines Dritten an sich zu dulden oder an dem Täter oder einem Dritten vorzunehmen (§ 177 StGB, mit Todesfolge § 178 StGB).

Zeigen oder Herstellen pornografischer Fotos und Filme:

unter Beteiligung von Kindern und/oder gegen den Willen der fotografierten bzw. gefilmten Personen.

Ausprägungsgrad

Zur Beurteilung des Ausprägungsgrads können Altersunterschied zwischen Täter und Opfer, Art der sozialen Beziehung zwischen Täter und Opfer, Art des sexuellen Verhaltens, fehlendes Einverständnis beim sexuellen Kontakt, sowie Dauer, Intensität und Häufigkeit der sexuellen Aktivität und schließlich spezifische Tatbegehungsmerkmale wie z. B. Tatplanung,

Anzahl der Tatorte, Verkleidung, Tatwaffen, Annäherungsstrategie an Opfer, Personifizierungskennzeichen herangezogen werden (Müller et al., 2005; Köhler et al., 2005).

Altersunterschied zwischen Täter und Opfer

Je größer die Altersdiskrepanz zwischen den beteiligten Personen ist, desto unangemessener ist die sexuelle Aktivität. Große Altersunterschiede zu Ungunsten der Opfer können auf Schwierigkeiten des Täters hinweisen, mit Gleichaltrigen Kontakte einzugehen und zu gestalten.

Art der sozialen Beziehung zwischen Opfer und Täter

Die Extreme dieses Kontinuums beziehen sich auf „völlig unbekannt“ einerseits und „Mitglied derselben Kernfamilie“ andererseits. Sexuelle Beziehungen zu den Extremen deuten auf besonders unangemessenes Verhalten hin. Zudem liegen empirische Hinweise vor, dass sich Täter, die ein ihnen fremdes Opfer auswählen, von Tätern, die ein ihnen bekanntes Opfer auswählen, hinsichtlich der Persönlichkeit und psychopathologischer Aspekte unterscheiden (vgl. Müller et al., 2005; Köhler et al., 2005).

Art des sexuellen Verhaltens

Abweichungen der gezeigten Verhaltensweisen vom sonstigen Entwicklungsstand des Täters weisen auf unangemessenes Verhalten hin. Z. B. können mehr Kenntnisse und Erfahrungen vorliegen als in der entsprechenden Altersgruppe zu erwarten sind. Symbolische oder ritualisierte Verhaltenselemente können auf nicht-sexuelle Bedürfnisse und bestimmte Persönlichkeitsmerkmale hinweisen (Müller et al., 2005).

Fehlendes Einverständnis beim sexuellen Kontakt

Mangel an gegenseitigem Einverständnis, Gleichberechtigung und Gleichwertigkeit bezüglich sexueller Handlungen ist ohnehin schon Definitionskriterium ihres delinquenten Charakters. Art und Ausmaß liefern jedoch zusätzliche wertvolle Information, so können die sexuellen Handlungen in extremen Formen zur Demütigung, Verletzung oder Bestrafung eingesetzt werden.

Dauer, Intensität und Häufigkeit der sexuellen Aktivität

Der Schweregrad hängt auch davon ab, wie oft, wie lange schon, wie ausschließlich die sexuelle Aktivität stattfand und ob zwanghafte Züge eine Rolle spielen.

Spezifische Tatbegehungsmerkmale

Durch die gezielte Analyse von spezifischen und kriminalpsychologisch relevanten Tatbegehungsmerkmalen kann zusätzlich ein Rückschluss auf den Schweregrad gezogen werden. Beispielsweise können eine hohe Tatplanung (z.B. das Mitführen von Fesselungswerkzeugen, Verkleidung des Täters, Cruising) oder die Annäherungsstrategie an das Opfer Hinweise auf eine kognitive Ausgestaltung der Tatbegehung oder zugrunde liegende abweichende Fantasien liefern. Zur systematischen Erfassung von Tatbegehungsmerkmalen haben Müller et al. (2005) eine standardisierte Checkliste vorgelegt, die sich auch eignet, eine Schweregradeinteilung der sexuellen Handlungen vorzunehmen.

Differenzierung von Symptomatik und Störung

Die Gruppe jugendlicher Sexualstraftäter ist sehr heterogen und Sexualstraftaten sind vielfältig motiviert (vgl. Fiedler, 2004; Beier, 2003). Das Ausmaß der Gewalt differiert stark, Häufigkeit und Frequenz sind unterschiedlich. Hinzu kommt, dass viele der Sexualstraftäter auch dissoziale Auffälligkeiten zeigen, z. B. in Form von Eigentumsdelikten und/oder Gewaltdelikten (Günter, 2001; Straub und Witt, 2003).

Hinsichtlich *Delinquenz*grad abweichenden Sexualverhaltens können drei Gruppen unterschieden werden. Die juristische Bedeutung hängt hier vor allem ab vom Einverständnis des „Objekts“ der sexuellen Handlungen:

1. Sexuelle Devianz als Sexualverhalten, für welches eine juristische, gesellschaftliche und klinische Bedeutung besteht (sexueller Missbrauch von Kindern, Vergewaltigung, Exhibitionismus, Sexualmord)
2. Atypisches Sexualverhalten, für welches eine primär gesellschaftliche und klinische, oft aber kaum juristische Bedeutung besteht. Hierzu zählen Voyeurismus, obszöne Telefonanrufe, Wäschefetischismus, Fesselung und Züchtigung, Sadismus, Transvestismus, Transsexualität. Die juristische Bedeutung hängt hier vor allem ab vom Einverständnis des Objekts der sexuellen Handlungen.
3. Sexualverhalten, für welches eine gesellschaftliche Bedeutung bestehen mag, klinische Relevanz jedoch nur dann vorliegt, wenn der

Klient selbst darüber besorgt ist. Hierzu zählen Homosexualität und sexuelle Dysfunktionen.

Die *strafrechtliche* Klassifikation der Sexualdelikte findet sich im 13. Abschnitt des ‚Besonderen Teils des Strafgesetzbuchs‘ (StGB). Unter der Bezeichnung „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ wird in § 174 bis § 184c StGB eine Vielzahl divergierender Handlungsweisen aufgeführt, denen auf der Täter- wie auf der Opferseite sehr unterschiedliche Fallgruppen und Konstellationen entsprechen. Sexualmord als Mord im Zusammenhang mit sexuellen Handlungen ist nicht im 13. Abschnitt des StGB, sondern bei den Tötungsdelikten (§ 211 StGB) enthalten.

Aus kriminologischer Sicht wird der Kernbereich der sexuell motivierten kriminellen Handlungen in drei Hauptgruppen unterteilt:

1. *Sexuelle Gewaltdelikte*: Sexuelle Nötigung, Vergewaltigung (§§ 177), sexuelle Nötigung und Vergewaltigung mit Todesfolge (§ 178 StGB) sowie Sexualmord (§ 211 StGB)
2. *Sexuelle Missbrauchsdelikte*: Sexueller Missbrauch von Kindern (§§ 176, 176 a und b StGB), von Schutzbefohlenen (§ 174 StGB); von Gefangenen, Verwahrten oder Kranken in Anstalten (§ 174a StGB), unter Ausnutzung einer Amtsstellung bzw. eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses (§§ 174b, c StGB), sexueller Missbrauch Widerstandsunfähiger (§ 179 StGB)
3. *Sexuelle Belästigungsdelikte*: Exhibitionistische Handlungen und Erregung öffentlichen Ärgernisses (§§ 183, 183a StGB). Die sexuelle Belästigung von Kindern wird strafrechtlich als sexueller Kindesmissbrauch gemäß § 176 Abs. 4 Ziff. 1 StGB verfolgt.

Hinsichtlich *Vorbelastungen* und *Rückfällen* können 5 Verlaufstypen unterschieden werden:

1. *Einmaltäter*
2. *Gelegenheitstäter* begehen zwar vor und/oder nach einer Verurteilung wegen einer Sexualstraftat weitere sexuelle Übergriffe; es bleibt aber bei einer einzigen sanktionierten *Sexualstraftat*
3. *Aus- oder Umsteiger* sind schon mindestens zweimal wegen eines Sexualdeliktes verurteilt worden; danach kommt es aber zu keiner weiteren *einschlägigen* sanktionierten Tat.
4. *Einsteiger* sind Täter, die kein früheres ersichtliches *Sexualdelikt* begangen haben, aber einschlägig rückfällig werden
5. *Serientäter* werden mehrfach wegen der Begehung von Sexualdelikten verurteilt (mindestens drei einschlägige Verurteilungen)

Des Weiteren können Täter, die ihre Delikte *allein* begehen, von *Gruppentätern* unterschieden werden.

Diagnostik

Neben der differentialdiagnostischen Einordnung der Symptomatik spielen Deliktkontext (situative Tatmomente), individuelle Lebenssituation und individuelle Biografie eine wichtige Rolle im Fallverstehen und für die individuelle Konzeption der zu ergreifenden Maßnahmen. So berichtet Günter (2001) von einem jungen Mann, der seit dem Alter von 13 Jahren eine voyeuristische und fetischistische Perversion entwickelt und im Alter von 19 Jahren eine junge Frau in deren Wohnung ermordet hatte. Offenbar waren situative Momente ausschlaggebend für den Gewaltexzess. Er sei überraschend entdeckt worden und habe in diesem Moment, in dem sich Panik und sexuelle Erregung mischten, die junge Frau erwürgt. Der Täter berichtete, dass seine Praktiken je nach Situation immer wieder fluktuieren: So habe es Zeiten gegeben, in denen er fast ganz auf die Praktiken verzichten konnte, und wiederum Zeiten, in denen er täglich mehrere Stunden mit Spannen, Eindringen in Häuser usw. beschäftigt war.

Andererseits kommt es vor, dass sexuell motivierte Straftaten von Jugendlichen umgedeutet werden in „niederträchtige und heimtückische Taten, weil ihnen dies annehmbarer erscheint als die beunruhigende, nicht zu kontrollierende Existenz eines sexuellen Triebgeschehens, das sie zu solchen Handlungen veranlasst“ (Günter, 2001, S. 52).

Einordnung der störungsspezifischen Symptomatik

Das *Interview mit dem Jugendlichen und seinen Eltern* sollte getrennt und teilweise je nach Thema zusammen, ggf. zusätzlich mit anderen Familienmitgliedern oder einer festen Partnerin des Jugendlichen geführt werden.

Die ausgeführten sexuellen Handlungen mit den begleitenden Emotionen müssen genau exploriert werden. Weitere Explorationsthemen sind Onaniphantasien, subjektive und objektive Belastungsfaktoren wie eigener erlebter sexueller Missbrauch, eigene erlebte körperliche Misshandlung, Anwesenheit bei körperlicher Misshandlung in der eigenen Familie bzw. im Familienersatzsystem sowie Fragen hinsichtlich sozialer Randständig-

keit in der Gleichaltrigengruppe, Erfahrungen von Ausgrenzung, Demütigung, Abwertung und Kränkungen und nach bisheriger Unterstützung bei der Bewältigung dieser Erfahrungen.

Der Jugendliche wird außerdem zu Familienbeziehungen und ihrer Qualität, zu Peer-Beziehungen und ihre Qualität, zu Freizeitverhalten, bestraffter Delinquenz und Dunkelfelddelinquenz, Alkohol- und Drogenkonsum, sexueller Entwicklung, sowie zum Selbstbild befragt.

Die Eltern werden außerdem zum Umgang in der Familie mit Sexualität und Schamgrenzen allgemein befragt, zur sexuellen Entwicklung des Jugendlichen, zum Umgang mit Problemen, familiäre Ressourcen (Stress, sozioökonomischer Status, soziale Integration/Isolation), zu den elterlichen Erziehungsmethoden (Strenge, Grenzsetzungen, Vernachlässigung, Gewährenlassen, Inkonsistenz), zum Umgang mit Aggressionen des Jugendlichen, sowie zu Konfliktlösungsstrategien.

Über *Fremdbefunde* wie z. B. Ermittlungsakte, Gerichtsurteile, Rechtsmedizinischer Befund (vgl. Müller et al., 2005) werden Hinweise auf Tatplanung (z.B. mehrere Tatorte, betrügerisch-manipulative Annäherungsstrategie an Opfer; Verkleidung des Täters, Tatwaffen mitgebracht/ vom Tatort wieder entfernt) erfasst. Hat der Täter Gegenstände vom Tatort oder Opfer mitgenommen (Souvenir/ Trophäe) oder sind z.B. Photographien vom Opfer/ Tatort angefertigt worden? Gibt es im rechtsmedizinischen Befund Hinweise auf Personifizierungsmerkmale („Over-Kill“, Depersonifizierung, emotionale Wiedergutmachung)? Welcher Tatablauf wird anhand der objektiven Tatbestandsmerkmale festgestellt (Diskrepanz zur Schilderung des Täters?)

Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Erleben sexueller oder körperlicher Gewalt oder Anwesenheit in solchen Situationen z.B. in der eigenen Familie führt in früheren Entwicklungsphasen zu Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit. Diese Gefühle werden in mittleren Entwicklungsphasen durch entsprechende sexualisierte Phantasien zur Schädigung anderer kompensiert und im Jugendalter ausagiert und sollten daher exploriert werden.

Fragen zur Entwicklung des Kindes/Jugendlichen

- Vorgeschichte bezüglich körperlichem und/oder sexuellem Missbrauch
- Ausbildung von Gewissen und Schuldgefühlen
- Entwicklung von selbstkontrolliertem Verhalten allgemein
- Steigerung der sexuellen Aktivität hinsichtlich Intensität und Häufigkeit kann auf zugrunde liegende psychische Dekompensationen, d.h. zunehmende psychische Schwierigkeiten beim Täter hinweisen.
- Welche sexuellen Fantasien begleiten die sexuelle Aktivität oder gehen ihr voraus? Fantasien können Aufschlüsse über die tatsächlichen sexuellen Interessen eines Täters liefern und sind deshalb wichtige Hinweise für eine diagnostische Einschätzung (u.a. für ein mögliches Entwicklungspotential der sexuellen Aktivität).
- Spezielle Besonderheiten der Opfer: Spezielle Charakteristika oder Opferqualitäten, die für den Täter bedeutungsvoll sind, können Hinweise auf Fixierungen oder andere Auffälligkeiten des Täters oder die zugrunde liegenden Bedürfnisse des Täters geben.

Begleitstörungen

Aus rezidivanalytischen Studien ist bekannt, dass jugendliche Sexualstraftäter insgesamt gehäuft vor und nach dem Sexualdelikt bzw. den Sexualdelikten andere Delikte begehen. Angesichts dieser oft zusätzlich vorhandenen allgemeinen delinquenten Belastung und des Umstandes, dass Sexualstraftaten ein Ausdruck von Dissozialität sein können, ist primär von Störungen des Sozialverhaltens (F90.1, F91, F92) auszugehen.

Bei jungen Straftätern ist von einer hohen Prävalenz psychischer Störungen insgesamt auszugehen, insbesondere Störungen der Persönlichkeitsentwicklung und des Substanzkonsums (vgl. Köhler, 2004). Zusätzlich zu den Störungen des Sozialverhaltens werden in der Literatur zahlreiche Störungen als bei sexuell-delinquentem Verhalten gehäuft auftretend beschrieben: Hirnorganische Störungen (F0), Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), Affektive Störungen (F30-F39), Angststörungen (F40-F41), Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), Anpassungsstörungen (F43.2), Schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1),

Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2), Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3), Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen (F61), Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63.8), Multiple Störungen der Sexualpräferenz (F65.6), Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84). Möglicherweise sind einige oder viele der in der Literatur referierten Häufungen auch als Stichprobenartefakte anzusehen.

Faktoren in der Umgebung des Jugendlichen, die Grenzüberschreitungen erleichtern:

- Verfügbarkeit pornographischer Materials jeder Ausprägung
- fehlende Schamgrenzen im sozialen Umfeld
- fehlende Beziehungen zu Gleichaltrigen
- Verfügbarkeit jüngerer bzw. sozial/intellektuell unterlegener Opfer

Häufige Belastungsfaktoren

- (früh-)kindliche Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten
- reduziertes Selbstwertgefühl
- Außenseiter, Einzelgänger, gestörtes Kontaktverhalten
- sexuell infantil oder frühreif
- körperliche Auffälligkeiten (dadurch Befürchtung, von angemessenen potentiellen Sexualpartnern abgelehnt zu werden und in der Folge mangelnde Bemühungen um Aufbau angemessener sexueller Beziehungen)
- gewalttätiges Familienklima
- „sexualisierte Familienatmosphäre“ bzw. für die Kinder sichtbarer und erfahrbarer unangemessener Umgang mit Sexualität
- unvollständige Familie
- mehrfacher Wechsel der Bezugspersonen
- längere Heimaufenthalte

Testpsychologie und weitere Untersuchungen

Als störungsspezifisches testpsychologisches Verfahren steht das „Multiphasic Sex Inventory für Jugendliche“ (MSI-J) zur Verfügung sowie das Verfahren zur Risikoeinschätzung „Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism“ (ERASOR). Bei älteren Jugendlichen und Heranwachsenden wird z. T. auch das für Erwachsene evaluierte Verfahren „Sexual Violence Risk-20“ (SVR-20) eingesetzt, für das allerdings bzgl. Minderjähriger bisher keine ausreichend evaluierten Daten vorliegen.

Als Persönlichkeitsverfahren werden z. B. „Freiburger Persönlichkeitsinventar“ (FPI), „Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen“ (FKK), „Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche“ (Hanes KJ) eingesetzt und ab dem 16. Lebensjahr das „Neo-Persönlichkeitsinventar – Revision“ (NEO-PI-R), welches sowohl für die Selbst- als auch Fremdbeschreibung vorliegt.

Ergänzend sollten Intelligenzniveau und Teilleistungsstörungen bestimmt werden.

Bei Hinweisen aus der Vorgeschichte oder aktuellen Hinweisen auf eine körperliche bzw. neurologische Schädigung sind entsprechend körperliche und neurologische Untersuchung notwendig.

Bei Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, und/oder Medikamentenmissbrauch sind entsprechende Labor-Screenings indiziert.

Weitergehende Diagnostik

Pränatale Alkoholexposition scheint besonders häufig zu unangemessenem Sexualverhalten im Jugendlichen- und Erwachsenenalter zu führen (Baumbach, 2002). Die bei diesem Personenkreis häufig persistierenden Defizite in Gedächtnis und exekutiven Funktionen wie Treffen von Entscheidungen, Planung, Initiative, Setzen von Prioritäten, Sequenzieren, motorische Kontrolle, emotionale Regulation, Problemlösung, Impulskontrolle, Setzen von Zielen, Beobachtung der Ergebnisse von Handlungen und Selbstkorrektur erfordern Anpassungen hinsichtlich Diagnostik und Behandlung der Sexualdelinquenz. Gezielte Anamneseerhebung und Diagnostik hinsichtlich des Vorliegens eines embryofetalen Alkoholsyndroms (z. B. unterstützt durch Fotos im Säuglings- und Kleinkindalter) sind daher ggf. sinnvoll.

Risikofaktoren für gewalttätiges Sexualverhalten

- *Anamnestic Hinweis auf eine Störung der psychosozialen Anpassung:* Sexuelle Deviation, Opfer von Kindesmissbrauch, schwere psychische Störung, Alkohol-/Drogenproblematik, suizidale/homizide Gedanken, Beziehungsprobleme, Beschäftigungsprobleme, nicht-sexuelle gewalttätige Vordelinquenz, gewaltfreie Vordelikte, früheres Bewährungsversagen
- *Anamnestic Hinweis auf Sexualdelinquenz:* Hohe Deliktfrequenz, multiple Formen der Sexualdelinquenz, physische Verletzung der Opfer, Waffengebrauch / Todesdrohung gegen Opfer, Zunahme der Deliktfrequenz oder Deliktsschwere, extremes Bagatellisieren oder Leugnen und Delikt fördernde Ansichten
- *Fehlen realistischer Zukunftspläne:* Fehlen realistischer Pläne und Ablehnung weiterer Interventionen

Risiken für Rezidive sexueller Delikte

- mehrere Opfer
- kindliche Opfer
- Opfer ist viel jünger
- völlig fremde Opfer
- kein gemeinschaftliches Handeln
- Tat nicht unter Alkoholeinfluss
- mehrere Sexualdelikte in der Vorgeschichte
- Behandlungsabbrüche in der Vorgeschichte

Insgesamt lassen sich die Risikomerkmale vorläufig in folgenden Kontext stellen: Junge einschlägig rückfällige weisen eine so hohe Tatbereitschaft auf, dass es kaum enthemmender Faktoren bedarf, um sie zu dem Delikt zu veranlassen. Sie benötigen weder die Dynamik einer gemeinsamen Tatbegehung noch die enthemmende Wirkung des Alkohols. Statt ‚günstiger‘ Situationen wählen sie fremde Opfer, bei denen sie von fehlendem Einver-

ständnis ausgehen *müssen*. Die Opfer werden nicht in der eigenen Altersgruppe bei gemeinsamer Freizeitgestaltung ‚gefunden‘, sondern aktiv gesucht. Dies und der Umstand, dass sie häufiger mehrere Opfer haben, zeigt zudem, dass das Handlungsziel nicht der Kontakt zu einer individualisierten Person ist, der gegenüber persönliche Motive handlungsleitend sind. Nicht die vorgefundene Situation mit ihren vermeintlichen Möglichkeiten, sondern intrinsische Faktoren lösen die Tat aus.

Bisherige Studienergebnisse schwanken hinsichtlich Rückfälligkeit bei jugendlichen Sexualstraftätern je nach berücksichtigtem Zeitraum zwischen etwa 4% und 79%. Das Rückfallrisiko ist anscheinend niedriger als bei erwachsenen Sexualstraftätern. Andererseits ist von einer äußerst heterogenen Gruppe auszugehen und es spricht viel dafür, dass jugendliche Sexualstraftäter im Vergleich zur Normalpopulation eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, erneut ein Sexualdelikt zu begehen. Die aus anderen kriminologischen Studien bekannte Episodenhaftigkeit der Delinquenz junger Menschen, die im Regelfall eine eher zurückhaltende kriminalrechtliche Reaktion ratsam erscheinen lässt, gilt bei Sexualdelikten, vor allem bei fremden Opfern und größerem Altersabstand, nicht in gleicher Weise.

Bei einer Vielzahl von Sexualdelikten sind situative Aspekte wie sozialer Stress, Alkoholeinfluss, Gruppendruck oder besondere Tatgelegenheiten wesentliche Entstehungsmerkmale, so dass in diesen Fällen eine erneute Sexualstraftat dann nicht zu erwarten ist, wenn zukünftig andere situative Bedingungen gegeben sind. Dies ist z.B. bei innerfamiliären Missbrauchern der Fall, deren Opfer aus Tätersicht lediglich leicht verfügbare Ersatzobjekte waren. Weitere sexuelle Übergriffe sind bei solchen Tätern dann wenig wahrscheinlich, wenn ihnen durch geeignete Maßnahmen geeignete Opfer nicht mehr zur Verfügung stehen. Anders verhält es sich jedoch bei Tätern, deren sexuelle Handlungen Ausdruck einer allgemein dissozialen Störung oder einer spezifischen sexuellen Abweichung sind. Hier ist die nachhaltige Reduzierung des Rückfallrisikos nur durch gezielte therapeutische Interventionen erreichbar, da die deliktrelevante Neigung meist auch nach längeren Freiheitsstrafen noch bestehen bleibt.

Jugendliche, die ein spezifisches Programm erfolgreich durchlaufen, haben ein niedrigeres Rückfallrisiko sowohl hinsichtlich einschlägiger als auch anderer Delikte.

Interventionen

Ziel der Behandlung jugendlicher sexuell Delinquenter ist, dass a) es keine weiteren Übergriffe mehr gibt und b) die Jugendlichen in die Lage versetzt werden, ein möglichst selbstbestimmtes, aber psychosozial angepasstes Leben zu führen.

Im Mittelpunkt der Therapie steht die Arbeit mit dem Deliktszenario, in dem Realitätsverzerrungen, Tilgungen von missbrauchsbezogenen Erlebnisinhalten, Bagatellisieren emotionaler Zustände sowie Verleugnen eigener Handlungen beseitigt werden sollen. Ziel ist es, Selbstkontrolle hinsichtlich der delinquenten Handlungen einzuführen und zu stärken, sowie den Lernprozess der Jugendlichen hinsichtlich ihres Delikts und des Deliktvorlaufs voranzubringen.

Eine deliktorientierte, auf jugendliche Sexualstraftäter zugeschnittene spezifische Behandlung unter Einbezug einer entsprechenden peer-group ist notwendig. Eine Fokussierung auf das spezifische Delikt und dessen Entstehung beim jugendlichen Sexualstraftäter ist von zentraler Bedeutung. Darüber hinaus müssen zahlreiche sich noch in der Entwicklung befindliche Bereiche berücksichtigt werden. Dies gilt für die Sexualentwicklung ebenso wie für die Entwicklung der persönlichen Identität und die Entwicklung sozialer Rollen und Beziehungen. Effektive Programme zielen direkt auf die Probleme, die in Zusammenhang mit der Tat stehen, und beinhalten außerdem Sexualerziehung sowie Methoden zur Entwicklung neuer konstruktiver, gesellschaftlich angemessener sozialer Fertigkeiten bei den Tätern. Module zur Rückfallprophylaxe sollten ebenfalls enthalten sein.

Auch wenn Günter (2001, S. 41) der Meinung ist, dass „die vordergründige sexuelle Problematik ... oft Ausdruck einer Organisation aggressiv-destruktiver Konflikte“ ist, die „den Patienten nicht bewusst zugänglich sind“ und es aus seiner Sicht „keine ‚Sexualtherapie‘ im engeren Sinne geben kann“, sind nach der bisherigen Datenlage offenbar Delikt orientierte kognitiv-behaviorale Konzepte in Verbindung mit erziehenden und unterstützenden Maßnahmen unter Einbeziehung des Familiensystems am wirksamsten (Spitzcok von Brisinski et al., im Druck). Im Vordergrund steht Gruppentherapie in einer Gruppe sexuell delinquenter Jugendlicher, ergänzt durch Einzeltherapie. Die Dauer der bisher etablierten Behandlungsprogramme umfasst in der Regel etwa 2 Jahre. Gemeindenahe Anschlussmaßnahmen sind notwendig (Pitzing, 2004).

Eckpunkte der Behandlung

- Störungsspezifische Behandlung hinsichtlich der Kernsymptomatik mit Aufklärung und Beratung (Psychoedukation) einschließlich Strategien zur Überwindung der meist starken Bagatellisierungs- und Leugnungstendenzen (Hier sind störungshomogene Gruppen von Vorteil)
- kognitive Verhaltenstherapie zur Verringerung und/oder Verbesserung der Kontrolle des problematischen sexuellen Verlangens (z. B. Reizüberflutung, kognitives Umstrukturieren, Entwickeln von Empathie für das Opfer)
- Methoden zur Erweiterung adäquater sexueller Interessen/Fertigkeiten (z. B. Training sozialer Kompetenzen, Selbstbehauptungstraining, Sexualerziehung, Paartherapie)
- Erarbeitung eines Zugangs zur emotionalen Befindlichkeit: Kreativtherapien (Musik, Kunst)
- Aufklärung und Beratung der Eltern und der Erzieher/Lehrer oder anderer wichtiger Bezugspersonen
- Interventionen in der Familie
- Klare Regelungen bzgl. Beziehungsaufnahme zu Personen, die potentielle Opfer darstellen (z. B. dass potentielles Opfer und Erziehungsberechtigte vom sexuell-delinquenten Jugendlichen in Begleitung seines Therapeuten/Bezugsbetreuers über die Taten des Jugendlichen klar informiert werden und alle Beteiligten ihr Einverständnis geben müssen zur Fortsetzung der Beziehung bzw. ggf. eine Fortsetzung untersagt und kontrolliert werden muss)
- Verlaufskontrolle
- Behandlung komorbider Störungen (Psychotherapie, Pharmakotherapie)

Medikamentöse Behandlung

Sind Psychotherapie und pädagogische Maßnahmen hinsichtlich der Kernsymptomatik nicht ausreichend, kommt u. U. eine zusätzliche pharmakologische Behandlung in Betracht zur Libidosenkung bei paraphilen und nicht-paraphilen hypersexuellen Störungen. Eine medikamentöse Behandlung ausschließlich zur Reduzierung des Sexualtriebs stellt einen Eingriff in die persönliche Freiheit des Individuums dar und bedarf deshalb der schriftlich dokumentierten freiwilligen Zustimmung des Betroffenen bzw.

in entsprechenden Fällen des gesetzlichen Vertreters nach eingehender ebenfalls zu dokumentierender Aufklärung über zu erwartende Wirkungen und mögliche Risiken und Nebenwirkungen. Eine Antiandrogenbehandlung kann in Deutschland weder vom Arzt noch vom Richter angeordnet werden. An eine Therapieablehnung hat man sich strikt zu halten.

Während zur medikamentösen Behandlung erwachsener Sexualstraftäter eine Reihe von Studien und teils langjährige Erfahrungen vorliegen, ist die Datenlage bzgl. der Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter unzureichend. Vereinzelt liegen Berichte vor für Leuprolid und Cyproteronacetat sowie SSRI, Risperidon und Naltrexon hinsichtlich Abnahme von übermäßig häufigem Masturbieren, Zunahme von Erregungskontrolle, Abnahme von übermäßig häufigen sexuellen Fantasien und Abnahme von das Behandlungsprogramm störenden sexuellen Fantasien. SSRI sollen neben der Hypersexualität auch ggf. vorliegende zwanghafte Elemente bzgl. des sexuell delinquenten Verhaltens positiv beeinflussen.

Für den Einsatz von Androgenen ist die Pubertätsentwicklung in der Regel mit 16 Jahren ausreichend vorangeschritten. Vor Behandlungsbeginn werden jedoch immer in Zusammenarbeit mit Andrologen individueller Entwicklungsstand der sexuellen Reifung und endokrinologischer Status des Jugendlichen beurteilt. Eine dabei ggf. diagnostizierte verfrühte oder verzögerte Pubertätsentwicklung bedarf der Abklärung (Hebebrand et al., 2002).

Auswahl des Settings für Interventionen

Die Verantwortung für den Gesamtprozess tragen Justiz und Jugendamt unter Beteiligung der Eltern. Ein klarer juristischer Rahmen ist aufgrund der meist starken Bagatellisierungs- und Leugnungstendenzen erforderlich. Die Erstattung einer Anzeige bzw. die daraus drohenden Konsequenzen können Behandlungsmotivation und –verantwortung u. U. positiv beeinflussen.

Ob eine ambulante Behandlung ausreicht oder eine stationäre Behandlung notwendig ist, hängt u. a. ab von der Einordnung des Jugendlichen im Hinblick auf sein Gefährdungspotential, der Kooperationsbereitschaft des Jugendlichen und der Erziehungsberechtigten, der Behandlungsbedürftigkeit komorbider Störungen, dem Vorhandensein spezifischer Behandlungsangebote vor Ort, der Einbindung in betreuende, kontrollierende Strukturen vor Ort und Begleitmaßnahmen (z. B. Heimunterbringung).

Unterschiedliche Settings/Gruppen sind erforderlich je nach Alter (strafmündig oder nicht), kognitiven Fähigkeiten (geistige Behinderung oder eher durchschnittliche Intelligenz) und Geschlecht (Jungengruppe bzw. Mädchengruppe, ggf. auch gemischtgeschlechtliche Tätergruppe).

Voraussetzungen ambulanter Behandlung

Opferschutz: Die grundlegende Voraussetzung für die Aufnahme einer ambulanten Therapie ist die Sicherstellung des Schutzes der von den Übergriffen Betroffenen. Insbesondere wenn die sexuelle Gewalt innerhalb der Familie stattfand, muss das betroffene Kind vor weiteren Übergriffen sicher geschützt sein.

Rezidivgefahr bzw. Gefährdungspotential: Die im Vergleich zur stationären Therapie verringerten Kontrollmöglichkeiten müssen verantwortbar sein.

Komorbide Störungen: Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik zum Ausschluss komorbider Störungen (z. B. Alkohol- oder Drogenabhängigkeit) ist erforderlich. Es darf keine Begleitstörung vorliegen, die einer stationären Behandlung bedarf.

Stabile äußere Lebenssituation: Die Lebensrealität der Jugendlichen ist häufig von Beziehungs- und Kontaktproblemen sowie anhaltenden schulischen oder beruflichen Misserfolgen gekennzeichnet. Dies wiederum führt zu einer chronischen Labilisierung des Selbstwertgefühls und erhöht die Wahrscheinlichkeit der Kompensation durch erneute sexuelle Übergriffe. Daher ist es unerlässlich, den Jugendlichen durch begleitende pädagogische Maßnahmen neue Perspektiven zu eröffnen. Dies betrifft sowohl eine stabile Wohnsituation, regelmäßige Schulbesuche als auch zufriedenstellende Freizeitaktivitäten.

Offenlegung der Übergriffe: Von dem Jugendlichen müssen die Übergriffe in dem bisher bekannt gewordenen Umfang eingeräumt werden. Ein Erklärungsmodell und die volle Übernahme der Verantwortung werden in der Therapie erarbeitet.

Kooperation aller Beteiligten: Die ambulante Therapie ist ein Baustein einer gesamten psychosozialen Behandlung und muss in verbindliche, kontinuierliche und transparente Kooperationsbeziehungen eingebettet sein. Die Kontinuität muss durch regelmäßige Hilfesprache zusammen mit dem Jugendlichen sichergestellt sein, der gesamte Hilfeprozess im Rahmen eines Case-Managements sollte durch den zuständigen Allgemeinen Sozialen Dienst koordiniert werden. Regelmäßige Eltern- und Familiengespräche werden angestrebt.

Sicherstellung von Kontinuität: Regelmäßige Teilnahme ist eine Voraussetzung für den Erfolg einer ambulanten Therapie. Es müssen daher zu Beginn klare Absprachen über die Konsequenzen bei Wegbleiben oder häufigen Absagen erfolgen. Eine kontrollierende Person (Jugendamt, Jugendgerichtshilfe) wird benannt, die im Falle eines Abbruchs oder eines Ausschlusses von der weiteren Therapie benachrichtigt wird, und die dann gegebenenfalls Sanktionen einleitet (Machlitt, 2004; Pitzing, 2004).

Folgende Ziele sollten vor *Abschluss der Therapie* erreicht sein:

- Stabile Lebenssituation, befriedigende Perspektive (beruflich, Freizeit)
- (Sexuelle) Beziehungen zu Peers, Aufbau eines sozialen Netzwerks
- Erklärungsmodell für Übergriffe in den Lebenskontext einordnen können, Bedeutungszusammenhang erkennen können.
- Empathie für andere Menschen aufbringen können. Nicht nur Empathie mit dem Opfer, sondern auch Empathie in einem umfassenderen Sinne als Einfühlung in die Bedürfnisse und Gefühle anderer Menschen.
- Gefährdungssituationen erkennen und beschreiben können, Handlungsalternativen entwickeln.
- Entwicklungsaspekte: Ablösung von Eltern, abgegrenzte Beziehungen leben und aushalten können.
- Sprache finden für das eigene Erleben, Fähigkeiten zum emotionalen Differenzieren, Ausdrücken eigener (Gewalt-)Erfahrungen.
- Übereinstimmung bzw. zumindest weitgehende Annäherung von Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung.

Indikationen für eine stationäre Krankenhausbehandlung

- Akute Eigen- oder Fremdgefährdung
- Spezifische ambulante Behandlung ist nicht möglich bzw. ausreichend oder wohnortnah nicht verfügbar
- Stationär behandlungsbedürftige psychiatrische Begleitstörung
- ausgeprägte Rezidivgefahr

Eckpunkte stationärer Behandlung

- Stationäre Milieuthherapie
- enge Verzahnung zwischen Alltag und Therapie zur Überwindung der Bagatellisierungs- und Leugnungstendenzen
- Fokussierung auf die Station als therapeutische Gemeinschaft und Gruppentherapie
- Arbeit mit dem Bezugssystem (Familie, Heim)
- Diagnostik und Behandlung der komorbiden Störungen
- Bei stationär behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen mit sexuell delinquentem Verhalten wird in der Regel das Jugendamt einbezogen
- Kontakte mit Jugendgericht bzw. Bewährungshelfern sind bei Straffälligkeit notwendig
- Stufenweise Weiterbehandlung (nach der stationären Krankenhausbehandlung in der Regel stationäre Jugendhilfemaßnahmen und ambulante Behandlung)

Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Spezifische stationäre Jugendhilfe- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen (ein Verzeichnis für Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen findet sich bei Gruber, 2004) kommen in Betracht, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung nicht (mehr) indiziert ist, jedoch intensive und umfassende pädagogische Maßnahmen erforderlich sind, zur Gewährleistung des Opferschutzes

eine hohe externe Kontrolle erforderlich ist, ein langfristiges pädagogisch-therapeutisches Angebot für Kinder und Jugendliche notwendig ist und /oder Integrationsbedarf in familiäre Ersatzstrukturen besteht.

Ist die Therapie beendet und das Risiko eines erneuten sexuellen Übergriffs deutlich reduziert, kann der Jugendliche oftmals, sofern nicht die Rückführung in den elterlichen Haushalt möglich ist, in der Einrichtung bis zum Abschluss der Schule bzw. Ausbildung, ggf. auch länger verbleiben. Auch die Verselbständigung in eine eigene Wohnung kann – soweit möglich - von hier aus erfolgen.

Nach der stationären Jugendhilfemaßnahme sind spezifische Nachsorge und ein Hilfesystem, das dem Jugendlichen weiterhin zur Seite steht, erforderlich.

Maßregelvollzug

Die Voraussetzungen für eine Unterbringung in einer Maßregelklinik folgen aus dem Strafgesetzbuch:

- § 63 StGB:

Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

- § 64 StGB:

(1) *Hat jemand den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird er wegen einer rechtswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat oder die auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deswegen nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so ordnet das Gericht seine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn die Gefahr besteht, daß er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.*

(2) *Die Anordnung unterbleibt, wenn die Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint.*

Für Jugendliche gelten die entsprechenden Paragraphen aus dem Jugendgerichtsgesetz:

- § 7 JGG:

Als Maßregeln der Besserung und Sicherung im Sinne des allgemeinen Strafrechts können die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt, die Führungsaufsicht oder die Entziehung der Fahrerlaubnis angeordnet werden (§ 61 Nr.1, 2, 5, 6 StGB).

- § 93a:

(1) Die Maßregel nach § 61 Nr.2 des StGB wird in einer Einrichtung vollzogen, in der die für die Behandlung suchtkranker Jugendlicher erforderlichen besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen zur Verfügung stehen.

(2) Um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen, kann der Vollzug aufgelockert und weitgehend in freien Formen durchgeführt werden.

Stets ist für die Feststellung einer Maßregel gemäß § 246a StPO ein Sachverständigengutachten erforderlich (Häßler, 2005).

Bisher stehen in Deutschland jedoch nur wenige spezifische Behandlungsplätze im Maßregelvollzug für Jugendliche zur Verfügung.

Sozialtherapeutischer Strafvollzug

In Betracht kommen Verurteilungen nach Vergewaltigung und sexueller Nötigung (§§ 177, mit Todesfolge § 178 StGB), Sexualmord (§ 211 StGB), Sexuellem Missbrauch von Kindern (§§ 176, 176 a und b StGB), von Schutzbefohlenen (§ 174 StGB); von Gefangenen, Verwahrten oder Kranken in Anstalten (§ 174a StGB), unter Ausnutzung einer Amtsstellung bzw. eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses (§§ 174b, c StGB), sexuellem Missbrauch Widerstandsunfähiger (§ 179 StGB) sowie exhibitionistischen Handlungen und Erregung öffentlichen Ärgernisses (§§ 183, 183a StGB).

Sozialtherapie ist für erwachsene Sexualstraftäter mit Freiheitsstrafen über zwei Jahren gesetzlich verpflichtend vorgeschrieben. Für jugendliche Sexualstraftäter erscheint dies ebenfalls sinnvoll, die Aufnahme in sozialtherapeutische Abteilungen im Jugendvollzug erfolgt jedoch bisher auf freiwilliger Basis (Spitzcok von Brisinski et al., 2005).

Die bisher eingerichteten Behandlungskonzepte sehen einen Behandlungszeitraum von bis zu 2 Jahren vor. Komponenten sind Soziotherapie zur Förderung von Kommunikation, Regelbewusstsein sowie selbständiger Strukturierung des Lebensumfeldes, Psychotherapie als kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppen- und Einzeltherapie sowie Kunsttherapie, Sozialpädagogik zur Förderung sozialer Kompetenzen, Bildung und Ausbildung als protektive Faktoren für die berufliche Eingliederung nach Entlassung, Ergotherapie zur Förderung von Basiskompetenzen und Freizeitaktivitäten zur Ausbildung eines strukturierten Freizeitverhaltens (Hollweg et al., 2004; Spitzcok von Brisinski, 2001).

Kritische Interventionen

Alleinige medikamentöse Behandlung, alleinige nondirektive Therapie oder alleinige unspezifische Therapie ohne Deliktorientierung und Deliktthematisierung sind nach dem heutigen Kenntnisstand nicht ausreichend wirksam (Spitzcok von Brisinski et al., im Druck).

Bei Aversionsverfahren zeigten sich in der Literatur zum Teil Erhöhungen der Rückfallraten.

Eine chirurgische Kastration ist in Deutschland erst nach dem vollendeten 25. Lebensjahr gesetzlich erlaubt und bedarf der Einwilligung.

Literatur

- Barbaree, H.E., Cortoni, F.A.* (1993) Treatment of the juvenile sex offender within the criminal justice and mental health systems. In: Barbaree, H.E., Marshall, W.L., Hudson, S.M. (Hg.) *The juvenile sex offender*. New York: The Guilford Press, 243-263
- Baumbach, J.* (2002) Some implications of prenatal alcohol exposure for the treatment of adolescents with sexual offending behaviors. *Sex Abuse* 14(4), 313-27
- Beier, K.M.* (2003) Sexuelle Verhaltensabweichungen. In: R.Lempp, G. Schütze & G. Köhnken. *Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters*, 213-231. Darmstadt: Steinkopff
- Beier, K. M., Bosinski, H. A. G., Loewit, K.* (2005) *Sexualmedizin*. Urban & Fischer, München 2. Aufl.
- Bourke, M. L., Donohue, B.* (1996) Assessment and treatment of juvenile sex offenders: an empirical review. *Journal of Child Sexual Abuse* 5, 47-70
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin* (Hg.) (2002): Leitlinie Vernachlässigung / Misshandlung. www.dgspj.de/llvernachlaessigungkm.php
- Deutsches Jugendinstitut* (2005) Prüfbogen zur Einschätzung des Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisikos. <http://db.dji.de/asd/misshandlungsrisiko.dot>
- Efta-Breitbach, J., Freeman, K. A.* (2004) Recidivism and resilience in juvenile sexual offenders: an analysis of the literature. *J Child Sex Abuse* 13, 257-79

- Elz, J.* (2003) Sexuell deviante Jugendliche und Heranwachsende. Kriminologie und Praxis; Bd. 41. Wiesbaden: KrimZ
- Gerardin, P., Thibaut, F.* (2004) Epidemiology and treatment of juvenile sexual offending. *Paediatr Drugs* 6, 79-91
- Fiedler, P.* (2004). Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung. Weinheim: PVU
- Groth, A. N., Lored, C. M.* (1981) Juvenile sexual offenders: Guidelines for assessment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 25, 31-39
- Groth, A. N., Hobson, W. F., Lucey, K. P., St. Pierre, J.* (1981) Juvenile sexual offenders: Guidelines for treatment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 25, 265-272
- Gruber, T.* (2004) Ratgeber für den Umgang mit sexuell auffälligen Jungen. erkennen · verstehen · handeln. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf
- Gruber, T., Rothaus, W.* (1999) Systemische Therapie mit jugendlichen Sexualstraftätern in einer symptomhomogenen Gruppe. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe* 48, 341-348
- Gruber, T., Waschlewski, S., Deegener, G.* (2003) Multiphasic Sex Inventory für Jugendliche (MSI-J). Fragebogen zur Erfassung psychosexueller Merkmale bei jugendlichen Straftätern. Göttingen: Hogrefe
- Günter, M.* (2001) Die Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter aus psychoanalytischer Sicht. *Kinderanalyse* 9, 41-59
- Günter, M.* (2005) Jugendliche und erwachsene Sexualstraftäter im Vergleich: Psychiatrische Charakteristika und späteres Rückfallrisiko. In: Clauss, M., Karle, M., Günter, M., Barth, G. (Hg.) Sexuelle Entwicklung - sexuelle Gewalt. Grundlagen forensischer Begutachtung von Kindern und Jugendlichen. Lengerich: Pabst Science Publishers 2005
- Hagan, M. P., Gust-Brey, K. L., Cho, M. E., Dow, E.* (2001) Eight-year comparative analyses of adolescent rapists, adolescent child molesters, other adolescent delinquents, and the general population. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 45, 314-324
- Hanson, R. K., Morton-Bourgon, K. E.* (2005) The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *J Consult Clin Psychol* 73, 1154-1163
- Häßler, F.* (2005) Jugendliche Sexualstraftäter im Maßregelvollzug. In: Clauss, M., Karle, M., Günter, M., Barth, G. (Hg.) Sexuelle Entwicklung - sexuelle Gewalt. Grundlagen forensischer Begutachtung von Kindern und Jugendlichen. Lengerich: Pabst Science Publishers
- Hebebrand, K., Hebebrand, J., Remschmidt, H.* (2002) Medikamente in der Behandlung von Paraphilien und hypersexuellen Störungen. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 70, 462-475
- Hollweg, M., Postpischil, S., Liwon, N.* (2004) Behandlung junger Sexualstraftäter in der Sozialtherapeutischen Abteilung der Justizvollzugsanstalt München. *IKK-Nachrichten* 1-2, 7-10
- Jones, R.* (2003) Research and practice with adolescent sexual offenders. In: Ward, T., Laws, D. R., Hudson, S. (Hg.), *Sexual deviance. Issues and controversies*. Thousand Oaks, CA: Sage, 190-206
- Kobayashi, J., Sales, B. D., Becker, J.V., Figueredo, A. J., Kaplan, M. S.* (1995) Perceived parental deviance, parent child-bonding, child-abuse, and child sexual aggression. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 7, 25-43
- Köhler, D.* (2004) Psychische Störungen bei jungen Straftätern. Hamburg: Verlag Dr. Kovac

- Köhler, D., Müller, S., Hinrichs, G.* (2005) Die Tatortanalyse auf dem empirischen Prüfstand. In: Saimeh, N. (Hg.): Was wirkt? Prävention – Behandlung – Rehabilitation. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 148-166
- Kubik, E. K., Hecker, J. E., Righthand, S.* (2002) Adolescent females who have sexually offended: comparisons with delinquent adolescent female offenders and adolescent males who sexually offend. *J Child Sex Abus* 11, 63-83
- Machlitt, K.* (2004) Ambulante Einzeltherapie mit sexuell grenzverletzenden Jugendlichen im Kinderschutz-Zentrum Hamburg. *IKK-Nachrichten* 1-2, 29-32
- Meyer-Deters, W.* (2003) Minderjährige sexuelle Mißbraucher – Eine Herausforderung für die Jugendhilfe. In: Braun, G., Hasebrink, M., Huxoll, M. (Hg.) Pädosexualität ist Gewalt. (Wie) Kann die Jugendhilfe schützen? Beltz, Weinheim, 79–102
- Müller-Isberner, R., Gonzalez Cabeza, S., Eucker, S.* (2000) Die Vorhersage sexueller Gewalttaten mit dem SVR-20. Haina: Institut für Forensische Psychiatrie
- Müller, S., Köhler, D., Hinrichs, G.* (2005) Täterverhalten und Persönlichkeit. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaften
- National Center on Sexual Behavior of Youth (NCSBY): Selected Readings. Adolescent Sex Offenders & Children with Sexual Behavior Problems.*
www.ncsby.org/pages/publications/Select%20Readings.pdf
- Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP): A Comprehensive Bibliography of Scholarly Research and Literature Relating to Juvenile Sex Offenders.*
<http://ojjdp.ncjrs.org/juvsexoff/sexbibtopic.html>
- Pitzing, H. J.* (2004) Ambulante Psychotherapie von Sexualstraftätern ist ein Beitrag zum Opferschutz. Ist Therapie mit Kontrolle vereinbar?
www.dgvt.de/Ambulante_Psychotherapie_von_S.213.0.html
- Prentky, R. A., Righthand, S.* (2002) Juvenile Sex Offender Assessment Protocol (JSOAP-II) – Manual. Massachusetts, USA
- Righthand, S., Welch, C.* (2001) Juveniles Who Have Sexually Offended. A Review of the Professional Literature www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/184739.pdf
- Rotthaus, W., Gruber, T.* (2004) Die systemische Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter. *Psychotherapie im Dialog* 5, 120-127
- Schläpke, D., Häßler, F., Fegert, J. M.* (Hg.) (2005) Sexualstraftaten. Forensische Begutachtung, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Schattauer
- Schmelzle, M., Knölker, U.* (2002) Therapie unter Zwang? Gruppenpsychotherapie jugendlicher Sexualdelinquenten. Lengerich: Pabst Publishers
- Spitzcok von Brisinski, I., Gruber, T., Hinrichs, G., Schaff, C.* (im Druck) Sexuell delinquentes Verhalten. In: Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hg.) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3. überarb. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Spitzcok von Brisinski, U.* (2001) Jugendliche Sexualstraftäter im niedersächsischen Vollzug. Zum Aufbau einer delikthomogen belegten Vollzugsabteilung in der Jugendanstalt Hameln. *Zeitschrift für Strafvollzug u. Straffälligenhilfe* 5, 285-288
- Spitzcok von Brisinski, U., Alsleben, R., Zahn, W.* (2005) Sozialtherapie für Sexualstraftäter im Jugendvollzug. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe* 3, 131-137
- Straub, U., Witt, R.* (2003) Polizeiliche Vorerkenntnisse von Vergewaltigern. Ein Projekt zur Optimierung der Einschätzung von polizeilichen Vorerkenntnissen im Rahmen der Erstellung eines Täterprofils bei operativen Fallanalysen. *Kriminalistik*, 57, 19-30

- Waite, D., Keller, A., McGarvey, E. L., Wieckowski, E., Pinkerton, R., Brown, G. L. (2005) Juvenile sex offender re-arrest rates for sexual, violent nonsexual and property crimes: a 10-year follow-up. *Sex Abuse* 17, 313-331
- Walker, D. F., McGovern, S. K., Poey, E. L., Otis, K. E. (2004) Treatment effectiveness for male adolescent sexual offenders: a meta-analysis and review. *J Child Sex Abus* 13, 281-293
- Worling, J. R., Curwen, T. (2000) Adolescent sexual offender recidivism: Success of specialized treatment and implications for risk prediction. *Child Abuse & Neglect*, 24, 965-982
- Worling, J. R., Curwen, T. (2001) The ERASOR – Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism; Version 2.0. SAFE-T Program, Thistleton Regional Centre, Toronto, Ontario, Canada

Angaben zu den Autoren

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Rheinische Kliniken Viersen, Horionstr. 14, 41749 Viersen
Tel. 02162-965000, Fax 02162 96-5038
eMail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de

Dipl.-Psych. Thomas Gruber
Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Rheinische Kliniken Viersen, Horionstr. 14, 41749 Viersen
Tel. 02162-9631, Fax 02162 96-5038, eMail: Thomas.Gruber@lvr.de

Dr.phil. Dipl.-Psych. Denis Köhler
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein - Campus Kiel
Niemannsweg 147, 24105 Kiel, eMail: d.koehler@zip-kiel.de

Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. Günter Hinrichs, Kiel
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein - Campus Kiel
Niemannsweg 147, 24105 Kiel, eMail: g.hinrichs@kiju-psych.uni-kiel.de

Dr. med. Christa Schaff
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurologie
und Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie, Psycho-
analyse
Im Spital / Stuttgarter Str. 51, D-71263 Weil der Stadt
Tel. 07033-691135, Fax 07033-80556, eMail: bkjpp@dr-schaff.de

Welche Angebote und Hilfen stehen dem Jugendamt bei Beeinträchtigung oder Gefährdung des Kindeswohls zur Verfügung?

Herbert Blüml

Der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) ist auf der Grundlage seiner „Lebenswelt orientierten, ganzheitlichen und Gesetz übergreifenden Aufgabenwahrnehmung“¹² die zentrale Schnittstelle der Jugendhilfe in der Bearbeitung des akuten Schutz- und Hilfebedarfs von Minderjährigen bei eingeschränkter Gewährleistung oder Gefährdungen des Kindeswohls. Die Tätigkeit des ASD gründet einerseits auf dem *staatlichen Wächterauftrag*, der dazu veranlasst, eine drohende oder akute Gefährdung durch eine dem Einzelfall angemessene Intervention zu beenden, und basiert andererseits auf dem generellen Auftrag des Sozialstaates über gesetzliche und kommunale Schutzvorgaben Gefährdungen von Minderjährigen weitgehend zu verhindern.¹³ Somit ist die einzelne ASD-Fachkraft in ihrem Bezirk sowohl tätig im Sinne von *Gemeinwesenarbeit* als auch verantwortlich für die Initiierung und *Steuerung* der auf den Einzelfall bezogenen Diagnose- und Hilfeprozesse. Sie hat damit die Verantwortung für ein Arbeitsfeld, das eine Vielzahl von Elementen und Bezügen umfasst und das in seiner Bandbreite von den Vorgaben der Sozialpolitik, der Ressourcen und der Handlungslogik Sozialer Dienste bis hinein in den Bereich der privaten Selbstorganisation reicht.

Die ASD-Fachkraft hat im Kontext dieser Beratungs- und Koordinationsleistung in ortsunterschiedlicher Quantität und Qualität Zugriff auf eine Reihe von Unterstützungs- und Hilfeangeboten öffentlicher und freier Leistungsträger.

¹² Vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2003a; kritisch zu diesem hohen Anspruch u.a. Thiersch 1993, Greese 1994, Lachnit 2003.

¹³ Vgl. Proksch 1995 unter Bezug auf den 8. Jugendbericht, Bundestags-Drucksache 11 / 6576, S. 85.

Unmittelbarer Hilfebedarf bei eingeschränkter Erfüllung kindlicher Grundbedürfnisse

Eine Handlungsverpflichtung entsteht für die zuständige ASD-Fachkraft bereits dann, wenn ihr aufgrund eigener Erkenntnis oder einer Gefährdungsmeldung eine erhebliche Beeinträchtigung des Kindeswohls eines/einer Minderjährigen bekannt wird, die Beeinträchtigung(en) jedoch noch unterhalb der Gefährdungsschwelle der §§ 1666 und 1666 a BGB einzuordnen ist(sind).

In diesem Fall hat sie, ggf. unter Einbezug der Fachvorgesetzten, eines Fachteams bzw. von ExpertInnen,¹⁴ innerhalb eines angemessenen Zeitraumes folgende Leistungen zu erbringen:

- Im direkten Kontakt mit dem/der Minderjährigen und dessen/deren Bezugspersonen¹⁵ ist eine erste Gefährdungs- und Sicherheitseinschätzung, ggf. in kollegialer Co-Arbeit¹⁶ und unter Einbezug der Angaben der meldenden Personen oder Institutionen vorzunehmen (vgl. § 8 a Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB VIII).
- Die Betroffenen sind in diesem Zusammenhang über den Auftrag¹⁷ der ASD-Fachkraft, den Anlass des Tätigwerdens sowie die Besonderheiten der festgestellten Beeinträchtigungen und die aus fachlicher Sicht erforderlichen nächsten Schritte aufzuklären. Sie sind weiterhin in einer für sie verständlichen Weise¹⁸ vor einer Entscheidung über die Inanspruchnahme einer Hilfe, über die infrage kommenden erzieherischen und materiellen Angebote und Hilfen und deren örtliche Verfügbarkeit,¹⁹ Besonderheiten²⁰ und mögliche Wirkungen zu informieren (vgl. § 8 a Abs. 1 Satz 3 SGB VIII).

¹⁴ Die Verpflichtung zum Einbezug ist in den einzelnen Orten z.B. als Empfehlung oder als verbindliche Verpflichtung recht unterschiedlich geregelt.

¹⁵ Vgl. zum Doppelcharakter des Hausbesuchs zwischen Kolonialisierung des Privaten und aufsuchender Hilfestellung u.a. Neuffer / Ollman 2000, S. 13.

¹⁶ Soweit dies der Einzelfall erfordert. Vgl. dazu Deutscher Städtetag 2003, S. 7.

¹⁷ Vgl. Hinweise sowohl auf den Beratungs- und Hilfeauftrag wie auch auf die Garantenstellung und den damit verbundenen Auftrag, im Gefährdungsfall auch einen Eingriff herbeiführen zu müssen.

¹⁸ Vgl. Wiesner 1995, § 36 SGB VIII Rd.-Nr. 19 a.

¹⁹ Hinweise z.B. darüber, ab wann, in welcher Qualität und für welchen Zeitraum eine entsprechende Hilfe örtlich zur Verfügung steht.

²⁰ Hinweise sowohl über die Folgen für die weitere Entwicklung des / der Minderjährigen und z.B. auch darüber, welche eventuellen Kosten sowie rechtlichen und sozialen Folgen die Annahme der jeweiligen Hilfe auch für die Bezugspersonen haben kann.

- Soweit dies im Einzelfall erforderlich und möglich ist, sind die HilfedressatInnen über die Notwendigkeit, den Zweck²¹ und mögliche Ziele eines Hilfeplanverfahrens gemäß § 36 SGB VIII, die Rechte und Pflichten der Verfahrensbeteiligten und über die zentrale Bedeutung ihrer aktiven Mitarbeit bei der gemeinsamen Suche und Gestaltung der geeigneten Hilfe(n) aufzuklären.

Unmittelbarer Hilfebedarf bei Kindeswohlgefährdung

Eine Verpflichtung zum *unverzüglichen Handeln*²² ist für die fallzuständige Fachkraft jedoch vor allem dann gegeben, wenn eine *Gefährdung des Kindeswohls* vorliegt, also die Voraussetzungen für die Anwendung der §§ 1666, 1666 a BGB bestehen. Die ASD-Fachkraft ist in diesem Fall auch dann zu einer sofortigen Intervention zum Schutz des/der Minderjährigen verpflichtet, wenn die Sorgeberechtigten nicht gewillt oder in der Lage sind, die Gefährdung selbst oder mit fachlicher Hilfe abzuwenden. In Zusammenhang mit dieser Fallkonstellation sind u.a. folgende erste Maßnahmen und Hilfen zu erbringen:

- Soweit die Kindeswohlgefährdung nach einer ersten Gefährdungs- und Sicherheitseinschätzung nicht durch andere Mittel²³ – z.B. eine sofort einsetzende *ambulante Hilfe* – abgewendet werden kann, hat die zuständige ASD-Fachkraft unter Einbezug der nächsten Vorgesetzten,²⁴ entweder mit Zustimmung der Sorgeberechtigten oder ersatzweise über eine Entscheidung des Familiengerichts (§ 8 a Abs. 3 Satz 1 SGB VIII) bzw. in Eilzuständigkeit²⁵ und im Einzelfall unter Einbezug der Polizei (§ 8a Abs. 4 Satz 2, § 42 Abs. 6 SGB VI-II), die *Herausnahme und Notunterbringung* zu veranlassen (§ 42 SGB VIII Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen). Eine Notunterbringung hat die ASD-Fachkraft auch im Fall der (Selbst-)Meldung eines/einer in der Öffentlichkeit oder einer Einrichtung

²¹ Sie in ihrer Erziehungsverantwortung zu stärken. Vgl. Wiesner 1995, § 36 SGB VIII Rd.-Nr. 13.

²² Ohne Verzug bedeutet: Im Fall einer gemeldeten oder erkannten Kindeswohlgefährdung sind alle anderen anstehenden Aufgaben einer ASD-Fachkraft nachrangig. Bereits mit der Aufnahme einer Mitteilung entsteht ein Fall, der unverzüglich zu bearbeiten ist. Vgl. Empfehlung des Deutschen Städtetages 2003, 3.11 Erste Sofortreaktion, S. 3 f.

²³ Z.B. dem sofortigen Einsatz einer geeigneten SPFH.

²⁴ Vgl. Empfehlung des Deutschen Städtetages 2003, S. 3 f.; und im Sinne des „neuen“ Leitungskonzeptes einer Verfahrens- und Ergebniskontrolle vgl. Schrapper 1998a, S. 27–28.

²⁵ Soweit eine Familiengerichtsentscheidung nicht sofort erreicht werden kann.

angetroffenen gefährdeten Minderjährigen vorzunehmen, soweit nicht die Familie oder Personen aus der engeren Verwandtschaft des/der Minderjährigen für eine Sofortaufnahme geeignet sind.

- Möglichst bereits *vor* einer Notunterbringung bzw. dem (auferlegten) Einsatz einer geeigneten ambulanten Hilfe sind dem/der Minderjährigen und dessen/deren Bezugspersonen in verständlicher Form²⁶ die für die Intervention handlungsleitenden Ergebnisse der *Sicherheits- und Gefährdungseinschätzung* zu vermitteln (§ 42 Abs. 2 und 3 SGB VIII).
- Sie sind weiterhin über die im Einzelfall infrage kommenden erzieherischen und materiellen Hilfen aufzuklären (§ 8 a Abs. 1 Satz 3, § 42 Abs. 3 Satz 5 SGB VIII). Dabei ist auf die örtliche Verfügbarkeit und die Besonderheiten²⁷ der einzelnen Hilfen und Angebote hinzuweisen und sie sind über die Rechte, Pflichten und Rollen der am Interventions- und Hilfeprozess Beteiligten zu informieren.
- Unter Hinweis auf die hohe Bedeutung, die ihrer aktiven Mitarbeit am gemeinsamen Entscheidungs- und Hilfeprozess zukommt, soll nachdrücklich um die *aktive Mitwirkung* der betroffenen Minderjährigen und deren Bezugspersonen geworben werden.

Übergeordnete Merkmale zur Hilfevermittlung und -gewährung durch den ASD

Vor dem Hintergrund von Wächterauftrag, den Prinzipien der Verhältnismäßigkeit²⁸ und des Nachranges²⁹ sowie des Wunsch- und Wahlrechts³⁰ muss die zuständige ASD-Fachkraft versuchen, selbst nach einem erfolgten Eingriff in das Familiengefüge und in die Biografie des/der Minderjäh-

²⁶ Vgl. Wiesner 1995, § 36 SGB VIII Rd.-Nr. 19 a.

²⁷ So z.B., was es für die Beziehung zwischen Eltern und Kind bedeuten kann, wenn es längerfristig in einer Pflegefamilie oder in einem Heim untergebracht wird, oder auch, inwieweit und in welchem Umfang eine finanzielle Heranziehung zur Kostendeckung erfolgen kann.

²⁸ Vgl. Heilmann 2001b, S. 8: „... der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit heißt: Hilfe hat Vorrang vor staatlichen Eingriffen.“

²⁹ Dies bedeutet, die öffentliche Jugendhilfe hat die Leistung nicht zu erbringen, wenn die erforderliche und geeignete Hilfe z.B. von einem freien Jugendhilfeträger erbracht wird.

³⁰ Vgl. zu den Grenzen des Wunsch- und Wahlrechts nach §§ 5 und 36 Abs. 1 SGB VIII Münder 1995, S. 276.

rigen, zu den HilfeadressatInnen ein eher *partnerschaftliches Verhältnis*³¹ aufzubauen. Sie muss sich also fortgesetzt um eine Arbeitsbeziehung für einen zunächst nicht absehbaren Zeitraum bemühen, deren Ziel vor allem darin besteht, in einem fortzuschreibenden *Aushandlungsprozess*³² gemeinsam den Schutz und die geeigneten Hilfen für die Minderjährigen und ihr Bezugsfeld zu verwirklichen. Soweit im Einzelfall möglich, soll damit auch ein Prozess gefördert werden, dessen Ziel immer auch die *Verselbstständigung der HilfeadressatInnen* im Sinne von „Hilfe zur Selbsthilfe“ ist. Mit Schrapper (1994) ist im Hinblick auf diese gemeinsame Suche nach den im Einzelfall geeigneten Hilfen jedoch festzustellen, dass „... *sozialpädagogische Entscheidungen ... immer prozesshaft, personenbezogen und nur schwer objektivierbar (sind)*“.³³ In der *Irrtumswahrscheinlichkeit* sieht deshalb auch Schone (2001) ein konstruktives Merkmal sozialpädagogischer Beurteilungs- und Entscheidungsprozesse, das jederzeit aufgrund veränderter Ausgangssituationen oder Wahrnehmungen eine Reflexion bzw. Revision von Entscheidungen beinhaltet.³⁴ Dies bringt mit sich, dass bei jeder Maßnahme zur Sicherung des Kindeswohls, wie auch bei der Gefährdungseinschätzung und der Fortschreibung der Hilfen, immer wieder neu Rückgriff genommen werden muss auf jene verfügbaren erfahrungsbezogenen und wissenschaftlichen Erkenntnisse, die zwar nie die ersehnte Objektivität, jedoch immerhin einen möglichst hohen Grad an Entscheidungs- und Handlungssicherheit erlauben.³⁵

Um in diesem Sinne steuernd auf die qualitative Entwicklung des örtlichen Hilfeangebotes einwirken zu können, ist seitens des ASD als Ganzes und der einzelnen ASD-Fachkraft eine aktive Aufarbeitung und Umsetzung aktueller praxisrelevanter wissenschaftlicher Erkenntnisse ebenso erforderlich wie eine enge Anbindung an das örtliche bzw. bezirksbezogene Hilfenetz bzw. an ein entsprechendes *Sozialraum-Management*.

Ausgenommen von den *Notunterbringungsformen*, stehen u.a. die in Abb. 1 genannten Angebote und Hilfen für die in ihrer Entwicklung beeinträch-

³¹ Dass dies nur in einem sehr beschränkten Umfang möglich ist, ergibt sich schon aufgrund des offenkundigen Machtgefälles.

³² Vgl. Wiesner 1995, § 36 SGB VIII Rd.-Nr. 1, 3, 4, 7; Münder 1999, § 36 SGB VIII Rd.-Nr. 1, 2, 5.

³³ Schrapper 1994, S. 116.

³⁴ Schone 2000, S. 70.

³⁵ Vgl. Wiesner 1995, § 36 SGB VIII Rd.-Nr. 19 b.

tigten und gefährdeten Minderjährigen und deren Bezugspersonen zur Verfügung.

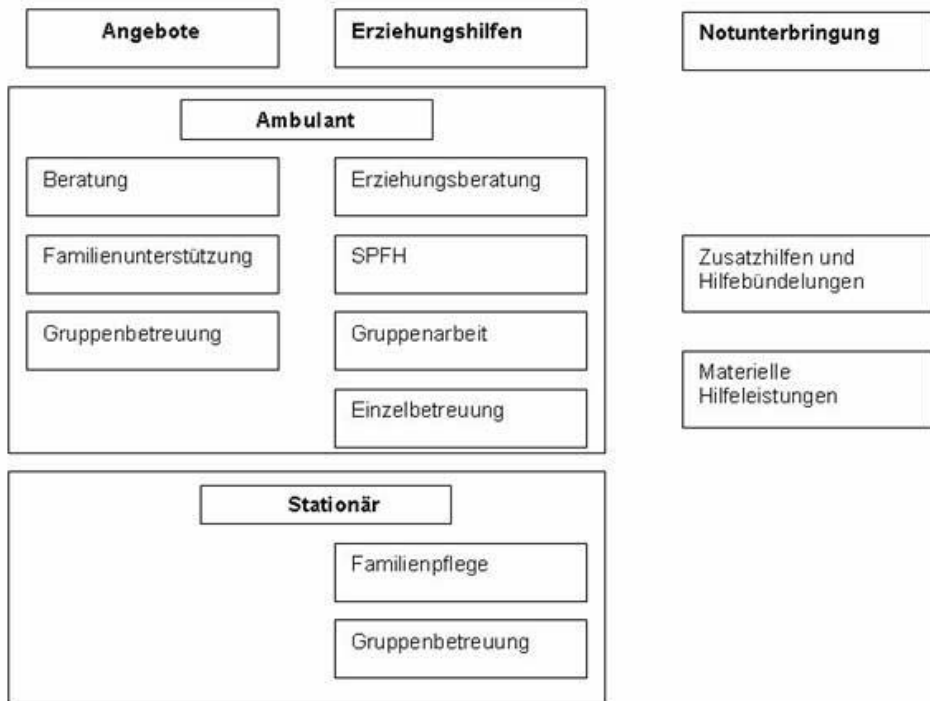


Abb.1: Angebote und Hilfen für die in ihrer Entwicklung beeinträchtigten und gefährdeten Minderjährigen und deren Bezugspersonen

Ambulante Unterstützungsangebote und Hilfen im Vorfeld einer Hilfe zur Erziehung

Ambulante Angebote und Hilfen dienen vor allem dazu, bei bestehenden Beeinträchtigungen des Kindeswohls unter Einbezug der Ressourcen der HilfeadressatInnen eine Herausnahme der Minderjährigen aus ihrem gewohnten Lebensumfeld zu vermeiden. Ist demgegenüber eine Kindeswohlgefährdung der Anlass für die Hilfeleistungen, stellt der ausschließliche

Einsatz einer ambulanten Hilfe, wie z.B. einer SPFH, eher die Ausnahme dar.³⁶

Ambulante Hilfeformen können jedoch begleitend während und nach Beendigung einer erfolgten Fremdunterbringung sinnvoll sein: etwa in Form einer begleitenden Förderung der Sorgeberechtigten u.a. bei deren Kontakt zum/zur Minderjährigen wie auch zur Stabilisierung der Versorgungs- und Erziehungsbedingungen zum Schutz der in der Familie verbliebenen Kinder oder zur Vorbereitung der Rückführung eines/einer Minderjährigen in seine/ ihre Familie.

*Beratungsangebote*³⁷

Die Beratung von Minderjährigen und deren Bezugspersonen durch den ASD³⁸ sollte in einem dem jeweiligen Beratungsanlass und dem Aufgabenzuschnitt des ASD angemessenen Umfang unter Beachtung des *Subsidiaritätsprinzips*³⁹ und der im Einzelfall herauszuarbeitenden Selbst- und Fremdhilferessourcen erfolgen.

Demzufolge kann es weder Aufgabe der ASD-Fachkraft sein, spezifische Beratungs- oder Therapiebedürfnisse⁴⁰ von Minderjährigen, Erwachsenen oder ganzen Familiensystemen abzudecken, noch stellvertretend für die Hilfeempfänger Aufgaben zu erledigen⁴¹, die diese eigentlich gut selbst bewältigen könnten oder deren Erfüllung in die Zuständigkeit anderer Dienste oder Institutionen fällt. Die ASD-Fachkraft sollte jedoch vor dem

³⁶ Der Einsatz einer SPFH ist dann möglich, wenn die vereinbarten Kontaktintervalle und vor allem die Qualität der SPFH mit Sicherheit eine weitere Gefährdung des / der Minderjährigen ausschließen kann.

³⁷ Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2003) wurden im Jahre 2001 von der öffentlichen und freien Jugendhilfe insgesamt rund 282 000 institutionelle Beratungen abgeschlossen. Die Beratungsschwerpunkte lagen vor allem in Problemen mit Beziehungen, der Schule und der Ausbildung und in Entwicklungsauffälligkeiten.

³⁸ Dazu gehören Beratung von Minderjährigen gemäß § 8, benachteiligten jungen Menschen gemäß § 13, zu Erziehungsfragen gemäß § 16 und zu Fragen in Partnerschaft, Trennung und Scheidung gemäß §§ 16, 17 SGB VIII. Die Beratung kann dabei sowohl durch die ASD-Fachkraft oder unter der Mitwirkung einer für bestimmte Fragestellungen spezialisierten ASD-Kraft (z.B. sexueller Missbrauch, Gewalt in Familien, Trennungssituationen) erfolgen.

³⁹ Dies bedeutet, dass seitens des ASD eine entsprechende Hilfe nur dann zu erbringen ist, wenn eine entsprechend geeignete Hilfe nicht bereits durch andere erbracht wird.

⁴⁰ Z.B. therapeutische Unterstützung, Beratung bei Partnerschaftskonflikten, tiefer liegenden Erziehungsproblemen, komplexen finanziellen Problemlagen.

⁴¹ So kann es z.B. nicht Aufgabe der ASD-Fachkraft sein, längerfristig Erziehungs-, Lebens- oder Partnerschaftsberatung zu leisten oder stellvertretend für die Betroffenen bestehende Wohnraum-, Betreuungs- oder Überschuldungsprobleme zu lösen. Diese Belastungen können entweder im unmittelbaren sozialen Netz oder unter Einbezug von speziellen Beratungsstellen aufgearbeitet bzw. gemindert werden.

Hintergrund fundierter Kenntnisse des örtlichen und regionalen sozialen Netzes auf vorhandene *Ressourcen im sozialen Umfeld* der Hilfesuchenden verweisen können. So z.B. auf die Möglichkeiten bestehender örtlicher Beratungsstellen, die sowohl allgemein zugängliche Beratungsangebote⁴² gemäß §§ 16, 17, 18 SGB VIII wie auch beratende Hilfen zur Erziehung gemäß § 28 SGB VIII oder Beratung im Fall einer Überschuldung zur Verfügung stellen. Um in dieser Hinsicht immer auf dem aktuellen Stand zu bleiben und auch steuernd in die Entwicklung der örtlichen Beratungsangebote einwirken zu können, ist eine enge Anbindung der ASD-Fachkraft an das bezirkliche Hilfenetz oder an ein Sozialraum-Management von Nutzen.

Familienfördernde und -unterstützende Angebote

Während eines *zeitlich begrenzten Ausfalls von Erziehungspersonen*⁴³ kann auch in Familien ohne erkennbar dringenden erzieherischen Hilfebedarf ein vorübergehender Unterstützungs- und Hilfebedarf entstehen. So kann es u. a. zur Verhinderung von zu erwartenden Beeinträchtigungen einzelner Minderjähriger erforderlich sein, der Familie im Rahmen der offenen Betreuungsangebote im Sinne des § 20 SGB VIII (Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen) und ähnlicher Regelungen⁴⁴ eine „Familien unterstützende Hilfe“ z.B. in Form einer Haushaltshilfe, der Übernahme anfallender Kinderbetreuungskosten oder von Kosten zur Weiterführung des Haushalts zu gewähren.

Angebote zur Förderung der Gruppenbetreuung

Die Jugendhilfe bietet neben der allgemeinen Förderung nach §§ 11 ff. SGB VIII der Jugendarbeit, Jugendverbandsarbeit, Jugendsozialarbeit und des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes folgende Unterstützungsangebote im Rahmen von Gruppenbetreuungen an:

- Die „Unterstützung bei notwendiger Unterbringung zur Erfüllung der Schulpflicht“ gemäß § 21 SGB VIII,
- die „Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen“ gemäß §§ 22 ff. SGB VIII – wie auch

⁴² Mütter- bzw. Elternberatung, Trennungs- und Scheidungsberatung, Beratung über gemeinsame Wohnformen für Mutter und Kind usw.

⁴³ Z.B. bei Krankheit, Kur, Krankenhausaufenthalt, Ableistung einer Kurzzeitstrafe, Lebens- und Partnerschaftskrisen. Die Alternative hierzu stellt vielerorts die „Kurzzeitpflege“ in einer entsprechend geeigneten Pflegefamilie dar.

⁴⁴ Vgl. dazu die Regelungen der § 38 SGB V, § 54 SGB IX, § 20 SGB VIII.

- die „Unterstützung selbst organisierter Förderung von Kindern“ gemäß § 25 SGB VIII.

Die vorgenannten Beratungs- und Unterstützungsangebote dienen jedoch auch der *Prävention von Kindeswohlgefährdung*. In einzelnen Fällen kann bereits während eines ursprünglich nur als vorübergehend eingeschätzten Beratungs- und Unterstützungsbedarfs eine erhebliche Beeinträchtigung oder Gefährdung des Kindeswohls erkennbar werden. In diesen Fällen besteht u. U. eine gute Möglichkeit, bereits während der laufenden Unterstützungsleistung die AdressatInnen rechtzeitig und fundiert auf den Übergang zu der letztlich geeigneten erzieherischen Hilfe ohne den oft üblichen Zeit- und Handlungsdruck vorbereiten zu können. Voraussetzung ist jedoch, dass die vorausgehende Unterstützungsform nicht nur einer *Komm-Struktur* verpflichtet ist und zudem auch eine Ausweitung des *Zeitkontingents* zur Gestaltung eines entsprechenden Übergangs zulässt⁴⁵ und dabei die Vorgaben des Sozialdatenschutzes beachtet werden.

Weiterhin kann ein vorausgehendes Unterstützungsangebot auch dann von Bedeutung für den weiteren Hilfeprozess sein, wenn hier erworbene Erkenntnisse, Ressourcen und Bezüge mit zur Minderung oder Aufarbeitung der erkannten Beeinträchtigung oder Gefährdung beitragen können. So kann z. B. die Zugehörigkeit eines/einer gefährdeten Jugendlichen zu einer Sport- oder Jugendgruppe eine ebenso stabilisierende Ressource⁴⁶ darstellen wie z. B. das bestehende Vertrauensverhältnis der Mutter zu einer Beratungskraft oder die gute Beziehung eines/einer Minderjährigen zu einer Tagespflegeperson, einer sozialpädagogischen Fachkraft im Kindergarten oder zu einer Bezugsperson aus dem schulischen Bereich.

Ambulante Hilfen zur Erziehung

Im Bereich der ambulanten erzieherischen Hilfen gemäß §§ 27 ff. SGB VI-II verfügen die Kommunen⁴⁷ in der Regel über folgende Hilfeformen:

Erziehungsberatung

Neben den allgemein zugänglichen Beratungsangeboten gibt es jene Form der Erziehungsberatung gemäß § 28 SGB VIII, die Minderjährigen und de-

⁴⁵ Z.B. seitens der zuständigen Erziehungsberatungsstelle, bis zu einer Umstellung der Hilfe auf eine SPFH auch eine Beratung im Wohnbereich der AdressatInnen möglich ist.

⁴⁶ Im Sinne eines Schutzfaktors.

⁴⁷ Wenn auch nicht immer in der erforderlichen Qualität und Anzahl.

ren Eltern bzw. sonstigen Erziehungspersonen als ambulante Hilfe zur Erziehung angeboten oder ggf. auch durch einen gerichtlichen Beschluss aufgelegt werden kann. Eine wesentliche Aufgabe der Erziehungsberatung bei der Suche nach den im Einzelfall geeigneten Hilfen für entwicklungsbeeinträchtigte oder gefährdete Kinder und Jugendliche kann vor allem darin bestehen, aus einer kind- und familienbezogenen Perspektive heraus wesentliche Impulse und Erkenntnisse in den Hilfeplanungsprozess einzubringen. Vielfach stehen in den Beratungsstellen multidisziplinäre Teams zur Beratung und zur fachlichen Reflexion zur Verfügung. Kritisch ist jedoch anzumerken, dass in vielen Beratungsstellen die *aufsuchende Beratungsarbeit* noch immer unzureichend ausgeprägt ist, dieser Beratungsansatz jedoch bei einem Großteil der ASD-Zielgruppen eher angebracht erscheint, als dies z.B. beim Beratungsbedarf von Mittelschichtseltern vorauszusetzen ist.

Schneider (2002) stellt in der „Hilfeeffectstudie“ im Hinblick auf den Erfolg dieser Hilfeform fest, dass zwar hier die im Vergleich höchsten Veränderungen im sozialen Umfeld⁴⁸ und bezüglich der Gesamtauffälligkeit⁴⁹ der Minderjährigen festzustellen sind, jedoch die *Hilfeeffecte* bezüglich des Funktionsniveaus⁵⁰ der Minderjährigen eher gering ausfallen. Er konstatiert weiterhin, dass in dieser Hilfeform vor allem AdressatInnen mit „relativ geringer Belastung vorstellig werden“. Ein Faktor, der von ihm vor allem in der „Niedrigschwelligkeit“ des Zugangs und der „Komm-Struktur“ des Angebotes vermutet wird.⁵¹

In Bezug auf die Effektivität von Verhaltenstrainingsangeboten für Eltern stellt Spangler (2003) anhand der Auswertung einer Reihe von Studien zwar summarisch eine „prinzipielle Effektivität“ von außerhäuslichen *Elterntrainings* fest, weist jedoch gleichzeitig darauf hin, dass diese Programme eine „aktive und motivierte Teilnahme“ voraussetzen.⁵²

⁴⁸ Vgl. Schneider et al. 2002, S. 394 f. Dieser Faktor bezieht sich vor allem auf Änderungen im versorgenden und erzieherischen Verhalten der erwachsenen Bezugspersonen des / der Minderjährigen.

⁴⁹ Dieser Faktor bezieht sowohl die Hauptauffälligkeit, einzelne Symptome als auch insgesamt den Schweregrad mit ein.

⁵⁰ Der Faktor „Funktionsniveau“ beinhaltet sowohl die Fähigkeit der Minderjährigen, alterstypische Aufgaben zu bewältigen und benennt u.a. deren Stellung und Aufgaben im Familienverband, im Kindergarten und in der Schule wie auch die Beziehungsfähigkeit zu Erwachsenen und anderen Minderjährigen.

⁵¹ Schneider 2002, S. 394.

⁵² Spangler 2003, S. 16.

Erzieherische Kinder- und Jugendgruppenarbeit

Über ein Angebot für soziales Lernen in der Gruppe und begleitende schulische Förderung steht mit der „Erziehung in einer Tagesgruppe“⁵³ gemäß § 35 SGB VIII eine teilstationäre Erziehungshilfe zur Verfügung, die durch begleitende Elternarbeit – soweit diese angeboten und auch angenommen wird – den Verbleib des/der Minderjährigen in seinem familiären Lebensumfeld sichern kann. Daneben besteht das Erziehungsangebot der „*Sozialen Gruppenarbeit*“ nach § 29 SGB VIII, das vor allem älteren Minderjährigen bei der Überwindung von Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensproblemen helfen soll, und dadurch auch zu einer Entlastung der Erziehungspersonen beitragen kann. Die Unterbringung eines/einer Minderjährigen in einer Tagesgruppe gemäß § 32 SGB VIII kann im Fall der beeinträchtigten Erfüllung kindlicher Grundbedürfnis dazu beitragen, dass gravierende Mängel im elterlichen Förderungs- und Versorgungsverhalten zumindest zum großen Teil aufgefangen werden. Dieser Hilfeansatz ist ebenfalls dann als besonders geeignet zu bezeichnen, wenn die Tagesgruppenarbeit gleichzeitig mit einer qualifizierten Elternarbeit verbunden ist.

Tagesgruppen zeigen nach Schneider (2003) bei den Kind zentrierten Maßnahmen recht deutliche Hilfeeffekte im Hinblick auf die Gesamtaufälligkeit und vor allem auf das Funktionsniveau der Minderjährigen, während die Veränderungen im Umfeld eher niedrig ausfallen und damit kaum eine Entlastung des sozialen Bezugfeldes bieten.⁵⁴ Diese Hilfe ist somit in der bisher bestehenden Kind zentrierten Form kaum förderlich für den weiteren Verbleib des/der Minderjährigen in der Familie.

In diesen Bereich sind auch die von Spangler (2003) ausgewerteten Studien zur allgemeinen kindlichen Entwicklungsförderung einzuordnen, zu denen er feststellt, dass hierdurch „eine allgemeine Entwicklungsförderung bei Kindern mit Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen erfolgreich durchgeführt werden (kann), diese zudem relevant zur Behebung von ‚Defiziten als Konsequenz abweichenden Elternverhaltens‘“, andererseits jedoch „weniger relevant für die Vermeidung künftiger Misshandlungsvorfälle“ sind. In Studien zur Förderung sozialer Kompetenz zeigte sich, dass diese Form der Tagesbetreuung zwar als alternatives soziales Unterstützungssystem dienen kann und die betroffenen Kinder nach einem längeren Zeitraum ein normalen Kindern vergleichbares Reaktionsverhal-

⁵³ Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2003) wurden zu Ende 2001 rund 49 000 Minderjährige in Tagesgruppen betreut.

⁵⁴ Schneider 2002, S. 395.

ten entwickeln konnten, dadurch aber nicht das Risiko einer Fremdunterbringung gesenkt werden konnte.⁵⁵

Erzieherische Einzelbetreuung

Die Aufgabe eines *Erziehungsbeistandes*⁵⁶ nach § 30 SGB VIII besteht darin, die Minderjährigen bei der Bewältigung von Entwicklungsproblemen unter Einbezug und Erhalt ihres sozialen Netzes in ihrer Verselbstständigung zu fördern.

Diesem Ansatz der Einzelförderung nahe stehend ist die auf längere Zeit angelegte „*Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung*“⁵⁷ gemäß § 35 SGB VIII, deren Ziel vor allem die Unterstützung zur sozialen Integration und bei älteren Jugendlichen eine Hilfe zur eigenverantwortlichen Lebensführung ist. Nach Schneider (2002) zeigten sich im Hinblick auf die drei Differenzmaße Umfeld, Verhaltensauffälligkeit und Funktionsniveau bei Erziehungsbeistandschaften insgesamt nur geringe Hilfeeffekte. Schneider vermutet, dass dies damit zusammenhängt, dass „*diese Hilfeart als kostengünstige Lösung betrachtet und häufig von wenig qualifizierten Personen ... mit wenig ausgeprägtem Konzept und ohne Begleitung durch Supervision und Fortbildung erbracht wird.*“⁵⁸

Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

Anspruch auf die Eingliederungshilfe gemäß § 35 a SGB VIII haben alle Minderjährigen, die seelisch behindert oder von einer entsprechenden Behinderung bedroht sind. Die durch diese Norm beabsichtigte Abstimmung und Bündelung von Leistungen und Leistungsträgern und der damit verbundene Koordinationsauftrag an die öffentliche Jugendhilfe förderte seit In-Kraft-Treten der Norm sowohl Zustimmung wie auch Kritik.⁵⁹

⁵⁵ Spangler 2003, S. 24.

⁵⁶ Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2003) bestanden zu Ende des Jahres 2001 insgesamt rund 13 000 Erziehungsbeistandschaften und weitere 4 600 Minderjährige wurden durch zusätzliche Betreuungshelfer unterstützt.

⁵⁷ Zu Ende 2001 bestand nach Zahlen des Statistischen Bundesamtes für rund 2 700 Minderjährige eine entsprechende Hilfe zur Erziehung.

⁵⁸ Schneider 2002, S. 394.

⁵⁹ So wies u.a. Sauter 1996 auf eine mit dieser Norm verbundene „wundersame Fallvermehrung“ in Bayern und die damit verbundene Überforderung der Jugendhilfe hin. Demgegenüber zeigte u.a. Wiesner 1996 die mit dieser Norm verbundene Absicht des Gesetzgebers auf, „alle pädagogischen Leistungen“ in die Verantwortung der Jugendhilfe zu geben und damit im Rahmen des Hilfeplanverfahrens zu einer sinnvollen Abstimmung der im Einzelfall unterschiedlichen Hilfen und Hilfeträger zu gelangen.

Es wird in jedem Einzelfall der zuständigen ASD-Fachkraft die Entscheidung auferlegt, ob z.B. eine Hilfe nach §§ 27 ff. SGB VIII oder nach § 35 a SGB VIII gewährt werden soll. Dabei ist vor allem im Hinblick auf die Anwendung des § 35 a SGB VIII zu prüfen, ob ein ausschließlicher oder zumindest ein deutlich im Vordergrund stehender behinderungsbezogener Bedarf besteht.⁶⁰ Nach Harnach-Beck (2004) genügt es nicht, dass die zuständige ASD-Fachkraft als Grundlage einer Hilfestellung nach § 35 a SGB VIII nur z.B. eine psychiatrische Diagnose einholt; „... das Jugendamt muss den gesamten für die Leistung relevanten Sachverhalt aufklären und dieser umfasst wesentlich mehr als die (ärztlich diagnostizierte) psychische Störung.“⁶¹ Unter Bezug auf Fegert (2000 und 2002) werden die vom Jugendamt zu beantwortenden Grundfragen, die Bestandteil des zu erstellenden Hilfeplans sind, folgendermaßen aufgelistet:

- „Besteht eine (tatsächlich oder voraussichtlich) länger als sechs Monate andauernde Abweichung der seelischen Gesundheit vom alterstypischen Zustand?
- Kann eine geistige und / oder körperliche Behinderung, auf der der Hilfebedarf beruht, ausgeschlossen werden?
- Besteht eine Teilhabestörung, die ganz oder zumindest überwiegend aus der psychischen Störung resultiert, oder ist sie mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten?
- Welche Kombination möglicher Leistungen erscheint Erfolg versprechend und kann vom Antragsteller und seinen Eltern (Sorgeberechtigten) akzeptiert werden?“⁶²

Um den Anforderungen des § 35 a SGB VIII jedoch gerecht werden zu können, wird der fallzuständigen ASD-Fachkraft ein Hintergrundwissen abverlangt, das sie befähigt, die unterschiedlichen Fachdiagnosen bewerten und deren Ergebnisse in nachvollziehbarer Form⁶³ auch in die Hilfeplanung einbringen zu können.⁶⁴ Fegert (2002) spricht sich im Zusammenhang mit den Anforderungen des § 35 a SGB VIII für die Anwendung einer „multi-

⁶⁰ Wiesner et al. 2002, § 35 a SGB VIII Rd.-Nr. 71.

⁶¹ Harnach-Beck 2004, S. 111.

⁶² Vgl. a.a.O., S. 115–116.

⁶³ Das heißt, ohne dabei die Betroffenen zu stigmatisieren und ohne die einzelnen Sachverhalte überzubewerten bzw. einseitig zu verkürzen.

⁶⁴ Vgl. a.a.O., S. 119.

achsialen Diagnostik“⁶⁵ aus und empfiehlt insbesondere bei stationär behandelten Minderjährigen nachdrücklich den Einbezug des diagnostizierenden Facharztes in das Hilfeplanverfahren in einer ersten Stufe, noch ohne den/die Minderjährige(n) und die Sorgeberechtigten.⁶⁶

Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH)

Liegt dem Hilfebedarf einer Familie neben verschiedenen Alltagsproblemen eine erzieherische Notlage oder eine gravierende Beeinträchtigung des Kindeswohls zugrunde, so stehen in allen Kommunen inzwischen Angebote unter dem Sammelbegriff der „Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH)“⁶⁷ gemäß § 31 SGB VIII zur Verfügung. Die SPFH entstand ursprünglich aus der Forderung des Reformdiskurses der 60er-Jahre nach einer Reduzierung der Fremdunterbringungen. Bedingt durch ihre Intensität stellt die SPFH unter den ambulanten Hilfen den stärksten Eingriff in die Autonomie der Familie dar. Die Bandbreite der in der Jugendhilfe anzutreffenden Formen der SPFH reicht von Ansätzen, die einer „*aufsuchenden Familientherapie*“⁶⁸ nahe stehen, bis hin zur begleitenden Betreuung von Familien durch studentische Honorarkräfte oder durch Betreuungspersonen berufsfremder Herkunft.⁶⁹

Als Voraussetzungen für eine qualifizierte SPFH werden in den meisten Kommentaren zum SGB VIII ebenso wie in den entsprechenden Empfehlungen in der Fachliteratur recht hohe Anforderungen gestellt: Gefordert werden z.B. eine psychosoziale Basiskompetenz über ein abgeschlossenes Studium der Sozialarbeit oder Sozialpädagogik, adäquate Zusatzausbildungen, Kontinuität sichernde Arbeitsverträge (z.B. keine ABM- oder Honorarverträge), der Aufbau von SPFH-Teams, begleitende Supervision und Fortbildung, eine angemessene räumlich-sachliche Ausstattung⁷⁰ sowie eine *Pauschalfinanzierung*, soweit diese Hilfe durch einen freien Jugendhilfeträger angeboten wird.

⁶⁵ Fegert 2002, S. 131. Im Rahmen dieser Diagnostik soll vor allem die Ebene der psychosozialen Belastungen beachtet werden (psychische Störungen, abweichendes Verhalten und Behinderungen in der Familie, Suchtmittelabhängigkeiten, Vernachlässigung, Misshandlungen und Missbrauch ebenso wie ‚overprotection‘).

⁶⁶ Fegert 2002, S. 134.

⁶⁷ Eine Sozialpädagogische Familienhilfe bestand nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2003) zu Ende 2001 für rund 20 000 Familien.

⁶⁸ Vgl. Conen 1996 b, S. 149–156.

⁶⁹ Vgl. Helming / Schattner / Blüml 1999, S. 14.

⁷⁰ Vgl. Münder 2003, § 31 SGB VIII Rd.-Nr. 9, sowie Wiesner 1995, § 31 SGB VIII Rd.-Nr. 19 und 20.

Inwieweit eine SPFH nur bei freiwilliger Annahme und aktiver Mitwirkung der Bezugspersonen und des/der Minderjährigen zulässig ist oder auch im *Zwangskontext* sinnvoll ihre Wirkung entfalten kann, dürfte im Einzelfall zu entscheiden sein. Wobei es auch im Zusammenhang mit dieser Hilfeform immer wieder sinnvoll ist, bestehende Positionierungen zu den Begriffen „Freiwilligkeit“ und „Zwangskontext“ ebenso zu entmystifizieren wie auch zu den Termini „Partnerschaft“, „Kundenorientierung“, usw..

Formen der Vollzeitunterbringung von Minderjährigen

Eine vorübergehende oder auf Dauer erfolgte außerhäusliche Unterbringung von Minderjährigen kann sowohl im Fall einer erheblichen Beeinträchtigung wie auch bei einer Gefährdung des Kindeswohls die geeignete Hilfe darstellen. Dennoch wird man im Rahmen des Hilfeplanverfahrens in aller Regel nur dann diese Hilfe- bzw. Interventionsform wählen, wenn von ambulanten Hilfen allein nicht das Erreichen der Veränderungsziele zu erwarten ist oder ambulante Hilfeansätze sich während der Fallbetreuung bereits als unzureichend erwiesen haben.

Formen von Vollzeitpflege

Die Auswahl der im Einzelfall geeigneten Form der Vollzeitpflege⁷¹ gemäß § 33 SGB VIII soll vor allem an Alter und Entwicklungsstand der Minderjährigen, an ihren sozialen Bindungen und den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in ihrer Familie ausgerichtet sein.

Nach der vorausgehenden Prüfung gemäß § 36 Abs. 1 Satz 2 SGB VIII stellt sich die Frage, ob eine *Adoption* des/der Minderjährigen in Betracht kommt und demzufolge evtl. vorausgehend eine Adoptionspflege gemäß § 1744 BGB gewählt werden soll. Im Verneinungsfall ist weiter zu entscheiden, ob eine familiäre oder eine institutionelle Unterbringung angemessen ist. Bei Entscheidung für Vollzeitpflege ist dann abzuklären, ob eine „Kurzzeitpflege“,⁷² eine „zeitlich begrenzte“ oder eine „auf Dauer“ ange-

⁷¹ Ende 2001 befanden sich nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2003) rund 49 000 Minderjährige in Vollzeitpflege, mehrheitlich in der Altersgruppe zwischen neun und 15 Jahren.

⁷² Diese Form setzt keinen erzieherischen Bedarf voraus und dient überwiegend dazu, den vorübergehenden Ausfall der Eltern z.B. im Fall von Kuren, Entbindungen, Krankenhausaufenthalten, Kurzeitaufenthalten in Strafanstalten usw. zu überbrücken. Mitunter werden Kurzzeitpflegen leider auch immer noch mit Notunterbringungsfällen belastet, wenn z.B. Bereitschaftsbetreuungsstellen und Notaufnahmegruppen überbelegt sind.

legte Vollzeitpflege unter Beachtung der Besonderheiten der verfügbaren Pflegefamilien⁷³ die geeignete Hilfeform darstellt.

Der Einsatz einer *Kurzzeitpflege* setzt keinen besonderen erzieherischen Bedarf voraus. Sie dient überwiegend dazu, den vorübergehenden Ausfall der Eltern, z.B. im Fall von Kuren, Entbindungen, Krankenhausaufenthalten, Kurzeitaufenthalten in Strafanstalten, zu überbrücken. Andererseits werden Kurzzeitpflegestellen mitunter auch bei Notunterbringungen eingesetzt. So etwa, wenn *Bereitschaftspflegestellen* und *Notaufnahmegruppen* örtlich nicht zur Verfügung stehen oder vorübergehend belegt sind. Der Begriff „Kurzzeitpflege“ findet dementsprechend auch in der Literatur und in den Kommentaren zum SGB VIII eine recht unterschiedliche Auslegung.⁷⁴

Noch zu Beginn der 90er-Jahre standen sich in Bezug auf die *Familien-vollzeitpflege* zwei gegensätzliche theoretische bzw. sogar ideologische Konstruktionen von Pflegefamilien gegenüber:

Zum einen war es die am *systemischen Familienansatz* ausgerichtete Konstruktion der Pflegefamilie als „*Ergänzungsfamilie*“, auf der anderen Seite das psychoanalytische Konstrukt der „*Ersatzfamilie*“. Eine Auseinandersetzung, die einerseits dazu beitrug, intensiver als vorher über die Möglichkeiten und Grenzen der Familienpflege und in diesem Zusammenhang über die Bedeutung der Herkunft nachzudenken, was insgesamt eine Qualifizierung der Pflegekinderarbeit bewirkte. Eine Auseinandersetzung, die jedoch auch andererseits bei starrer Ausrichtung auf die eine oder andere dieser Lehrmeinungen, selbst innerhalb einzelner Jugendämter, zu unnötigen Belastungen von HilfeadressatInnen und Pflegefamilien führt(e).

Dieser extreme Gegensatz zwischen *Ersatz- und Ergänzungsansatz in der Pflegekinderarbeit* ist inzwischen – von wenigen Ausnahmen abgesehen – weitgehend aufgehoben und eher einem am Einzelfall ausgerichteten Pragmatismus gewichen, den Salgo (1990) so umschrieb: „Pflegefamilie kann mehr Ergänzungscharakter in dem einen Fall und mehr Ersatzfunktion im anderen Fall haben, ja diese Funktionen können sich im Ablauf der Zeit auch noch wandeln.“⁷⁵ Diese Feststellung aufgreifend, besteht ein qua-

⁷³ So sind z.B. Pflegefamilien, deren Ziel die Aufnahme des Kindes bis zu dessen Volljährigkeit beinhaltet, kaum geeignet für Kinder mit eindeutiger Rückkehroption.

⁷⁴ So ordnet z.B. in den Kommentaren Münder 2002 die Bereitschaftspflege der Kurzzeitpflege zu, während bei Wiesner et al. 2000 die Kurzzeitpflege nicht ausdrücklicher erwähnt wird.

⁷⁵ Salgo 1990, S. 470.

lifiziertes Ergebnis guter Pflegekinderarbeit u.a. darin, wenn es mithilfe fachlicher Begleitung⁷⁶ gelingt, dass sich Eltern und Pflegepersonen nicht als Gegner im „*pathogenen Dreieck*“ um das Kind bekämpfen und gegenseitig abwerten, sondern sich wertschätzend im gemeinsamen Bemühen um das Wohl des/der Minderjährigen treffen. Dieses gemeinsame Bemühen kann erheblich dazu beitragen, dass das Kind in einem seinem Zeitgefühl entsprechenden Zeitraum entweder behutsam zurückgeführt werden kann – dies träfe eher für den Fall einer zeitlich begrenzten Vollzeitpflege zu – oder bei gesichertem Kontakterhalt zu seiner Herkunft bis zur Selbstständigkeit über einen dauerhaften Platz in der Pflegefamilie verfügen kann. Dies träfe vor allem bei einer auf Dauer geplanten Vollzeitpflege zu.

Jenseits des großen Ziels einer zwischen Eltern und Pflegeeltern anzustrebenden „gemeinsamen Elternschaft“ wird es jedoch immer notwendig sein, dass die Jugendhilfe im Interesse des/der betreuten Minderjährigen beratend und steuernd auf die Auswahl, Begleitung und Kontrolle der Pflegeverhältnisse⁷⁷ einwirkt und darüber hinaus bemüht ist, die Qualität der Pflegekinderarbeit als bedeutsamen Bestandteil der Jugendhilfeleistungen anzuheben.⁷⁸ Wie wichtig dabei eine differenzierte Beachtung des Einzelfalls ist, zeigen die Ergebnisse einer Reihe überwiegend angloamerikanischer Studien⁷⁹ im Hinblick auf die Auswirkungen von *Umgangskontakten* zwischen Pflegekindern und deren Eltern. Demnach sind hier kaum generell übertragbare Aussagen möglich, sondern es wird festgestellt, dass die negativen und positiven Effekte des Umgangs in großem Maße von einer Vielzahl vorausgehender und aktuell wirksamer individueller, systembedingter und im Beratungsumfeld bestehender Faktoren abhängig sind.

Eine Sonderstellung nehmen Pflegestellen für „besonders entwicklungsbeeinträchtigte Kinder und Jugendliche“ gemäß § 33 Satz 2 SGB VIII ein. Diese „*heilpädagogischen Pflegestellen*“, u.a. auch „Erziehungsstellen“

⁷⁶ Dass jedoch gerade hier die erforderliche personelle und sachliche Ausstattung unzureichend ist, wird anhand hoher Schlüsselzahlen und der mangelhaften Erfüllung gesetzlicher Vorgaben immer wieder neu festgestellt. Vgl. dazu u.a. Blandow 2002b und Wiesner 2001.

⁷⁷ Pflegeverhältnisse unterliegen einer fortgesetzten Überprüfung sowohl gemäß § 36 Abs. 2 SGB VIII (Geeignetheit der Hilfe) wie auch gemäß § 44 Abs. 3 SGB VIII der Pflegekinderaufsicht.

⁷⁸ Vgl. Salgo 1996 mit seinen Hinweisen auf erhebliche Implementationsdefizite im Pflegekinderwesen, insbesondere im Hinblick auf den Einbezug der Minderjährigen, ungenügende Berücksichtigung des kindlichen Zeiterlebens, Unehrlichkeit und mangelnde Transparenz seitens der verantwortlichen Dienste.

⁷⁹ Vgl. u.a. McCartt Hess 1987; Quinton et al. 1997.

genannt, verbinden das familiäre Betreuungsfeld mit professioneller Erziehung und Betreuung und haben bedingt durch die höheren fachlichen Anforderungen in ihrer Einordnung zwischen Pflegefamilie und Einrichtung auch einen durchgängig höheren Anspruch auf Vergütung ihrer Leistungen.

Die *Adoptionspflege* hat im Zusammenhang mit den verfügbaren Hilfen als Sonderform gemäß § 1744 BGB hier nur insoweit eine Bedeutung, als dass ihr eine Prüfung der Adoptionsgeeignetheit eines/einer Minderjährigen im Rahmen des Hilfeplanverfahrens gemäß § 36 Abs. 2 Satz 2 SGB VIII vorausgehen kann.

*Heimerziehung*⁸⁰

Eine Hilfe zur Erziehung in Einrichtungen kommt inzwischen vor allem für ältere Kinder und Jugendliche in Betracht. Die Qualität einer *Heimsozialisation* bemisst sich nach Geres (1997) u. a. daran, wie durch die Minderjährigen während ihres Aufenthaltes in der Einrichtung Beziehungen erstellt werden können.⁸¹ Lambers (1996) betont nachdrücklich die Problematik, die eine *systematische Ausklammerung des Elternkontaktes* während einer Heimunterbringung für die Jugendlichen mit sich bringt. Hierdurch könnte das Leben im Heim ebenso zu einem kritischen Lebensereignis werden wie der mehrfache Wechsel der Betreuungsorte (z.B. Heime oder Heimgruppen) und Betreuungspersonen. Ein Teil dieser Belastungen könnte im Rahmen der Hilfeplanung auch dadurch vermieden werden, dass man die gesamte Biografie des/der Minderjährigen im Blick behält. In diesem Zusammenhang wurden als Überforderungssituationen im institutionellen Heimalltag von den befragten Erwachsenen mit Heimerfahrungen folgende drei zentrale Problembereiche thematisiert:

- die mangelnde Kontinuität bei der Hilfeplanung bzw. -durchführung,
- die unzureichende Kooperation der Heimfachkräfte mit dem familiären Umfeld – sowie
- die zu frühe Überleitung des/der Heranwachsenden in die *Ver selbstständigkeit*.⁸²

⁸⁰ Die Zahl der in Heimerziehung und sonstigen betreuten Wohnformen untergebrachten Kinder und Jugendlichen belief sich zu Ende 2001 auf rund 70 000.

⁸¹ Geres 1997, S. 67.

⁸² Labers 1996, S. 114.

Sonstige betreute Wohnformen

Zu diesem Angebotsbereich gehören Mutter-und-Kind-Heime sowie Formen stationärer Familienbetreuung. Die rechtliche Grundlage bildet hierbei § 19 SGB VIII (Gemeinsame Wohnformen für Mütter / Väter und Kinder), evtl. in Verbindung mit §§ 27 und 31 SGB VIII (Sozialpädagogische Familienhilfe).

Ziel dieser und anderer ähnlicher Formen der stationären Familienbetreuung ist es, zur Vermeidung einer Fremdunterbringung des/der Minderjährigen nach §§ 33 und 34 SGB VIII den/dem Eltern(teil) und den Minderjährigen zusammen ein zeitlich befristetes stationäres Beratungssetting zur Verfügung zu stellen. Eine Sonderform stellen hier gemischt stationäre und ambulante Arbeitsansätze⁸³ dar. Dabei soll es den Eltern und den Minderjährigen mithilfe von Simulationen und der stufenweisen Konfrontation mit Konfliktsituationen und Alltagsproblemen während der stationären Phase ermöglicht werden, unterschiedliche Lösungen zu erproben, anzunehmen oder zu verwerfen. In einer zweiten Phase sollte darauf eine intensive begleitende Betreuung der Familie durch eine SPFH im eigenen häuslichen Umfeld erfolgen. Diese Hilfeform setzt jedoch in erheblichem Umfang die Freiwilligkeit und Motivation der Eltern(teile) und Minderjährigen voraus.

Betreute Jugendwohngruppen und -gemeinschaften bieten Jugendlichen, die aufgrund ihrer individuellen Problemlage aus ihrem familiären System herausgefallen sind, das Wohnen in einer pädagogisch bestimmten Alltags- und Prozessgestaltung an. Das Ziel dieser Form der Unterbringung und Betreuung besteht vor allem darin, die Jugendlichen auf die Selbstständigkeit vorzubereiten. Mögliche Anlässe einer Aufnahme in die Gemeinschaften sind

- Probleme in der Alltagsbewältigung;
- Verhaltensauffälligkeiten bzw. -störungen, aber noch vorhandene Beeinflussbarkeit bei sonst eskalierender Problematik;
- Entwicklungsstörungen im Tätigkeits- und Leistungsbereich;
- soziale Störungen (u. a. massiv gestörte Eltern-Kind-Beziehung, „Schulbummelei“, Vandalismus, kriminelle Gefährdung, radikale Tendenzen);
- Minderjährige, die aus negativen und gefährdenden Peergroups herausgelöst werden müssen.

⁸³ Vgl. u.a. www.arnsburg.de/Gruppen/StatFam.htm .

Merkmale abgebrochener Hilfen

Zusammenfassend stellt Schneider (2002) im Hinblick auf abgebrochene Hilfen zur Erziehung fest: Die Ausgangslage ist für Abbrüche nicht entscheidend, da weder Belastungen, hohe Problematik noch niedrige Ressourcen in diesem Zusammenhang gehäuft anfallen.

Für die Gesamtheit der Abbrüche stellt eine schlechte Kooperation mit den Eltern den bedeutsamsten Unterschied zu den Fällen nicht abgebrochener Hilfen dar. Bei frühen Abbrüchen zeigt sich die Kooperation mit den Eltern überwiegend als schlecht, während sich die Beteiligung der Minderjährigen als hoch erweist. Die Abbrüche werden in diesen Fällen eher Prozess orientiert entschieden. Bei späteren Abbrüchen ist demgegenüber nicht die Kooperation mit den Eltern entscheidend für den Abbruch, sondern die Qualität der Zusammenarbeit mit dem/der Minderjährigen. Die Abbruchentscheidungen fallen hier überwiegend auf der Grundlage von mangelnden Effekten der Hilfen im sozialen Umfeld.⁸⁴

Zusatzhilfen bei bereits bestehenden Hilfen zur Erziehung

Die *Frühförderung* ist eine Sammelbezeichnung für pädagogische und therapeutische Maßnahmen, die sich vor allem an Kinder im Säuglings-, Kleinkind- und Kindergartenalter richten, die behindert, von Behinderung bedroht oder in ihrer Entwicklung gefährdet sind. Eine Frühförderung erfolgt vielfach begleitend zu einer SPFH oder nach einer erfolgten Fremdunterbringung. Die Rechtsansprüche auf Finanzierung der Frühförderung sind in SGB V, SGB VIII, SGB IX und SGB XII festgeschrieben. Nachdem die Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder in der Regel durch fachübergreifende Dienste erbracht werden, sind sie der medizinischen Rehabilitation zugeordnet. Die Vorgaben des § 30 SGB IX sollen durch die Hervorhebung eines ganzheitlichen, interdisziplinären und familienorientierten Hilfeansatzes dazu beitragen, dass die medizinisch-therapeutischen Leistungen und heilpädagogische Hilfen stärker verzahnt und finanziell abgesichert erbracht werden.

Auch eine ergänzende *Tagesbetreuung* in Familientagespflege oder in einer Einrichtung kann erheblich zur Sicherung des Kindeswohls beitragen. Die Möglichkeit, den/die Minderjährigen für einen Teil des Tages oder

⁸⁴ Schneider 2002, S. 434–435.

ganztags gut aufgehoben und gefördert in einer Tagesbetreuung zu wissen, bringt eine erhebliche Entlastung und Einschränkung des Gefährdungspotenzials vor allem dann mit sich, wenn die Erziehungspersonen durch eine Anhäufung von Problemlagen trotz aller beratenden Hilfen bereits am Ende ihrer Belastungsfähigkeit angelangt sind.

Aufgaben im Rahmen des SGB II und SGB XII

Im Zusammenhang mit der Feststellung einer erheblichen Beeinträchtigung oder Gefährdung des Kindeswohls hat die fallverantwortliche ASD-Fachkraft auch über eine Reihe von Leistungen nach dem SGB II und SGB XII⁸⁵ zu beraten, die mit dazu beitragen können, die HilfeadressatInnen zumindest bei einer Reihe von materiellen Problembereichen zu entlasten. Dies betrifft die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (§§ 19 ff. SGB II, §§ 27 ff. SGB XII). Aber auch im Hinblick auf Fragen der Schuldnerberatung (§ 16 Abs. 2 Nr. 2 SGB II), der Eingliederung in Arbeit (§§ 14 ff. SGB II), der Behinderten- und Suchthilfe (§§ 53 ff. SGB XII), Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 ff. SGB XII) zur Weiterführung des Haushalts (§ 70 SGB XII).

Dieser Beitrag entspricht weitgehend einem Artikel des Autors im Handbuch „Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und der Allgemeine Soziale Dienst (ASD)⁸⁶. Die Publikation erfolgt mit Einverständnis des projektfördernden Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Zitierte Literatur

⁸⁵ Links zu Gesetzestexten des SGB II und SGB XII: http://bundesrecht.juris.de/sgb_2/index.html und http://bundesrecht.juris.de/sgb_12/index.html.

⁸⁶ Das Handbuch ist bislang nur in digitaler Form unter www.dji.de/asd/handbuch.htm verfügbar. Eine kostenfreie CD-Rom-Fassung ist erhältlich über ein Mail mit Postanschrift an: bluempl@dji.de

Blandow, J. (2002) Vortrag zur Tagung Update für das Pflegekinderwesen. 1. bis 2. Februar 2002 in Berlin. Unter: http://agsp.de/UB_Forum vom 18.03.2002

Blüml, H., Helming, E., Schattner, H. (1994) Sozialpädagogische Familienhilfe in Bayern - Zusammenfassung der Ergebnisse des Abschlussberichtes. München: DJI-Arbeitspapier 5-098

BMFSFJ (2000) Kinder- und Jugendhilfe. Bonn: Eigenverlag

Buchholz-Graf, W. (2001) Empowerment und Ressourcenorientierung in der Familien-, Kinder- und Jugendhilfe. In: Kreuzer, M. Hg. (2001) Handlungsmodelle in der Familienhilfe. Neuwied: Luchterhand

Conen, M. L. (1996a) Wie können wir Ihnen helfen uns wieder los zu werden? – Aufsuchende Familientherapie mit Multiproblemfamilien. In: Kontext Zeitschrift für Familientherapie. Heft 27/2, S. 150-165

Conen, M.L. (1996b) Aufsuchende Familientherapie mit Multiproblemfamilien. In: Kontext - Zeitschrift für Familientherapie, Heft 27/2, S. 149-156

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2003) Unterstützung von Familien in Krisensituationen – Ein Leitfadens für die Gewährung familienunterstützender Hilfen. Frankfurt am Main: Eigenverlag

Deutscher Städtetag (2003) Strafrechtliche Relevanz sozialarbeiterischen Handelns.... Köln: Eigenverlag

Krauskopf, D., Lewering, E. (Hg.) (2003) Sozialgesetzbuch IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – Kommentar. München: Beck

Fegert, J. M. (2002) Indikation zu Hilfen nach § 35a KJHG. In: Fröhlich-Gildhoff (Hg.) (2002) Indikation in der Jugendhilfe – Grundlagen für die Entscheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. Weinheim und München: Juventa

Gehres, W. (1997) Das zweite Zuhause. Institutionelle Einflüsse, Lebensgeschichte und Persönlichkeitsentwicklung von dreißig ehemaligen Heimkindern. Opladen

Greese, D. (1994) Der ASD als „Organisationsproblem. In: Textor M.R. Hg. (1994) Allgemeiner Sozialdienst. Ein Handbuch für Soziale Berufe. Weinheim, Basel: Beltz

Harnach-Beck, V. (2004) Diagnostische Aufgaben des Jugendamtes bei der Planung von Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. In: Heiner, M. (Hg.) (2004) Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – Ein Handbuch. Berlin: Eigenverlag Deutscher Verein

Heilmann, S. (2000) Die Wahrnehmung des staatlichen Wächteramtes im Sinne des Artikel 6 Abs. 2 Satz 2 GG als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe. In: AGJ (2000) Wächteramt und Jugendhilfe. Frankfurt/Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins

Helming, E., Schattner, H., Blüml, H. (1999) Handbuch Sozialpädagogische Familienhilfe. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer

Hepprich, R, Pauly, W. (2002) Familientherapie zwischen Coach und Katzenklo. In: Conen M. L. (Hg.) Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

- Lambers, H.* (1996) Heimerziehung als kritisches Lebensereignis. Eine empirische Längsschnittuntersuchung über Hilfeverläufe im Heim aus systemischer Sicht. Münster
- Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern* (Hg.) (1997) Kooperation im Interesse seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher. Stuttgart: Eigenverlag
- Proksch, R.* (1995) Prävention als Leitlinie des neuen Kinder- und Jugendhilferechts – Konsequenzen für die sozialpädagogische Praxis. In: Zentralblatt für das Jugendrecht 3/1995 S. 89-140
- Schneider* (2002) Effekte im Hilfevergleich und ihre Hindergründe. In: BMFSFJ (2002) Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe. Stuttgart: Kohlhammer
- Salgo, L.* (1990) Familienpflege zwischen Privatheit und Öffentlichkeit. FamRZ, S. 470
- Salgo, L.* (1996) im Vorwort zu: 5 Jahre KJHG aus der Sicht des Pflegekinderwesens. Stiftung Zum Wohl des Pflegekindes Idstein: Schulz-Kirchner Verlag
- Sauter, R.* (1996) Hilfe für seelisch behinderte junge Menschen als Aufgabe der Jugendhilfe. In: Bayerisches Landesjugendamt (1996) Hilfe für seelisch behinderte junge Menschen als Aufgabe der Jugendhilfe gemäß § 35a SGB VIII) München: Eigenverlag
- Statistisches Bundesamt* (2003) Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe 2001. Wiesbaden: Eigenverlag
- Fuchs, H.* (1998) Kommentar zu § 30 SGB IX Früherkennung, Frühförderung. In: Bihr, D., Fuchs, H., Lambers, H. (Hg.): Der erste Tag ? Forum Erziehungshilfen 5/1998, S. 307 - 311
- Ludemann, P.* (1992) Sozialpädagogische Familienhilfe im System der Erziehungshilfen. In: Jugendwohl Heft 6/1992, S. 256-262
- Merchel, J.* (2003) Steuerung der Erziehungshilfen im fachpolitischen Diskurs. In: NDV August 2003, S. 331
- Münder, J. u.a.* (2003) Frankfurter Kommentar zum SGB VIII: Kinder und Jugendhilfe. Weinheim, Berlin, Basel: Beltz
- Münder, J.* (1995) Das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten in der Jugendhilfe – Realität oder Phrase? In: NDV Heft 7/95, S. 275-278
- Neuffer, M., Ollmann, R.* (2000) Der Hausbesuch. In: Sozialmagazin 9/2000 S. 12-24
- Pantucek, P.* (2001) „Under Pressure oder: Von der gefährlichen Illusion, Menschen zur Lebenstüchtigkeit zwingen zu können. In: Erziehung heute, Nr. 4/2001, S.
- Scheurer-Englisch, H.* (1999) Aufgabe der Erziehungsberatung bei Fremdunterbringung. In: Hundsalz, A., Menne, K., Cremer, H., Hg. (1999) Jahrbuch Für Erziehungsberatung Band 3 Weinheim und München: Juventa
- Schone, R.* (2001) Familien unterstützen und Kinder schützen – Jugendämter zwischen Sozialleistung und Intervention. In: SOS Kinderdorf e.V. (Hg.) (2001) Jugendämter zwischen Hilfe und Kontrolle. München: Eigenverlag
- Schrapper, Ch.* (1998) Qualität und Kosten im ASD – Anforderung und Profil - Allgemeiner Sozialdienst in der Diskussion. In: Schrapper, Ch. (Hg.) Qualität und Kosten im ASD. Münster: Votum

Spangler (2003) „Wirksamkeit ambulanter Jugendhilfemaßnahmen bei Misshandlung bzw. Vernachlässigung: Eine internationale Literaturübersicht“ München: DJI-Materialien

Wiesner, R. (1996) Seelische Behinderungen aus jugendhilferechtlicher Sicht. In: Bayerisches Landesjugendamt (1996) Hilfe für seelisch behinderte junge Menschen als Aufgabe der Jugendhilfe gemäß § 35a SGB VIII) München: Eigenverlag

Wiesner, R. (2001) Vortrag zum 25-jährigen Jubiläum des PFAD-Bundesverbandes November 2001 Unter: http://agsp.de/UB_Forum

Planungsgruppe PETRA (1987) Analyse von Leistungsfeldern der Heimerziehung. Ein empirischer Beitrag zum Problem der Indikation. Frankfurt am Main: Eigendruck

Planungsgruppe PETRA (1988) Was leistet Heimerziehung? Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Frankfurt am Main: Eigendruck

Statistisches Bundesamt (2003) Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe 2001. Wiesbaden: Eigenverlag

Wieland, N., Marquardt, U., Panhorst, H., Schlotmann, H.-O. (1992) Ein Zuhause - kein Zuhause. Lebenserfahrungen und -entwürfe heimentlassener junger Erwachsener. Freiburg im Breisgau

Wendt, W. R. (1991) Die Handhabung der sozialen Unterstützung. Eine Einführung in das Case Management. In: Wendt, W.R. (1991) Unterstützung fallweise – Case Management in der Sozialen Arbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Weiterführende Literatur

Armbruster, M.M. (Hg.) (2000) Misshandeltes Kind – Hilfe durch Kooperation. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Pantucek, P. (1998) Lebensweltorientierte Individualhilfe – Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Blandow, J. (2004) Pflegekinder und ihre Familien - Geschichte, Situation und Perspektiven des Pflegekinderwesens. Weinheim und München: Juventa

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2002) Profil für einen Kommunalen Sozialdienst. Frankfurt am Main: Eigenverlag

AGJ (Hg.) (2003) Aktuelle Anforderungen an einen Allgemeinen Sozialen Dienst. Dokumentation einer Fachtagung Berlin: Eigenverlag

Textor, M.R., Warndorf, P.K. (Hg.) (1995) Familienpflege – Forschung, Vermittlung, Beratung. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Becker, W. (2001) Hilfeplanung - Dienstleistung in der öffentlichen Jugendhilfe. AFET-Veröffentlichung Nr. 58/2001 Hannover: Eigenverlag

Institut für Soziale Arbeit (Hg.) (1991) ASD Beiträge zur Standortbestimmung. Münster: Votum

Greese, D., Güthoff, F., Kersten-Rettig, K., Noack, B. (Hg.) (1996) Allgemeiner Sozialer Dienst – Jenseits von Allmacht und Ohnmacht. Münster: Votum

Schrappner, Ch. (Hg.) (1998) Qualität und Kosten im ASD. Münster: Votum

Krieger, W. (1994) Der Allgemeine Soziale Dienst – Rechtliche und fachliche Grundlagen für die Praxis des ASD. Weinheim und München: Juventa

Merchel, J. (1994) Kooperative Jugendhilfeplanung – Eine praxisbezogene Einführung. Opladen: Leske und Budrich

BMJFS (1999) Handbuch zur Neuen Steuerung in der Jugendhilfe. Stuttgart: Kohlhammer

Textor, I., Textor, M.R. (Hg.) (2004) SGB VIII – Online Handbuch. (Stand 10.02.2004) Unter: <http://www.sgbviii.de>

Angaben zum Autor

Herbert Blüml, Dipl.Soz.Päd., seit 1976 wissenschaftlicher Referent am Deutschen Jugendinstitut e.V., München www.dji.de. Mitarbeiter des Projekts „Pflegekinderhilfe in Deutschland“. Forschungsschwerpunkte: Strukturen, Leistungsangebote und Methoden der Sozialen Arbeit.

Deutsches Jugendinstitut e.V. Nockherstr. 2-4, 81541 München

E-Mail: bluempl@dji.de

Tagungsrückblicke

„Prävention von Entwicklungsstörungen“. 12. Münchner kinder- und jugendpsychiatrisches Frühjahrssymposium über Entwicklungsstörungen am 11. März 2006 in München

Vorbeugung von Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung ist eine unglaubliche Erfolgsgeschichte. Manche Störungen, wie geistige Behinderungen infolge einer Phenylketonurie oder choreo-athetotische Bewegungsstörungen durch eine Neugeborenen-Gelbsucht, sind praktisch verschwunden. Andere Entwicklungsstörungen hingegen sind nach wie vor kaum zu verhindern und treten bis heute mit unveränderter Häufigkeit auf. Anliegen der Tagung war es, Bilanz zu ziehen und die Effektivität einzelner Präventionsmaßnahmen kritisch zu hinterfragen.

Im *einführenden Beitrag* (v. Suchodoletz, München) wurden grundlegende Aspekte von Prävention diskutiert. Es wurde deutlich, dass präventive Maßnahmen im Alltag weit verbreitet sind. Viele dieser Maßnahmen sind außerordentlich erfolgreich und Ursache für eine ständige Erhöhung unserer Lebenserwartung. Andererseits gibt es zahlreiche Präventionsmaßnahmen, deren Langzeiteffekte unklar sind. Im Beitrag wurden als Voraussetzung für die Einführung einer präventiven Intervention der Nachweis langfristiger anhaltender Effekte und eine alle Bereiche berücksichtigende Nutzen-Kosten-Rechnung genannt.

Anschließend ging Herr Hallweg (Braunschweig) auf Häufigkeit und Relevanz von Störungen des Sozialverhaltens ein. Er stellte das weltweit verbreitete *Triple-P-Elterntraining* vor, das im Gegensatz zu vergleichbaren Programmen hinsichtlich seiner Effektivität gut überprüft ist. Triple-P ist ein detailliert ausgearbeitetes Trainingsprogramm für Eltern. Differenziert nach Problembereichen werden den Eltern konkrete Erziehungshilfen an die Hand gegeben. Das stufenweise Vorgehen wurde erläutert und auf zur Verfügung stehende problemzentrierte Materialien hingewiesen.

Ein *Kind zentriertes Training* („*Faustlos*“) wurde von Herrn Cierpka (Heidelberg) erläutert. Anhand eindrucksvoller Videosequenzen wurde das praktische Vorgehen demonstriert. Zielstellung dieses Trainings ist es, Kindern gewaltfreie Problemlösungsstrategien zu vermitteln und diese durch Übungen mit häufigen Wiederholungen zu etablieren.

Auf *Beratungs- und Trainingsprogramme für Eltern und Betreuer autistischer Kinder* ging Herr Probst (Hamburg) ein. Er verdeutlichte die Kernsymptomatik des Autismus mit Videobeispielen und berichtete über seine Erfahrungen mit Elterngruppen. Zielstellung dieser Gruppenarbeit ist es, Eltern zu befähigen, in Problemsituationen adäquat auf ihre autistischen Kinder einzugehen.

Am Ende der Vormittagssitzung stellte Herr Brisch (München) das von ihm entwickelte Trainingsprogramm „*Sichere Ausbildung für Eltern (SAFE)*“ vor. Eltern wird ein feinfühleriger und responsiver Umgang mit ihrem Kind vermittelt, um so Bindungsstörungen vorzubeugen. In Elternseminaren werden während der Zeit der Schwangerschaft Videosequenzen von Eltern-Kind-Interaktionen besprochen und nach der Geburt des Kindes stellen die Eltern eigene Videos mit typischen Interaktionssituationen (Füttern, Windeln, Baden) zur Diskussion. Außerdem stellte Herr Brisch das Kindergartenprogramm „*Baby watching*“ vor. Mütter kommen einige Monate lang wöchentlich mit ihrem Säugling in einen Kindergarten. Die Kindergartenkinder beobachten Mutter und Säugling und besprechen, warum welches Verhalten auftritt und mit welchen Gefühlen dieses verbunden sein könnte. Bei den Kindern soll so einfühlsames Verhalten gefördert werden. Für beide Programme laufen Evaluationsstudien.

Den Nachmittag leitete Herr Bode (Ulm) mit einem Beitrag zur *Prävention motorischer Störungen* ein. Verbreitete Präventionsmaßnahmen wurden kritisch hinterfragt und Sinnvolles von Unnützem abgegrenzt. Als sehr effektiv hob er Impfungen, insbesondere die Poliomyelitis-Schutzimpfung, eine konsequente Behandlung der Neugeborenenengelbsucht und eine Vorbeugung von Schädel-Hirn-Traumen hervor. Er wies darauf hin, dass ein Nachweis der Effektivität vieler Maßnahmen zur sekundären Prävention noch aussteht.

Herr Karch (Maulbronn) ging auf Möglichkeiten zur *Vorbeugung einer geistigen Behinderung* ein. Sein Referat machte deutlich, dass sich viele Maßnahmen zur Verhinderung einer frühkindlichen Hirnschädigung bewährt haben, jedoch noch erhebliche Mängel bei der Früherkennung und Frühintervention einer Intelligenzminderung bestehen. Sekundäre Präventionsmaßnahmen sind deshalb unzureichend etabliert.

Der abschließende Vortrag (v. Suchodoletz, München) befasste sich mit der *Prävention von Sprachentwicklungsstörungen*. Es wurde herausgestellt, dass eine primäre Prävention nur bei Sprachentwicklungsstörungen mit bekannter Ursache (z. B. Hörstörung, Intelligenzminderung) gelingt. Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen sind vorwiegend genetisch bedingt und somit nur einer sekundären Prävention zugänglich. Auf der Grundlage von Evaluationsstudien wurden als wirksame Maßnahmen neben einer individuellen sprachtherapeutischen Frühintervention eine Anleitung der Eltern zu sprachförderndem Verhalten bzw. zum dialogischen Vorlesen und eine Sprachförderung in Kindereinrichtungen durch spezifisch weitergebildete Erzieherinnen benannt.

Insgesamt hatte die Tagung große Resonanz gefunden. Über 800 Teilnehmer aus unterschiedlichen Fachgebieten waren gekommen. Die Beiträge werden ergänzt durch weitere Themenbereiche (z. B. Prävention der Lese-Rechtschreib- und der Rechenstörung) als dritter Band in der Reihe „Entwicklungsstörungen“ im Hogrefe-Verlag erscheinen.

Prof. Dr. Waldemar von Suchodoletz, München

Interdisziplinäre Tagung über Sprachentwicklungsstörungen (ISES 4) vom 23. – 24.6.2006 in Klagenfurt

Diese Tagung war außerordentlich interessant und anregend. Wie es der Intention der Veranstaltungsreihe entspricht, kamen Referenten und Teilnehmer aus praktisch allen Fachbereichen, die sich mit Sprachstörungen im Kindesalter befassen. Dieses Mal wurden stärker Problemstellungen aus medizinischer Perspektive aufgegriffen, während auf den vorangegangenen Tagungen in Wien und Potsdam ausführlich linguistische Fragen diskutiert worden waren.

Im ersten Teil standen die *Diagnostik und Therapie bei Late Talkern (LT)* im Mittelpunkt der Diskussion. Frau Schlesinger und Frau Mühlhaus (Dortmund) stellten einen Anamnesebogen vor. Frau Kauschke und Frau Richter (Potsdam) berichteten über eine Längsschnittstudie, die verdeutlicht, dass bei unauffällig entwickelten Kindern sprachliche Leistungen mit 3 Jahren kaum aus den Sprachfähigkeiten mit 2 Jahren voraussagbar sind.

An 2 Fallbeispielen von LT wurde deutlich, dass sich die Entwicklung einer Sprachstörung durch eine Individualtherapie nicht unbedingt verhindern lässt. Frau Buschmann et al. (Heidelberg) wiesen aufgrund ihrer Befunde bei 100 LT darauf hin, dass bei 9 % der LT eine mäßige und bei 8 % eine ausgeprägte allgemeine kognitive Entwicklungsstörung sowie bei 4 % ein frühkindlicher Autismus die Ursache der Sprachretardierung ist, weshalb eine umfassende Diagnostik bei jedem LT gefordert wurde. Frau Buschmann führte auch einen gut besuchten Workshop durch, auf dem sie ein Elterntaining zur frühen Sprachförderung und Ergebnisse einer Evaluationsstudie vorstellte.

Der nächste Themenschwerpunkt befasste sich mit der *Symptomatik bei spezifischen Sprachentwicklungsstörungen* (SSES). Frau Kauschke (Potsdam) zeigte anhand einer Gegenüberstellung von SSES- und unauffällig entwickelten Kindern mit gleichem Sprachstand (MLU), dass bei SSES-Kindern ein generelles Sprachdefizit vorliegt. Übereinstimmend damit fanden auch Frau Girndt (Newcastle) sowie Frau Kieferle und Frau Hofbauer (Bruckmühl, München) bei SSES-Kindern keine spezifischen linguistischen Defizite. Frau Swoboda (Salzburg) ging der Frage nach, ob die Theory-of-Mind-Entwicklung vom sprachlichen Wissen abhängig ist. Die von ihr erhobenen Daten konnten diese Hypothese nicht stützen. Frau Swoboda bot am Nachmittag zusätzlich einen Workshop zum Aufbau des Verblexikons bei SSES-Kindern an.

Die Nachmittagssitzung wurde durch Herrn Spiel (Klagenfurt) mit einem Übersichtsreferat zu *schweren bzw. hirnorganisch bedingten Sprachstörungen* eingeleitet. Er wies darauf hin, dass bei ausgeprägten, therapieresistenten Sprachentwicklungsstörungen viele Fragen ungeklärt sind. Er regte eine europaweite Multicenterstudie an. Frau Rother (Klagenfurt) setzte sich mit dem *Landau-Kleffner-Syndrom* auseinander. Es war außerordentlich eindrucksvoll, Stellungnahmen direkt von Herrn Landau, mit dem Frau Rother 2005 zahlreiche offene Fragen diskutiert hatte, vom Tonband hören zu können. Frau Allmayer und Frau Rother (Klagenfurt) gingen anhand von Videodokumentationen auf die Therapie schwerer Sprachstörungen mit der Methode nach McGinnes ein.

Herr Deuse (Bremen) erläuterte das theoretische Konzept der *auditiven Wahrnehmungsstörung*, das anschließend recht kontrovers diskutiert wurde. Herr Kaltenbacher et al. (Salzburg) stellten einen methodisch anspruchsvollen Untersuchungsansatz zur Erfassung des *McGurk-Effektes*

vor, mit dem sie die Frage klären wollen, ob eine LRS Folge eines intermodalen Defizits ist.

Der zweite Tagungstag wurde durch einen State-of-the-Art-Vortrag zur *Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen* eingeleitet. Frau Sachse (München) kam nach einer kritischen Übersicht über eine Vielzahl von Untersuchungsansätzen zu dem Ergebnis, dass bislang bis zum zweiten Lebensjahr kein Praxis taugliches Verfahren zur Früherkennung zur Verfügung steht. Bei 24 Monate alten Kindern hingegen gelingt eine Früherfassung sowohl mit Elternfragebögen als auch mit individuellen Sprachtests mit hinreichender Treffsicherheit. Frau Fischer et al. (München) überprüften Testgütekriterien eines Erzähltests und konnten zeigen, dass sich sprachliche Kompetenz bei Kindergartenkindern reliabel erfassen lässt. Herr Schöler (Heidelberg) demonstrierte das Computerprogramm „HASE“. Dieser 10-Minuten-Kurztest dient auch bei mehrsprachig aufwachsenden Vorschulkindern zur *Früherkennung von LRS-Risikokindern*.

Frau Keilmann (Mainz) verglich SSES-Kinder mit und ohne *Hörstörungen*. Beide Gruppen unterschieden sich lediglich hinsichtlich des Sprachverständnisses. U. a. zeigten Aussprachefehler keine Beziehungen zu Hörstörungen. Herr Holzinger und Herr Fellingner (Linz) berichteten über einige Ergebnisse aus dem anspruchsvollen Forschungsprogramm „Chancen Hörgeschädigter auf eine erfolgreiche schulische Entwicklung – CHEERS“. Besonders bemerkenswert: Spätere Lesefähigkeit korreliert nicht mit der Kompetenz in der Gebärdensprache, gering mit dem Hörverlust (10% der Varianzaufklärung) und deutlich mit der Lautsprachkompetenz (21%). Psychische Auffälligkeiten waren nicht von der Schwere der Hörstörung abhängig. Frau Hunger und Herr Holzinger (Linz) demonstrierten mit anschaulichen Videos den *Österreichische Gebärdensprache-Verständnistest* (ÖGS-VT), mit dem sich auch durch Testleiter, die ÖGS nicht beherrschen, das Verständnis in ÖGS überprüfen lässt.

In der abschließenden Sitzung stellten Frau Glass et al. (München) eine nonverbale, neurophysiologische Methode zur *Beurteilung auditiver Merkfähigkeitsleistungen* vor. Die obere Grenze des Verbleibs auditiver Informationen im sensorischen Speicher wurde bei 2-jährigen mit 1 s und bei 3-jährigen Kindern mit 2 s bestimmt. Frau Sachse et al. (München) berichteten bei LT über Auffälligkeiten *akustisch evozierter Potentiale* (MMN), die auf Defizite in der akustischen Differenzierungs- bzw. der auditiven Merkfähigkeit hinweisen.

Interessante Poster zu unterschiedlichen Themenbereichen ergänzten das Tagungsprogramm: Produktion von Partikelverben bei SSES (Swoboda, Salzburg); Akustisch evozierte Potentiale bei SSES (Glass, Bishop et al., München, Oxford); Erwartungen von Eltern an eine Sprachtherapie (Blassnig et al., Wolfsberg); Komorbidität bei LRS (Holzinger et al., Linz).

Die Zusammenfassungen und eine Auswahl der präsentierten Folien werden in Kürze von der Homepage www.kkjnp3.at abrufbar sein.

Zu einem anregenden Gedankenaustausch trugen auch die angenehmen Rahmenbedingungen bei. Für die gute Tagungsorganisation sei Herrn Spiel, Frau Klary und den vielen weiteren engagierten OrganisatorInnen ganz herzlich gedankt. Eine besondere Überraschung war am Vorabend der Tagung ein Open-Air-Konzert am Wörthersee mit anschließendem Feuerwerk. Ob dies auch Teil des Rahmenprogramms war?

Die nächste Tagung (ISES 5) wird vom 4. – 5. April 2008 in Mainz stattfinden. Sie sollten sich diesen Termin vormerken!

Prof. Dr. Waldemar von Suchodoletz, München

Buchrezensionen

*Eggers, Christian, Fegert, Jörg M., und Resch, Franz (Herausgeber) **Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.** Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2004, 1001 Seiten, ISBN 3-540-42916-6, 129,95 €* ist ein inzwischen sicherlich gut etabliertes Lehrbuch. Es ist der Kompromiss zwischen dem Kompendium und einem vielbändigen Nachschlagewerk gelungen. Der Band ist von ansprechendem Äußerem, das Titelfoto erfasst sehr schön unsere „geheimnisvolle“ Patientengruppe. Was verbirgt sich hinter der dunklen Brille? Was verbirgt sich hinter der tief runter gezogenen Kappe? Die Sonnenbrille bedeutet Licht und das bringen die Herausgeber und die Autoren in unser so breit gefächertes manchmal dschungelartig wirkendes Fachgebiet, ein Dschungel in dem Orchideen blühen, sich aber auch Schlangen verbergen wie auf einem Rousseau-Bild. In den vergangenen Monaten habe ich das Buch sehr gerne zur Vorbereitung auf Facharztprüfungen verwendet und dabei diese Eindrücke gewonnen.

1. Bekanntes Basiswissen wird transparent weitergegeben.
2. Den organischen Störungen wird genügend Raum gegeben, sowohl was die Darstellung der Klinik betrifft als auch die von zeitgemäßen bildgebenden Verfahren und laborchemischen Methoden.
3. Die wesentlichen psychotherapeutischen Richtungen finden ein Forum.
4. Seltene Krankheitsbilder werden erwähnt. Über die ausführlichen Literaturangaben ist es möglich bei Bedarf das Wissen darüber zu vertiefen.
5. Das Literaturverzeichnis ist bemerkenswert.
6. Hilfreich ist das Adressenverzeichnis im Anhang (Selbsthilfegruppen, Suchmaschinen und anderes).
7. Der Sprachstil ist angenehm. Das Lesen wird nicht zur Qual. Durch die Begrenzung der Texte wird das Buch nicht ermüdend auch wenn die blau gedruckten mit Ausrufezeichen versehenen Leitsätze etwas schulmeisterlich wirken mögen, sind sie doch für den Schnell-Leser und Erst-Leser orientierungsgebend.

Den Herausgebern und Autoren verdanken wir ein Werk, dem ein Kompromiss zwischen Übersicht, Lehrbuch und Nachschlagwerk gelungen ist, ein Werk nach dem man gerne greift und sich sicher und sachgerecht informiert fühlt. Durchgängig ist die Liebe und respektvolle Begegnung mit dem erkrankten Kind. Den Herausgebern und den Autoren sei ein herzliches Dankeschön für dieses sorgfältig, umfassend und sicherlich in mühevoller Kleinarbeit geschaffene Lehrbuch.

Dr. Ute Paporisz, Dieblich

Dannecker, Karin: **Psyche und Ästhetik. Die Transformationen der Kunsttherapie.** MWV Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2005. 320 Seiten, ca. 110 meist vierfarbige Abbildungen, 210x280 mm. ISBN 3-939069-00-0. 49.90 Euro

Die psychoanalytisch orientierte Autorin, Prof. Dr. phil. Karin Dannecker, ist Kunsttherapeutin (Master of Art in Art Therapy, New York University), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin sowie Leiterin des Studiengangs Kunsttherapie an der Kunsthochschule Berlin-Weißensee. Sie hat sich mit dem Thema: „Die Bedingungen der psychischen und ästhetischen Transformationen der Kunsttherapie“ habilitiert.

Das Buch richtet sich gleichermaßen an Kunsttherapeuten wie Psychotherapeuten sowie an Künstler, Kunstpädagogen und alle an der Kunst interessierten Mediziner und Psychologen. Format und Abbildungen zeigen Ähnlichkeiten zu einem Kunstband. Die Fallbeispiele beziehen sich auf erwachsene Patienten. Die Autorin geht davon aus, dass der Erfolg der Kunsttherapie in der klinischen Praxis auf der Fähigkeit beruht, zugleich psychotherapeutisch zu denken und künstlerisch zu handeln. So könne das wichtige „Dritte“ in der therapeutischen Beziehung entstehen: das künstlerische Werk. Auf diese Weise werde es zu einem „gemeinsamen Werkstück“ von Patient und Therapeut, das in keiner anderen Therapieform existiert. Beispiele aus der Praxis und der internationalen Kunst veranschaulichen Zusammenhänge.

Im Kapitel „Die Kunst zwischen Phantasie und Realität“ bringt die Autorin die Ursprünge der Symbolbildung mit den Ursprüngen der Kunst in Verbindung, schildert Primärprozesse in der Kunsttherapie, erläutert die inte-

grative Funktion der Kunst in der Kunsttherapie, zeigt den Weg vom Chaos zur Ordnung in der Kunsttherapie, beschreibt Störungen des Feedback-Systems im künstlerischen Prozess. Des Weiteren finden sich Ausführungen zu Außenseiter-Kunst sowie zum Verhältnis von Kunsttherapie und psychische Funktionen.

Kapitel 2 beschreibt Kunst im Spiegel der Objektbeziehungen. Nach dem die Objektbeziehungstheorie dargestellt wird, folgen als Themen „Zerstörung und Wiedergutmachung – Objektbeziehungen und Kunst bei Melanie Klein und ihrer Schule“, „Psychische Entwicklung und die Beziehungen zur äußeren Welt“, „Margaret Mahlers Verständnis der psychischen Geburt“, „Mahler in der heutigen Theorie der Borderline-Störungen“, „Aspekte der Säuglingsforschung in der Objektbeziehungstheorie“, „Verschmelzung und Individuation in der Ästhetik“, „Die Kindheit des Künstlers: der Ansatz von Phyllis Greenacre“, „Objektbeziehungstheorie in der künstlerischen Praxis“, „Objektbeziehungen und die Integration des Fremden in der Kunsttherapie“, „Borderline-Patienten in der Kunsttherapie - Fallvignetten“ und „Empathie und künstlerisches Symbol – Der Ansatz Kohuts in der Kunsttherapie“.

Das darauf folgende Kapitel trägt die Überschrift „Fragmente – Kunst und Seele in Bruchstücken“. Es geht um Dekonstruktion im künstlerischen Prozess, Voraussetzungen für ein zusammenhängendes Selbsterleben und die Auflösung der Objekte im schizophränen Erleben.

Kapitel 4 widmet sich Übertragung und Gegenübertragung in der Kunsttherapie einschließlich triangulärer Beziehungen, Bildwirkung, Interpretation, Empathie, Deutung und Intervention.

Im darauf folgenden Kapitel wird Sprache in der Kunst und Kunsttherapie behandelt.

Kapitel 6 hat Rahmen zum Thema: Die Kunst, Bilder und Patienten zu halten, „Der Rahmen als Grenze“, „Der illusionäre Raum“, „Der ästhetische Raum als Voraussetzung für Transformationsprozesse“, „Der physische Rahmen und seine therapeutische Relevanz“

Schließlich wird das Material in der Kunsttherapie näher beleuchtet: Die Physik des Materials, Materialgerechtigkeit und Widerstand, Material und Abstraktion, Geschichtlichkeit des künstlerischen Materials, „Künstlerisches Material und menschlicher Körper“, Wahrnehmung und künstlerisches Material, Material und Erinnerung, Tastsinn, Werkzeuge, Körpermaterialien, und Computer bezogen: „Pixel statt Pigmente“.

Kapitel 8 diskutiert die Frage der ästhetischen Qualität in der Kunsttherapie: „Qualität in der Kunsttherapie – Edith Kramer“, „Wahrnehmung und Qualität – Kunst bei Rudolf Arnheim“, Dynamisches Verstehen und ästhe-

tische Haltung, Form und ästhetische Erfahrung sowie „Kitsch in der Kunsttherapie“.

Insgesamt ein umfangreicher, interessanter und lesenswerter Beitrag zur Kunsttherapie – empfehlenswert auch für alle, die sich näher über Kunsttherapie informieren wollen.

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.

Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, D-41749 Viersen, Tel.: 02162/965000, Fax: 02162/965038, EMail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de

2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
 - a. das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
 - b. das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
 - c. das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
 - d. das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopierversands auf Bestellung;
 - e. das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf Diskette, CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben und unten je 1,5 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopf- und Fußzeile je 1,25 cm.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rothhaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

4. Die Autoren erhalten Belegexemplare kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss gleichzeitig mit der Rücksendung der Fahnenkorrekturen erfolgen.